

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

ALINE CRISTINE DE OLIVEIRA SANTOS

ANÁLISE DA EFETIVIDADE DA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UM  
POSTO DE PRONTO ATENDIMENTO DE UM BAIRRO EM VITÓRIA-ES.

VITÓRIA

2016

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

ALINE CRISTINE DE OLIVEIRA SANTOS

ANÁLISE DA EFETIVIDADE DA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UM  
POSTO DE PRONTO ATENDIMENTO DE UM BAIRRO EM VITÓRIA-ES.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,  
como requisito obrigatório para obtenção do  
título de Bacharel em Farmácia.

Profº. Msc. Geraldo Gomes Silva.

VITÓRIA  
2016

ALINE CRISTINE DE OLIVEIRA SANTOS

ANÁLISE DA EFETIVIDADE DA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UM  
POSTO DE PRONTO ATENDIMENTO DE UM BAIRRO EM VITÓRIA-ES.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana  
do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de  
Bacharel em Farmácia.

Aprovado em 13 de julho de 2016, por:

Prof. Msc. Geraldo Gomes Silva – Orientador – Faculdade Católica Salesiana  
do Espírito Santo

Prof. Msc. Maurício da Silva Mattar – Faculdade Católica Salesiana do Espírito  
Santo

Farmacêutica Karine Bernardo Avancini – Pronto Atendimento São Pedro

*A Deus, que mesmo sendo eu tão falha, nunca desistiu de mim. A minha mãe, por abrir mão do seu sonho para sonhar comigo, e por ser tão essencial na sua realização. A todos que de alguma forma sempre estiveram presentes.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, por ter me sustentado até aqui, ser o centro e o fundamento de tudo em minha vida, por renovar a cada momento minha força e disposição. Por ser o maior mestre que alguém pode conhecer. Minha vida tem sido marcada por realizações diárias, que às vezes não dou o devido valor, mas eu sei que a graça de Deus se faz presente em todos os momentos.*

*Aos meus pais, pelo apoio incondicional, amor e dedicação. Mãe, minha formatura é dedicada a você, que há muito sorriu ao meu primeiro choro e chorou ao meu primeiro sorriso. Muitas vezes trabalhando dobrado, sacrificando seus sonhos em favor dos meus. Para você que me ajudou a superar minhas decepções e aplaudiu minhas conquistas. Vocês me ensinaram a dizer “obrigado”, mas não avisaram que neste dia não haveria palavras... e, hoje, só posso dizer: pai, mãe, amo vocês!*

*Aos meus professores, por todo conhecimento compartilhado, por toda dedicação e amizade. E meus colegas de classe, pelo companheirismo, pelas gargalhadas e pelos momentos de sufoco que também compartilhamos.*

*Ao meu orientador que em tão pouco tempo se desdobrou para me ajudar em tudo, sempre respondeu meus e-mails o mais breve possível, nunca deixou de me responder no WhatsApp, independente do horário, sempre esteve disponível para tirar minhas dúvidas e me direcionar. Obrigada pela paciência.*

*As farmacêuticas e demais funcionários da farmácia do PASP. Obrigada por todo apoio. Aline, obrigada por ter me impulsionado e incentivado tanto. Obrigada por nunca me deixarem voltar para casa com dúvida, por toda paciência enquanto eu estava aprendendo e errando (muito). Por toda dedicação e amizade, muito obrigada.*

*Aos meus amigos e familiares, que mesmo distantes, sempre me apoiaram e torceram por mim.*

*Este é um momento de celebração!*

*"Nunca se esqueça de quem você é, porque é certo que o mundo não se lembrará. Faça disso sua força. Assim, não poderá ser nunca a sua fraqueza. Arme-se com esta lembrança, e ela nunca poderá ser usada para magoá-lo" - Tyrion Lannister (As Crônicas de Gelo e Fogo - A guerra dos tronos)*

George R. R. Martin

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar a contribuição do farmacêutico na conciliação medicamentosa em um Posto de Pronto Atendimento do bairro São Pedro em Vitória-ES. Para realiza-lo foi feita coleta de dados retrospectiva nos prontuários dos pacientes que estiveram no repouso do PASP no período de março de 2016, correlacionando as informações de medicamentos com os dados clínicos e históricos dos pacientes, com o intuito de avaliar a efetividade das intervenções farmacêuticas, e a colaboração com os demais profissionais inseridos na equipe de saúde da instituição. No período de março de 2016, foram realizados 11.526 atendimentos, sendo que 7.089 (61,50%) foram a especialidade de clínica médica, desse valor, 80 pacientes foram admitidos no repouso sendo feita a conciliação medicamentosa, e destes, 46 (57,5%) faziam uso de medicamentos contínuos, analisando-se então a efetividade da conciliação nestes pacientes, prevalecendo entre as doenças crônicas, a hipertensão arterial (31%) e diabetes (20%). Os resultados obtidos demonstraram que embora as intervenções dos farmacêuticos ao realizarem a conciliação medicamentosa não tenham sido registradas no prontuário, foi uma contribuição de grande importância, pois forneceu informações relevantes sobre a farmacoterapia dos pacientes, sendo que entre esses pacientes a maioria fazia uso de medicação contínua para controle de doenças crônicas. Os resultados obtidos nas prescrições mostraram que a conciliação medicamentosa no PASP está no caminho certo para alcançar maior eficiência e melhor efetividade. A conciliação medicamentosa demonstrou ser uma ferramenta de grande utilidade na prevenção de erros de medicação no período de internação.

**Palavras-chave:** Conciliação de Medicamentos. Erros de Medicação. Serviço de Farmácia Hospitalar. Farmácia Clínica.

## ABSTRACT

This study aimed to evaluate the pharmacists contribution to reconciliation for medication in an answering station São Pedro neighborhood in Vitoria-ES. To accomplish it was made a collection of retrospective data from medical records of patients who were in the PASP repose from March 2016, relating the medication information with clinical and historical patient, data in order to evaluate the effectiveness of pharmaceutical interventions, and collaboration with other professionals inserted in the health team of the institution. During the study period, 11,526 visits were held, being that 7,089 (61.50%) were clinical medicine, of this value, 80 patients were admitted to the repose, made a medication reconciliation, and of these, 46 (57.5%) were on continuous medication, when analyzing the effectiveness of reconciliation in these patients, and the highest prevalence of chronic diseases was hypertension (31%) and diabetes (20%). The results showed that while interventions of pharmacists to conduct the medication reconciliation have not been registered in the medical records, was a contribution of great importance because it provides relevant information about the pharmacotherapy of patients, and among these patients, the most continuous medication to control chronic diseases. The results showed that the drug reconciliation in PASP is on track to achieve greater efficiency and effectiveness. The reconciliation of medications proven to be a very useful tool in preventing medication errors during hospitalization.

**Keywords:** Medication Reconciliation. Medication Errors. Pharmacy Service Hospital. Clinical Pharmacy.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Planilha para coleta de dados da conciliação.....	65
Tabela 2 – Total de atendimentos por especialidade .....	72
Tabela 3 – Quantidades de atendimentos e conciliações .....	73
Tabela 4 – Distribuição de pacientes de acordo com sexo e faixa etária .....	74
Tabela 5 – Prevalência dos medicamentos prescritos por classe terapêutica .	76
Tabela 6 – Perfil de encerramento dos atendimentos .....	77

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Possíveis riscos de interações entre fármacos .....	44
Quadro 2 – Níveis de evidências para tratamento .....	49
Quadro 3 – Isolamento e precauções .....	70
Quadro 4 – Prevalência das prescrições após a conciliação .....	76
Quadro 5 – Resultados da análise das prescrições após feitas as conciliações .....	78

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

APS – Atenção Primária a Saúde

BBC – British Broadcasting Corporation

EAM – Evento Adverso a Medicamento

EM – Erro de Medicação

EUA – Estados Unidos da América

FBE – Farmacoterapia Baseada em Evidências

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NCC MERP – National Council for Medication Error Reporting and Prevention

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PA – Ponto de Atendimento

PASP – Ponto de Atendimento de São Pedro

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PSF Programa de Saúde da Família

RAMs – Reações Adversas a Medicamentos

RAS – Redes de Atendimento à Saúde

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

US – Unidade de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>31</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	31
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	31
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>33</b>
3.1	ATENÇÃO FARMACÊUTICA E FARMÁCIA CLÍNICA .....	33
3.2	O PAPEL DO FARMACÊUTICO CLÍNICO .....	37
3.3	INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS .....	42
<b>3.3.1</b>	<b>Interações entre fármacos .....</b>	<b>42</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Interações entre fármacos e alimentos .....</b>	<b>45</b>
<b>3.3.3</b>	<b>Interações entre fármacos e nutrientes .....</b>	<b>45</b>
<b>3.3.4</b>	<b>Interações entre medicamentos e fitoterápicos .....</b>	<b>46</b>
<b>3.3.5</b>	<b>Interações farmacêuticas – Incompatibilidades medicamentosa .....</b>	<b>47</b>
3.4	FARMACOTERAPIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS .....	48
<b>3.4.1</b>	<b>O que é Farmacoterapia Baseada em Evidências .....</b>	<b>48</b>
<b>3.4.2</b>	<b>O papel do farmacêutico na conduta baseada em evidências</b>	<b>48</b>
<b>3.4.3</b>	<b>A importância da Farmacoterapia Baseada em Evidências ...</b>	<b>49</b>
<b>3.4.4</b>	<b>Como descrever o problema no âmbito da Farmacoterapia baseada em evidências .....</b>	<b>50</b>
3.5	ERROS DE MEDICAÇÃO .....	50
<b>3.5.1</b>	<b>Prevenção dos erros de medicação .....</b>	<b>51</b>
<b>3.5.2</b>	<b>Discrepâncias entre medicamentos .....</b>	<b>52</b>
3.6	ADESÃO AO TRATAMENTO .....	53
<b>3.6.1</b>	<b>Impactos da não adesão .....</b>	<b>53</b>
<b>3.6.2</b>	<b>Barreiras à não adesão .....</b>	<b>54</b>
<b>3.6.3</b>	<b>Medidas de adesão .....</b>	<b>54</b>
<b>3.6.4</b>	<b>Intervenção para melhora na adesão .....</b>	<b>55</b>
3.7	USO RACIONAL E EVIDÊNCIAS CLÍNICAS .....	56

3.8	MEDIDAS PARA O INCENTIVO DO USO RACIONAL .....	56
3.8.1	<b>Políticas para o uso de medicamentos e regulamentação adequada .....</b>	<b>57</b>
3.8.2	<b>Recursos suficientes que garantam a disponibilidade de medicamentos e equipe de saúde .....</b>	<b>57</b>
3.9	MORBIDADE E MORTALIDADE RELACIONADA A MEDICAMENTOS .....	58
3.10	ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA .....	59
3.10.1	<b>Saúde pública no Brasil .....</b>	<b>59</b>
3.10.2	<b>Atenção Básica .....</b>	<b>60</b>
3.10.3	<b>Acolhimento na Atenção Básica a Saúde .....</b>	<b>62</b>
4	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>63</b>
4.1	DELINEAMENTO DE ESTUDO .....	63
4.2	DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO .....	63
4.3	PROCEDIMENTOS .....	64
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>65</b>
5.1	ELABORAÇÃO DA FERRAMENTA PARA COLETA DE DADOS .....	65
5.2	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO .....	69
5.3	COLETA DE DADOS .....	71
5.4	COMORBIDADES .....	74
5.5	PERFIL DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS .....	75
5.6	ANÁLISES DAS PRESCRIÇÕES .....	76
5.7	DISCREPÂNCIAS .....	77
5.8	DISCUSSÃO .....	79
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>83</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>93</b>

**APÊNDICE A - Solicitação prévia para realização da pesquisa  
no âmbito da Secretaria de Saúde do Município de Vitória-ES**

.....

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2008), o bem-estar e a segurança do paciente é o princípio fundamental do cuidado. Suas ações visam a prevenção e a melhora dos resultados adversos no caminho de recuperação da saúde.

Observa-se um crescimento significativo na atuação do farmacêutico nos últimos anos em relação à prevenção e cuidado com a saúde (PEREIRA, 2008). A segurança do paciente enquanto na instituição de saúde e o cuidado dispensado pelas equipes de saúde vêm ocupando lugar de destaque no cenário mundial (VELHO, 2011).

Apesar de ter sido definido na constituição em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), somente em 1990, através da Lei 8.080 de setembro desse ano, teve de forma definitiva seu modelo operacional, propondo desta forma sua organização e funcionamento (BRASIL, 1990).

Atualmente o SUS é concebido como o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas e federais, estaduais e municipais mantidas pelo poder público” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Este foi o primeiro modelo de definição da Assistência Farmacêutica (AF) e da Política Nacional de Medicamentos (PNM) como parte essencial das políticas de saúde (PEREIRA, 2008).

Isso possibilitou ao farmacêutico além de envolver-se determinantemente da saúde pública, como criar e aprimorar tecnologias específicas abrangendo medicamentos e seus empenho na prestação de serviços de saúde (MARIN, 2003).

O uso indevido e o gerenciamento inapropriado de medicamentos e outras tecnologias em saúde além de colocar em risco a saúde e integridade do paciente acarretam problemas à sociedade, ao SUS e às instituições privadas, influenciam diretamente no aumento dos custos e prejuízos hospitalares (VELHO, 2011; ANVISA, 2011).

A passagem do paciente por diferentes níveis de cuidados vem sendo identificada como um ponto crítico no gerenciamento do paciente no hospital. Pode ser

relacionado particularmente à carência de comunicação entre os profissionais de saúde, os pacientes e seus familiares (MENDES, et al., 2016).

Esse período, portanto, representa um momento de maior fragilidade para a segurança e integridade do paciente. Essa vulnerabilidade pode ser atribuída a três causas principais: a) muitas mudanças na farmacoterapia (KRIPALANI, et al., 2007); b) baixa comunicação verbal (KRIPALANI, et al., 2007; MAKARYUS, FREDMAN, 2005; CALKINS, 1997); c) dificuldade na transmissão de informações entre os profissionais nos diferentes níveis de atenção (KRIPALANI, et al., 2007).

O erro de medicação (EM) é considerado uma das principais causas de morbidades nos pacientes acolhidos em hospitais, sendo, portanto, de grande importância a coleta precisa do histórico de medicação desses pacientes (MENDES, et al., 2016). Quando não feita a coleta desses dados, adversidades relacionadas com a farmacoterapia, como a ocorrência de discrepâncias, de forma a comprometer a eficácia do tratamento e a segurança do paciente (VIVES, et al., 2010; MENDES, et al., 2016).

Discrepâncias são a existência de quaisquer diferenças entre os medicamentos utilizados pelo paciente antes de sua admissão hospitalar e os medicamentos que são prescritos durante sua internação (PIPPINS, et al., 2008).

Além das discrepâncias entre medicamentos, outros erros podem ocorrer na execução, comunicação entre as equipes de saúde e violação de procedimentos, sendo possível em todas as etapas da internação hospitalar, devendo a todo momento serem evitados pelas equipes de saúde (MANSOA, 2010).

Para que se previna esses eventos de erro na medicação e seja aumentada a segurança do paciente em internação, o conhecimento do histórico dos medicamentos utilizados anteriormente pelo paciente é um dos passos mais essenciais na admissão hospitalar (VELHO, 2011), tendo o farmacêutico papel fundamental nessa etapa do tratamento.

Com o intuito de minimizar os riscos à saúde e integridade do paciente e também a existência das discrepâncias, é importante a atuação do farmacêutico clínico em colaboração com outros profissionais, agilizando-se a farmacoterapia. Os serviços da farmácia clínica abrangem o aconselhamento de dispensação, a avaliação de medicamentos e a reconciliação medicamentosa (MENDES, et al., 2016).

A reconciliação ou conciliação medicamentosa é reconhecidamente uma solução para a segurança do paciente que se encontra em internação (RAMOS, 2013), sendo juntamente com a qualidade da assistência à saúde os principais objetivos buscados em âmbito global (ANVISA, 2011).

A conciliação medicamentosa consiste na revisão da medicação utilizada pelo paciente antes de sua internação através da análise da prescrição e do histórico dos pacientes, quando disponível; e engloba ajuste de dose, avaliação da necessidade de suspensão de algum medicamento, horários ideais e vias mais adequadas para a administração, objetivando-se principalmente eliminar possíveis discrepâncias (ANVISA, 2010; RAMOS, 2013; CARDINAL, 2014; MENDES, et al., 2016).

Esse processo de revisão do tratamento envolve não só o farmacêutico, mas toda a equipe multiprofissional em saúde visando diminuir as discrepâncias na prescrição e medicação, evitar os efeitos adversos a medicamentos e possíveis interações (VELHO, 2011), por isso é importante que o paciente seja assistido pela equipe de saúde em todas as fases da internação (VIEIRA, 2007).

O farmacêutico é o profissional mais habilitado para identificar, corrigir e reduzir riscos associados à terapêutica, pois possui conhecimento sobre o mecanismo de ação dos medicamentos e as interações que podem ocorrer. Diversos estudos demonstram a diminuição de erros de medicação quando a atuação do farmacêutico se dá juntamente com o corpo clínico (NUNES et al., 2008).

A atuação do farmacêutico na conciliação medicamentosa além de oferecer maior segurança ao paciente que se encontra hospitalizado, também diminuiu os custos hospitalares (NUNES et al., 2008).

No Brasil, a discussão sobre conciliação medicamentosa e sua prática têm se tornado mais frequente. No entanto, poucos estudos foram realizados a esse respeito e apenas um estudo clínico foi concluído. Demonstrado a necessidade de maiores relatos na abordagem e avaliação de tais serviços (MENDES, et al., 2016). Dessa forma, o objetivo desse estudo foi avaliar a atuação do farmacêutico na conciliação medicamentosa um posto de pronto atendimento na região sudeste do Brasil.



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a efetividade da conciliação medicamentosa em pacientes atendidos em um Posto de Pronto Atendimento no bairro São Pedro em Vitória-ES.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliação do perfil dos pacientes atendidos no PASP em Vitória no período de março de 2015 a março de 2016;
- Elaboração de ferramenta para coleta de dados na Rede Bem Estar® (Software de gestão desenvolvidos pelos servidores do município que interliga todos os equipamentos de saúde em um único sistema em Vitória-ES);
- Avaliação do prontuário dos pacientes atendidos pelos farmacêuticos no mês de março de 2016 no PASP em Vitória, buscando informações sobre os medicamentos correlacionado com os dados clínicos, avaliando eficácia e efetividade e quando necessário as intervenções que foram propostas;
- Verificar a contribuição dos farmacêuticos através da conciliação medicamentosa nos pacientes que participaram desse programa no período de março de 2016.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 ATENÇÃO FARMACÊUTICA E FARMÁCIA CLÍNICA

A profissão farmacêutica, como muitas outras, vêm sofrendo grandes mudanças ao longo dos anos desencadeadas pelo desenvolvimento e mecanização da indústria farmacêutica. Este progresso vem combinado à padronização das concepções e fabricação em larga escala, invenção de novos fármacos, sempre associado às pesquisas de grande complexidade (PERERIRA; FREITAS; 2008).

Conforme a indústria farmacêutica foi se desenvolvendo, o papel do farmacêutico foi diminuindo. Tantos avanços contribuiu com a quase obsolescência da atuação em laboratórios magistrais das farmácias, que inicialmente era a atividade primária do farmacêutico (VIEIRA, 2007).

O profissional era então visto como um simples vendedor de medicamentos, o que provocou grande insatisfação na classe. A Lei 5.991/73, ainda em vigor, conferiu às atividades farmacêuticas um fim mercantilista, qualquer empreendedor poderia ser proprietário de uma farmácia desde que se disponibilize um farmacêutico responsável tecnicamente pelo estabelecimento (CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA apud SANTOS, 1999; ZUBIOLI, 1992)

O serviço mercante farmacêutico concentrou-se totalmente para o lucro e o farmacêutico foi perdendo sua autonomia no desempenho de suas atividades. Passando então a atuar como um mero empregado da farmácia ou drogaria, perdendo o respeito da sociedade e refugiando-se em outras atividades e distanciando-se cada vez mais do seu papel na promoção da saúde (BARROS, 1995).

Essa situação ampliou espaços para a geração do lucro desenfreado através da “empurroterapia”, associações desnecessárias e propagandas desmedidas. Passando o medicamento a ser visto como uma solução “mágica” à saúde humana (LEXCHIN, 1997).

Enfim, toda essa situação levou, em meados de 1960, professores e estudantes da Universidade de São Francisco (EUA) à uma profunda reflexão, resultando no movimento chamado de “Farmácia Clínica” (PERERIRA; FREITAS; 2008).

Esta atividade teve como principal objetivo a aproximação do farmacêutico ao paciente e à equipe de saúde, possibilitar o desenvolvimento das atividades relacionadas à farmacoterapia (PEREIRA; FREITAS; 2008).

Passou a conscientizar-se de seu papel fundamental na promoção da saúde pública. A atuação orientou-se para a atenção ao paciente, passando o medicamento a ser visto como uma forma de se alcançar um resultado, seja este paliativo, preventivo ou curativo. Assim, com a atuação do farmacêutico, deixou-se de focalizar o medicamento como um simples produto, passando a ser direcionado ao paciente e suas necessidades e sua segurança (VIEIRA, 2007).

O episódio lamentável ocorrido em 1962, devido ao uso da talidomida por gestantes, ocasionando a epidemia de focomelia, direcionou um novo foco aos estudos relacionados aos medicamentos, principalmente para sua comercialização segura (SANTOS, 2002).

Esse evento foi o marco para o desenvolvimento da farmacovigilância, passando-se ao período de desenvolvimento da atenção ao paciente. Começaram-se as preocupações com a promoção do uso racional dos medicamentos motivados por publicações documentais pela OMS, iniciando-se o conceito de medicamentos essenciais (LAING et al., 2003).

Após o movimento da farmácia clínica na década de 1970, alguns autores empenharam-se em redefinir o papel do profissional em relação ao paciente. De acordo com os autores, a farmácia clínica estava restrita aos hospitais e muito voltada para análise da farmacoterapia dos pacientes, aproximando o farmacêutico apenas da equipe de saúde enquanto se distanciava do paciente (PEREIRA; FREITAS; 2008).

Com o intuito de nortear e estender a atuação do profissional às ações de atenção primária à saúde e à aproximação com o paciente, sendo este o foco principal, e o medicamento o insumo estratégico para a recuperação e promoção da saúde, Mikeal et al., (1975) iniciaram, ainda que inconscientemente o conceito de Atenção Farmacêutica (AF).

No artigo, os autores relatavam que o farmacêutico deveria prestar “a atenção que um dado paciente requer e receber com garantias do uso seguro e racional dos

medicamentos”. Posteriormente, outros trabalhos foram abrangendo os conceitos anteriores (PEREIRA; FREITAS; 2008).

A partir de discussões lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS, Ministério da Saúde (MS), entre outros, o termo de Atenção Farmacêutica foi usado e regularizado no Brasil:

Um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (OPAS; OMS; MS et al., 2002).

Porém, atualmente, o conceito elaborado por Helper e Strand (1990) de AF que define como parte da prática farmacêutica que permite a interação do farmacêutico com o paciente, objetivando atender suas necessidades relacionadas aos medicamentos é o mais comumente utilizado.

De acordo com os autores dessa revisão, a formação clínica do farmacêutico é decisiva para o futuro da prática da AF, pois com os conhecimentos de farmácia clínica, estará preparado para executar o acompanhamento farmacoterapêutico completo e com qualidade, avaliando os resultados clínico-laboratoriais dos pacientes, interferindo de forma direta na farmacoterapia (PEREIRA; FREITAS; 2008).

A AF requer do profissional, além do conhecimento de farmácia clínica, preocupações com variáveis qualitativas do processo, referentes à qualidade de vida e satisfação do paciente (AGONESI; SEVALHO, 2010).

Apesar da amplitude e difusão dos conceitos de AF, este não substitui a farmácia clínica. Os principais autores descrevem a AF como uma prática, uma ferramenta facilitadora entre o farmacêutico e usuário do sistema de saúde, promovendo um melhor acompanhamento dos pacientes, controle da farmacoterapia, prevenindo, identificando e solucionando eventuais problemas durante todo o processo (MARIN et al., 2003; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2012).

Por outro lado, a farmácia clínica é definida pela Sociedade Europeia de Farmácia Clínica como “uma especialidade da área da saúde, que descreve a atividade e o

serviço do farmacêutico clínico para desenvolver e promover o uso racional e apropriado dos medicamentos e seus derivados” (OMS, 1994).

Ao passo que a Associação Americana dos Farmacêuticos Hospitalares define farmácia clínica como:

Ciência da Saúde, cuja responsabilidade é assegurar, mediante a aplicação de conhecimentos e funções relacionados com o cuidado aos pacientes, que o uso de medicamentos seja seguro e apropriado e que necessita de uma educação especializada e/ou um treinamento estruturado (OMS, 1994).

O conceito de farmácia clínica tem crescido com o passar dos anos e incluído atividades relacionadas ao uso racional de medicamentos. Como exemplo, pode ser citado, a mudança do código de ética profissional em 1969, quando os farmacêuticos foram encorajados a fornecer a cada paciente todas as suas habilidades e conhecimentos como um profissional de saúde essencial (AGONESI; SEVALHO; 2010).

Os trabalhos publicados por Hepler e Strand (1990) influenciaram a profissão farmacêutica no âmbito da farmácia clínica. Em seus estudos, defenderam que os farmacêuticos, além de apoiar a concepção funcional de farmácia clínica, devem estar preparados para assumir a responsabilidade sanitária, prevenindo a morbidade relacionada à medicamentos. Devendo para isso, modificar sua atividade, baseando-se a profissão numa filosofia apropriada com uma estrutura organizada que oriente a prática (POSSAMAI; DACOREGGIO, 2007).

Os autores defenderam a adoção de uma atuação com foco no paciente e no desenvolvimento de uma relação terapêutica onde o paciente e o profissional empenham-se juntos para que sejam resolvidos os empasses relacionados aos medicamentos (FREITAS; OLIVEIRA; PERINI, 2006).

A OMS tem contribuído de forma direta para a valorização do profissional e da prática clínica, produzindo uma série de orientações internacionais relacionadas aos medicamentos e o papel do farmacêutico na promoção da saúde. Contribuindo dessa forma para a construção conceitual de AF e farmácia clínica (AGONESI; SEVALHO; 2010).

Ainda de acordo com Agonesi e Sevalho (2010) dois documentos importantes nesse contexto podem ser destacados: os informes produzidos pelas reuniões de Nova Délhi, em 1988, e Tóquio, em 1993.

Em Nova Délhi foi ressaltado a importância do farmacêutico no sistema de atenção à saúde, descrevendo-se suas funções na equipe de saúde, com destaque em seus conhecimentos sobre gerenciamento e propriedades dos medicamentos (OMS, 1990).

Segundo o grupo reunido, o farmacêutico deve atuar como fonte de informação sobre medicamentos para os pacientes e a equipe de saúde, sendo encarregado pelo controle e uso racional. Assim, a OMS adota as ideias de farmácia clínica como diretrizes para a profissão farmacêutica (OMS; 1990).

A OMS juntamente com organizações profissionais farmacêuticas vêm exercendo importante influencia na definição do papel do farmacêutico e de políticas farmacêuticas em vários países. Baseando-se na recomendação de que todo farmacêutico deve adotar o conceito de AF na sua prática profissional (AGONESI; SEVALHO; 2010).

A farmácia clínica chegou ao Brasil de forma muito tímida, e poucos hospitais chegaram a colocar em prática esse modelo, sendo primeiramente implantado em meados de 1979, em Natal, no Rio Grande do Sul (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA; 2001).

### 3.2 O PAPEL DO FARMACÊUTICO CLÍNICO

Apesar das relevantes intervenções do farmacêutico clínico na promoção do uso racional de medicamentos e prevenção de erros de medicação, esta não é uma realidade comum na grande maioria dos hospitais e instituições de saúde (NUNES et al., 2008).

Embora o trabalho do farmacêutico seja bastante difundido fora do país, estudos que comprovem a eficácia da atuação do farmacêutico no âmbito hospitalar é um dos fatores a serem considerados devido a carência do conhecimento desta atividade aqui no Brasil (NUNES et al. 2008; FERRACINE et al., 2011; MIRANDA et al., 2012).

O farmacêutico clínico atua promovendo a saúde, precavendo e supervisionando situações adversas que podem ocorrer contribuindo e intervindo na prescrição médica quando se faz necessário (FERRACINE et al., 2011). Contribuindo assim para a obtenção dos melhores resultados no cuidado com os pacientes.

É capaz de reconhecer potenciais problemas que estejam relacionados aos medicamentos, tendo como uma de suas principais atividades a análise da prescrição, atentando-se à necessidade de ajustes, posologia, vias de administração, possibilidade reações adversas, interações entre fármacos e propondo ajustes caso estes sejam necessários (FERRACINE et al., 2011).

Além das possíveis intervenções, outros benefícios estão associados à atividade do farmacêutico clínico, tanto em hospitais como em unidades de saúde (MIRANDA et al., 2012).

Incluem-se o trabalho junto à equipe multidisciplinar, interação com a paciente para a obtenção de informações importantes e a orientação do paciente em relação às medicações, informações específicas sobre ajustes de dose, toxicologia, formas de administrações e qualquer outra dúvida relacionada a medicamentos que o paciente ou seus familiares possam ter (MIRANDA et al., 2012).

Tão importante quanto a atuação em hospitais de grande porte, é também a presença do farmacêutico clínico nas unidades de Pronto Atendimento. Sendo o serviço de farmácia clínica registrado desde os anos de 1970 (LING et al., 2005). Também poucos hospitais possuem o farmacêutico clínico atuante na emergência (FAIRBANKS et al., 2007; MIRANDA et al., 2012).

Poucos artigos descrevem a atuação do farmacêutico clínico em departamentos de emergência, levando a um grande debate sobre a necessidade de alocar recursos para os serviços de farmácia clínica nas unidades de primeiro atendimento e a implantação de tais serviços para promoção da qualidade e segurança prestados pelo serviço de emergência (MIRANDA et al., 2012).

Estudos recentes demonstram que intercessões farmacêuticas nas prescrições podem gerar diminuição de custos, e o farmacêutico clínico melhora a qualidade do cuidado ao paciente e segurança relacionada ao medicamento (REIS et al., 2013; MIRANDA et al., 2012).

Também os erros de medicação relacionados à prescrição, podem ser significativamente reduzidos quando o farmacêutico atua na revisão da prescrição. Estudos mostraram que na maioria dos casos, suas recomendações são aceitas pelos demais profissionais de saúde (SILVA; CASSIANI, 2004; NUNES et al., 2008).

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia (2015) nas atribuições clínicas do farmacêutico, a análise das prescrições é uma de suas principais atividades, pois é o profissional que possui o conhecimento técnico-científico para orientar e intervir quando se faz necessário:

- Medicamentos que não são padronizados no hospital, sugere-se ao médico a possibilidade de troca por outro que conste na lista de medicamentos padronizados, em caso de não ser possível, é realizada a compra do medicamento;
- Forma farmacêutica inválida ou desapropriada à administração;
- Via de administração inadequada à prescrição;
- Dose inexistente ou acima/abaixo da dosagem usual, podendo não ocorrer o efeito desejado ou efeitos indesejáveis ao paciente;
- Regularidade de administração inadequada ao medicamento;
- Modo de administração convergente com o encontrado na literatura e habitualmente utilizado;
- Diluente inadequado ou em conflito com o medicamento;
- Incompatibilidade e interações entre medicamentos;
- Prescrição de mais de um medicamento que produzam o mesmo efeito farmacológico;
- Medicamentos ilegíveis ou prescrição incompleta, que gere dificuldades no momento da dispensação/administração;
- Outras não-conformidades que requerem comunicação junto à equipe médica.

Além das intervenções outros benefícios relacionados à atividade do farmacêutico clínico incluem sua atuação junto à equipe multidisciplinar, sua interação com o paciente e seus familiares, acesso ao seu prontuário, resultados de exames e

outras informações, incluindo diálogo com a equipe de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O aconselhamento deve ser fornecido ao paciente sempre que possível, devendo o diálogo ser de acordo com o grau de instrução do paciente de modo que ele entenda as informações compartilhadas. O diálogo se faz importante no compartilhamento de informações, assim como deixar o paciente confortável e ouvi-lo para o esclarecimento de dúvidas e reportar a ocorrência de eventuais problemas (RAMOS, 2013).

Algumas informações importantes que o farmacêutico deve se atentar incluem o conhecimento do paciente sobre sua patologia, expectativas relacionadas a seu tratamento, percepção à correta utilização dos medicamentos e eventuais dúvidas que o paciente possa ter (RAMOS; 2013).

Essa interação e diálogo entre o profissional farmacêutico e o paciente facilita a adesão da terapia, acompanhando-se da informação oral, a informação escrita de forma completa e compreensiva.

Essa educação e aconselhamento visa familiarizar o paciente com sua medicação, fornecer o conhecimento sobre a ação esperada do medicamento, o que fazer em caso de ausência do efeito terapêutico, vias de administração, doses, formas farmacêuticas e instruções sobre o preparo e administração, como proceder em caso de esquecimento da dose, benefícios e riscos da terapêutica, forma adequada de armazenamento dos medicamentos, entre outras informações importantes (BRASIL, 2006).

Frequentemente, durante sua estadia tanto em consulta quanto em internação o paciente tem pouco contato com o serviço farmacêutico, o que torna difícil o aconselhamento por parte do farmacêutico (RAMOS, 2013).

Torna-se então importante a adoção de um sistema de conciliação medicamentosa por parte da equipe farmacêutica que possa ser aplicado de modo a envolver toda a equipe multidisciplinar (MARQUES; FURTADO; MONACO, 2010).

A conciliação assume então um papel importante, sendo reconhecidamente um meio de promoção da segurança e saúde do paciente e em particular, prudência em relação aos erros de medicação (VELHO, 2011).

A conciliação é definida como “o processo de criação e manutenção de uma lista atualizada contendo toda a medicação prescrita para o doente, incluindo o nome do medicamento, a dose, a frequência e a via de administração” (PERDIGÃO, et al., 2012). Sendo este, um processo formal, envolvendo a transmissão correta de informações entre os demais profissionais.

O processo de revisão antes e depois de transições no cuidado pode evitar eventos adversos, impedindo danos ao paciente, atuando como uma ferramenta para a promoção de sua segurança (VELHO, 2011).

Todas as alterações que se fizerem necessárias devem ser devidamente justificadas e apresentadas ao doente, seus cuidadores e outros profissionais envolvidos (MANUAL DA FARMÁCIA HOSPITALAR, 2005).

Esse processo de conciliação requer pessoal qualificado, de modo a diminuir erros no processo. Sendo a atuação do farmacêutico fundamental na contribuição do sucesso da implementação do sistema (RAMOS, 2013).

A ligação entre os serviços farmacêuticos clínicos com os pacientes e demais profissionais é fundamental para melhorar a qualidade, êxito e segurança da terapêutica medicamentosa (RAMOS, 2013).

Embora traga inúmeras vantagens na recuperação da saúde e melhoria na qualidade de vida do paciente, a implementação de um sistema eficaz de conciliação medicamentosa apresenta alguns desafios e obstáculos, incluindo um sistema que forneça as informações de medicamentos dos pacientes independente de ser um sistema privado ou público de saúde (MANUAL DA FARMÁCIA HOSPITALAR, 2005).

Grande parte dos profissionais reconhecem a importância desse sistema, o estabelecimento de equipes multidisciplinares e definição de protocolos são importantes e devem ser levados em consideração na implementação desse sistema de conciliação (RAMOS, 2013).

É importante que esse processo seja informatizado, e sejam registrados não só as medicações que foram fornecidas pelo hospital ou unidade de saúde, mas também sejam registrados a terapia domiciliar e o histórico fornecido pelo paciente (MIRANDA et al., 2012).

De acordo com a literatura descrita no Guia de Boas Práticas em Farmácia Hospitalar e Serviço de Saúde, pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar, (2009), o farmacêutico deve avaliar as prescrições médicas (NOVAES et al., 2009), entretanto, o número de farmacêuticos nos hospitais e unidades de saúde muitas vezes não é suficiente. Sugerindo-se que esta atividade acaba por não ser feita com a qualidade que deveria (CARDINAL; FERNANDES; 2013).

A profissão farmacêutica, até chegar nos dias atuais passou por diversos momentos difíceis, entre eles a perda de sua identidade. Com sorte, reflexões e estudos buscaram formas de promover a valorização do profissional alinhando à promoção da saúde e melhor qualidade de vida (VIEIRA, 2007).

Ainda existe um longo caminho a ser trilhado, os estudos que comprovam a importância da atuação do profissional junto a equipe médica demonstram que este é o caminho certo e a atuação do farmacêutico clínico e a conciliação medicamentosa ainda têm muito espaço a ganhar, tendo em vista sua importância fundamental no processo de recuperação e promoção da saúde (Manual de Cuidados Paliativos, 2009).

### 3.3 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

#### 3.3.1 Interações entre fármacos nas biofases

As interações entre medicamentos podem contribuir para um maior tempo de internação, aumentar os custos da instituição e também o risco de danos potencialmente graves. Aproximadamente 15% dos pacientes hospitalizados podem apresentar interação medicamentosa em sua admissão (TORRIANI et al. 2014).

Em alguns casos, como pacientes graves, a prescrição médica inevitavelmente envolve diversas drogas, podendo nesses casos, o paciente desenvolver

insuficiência renal ou hepática. Favorecendo e desencadeando diversas interações entre medicamentos, alterando o efeito esperado, aumentando a eficiência terapêutica ou provocando reações adversas graves (BISSON, 2011).

As interações entre fármacos são relevantes, principalmente se a doença tratada é grave ou potencialmente fatal. Podem ser identificadas em farmacocinéticas e farmacodinâmicas. As farmacocinéticas envolvem a modificação dos parâmetros de absorção, distribuição, metabolismo e excreção (BISSON, 2011).

As interações que modificam a absorção englobam mecanismos decorrentes de alterações no esvaziamento gástrico, mudanças na motilidade gastrointestinal, formação de quelatos e precipitados, interferência no transporte ativo, rupturas de micelas lipídicas, alteração do fluxo sanguíneo portal, efeito de primeira passagem hepático e intestinal, toxicidade sobre a mucosa intestinal entre tantos outros possíveis (BISSON, 2011).

Geralmente, interações dos medicamentos com menor margem terapêutica apresentam maior risco, por isso são mais importantes na clínica, por exemplo, os fármacos digitálicos, teofilina, fenitoína e aminoglicosídeos, ou aqueles amplamente utilizados de forma irracional pela população, como os antimicrobianos, anti-inflamatórios não esteroidais e os anticoncepcionais (TORRIANI et al., 2014).

Atualmente estão disponíveis diversos programas computadorizados, capazes de avaliar interações entre fármacos, mas não devem ser substituídos pela análise da equipe especializada para que sejam identificados quais as interações que apresentam relevância clínica para o paciente (TORRIANI et al., 2014).

Em relação aos riscos que envolvem a ocorrência de interações entre diferentes fármacos, Bisson (2011) descreveu dividindo-as em 5 níveis:

### Quadro 1 – Possíveis riscos da interação entre fármacos

Nível 1	Potencialmente grave ou que pode colocar em risco a vida do paciente, de ocorrência bem suspeita, estabelecida ou provável, quase sempre contraindicando as associações entre os fármacos
Nível 2	A interação pode causar piora na situação clínica do paciente, ocorrência suspeitada, estabelecida ou provável em estudos controlados
Nível 3	A interação causa sintomas mais brandos; ocorrência suspeitada, estabelecida ou provável em estudos controlados
Nível 4	A interação pode gerar efeitos de moderados a mais graves; os dados para confirmação são bem limitados
Nível 5	A interação pode causar sintomas menores a mais graves, de ocorrência improvável e não baseado em uma boa comprovação de alteração clínica

Fonte: Adaptado de: Bisson, 2011.

As interações farmacodinâmicas são aquelas que ocorrem entre dois ou mais fármacos, através de seus próprios mecanismos de ação, competindo entre si por seus receptores específicos, produzindo efeito de antagonismo ou sinergismo (TORRIANI et al.; 2014):

- *Sinergismo*: ocorre quando um potencializa o efeito do outro. Nessas condições além da potencialização, resulta também na adição dos efeitos, podendo ser tóxicos ou não. Em alguns casos pode ser que esse seja o intuito da associação, como exemplo clássico o sulfametoxazol + trimetoprima que aumentam a eficácia terapêutica por interferir em diferentes rotas metabólicas da bactéria.

- *Antagonismo*: ocorre quando o efeito de um fármaco é anulado por outro. Esse tipo de interação é mais fácil de ser detectado, caracterizando o antagonismo mútuo. É utilizado para combater um efeito adverso de um fármaco, em alguns casos pode ser desejável, como exemplo, o flumazenil como antagonista de benzodiazepínicos. Quando a associação de dois fármacos tem o mesmo perfil toxicológico, também pode ocorrer efeitos indesejáveis, por exemplo vancomicina e gentamicina associados apresentam potencial nefrotóxico, mesmo quando usados independentemente.

- *Idiosincrasia*: casos em que os efeitos desejados não são alcançados, a resposta à terapia é diferente do esperado.

Em termos práticos, o relato de uma interação entre fármacos deve conter o efeito apresentado, o mecanismo em que ela ocorre, o gerenciamento, a descrição de sua importância clínica e uma referência a respeito (BISSON, 2011).

### **3.3.2 Interações entre fármacos e alimentos**

No ambiente hospitalar, essas interações podem afetar a eficácia do tratamento medicamentoso. Geralmente, a maioria dos pacientes em internação são idosos, que já fazem uso de diversos medicamentos e até mesmo apresentando distúrbios metabólicos (TORRIANI et al., 2014).

Nesses casos, se o medicamento não for devidamente administrado, poderá ocorrer falha terapêutica e/ou aumento nos efeitos indesejáveis.

Ocorrendo em sua maioria a nível de absorção, as interações fármaco-alimento se relacionam com a diminuição da solubilidade da substância ativa decorrente da formação de complexos, mudança no fluxo sanguíneo, mudança da motilidade gastrointestinal e a formação de barreiras físicas que impedem o contato do fármaco com as superfícies de absorção (mucosa gástrica e intestinal) (TORRIANI et al., 2014).

Em sua maioria, os medicamentos administrados logo após ou junto com as refeições não é aconselhável pois são prejudiciais à sua absorção. Entretanto, existem exceções, como a hidroclorotiazida, teofilina, metoprolol e diazepam, que são mais bem absorvidos em presença de carboidratos (TORRIANI et al., 2014).

Alguns anti-inflamatórios e antimicrobianos tem seus efeitos colaterais diminuídos quando administrados concomitante com alimentos. Entre as interações clássicas entre alimentos-medicamentos estão as tetraciclina e os alimentos ricos em cálcio, cuja interação induz a formação de quelatos insolúveis que são excretados pelas fezes (TORRIANI et al., 2014).

### **3.3.3 Interações entre fármacos e nutrientes**

A grande disponibilidade dos medicamentos orais, associada ao custo mais acessível e menores riscos de infecção quando comparados aos parenterais,

acaba justificando a escolha de formas orais para administração via sonda (TORRIANI et al., 2014).

Para que sejam administrados via sondas/tubos de alimentação, devem estar em sob forma líquida, quando não disponíveis, deve-se derivar o sólido em líquido, para que seja de mais rápida absorção e causando menores riscos de oclusão. Obviamente que essa derivação da forma sólida a uma preparação extemporânea leva a alterações nas características de biodisponibilidade do fármaco, podendo a resposta terapêutica ser diferente do que se espera (TORRIANI et al., 2014).

Nessas situações, muitos medicamentos acabam por interagir com nutrientes da formulação da dieta, o que pode provocar alterações na resposta clínica do paciente, em função de variações plasmáticas. Entre esses medicamentos, destaca-se a fenitoína, podendo apresentar até 75% de redução em sua biodisponibilidade quando administrada de forma conjunta com a dieta enteral, sendo nesse caso pausada a dieta em 2 horas antes e depois da administração desse fármaco (TORRIANI et al., 2014).

### **3.3.4 Interações entre medicamentos e fitoterápicos**

Uma questão relevante e que deve ser considerada é o uso de fitoterápicos como alternativa de tratamento. Os fitoterápicos são comumente usados na forma de chás ou infusões, sendo difícil estimar quais princípios ativos estão presentes, bem como suas concentrações. A utilização de *ginkgo biloba*, *hipercum perforatum*, *kava kava*, valeriana entre outros têm sido bastante divulgados pela mídia ocasionando seu mal uso somando à crença popular de que por serem naturais não fazem mal (TORRIANI et al., 2014).

Interações entre fármacos ativos quimicamente e fitoterápicos são frequentemente descritas, não devendo essas interações serem ignoradas, pois os fitoterápicos têm potencial tanto para elevar quanto suprir a atividade do citocromo P450, ocorrendo tais efeitos com maior frequência no intestino, onde são alcançadas maiores concentrações de fitoquímicos. Podem além disso, atuar na atividade farmacológica dos medicamentos e modificar sua captação celular através de interações com os transportadores, alterando sua efetividade, por

exemplo a interação entre varfarina e ginko biloba, que pode potencializar o risco de sangramento no paciente (TORRIANI et al., 2014).

### 3.3.5 Interações farmacêuticas – incompatibilidades medicamentosas

Também conhecida como interação farmacêutica, a incompatibilidade entre medicamentos ocorre quando dois ou mais fármacos injetáveis são misturados no mesmo recipiente e obtém-se um produto diferente do que se espera. Representando um grupo de interações *in vitro*, ocorre durante o preparo da medicação, antes de ser administrada no paciente (TORRIANI et al., 2014).

De acordo Torriani et al (2014) essas interações são classificadas em:

- Físicas: podem ser identificadas visualmente, manifestando-se com precipitações ou turvações, mudanças na cor da solução ou formação de espumas. Em algumas situações, a precipitação pode ser mais lenta relacionando-se com a concentração final da solução, podendo ocorrer ao longo da administração, e gerando maior risco ao paciente.
- Químicas: implicam na degradação irreversível de um dos componentes na solução, podendo ser consequência de hidrólise, oxidação e isomerização. Pode, entretanto, não apresentar alterações visíveis, mas não produzindo seu efeito ou efeitos prejudiciais, gerando riscos de ausência de efetividade ou grande toxicidade.

De acordo com os autores, essas incompatibilidades podem ser facilmente evitadas com ações simples, como:

- Respeitar as orientações do fabricante quanto à reconstituição, diluição e condições de armazenamento após a diluição;
- Adicionar outros fármacos nas soluções apenas quando se tem a garantia da compatibilidade entre os mesmos;
- Manter as soluções ao abrigo do calor e da luz solar direta;
- Dar preferência para o preparo no momento ou próximo a administração, ou quando se têm a garantia de sua estabilidade;
- Evitar a administração de forma conjunta com soluções nutritivas parenterais e medicamentos.

## 3.4 FARMACOTERAPIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

### 3.4.1 O que é farmacoterapia baseada em evidências

A chegada constante de novas tecnologias em saúde, o alto custo individual ou comunitário que alguns produtos e serviços relacionados a saúde, podem apresentar e a importância da melhor escolha para cada tratamento, entre tantas opções, faz-se importante o uso das evidências científicas nos processos de escolha da terapêutica. Nesse contexto, a definição do medicamento adequado entre as opções que se dispõe, muitas vezes, pode ser um desafio aos profissionais da saúde (HEINECK; DAL PIZZOL; 2014).

A medicina embasada em evidências popularizou-se no meio acadêmico e profissional como um novo modelo para a prática médica. Representa-se no uso consciente, nítido e judicioso das melhores evidências disponíveis para as escolhas relacionadas aos cuidados com os pacientes. Atualmente, abrange diversos profissionais da saúde, por exemplo, a Farmacoterapia Baseada em Evidências (FBE) que envolve a escolha do fármaco adequado para profilaxia ou tratamento (HEINECK; DAL PIZZOL; 2014).

### 3.4.2 O papel do farmacêutico na conduta baseada em evidências

A prática da medicina e da farmácia estão em constante atualização. As informações sobre fármacos estão em constante renovação, tornando o conhecimento adquirido durante a formação, insuficiente para a atuação do profissional. A grande abrangência de medicamentos disponíveis dificulta a escolha da terapia mais adequada (HOEFLER; SALGUES, 2010).

O diagnóstico de cada paciente, a escolha da melhor farmacoterapia e os medicamentos disponíveis dentro das condições do paciente exigem conhecimentos que não são fornecidos na formação dos profissionais (RUMEL et al., 2006).

Levando-se em conta a quantidade de publicações e pesquisas científicas disponíveis todos os dias, é necessário filtrar as informações, somar os resultados

de forma a facilitar a escolha do melhor fármaco ou terapia, entre farmacêuticos e profissionais da saúde (COMISSÃO DE FARMÁCIA COMUNITÁRIA DO CFR, 2015).

O procedimento baseado em evidências ainda é pouco conhecido pela maioria dos prescritores. Os acadêmicos e profissionais farmacêuticos, precisam estar atentos aos conceitos que gerenciam esta prática, melhorando o serviço e minimizando os riscos do uso de medicamentos pelos pacientes (FRANCESCHET-DE-SOUSA, 2010).

### 3.4.3 A importância da farmacoterapia baseada em evidências

De acordo com Heineck e Dal Pizzol (2014) a FBE contribui expressivamente para o uso coerente de medicamentos em vários pontos de atendimento ao paciente, oferecendo:

- Maior chance de êxito na terapia;
- Controle de gastos indevidos;
- Segurança no uso de medicamentos.

Nesse aspecto, não só o paciente é beneficiado, como também a instituição de saúde, os profissionais envolvidos no tratamento, quando o profissional fundamenta-se na FBE, integrando conhecimento de pesquisas a outras causas que influenciam no seguimento de decisão clínica (HEINECK; DAL PIZZOL; 2014).

O quadro a seguir ilustra as principais etapas na prática da FBE:

Quadro 2 – Níveis de evidências para tratamento

<i>Nível</i>	Tipo de estudo
1	Avaliação sistemática de ensaios clínicos randomizados
2	Avaliação sistemática de estudos de coorte, estudo de coorte de boa qualidade, ou ensaio clínico randomizado de menor qualidade
3	Avaliação sistemática e de estudo de casos-controlle
4	Série de casos e estudos de coorte ou caso-controlle
5	Opinião de especialistas com base em estudos fisiológicos ou de bancada

Fonte: Adaptado de: HEINECK; DAL PIZZOL; 2014.

Os ensaios clínicos randomizados são abordagens primárias que respondem a questões de tratamento e precaução. Os ensaios clínicos randomizados pois contém um grupo controle, são prospectivos (paralelos), detém fundamentos de randomização (participantes aleatórios designados em um dos grupos de estudo, permitindo a todos igual possibilidade de estarem no grupo-controle) e de ocultação dos desfechos a serem analisados pelo pesquisador (estudo-cego) (EL DIB, 2007).

De acordo com Lopes (2000), o profissional da saúde é considerado possuidor das competências necessárias para a prática da FBE quando este é capaz de:

- Pontuar os problemas relevantes do paciente;
- Converter esses problemas em questões que levem à sua resolução;
- Pesquisar de forma eficiente as informações disponíveis;
- Analisar a qualidade da informação e sua veracidade, em favor ou não de determinada conduta;
- Concluir corretamente a interpretação da informação;
- Aplicar os resultados dessa avaliação na otimização dos cuidados dispensados ao paciente.

#### **3.4.4 Como descrever o problema no âmbito da FBE**

No âmbito da FBE, a questão deve abordar o paciente. Ao delimitar o problema, deve-se fazer ponderar entre precisão e prolixidade. Dependendo de cada situação, existem determinadas características do paciente que devem ser consideradas na apresentação do problema, facilitando a identificação das informações relevantes (LOPES, 2000).

### **3.5 ERROS DE MEDICAÇÃO**

De acordo com o National Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP, 2012), o erro de medicação é qualquer episódio evitável, com potencial para levar ao uso indevido do medicamento, independentemente do

risco de lesar ou não o paciente e do fato de o medicamento encontrar-se sob o manejo de profissionais da saúde, do paciente ou do consumidor.

O erro pode ser relativo à prática profissional, aos aspectos de apresentação do produto, às técnicas operacionais, dificuldades de comunicação, abrangendo prescrição ou outra forma de informação (NCC MERP, 2012).

### **3.5.1 Prevenção de erros de medicação**

É aconselhável que os processos de medicação sejam conferidos e que ações proativas e métodos sejam implantadas com intuito de melhoria na comunicação e garantia de uma terapêutica segura e eficaz (MARTINBIANCHO; ZUCKERMANN; ALMEIDA; 2014).

Martinbiancho e colaboradores (2014), descreveram diversas estratégias para a prevenção de erros de medicação, entre elas estão:

- Informatização das prescrições;
- Padronização e diminuição da ambiguidade;
- Implementação da dupla checagem;
- Utilização de doses unitárias;
- Remoção de medicamentos de certas áreas, criando obstáculos para reduzir a probabilidade de erro em circunstâncias ou ambientes propícios;
- Elaboração e padronização de procedimentos e protocolos para a implementação segura da terapia medicamentosa;
- Estabelecimento da efetiva comunicação com o paciente, estimulando-o a questionar e atuar como parceiro no tratamento;
- Implementação de programas de educação permanente, promovendo o acesso a informações sobre medicamentos;
- Desenvolvimento e implementação de sistemas de notificação de erros;
- Garantia da atuação do farmacêutico clínico como profissional essencial na equipe multiprofissional.

### 3.5.2 Discrepâncias entre medicamentos

As discrepâncias podem ser explicadas como diferenças não fundamentadas entre as farmacoterapias prévias do paciente na fase de transferência entre os pontos de cuidado à saúde (MENDES, 2016).

Steurbault e colaboradores (2010) definem que as discrepâncias podem ser classificadas em: omissão de medicamento, duplicação terapêutica, dose ou via de administração inadequadas, horário e frequência de administração incorretos.

As discrepâncias quando não justificadas, podem acarretar danos adicionais evitáveis aos pacientes, devido ao tratamento inadequado e surgimento de evento adverso. Sendo esta ocorrência especialmente considerável em grupos de pacientes que apresentam riscos elevados, como os idosos, polimedicados e os que apresentam diversos tipos de comorbidades (BREVES, 2015).

Outros estudos apontam que as discrepâncias podem ser especificadas em intencionais e não intencionais. As intencionais ocorrem quando há adição de uma nova medicação, justificando-se pela avaliação do paciente, escolha médica de não prescrever determinado fármaco ou mudança em sua dose, frequência e via de administração embasada na condição clínica do paciente, e por ausência de um medicamento, o mesmo precisa ser substituído (GIMENEZ, 2011).

As discrepâncias classificadas como não intencionais são ocasionadas por omissão de medicamentos, mudanças na dose, frequência ou via de administração diferente daquela que o paciente faz comumente, e por duplicidade terapêutica (GIMENEZ, 2011).

É importante ressaltar que essas discrepâncias quando não são registradas ou não são de forma intencional considera-se EM. Tais erros resultantes de discrepâncias não intencionais têm forte tendência a causar danos graves à saúde dos pacientes (VIRA, COLQUHOUN, ETCHELLS, 2006).

Dessa forma, a conciliação de medicamentos surge como uma estratégia para promoção da segurança do paciente, tendo capacidade de identificar e prevenir mudanças errôneas na farmacoterapia, advindas de atritos nas informações nas transições dos pacientes em diferentes níveis de cuidado (MEDES, 2016; FERNANDES, 2012).

### 3.6 ADESÃO AO TRATAMENTO

A adesão à terapia é indispensável para o resultado favorável do tratamento proposto e vai além do segmento da prescrição médica. É de ocorrência multifatorial, determinado por elementos socioeconômicos, fatores relacionados ao sistema de saúde, ao paciente, à terapia medicamentosa e à doença (COUTO et al., 2014).

Conceitualmente, de acordo com a OMS, é o grau de concordância entre a orientação recebida de um profissional da saúde em relação ao consumo do medicamento, executar uma dieta e promover mudanças no estilo de vida a atitude do paciente (COUTO et al., 2014).

Nesse cenário, a adesão é entendida como a concepção de uma parceria, onde o paciente não é apenas um seguidor, mas entende e aceita as recomendações, em um processo ativo, e de corresponsabilidade entre paciente e profissionais da saúde (COUTO et al., 2014).

Apesar de o baixo poder econômico não ser um fator decisivo para a adesão do tratamento, variáveis socioeconômicas levam muitos pacientes a fazer suas escolhas entre o tratamento e outras necessidades familiares, além também, de haver dificuldade ao acesso ao sistema de saúde (COUTO et al., 2014).

Em relação aos serviços de saúde, a sobrecarga destes com prejuízo no acompanhamento dos pacientes, a distribuição ineficaz de medicamentos, a carência de treinamento dos profissionais da saúde e sua inexperiência para perceber as necessidades e limitações do paciente também podem influenciar na adesão do tratamento (COUTO et al., 2014). No que se refere ao paciente-profissional de saúde é de fundamental importância que se estabeleça uma boa relação entre si para que haja a adesão pelo paciente.

#### 3.6.1 Impactos da não adesão

O uso de medicamentos de maneira irracional constitui um problema de saúde pública em todo o mundo, o que gera grandes consequências econômicas. Evidências de estudos envolvendo diversos grupos de pacientes demonstram que

a não adesão tem sido associada ao aumento dos custos de saúde, resultante do aumento no número de consultadas médicas e das taxas de hospitalização advindas de complicações clínicas (COUTO et al., 2014).

Aproximadamente 5% das hospitalizações são relacionadas à falta de adesão ao tratamento e podem chegar a 47 milhões de dólares nos Estados Unidos (COUTO et al., 2014).

### **3.6.2 Barreira à não adesão**

Entre os principais empecilhos que interferem na adesão aos tratamentos, diversos elementos, que podem estar associados ao tratamento, ao paciente, à família e a aspectos sociais (COUTO et al., 2014).

A diversidade de medicamentos de alta tecnologia, custos elevados, a palatabilidade do medicamento (volume, sabor ou textura desagradáveis) complexidades com detalhes da administração ou reconstituição, possibilidade do aparecimento de reações adversas, posologia dificultada, são fatores que pode complicar a terapia, principalmente quando se diz respeito ao paciente infantil (COUTO et al., 2014).

### **3.6.3 Medidas de adesão**

Vários procedimentos vêm sendo utilizados para analisar a adesão à terapia farmacológica em diversas dimensões e pontos de corte. Assim, a literatura propõe que um único método não seja aplicado de forma isolada, mas em combinação, comparando-se os resultados obtidos com o desfecho clínico (COUTO et al., 2014).

Dentre as técnicas mais empregadas e descritas, está a contagem manual e eletrônica de comprimidos, os arquivos de dispensação de medicamentos em farmácias, arquivos do monitoramento do desfecho clínico e os questionários autorrelatados pelos pacientes (COUTO et al., 2014).

### 3.6.4 Intervenção para melhora na adesão

Para que se obtenha a adesão é necessária uma abordagem multidisciplinar com o objetivo comum do cuidado com a qualidade de vida do paciente. Sendo para isso, indispensável a capacitação dos profissionais da saúde abordando a questão da não adesão, suas causas e primordiais intervenções (COUTO et al., 2014).

De acordo com Couto et al. (2014) as intervenções mais eficazes na promoção da adesão ao tratamento são:

- Intervenções socioeconômicas: esforços governamentais direcionados às maiores preocupações econômicas e sociais relacionadas à adesão, à pobreza, acesso aos cuidados em saúde e medicamentos e ao analfabetismo;
- Intervenções nos sistemas de saúde: a falta de consciência e conhecimento sobre a adesão, são os principais empecilhos para a promoção da adesão por parte dos profissionais, a escassez de ferramentas que ajudem os pacientes a desenvolver comportamentos de saúde adaptativos. Dessa forma, a habilitação dos profissionais de saúde é primordial para a adesão do tratamento.
- Intervenções relacionadas à doença: Pontuar e tratar as demandas características de cada doença, seus sintomas e deficiências causadas pela mesma, comorbidades que influenciam na adesão, é de responsabilidade dos profissionais da saúde. Permutar a forma farmacêutica de um medicamento, por exemplo, é um tipo de intervenção importante, quando, por exemplo, uma doença afeta a capacidade de deglutição do paciente.
- Intervenções relacionadas ao paciente: No contexto do Sistema Único de Saúde, a adesão relaciona-se intimamente com o autocuidado e questões na relação entre sistema de saúde, profissionais e pacientes envolvidos. A habilitação do paciente em participar de seu tratamento e da tomada de decisões, é influenciada em grande parte, por seu conhecimento. Por isso a comunicação entre paciente e profissional de saúde deve ser aprimorada de forma que desenvolva um conhecimento efetivo por parte do paciente, permitindo atuar de forma ativa e responsável em seu tratamento.
- Intervenções relacionadas ao tratamento: Grande parte da não adesão ao tratamento está relacionada com a ocorrência de reações adversas a

medicamentos. Cabe aos profissionais de saúde identificar e lidar da melhor maneira possível, através da administração de medicamentos de suporte ou prover orientações para o manejo destas reações evitando-se a suspensão do tratamento.

### 3.7 USO RACIONAL E EVIDENCIAS CLÍNICAS

O uso racional de medicamentos é estabelecido pela OMS (2002) como a administração adequada de fármacos ao paciente de acordo com suas necessidades clínicas, em doses que atenda suas características individuais, em um tempo apropriado de tratamento, com menor custo possível.

Infelizmente, isso é pouco observado durante os tratamentos, Sendo ainda mais alarmante quando associado ao fato de que na maioria dos países de baixa renda, os medicamentos representam os maiores gastos públicos com saúde. Representando também para as famílias a maior fonte de despesas (HEINECK; DAL PIZZOL; 2014).

De acordo com Isabela Heineck e Tatiane S. Dal Pizzol (2014) as principais causas que contribuem para o uso irracional de medicamentos são:

- Falta de conhecimento;
- Informações inadequadas por parte dos profissionais e pacientes;
- Sobrecarga dos profissionais da saúde;
- Grande disponibilidade de medicamentos associadas à promoção voltada aos lucros de vendas indiscriminadas.

Essa ocorrência da “medicalização da saúde”, comprovado nos últimos anos, facilita o uso inadequado de recursos terapêuticos, o que leva à consequências negativas para o paciente e para as instituições de saúde de um modo geral (HEINECK; DAL PIZZOL; 2014).

### 3.8 MEDIDAS PARA O INCENTIVO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

São recomendadas diversas medidas que gerem o uso racional de medicamentos, no entanto, dependem de esforços englobando governos e autoridades sanitárias,

instituições de ensino, pesquisadores e os profissionais da saúde (HEINECK; DAL PIZZOL; 2014).

Algumas dessas medidas são descritas por Heineck e Dal Pizzol (2014):

### **3.8.1 Políticas para o uso de medicamentos e regulamentação adequada**

Medidas isoladas têm pouco impacto sobre o uso de medicamentos, assim, é necessário um enfoque multidisciplinar e coordenado por autoridades sanitárias, juntamente com representantes locais e regionais, deve fazer parte das estratégias de promoção do uso correto de medicamentos (HEINECK; DAL PIZZOL; 2014).

As políticas e ações devem alcançar o setor público e privado, abrangendo todas as partes interessadas, para que se obtenha maior sucesso. É de grande importância também, que sejam elaborados e implementados legislação e regulação sobre os produtos de fins terapêuticos (HEINECK; DAL PIZZOL; 2014).

Nos países em que o sistema de registro de medicamentos é mais rigoroso, observa-se uma relação custo-benefício mais vantajosa em relação às prescrições. No Brasil, problemas advindos da automedicação e suas consequências levaram à publicação de uma resolução (RDC nº 20 de 2011) que limita a utilização dos antimicrobianos, estabelece ainda critérios para embalagem, rotulagem, dispensação e o controle dessa classe de medicamentos (HEINECK; DAL PIZZOL; 2014).

### **3.8.2 Recursos suficientes que garantam a disponibilidade de medicamentos e equipe de saúde**

Os governos devem investir em recursos que garantam o acesso a medicamentos básicos e o atendimento da população por profissionais competentes e comprometidos com a promoção da saúde (HEINECK; DAL PIZZOL; 2014).

Sem os recursos necessários, dificilmente consegue-se o desenvolvimento adequado das medidas recomendadas que promovam a saúde e o uso correto dos medicamentos. Insucesso terapêutico, sofrimento desnecessário e

desperdício de recursos gerando mais gastos são razões que justificam os investimentos nessa área (HEINECK; DAL PIZZOL; 2014).

### 3.9 MORBIDADE E MORTALIDADE RELACIONADA A MEDICAMENTOS

Nos últimos anos vários estudos voltados para a morbimortalidade relacionada a medicamentos apontam que este tornou-se um considerável problema de saúde pública (SOUZA, et al., 2014).

Assim, as questões pertinentes a segurança do paciente na utilização de medicamentos tem apresentado relevância nas questões de aprimoramento na qualidade dos serviços de saúde em diversos países tencionando a abrangência de resultados terapêuticos desejáveis e promoção da qualidade de vida dos pacientes (ALVES, et al., 2012; LIEBER & RIBEIRO, 2012).

No Brasil, diversas pesquisas apontam a alta constância de saúde dos quais têm sua origem o uso de medicamentos, sendo os mais frequentes pertinentes à automedicação, cumprimento indevido do tratamento, reações contrárias ao medicamentos, intoxicações e interações entre fármacos (SOUZA, et al., 2014).

Todas essas questões relacionadas a medicamentos e a morbidade e mortalidade relacionados a eles, originam uma grande influência na esfera clínica e econômica diante da população (ANDREAZZA, et al., 2011; SILVA, et al., 2011).

A grande ocorrência de morbidades associada a medicamentos pode ser impedida ou diminuída, reestruturação da forma como os medicamentos são administrados pelos serviços de saúde. Uma nova perspectiva de abordagem por parte da assistência farmacêutica e equipes de saúde, direcionado para a gestão clínica da farmacoterapia e solução em saúde, é importante para atingir efetivamente o uso de medicamentos de forma responsável (CORRER, et al., 2011).

Apesar de em diversos estudos publicados, o tema segurança do paciente ser uma das maiores abordagens, ainda é difícil de se estimar a prevalência e incidência de irregularidades causadas por medicamentos, sendo esta ainda uma grande dificuldade, devido a quantidade de informações publicadas, variedades metodológicas e resultados muitas vezes incompatíveis (KVASZ, et al., 2000).

Nos dias atuais, existem diversas literaturas científicas de revisão que analisam os dados gerados por medicamentos, permanecendo ainda a dificuldade em estimar sua prevalência e incidência (SOUZA, et al., 2014).

Essa ocorrência é em virtude da diversidade de metodologia entre as pesquisas, tendo seu início na grande quantidade de técnicas de determinação adotadas, populações pesquisadas e definições e categorias terminológicas adotadas (KVASZ et al., 2000; PINTOR-MARMOL et al., 2012; SOUZA et al., 2014).

A prática da AF é uma ferramenta capaz de reduzir os problemas relacionados aos medicamentos como a automedicação, morbidade e mortalidade bem como as reações adversas à medicamentos (RAMs), negativa em aderir ao tratamento entre outras possibilidades (SILVA; FREITAS, 2008).

### 3.10 ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA

#### **3.10.1 Saúde pública no Brasil**

O sistema de saúde pública no Brasil, que objetiva alcançar todos os brasileiros igualmente, possui falhas em seus principais programas, podendo-se citar o Programa de Saúde da Família, que tem o propósito de intervir na prevenção de doenças, transformando o padrão de saúde centralizado em hospitais (ROSSI, 2015).

No entanto, segundo dados de 2015, em mais de 20 anos de existência, o programa não alcançou cobertura completa nos estados e apenas 2 atingiram mais de 90% de cobertura, sendo estes, Piauí e Paraíba, e ainda sete estados brasileiros não alcançaram a metade da abrangência do programa. Como decorrência dessas falhas, os hospitais sofrem com a lotação e falta de leitos e recursos suficientes (ROSSI, 2015).

Teoricamente, o SUS é considerado por especialistas, um dos mais desenvolvidos e abrangentes sistemas de saúde no mundo, mas na prática, a população sofre com demoradas esperas e recursos insuficientes. O sistema em si, não é o problema, na verdade, constitui a solução, a maior dificuldade é a falta de recursos públicos para manter o programa (CABRAL, 2010).

### 3.10.2 Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil é estabelecida pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, sendo caracterizada por “[...] um conjunto de ações em saúde no âmbito individual e coletivo abrangendo a promoção e atenção em saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. ” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ainda de acordo com o MS a atenção básica é executada por meio da realização de técnicas gerenciais e sanitárias, democráticas e mútuas, em forma de trabalho conjunto, direcionados a um público de territórios definidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No Brasil a atenção básica é implementada de maneira descentralizada, com intuito de promover a proximidade com a população. Sendo o contato com o usuário a porta de entrada e o meio de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>1</sup>. Sendo assim de grande importância que se baseie nos conceitos da universalidade, acessibilidade, vínculo e seguimento do cuidado, da integralidade da atenção, responsabilidade, humanidade, equidade e abrangência social (PORTAL DAB, 2012).

As Unidades Básicas (UB) devem ser localizadas próximas a sua população alvo, para que seja garantido o acesso aos indivíduos a uma atenção à saúde apropriada (PORTAL DAB, 2012).

A Atenção Primária à Saúde no Brasil (APS) compõe o nível inicial de contato com o sistema de saúde. O Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994, constitui o principal plano para a execução e coordenação da APS (GOMES et al, 2011).

O PSF integra os conceitos do SUS aparecendo como um novo modelo na atenção à saúde, com instruções que concebem uma nova maneira produzir ações e serviços de saúde na concepção da modificação e transformação do

---

<sup>1</sup>RAS: “São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

modelo assistencial mecanicista e biomédico (ESCOREL et al., 2007; SOUZA et al., 2008).

Desse modo, desde sua instauração, a APS propõe-se a modificar o modelo usual sanitário brasileiro médico, terapêutico e curativo e pessoal que tem o hospital como o lugar de resolução de qualquer problema de saúde, em uma referência de saúde coletivo, abrangente e direcionado para a família e para a população. O desafio principal é a mudança da atenção sanitária concentrada no procedimento em uma atenção concentrada no usuário (COSTA et al., 2009).

Na trajetória da implementação do SUS, diversas melhorias foram obtidas, principalmente as relacionadas a abrangência e descentralização. Existindo ainda a necessidade de melhorias e aprimoramento (FERREIRA; COTTA; OLIVEIRA, 2008).

Entre os maiores obstáculos existentes e frequentes no SUS, destaca-se as relações de trabalho deficiente, a tênue ligação entre o usuário e o serviço de saúde, a carência de alcance com qualidade dos serviços oferecidos, o modesto envolvimento dos usuários no gerenciamento do serviço, profissionais pouco preparados associado a um modelo vertical. Assim, a introdução e efetivação das políticas públicas no Brasil ainda não é praticada de forma adequada e satisfatória (PINHEIRO, 2004; COTTA et al., 2013).

Sendo o SUS um recurso social em construção, estando os profissionais de saúde essencialmente envolvidos nesse processo, ressalta-se a importância da educação continuada como um dos principais instrumentos para a promoção de um cuidado humanizado e abrangente (COTTA et al., 2013).

### **3.10.3 Acolhimento na atenção básica de saúde**

De acordo com o Ministério da Saúde (2008) o acolhimento é um conceito da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local e nem hora estabelecidos, nem profissional específico para realizá-lo: engloba todos os encontros do serviço de saúde.

É considerado uma postura ética que resulta na escuta do utilizador em suas queixas, na admissão de sua importância no decurso de sua saúde e enfermidade

e no comprometimento e resolução, e no fortalecimento das redes de compartilhamento de conhecimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Na rotina dos serviços de saúde, o acolhimento deve ser interpretado como uma oportunidade de produzir uma nova prática abrangendo ações de comunicação, atos de receber e ouvir, desde o início, do atendimento individual ou geral, até um encaminhamento, agendamento de consulta e encerramento do atendimento (SANTOS et al., 2007).

O acolhimento teve seu estabelecimento com as recomendações de reorientação da atenção da saúde, constituindo peça importante para o rearranjo da assistência em diversos serviços e saúde (SOARES, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010) o acolhimento constitui o elo de ligação direta e confiável entre o usuário e a equipe de saúde, sendo de grande relevância para alcançar os conceitos direcionadores do SUS.

O acolhimento deve ser realizado em todo contexto do auxílio em saúde, ao longo de todo o tempo, da recepção ao atendimento em si aos cuidados (SOARES, 2011).

Na concretização do acolhimento, faz-se necessário uma postura apropriada de escuta e entendimento da atividade local e do serviço referido para os encaminhamentos adequados. O responsável deve ser conhecedor do cunho voltado para o compromisso e para a resolução da situação em questão, pois isso compreende a essência do acolhimento (SOARES, 2011).

Assim, o acolhimento compreende escutar as questões do usuário de forma adequada, oferecendo-se sempre uma resposta afirmativa, comprometendo-se na busca pela solução de seu problema, aumentando a eficiência da utilização do potencial dos integrantes da equipe no acolhimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O acolhimento proporciona o conceito de vínculo de confiabilidade e responsabilidade dos pacientes com a equipe de saúde, sendo essencial na humanização do SUS e depende exclusivamente dos profissionais pertencentes à rede de Atenção Básica. Devendo ser visto como uma ferramenta para acolher os conceitos e critérios do SUS, pois facilita o acesso, beneficia o desenvolvimento do elo entre a população e a equipe envolvida (SOUZA et al., 2008).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 DELINEAMENTO DE ESTUDO

O Presente trabalho adota um modelo de estudo descritivo, com coleta de dados retrospectivos a partir dos registros em prontuários por meio de evoluções e prescrições dos pacientes que foram atendidos no mês de março de 2016 no PASP em Vitória-ES. A critério de avaliação do perfil dos pacientes atendidos na especialidade de clínica médica, foi realizada a análise de todos os atendimentos no período de março de 2015 a março de 2016.

Para a obtenção dos dados colhidos no PASP foi obtida uma autorização (apêndice 1) junto à Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Espírito Santo, além do consentimento por parte da instituição onde se realizou o estudo.

### 4.2 DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

Vitória, município brasileiro, é a capital do estado do Espírito Santo. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) possui uma população estimada em 355.875 habitantes. De acordo com a última atualização da Prefeitura de Vitória (2015), o município conta com 32 Unidades de Saúde (US) que funcionam de 7h da manhã até a noite (o horário exato depende da região, podendo variar entre 19 às 22h), e possui também o Serviço de Pronto Atendimento da Policlínica de São Pedro (PASP) e Praia do Suá, que contam com atendimentos de emergência 24h.

Atualmente, o PASP conta com 3 leitos para emergência, 7 leitos denominados “repouso” e um leito de isolamento. Sendo o serviço de conciliação medicamentosa oferecido aos pacientes que se encontram no repouso.

O PASP também conta com profissionais da saúde como médicos (clínicos gerais, pediatras, cirurgião), enfermeiros, técnicos e auxiliares em enfermagem, dentistas (emergências odontológicas), e 3 farmacêuticos, sendo um diarista, atuando de

segunda a sexta e dois plantonistas que intercalam entre si, realizando assim, a conciliação medicamentosa junto a equipe de saúde.

#### 4.3 PROCEDIMENTOS

Será avaliada a contribuição do farmacêutico na terapia farmacológica, através da conciliação medicamentosa, com a avaliação das evoluções, prescrições médicas e evoluções dos farmacêuticos no histórico dos pacientes disponíveis na Rede Bem Estar<sup>®</sup> utilizado no município de Vitória.

A Rede Bem Estar<sup>®</sup> é um programa da prefeitura de Vitória que interliga a rede de saúde do município, desenvolvido pelos servidores das Subsecretaria de tecnologia da informação (Sub-TI), e inserido em toda rede da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS).

A Rede Bem Estar<sup>®</sup> interliga todos os veículos de saúde (US, PA, farmácias, laboratórios, consultórios odontológicos, centros de referência e centros de especialidades) em único sistema, agilizando assim, o compartilhamento de informações dos os pacientes entre os profissionais de saúde envolvidos, como por exemplo os resultados de exames diretamente no portuário, tornando o processo mais eficiente e diminuindo a emissão de papel.

Nesse sistema que é registrado pelos farmacêuticos a relação de medicamentos utilizadas pelo paciente. As informações serão avaliadas com base nas conciliações que são feitas diariamente e o histórico dos pacientes nas Unidades de Saúde.

## **5 RESULTADOS**

### **5.1 ELABORAÇÃO DE FERRAMENTA PARA COLETA DE DADOS**

Com o intuito de otimizar a coleta de dados e padronizar as informações de relevância para discussão posterior foi estabelecido a tabela 1 a seguir, a partir da revisão bibliográfica realizada à cerca da conciliação medicamentosa.

**Tabela 1 – Planilha para coleta de dados da conciliação**

Paciente	Idade	Sexo		Comorbidades	Admissão	Saída	Encerramento				Local (Trans.)
		M	F				Alta	Óbito	Transferência	Evasão	

Medicamentos na admissão					Conciliação medicamentosa			
DCB	Dose	Freq.	Via de ADM	Medic. Adm.	DCB	Dose	Freq.	Via de ADM

Prescrição na PA São Pedro				
DCB	Dose	Freq.	Via de ADM	Medic. Prescritos

Discrepância						
Não houve	Omissão	Dose	Intervalo/Frequência	Via de administração	Duplicidade terapêutica	Outra

Intervenção		Aceitabilidade (interv. - S)		Justificativa
Sim	Não	S	N	

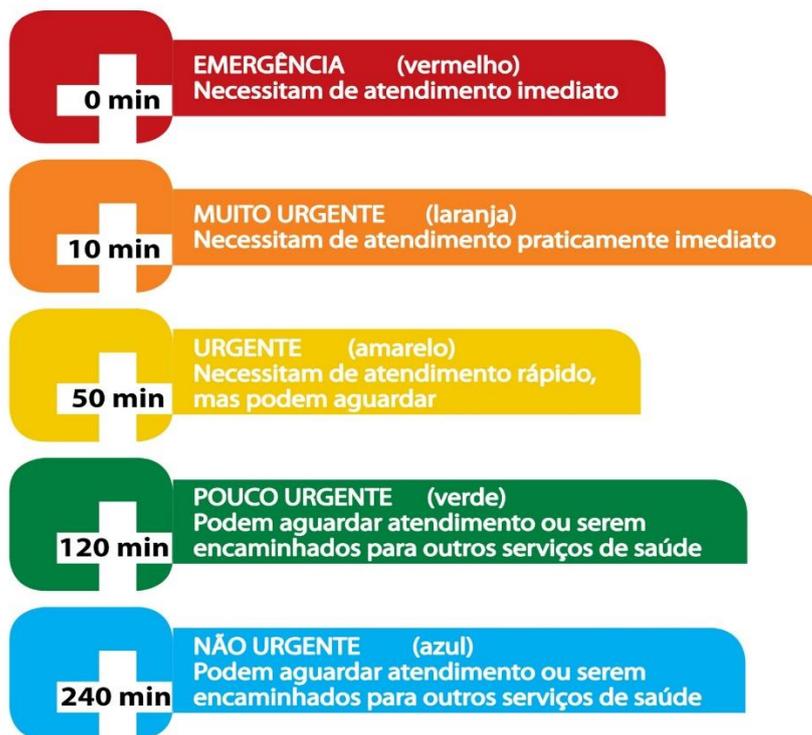
Fonte: Elaboração própria.

## 5.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

De acordo com o protocolo de acolhimento com classificação de risco do Ministério da Saúde (acesso em 30 mai. 2016), a classificação de risco constitui uma ferramenta organizadora na tentativa de melhorar e consolidar o SUS.

Também conhecido como Protocolo de Manchester, a classificação de risco é uma triagem feita com os pacientes, baseando-se nos sintomas apresentados, classificando por cores que representam a gravidade e o tempo de espera sugerido para o atendimento. Atribuindo-se a cor vermelha aos doentes mais graves que necessitam de atendimento imediato, cor laranja para os casos muito urgentes, amarelo para os casos urgentes, verde e azul para os casos de menor gravidade (A Enfermagem, 2012).

Figura 1 – Classificação de risco através do Protocolo de Manchester.



**Protocolo de Manchester:** Pulseiras coloridas sinalizam nível de gravidade de cada caso

Fonte: Passevip, 2014.

Os pacientes recebidos nas unidades são atendidos pelo enfermeiro que faz uma avaliação breve do quadro clínico de acordo com o Protocolo de Manchester e depois encaminhado para o local de atendimento.

Após a classificação de risco no Pronto Atendimento de São Pedro, os pacientes podem ser encaminhados para consulta com clínico geral quando em menor gravidade, ou podem seguir para a emergência, esses pacientes não são conciliados, porque o setor é muito dinâmico e os medicamentos são específicos para estabilizar o paciente e como o pronto atendimento funciona como intermediário entre posto de saúde e hospital, teoricamente, eles devem seguir para um hospital de maior porte, que possa assisti-los de forma mais completa com todos os recursos necessários. Em caso de melhora, o paciente também pode receber alta médica.

De acordo com a avaliação médica e os resultados dos exames laboratoriais e testes rápidos, ou mesmo do histórico de paciente (caso o paciente já tenha sido atendido em alguma US do município), os pacientes também podem ser encaminhados para o isolamento de acordo com a precaução estabelecida (Quadro 3), onde o contato com os profissionais é restrito, por isso esses pacientes também não são conciliados, para melhor segurança dos profissionais farmacêuticos.

Quadro 3 – Isolamento e precauções.

<i>PRECAUÇÕES DE CONTATO COM PACIENTES EM ISOLAMENTO</i>	<p>Lavar as mãos antes e após o contato com pacientes</p> <p>Álcool em gel antes e depois do contato</p> <p>Máscara e óculos de proteção</p> <p>Jaleco e luvas</p> <p>Em caso de contato com sangue ou fluido do paciente com pele intacta lavar imediatamente com água e sabão</p> <p>Em caso de acidente com material perfuro-cortante lavar imediatamente com água e sabão e entrar em contato com médico ou profissional responsável.</p> <p>Manter a porta do quarto fechada</p> <p>Limitar o trânsito de pessoas e transporte do paciente.</p>
--	--

Fonte: Adaptado de: Grinbaum [20--].

O atendimento pediátrico é feito por meio de consulta, pois o PA possui apenas um leito infantil que é utilizado especialmente quando a criança necessita ficar em observação ou quando em situações mais graves, enquanto aguarda vaga em um hospital.

Após a avaliação médica, então o paciente pode seguir 6 caminhos:

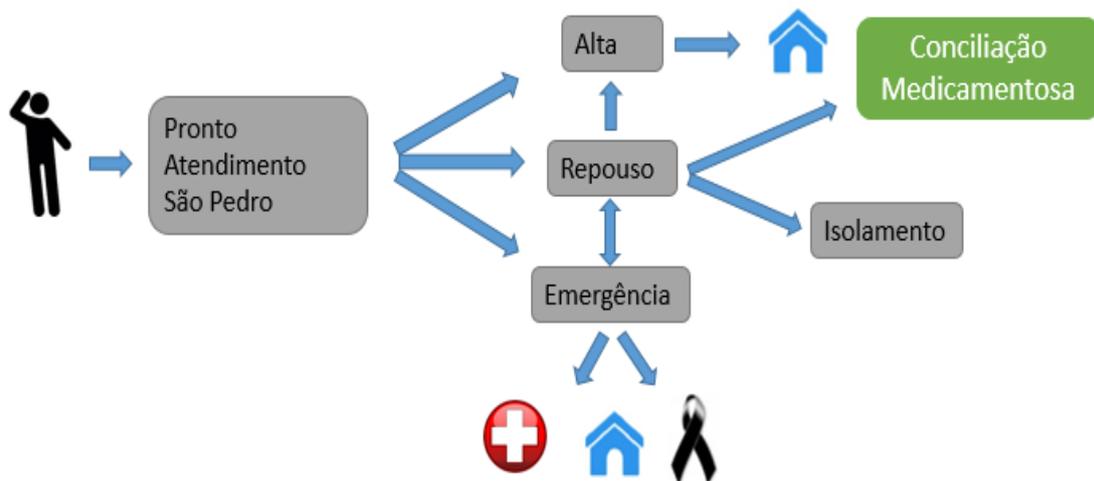
- Ser liberado para tratamento em casa;

- Seguir para a emergência;
- Transferência para o repouso;
- Isolamento;
- Aguardar melhora;
- Transferência para hospital.

Em algumas situações o paciente pode ficar em transição entre repouso e emergência, enquanto aguarda melhora para alta ou vaga em hospital.

Esse processo de transição do paciente é apresentado de forma simples na figura abaixo:

Figura 2 – Macroprocesso do atendimento de pacientes na Policlínica de Atendimento de São Pedro.

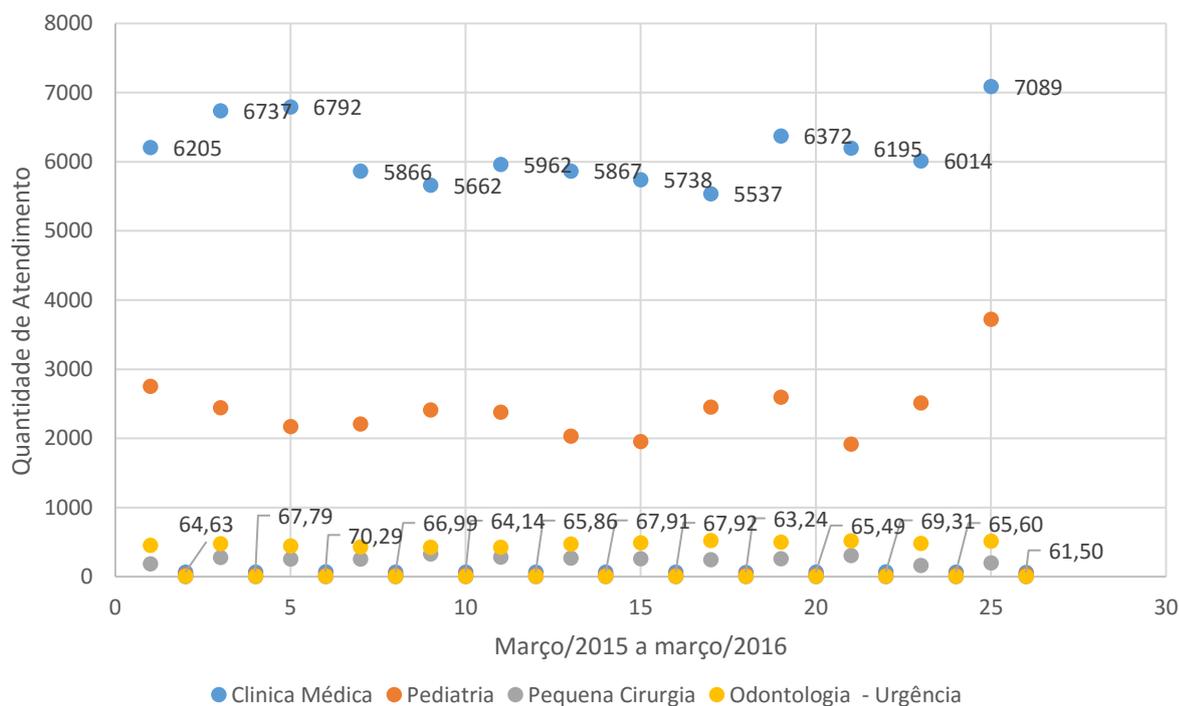


Fonte: Elaboração própria.

### 5.3 COLETA DE DADOS

No período de março de 2015 a março de 2016 o perfil de atendimentos do PASP é apresentado no gráfico a seguir. Observa-se que ocorre uma uniformidade no número de atendimentos por mês em cada especialidade, apresentado a especialidade de clínica médica uma quantidade de atendimento muito superior em relação às outras especialidades, correspondendo a uma média de atendimento mensal de 5.716,86 (66,21%) nos meses analisados, seguido por 2.253,93 (25,93%) do atendimento pediátrico, pequena cirurgia com 235,43 (2,75%) e urgência odontológica com 473,54 (5,11).

Gráfico 1 – Quantidade de atendimento por especialidade.



Fonte: Elaboração própria baseada em Rede Bem Estar®, 2016.

Com o intuito de avaliar a conciliação medicamentosa realizada no PASP, escolheu-se o mês de março de 2016, sendo que neste período a quantidade de atendimentos no PA foi de 11.526, a especialidade clínica médica responsável por 7.089 (61,50%) deste total (Tabela 2). Sendo geradas 80 conciliações desse valor (Tabela 3).

Tabela 2 – Total de atendimentos por especialidade, março de 2016.

Especialidade	Março	
	Atendimentos	%
Clínica médica	7089	61,50
Pediatria	3722	32,29
Pequena cirurgia	202	1,75
Odontologia – urgência	513	4,45
Subtotal do pa (total)	11526	100,00

Fonte: Elaboração própria baseada em Rede Bem Estar®, 2016.

A conciliação medicamentosa no posto de atendimento em estudo teve seu início no mês de fevereiro de 2014. O período de estudo escolhido foi de 1 ano, de março de 2015 a março de 2016. Desde então, até a data final da coleta total de conciliações,

939 conciliações medicamentosas foram realizadas. Observou-se uma média de 72,25 conciliações por mês, porém esse valor alcançou nem 1% (0,77%) do total de atendimento apenas uma vez, no período estudado (Tabela 3).

Dentre os pacientes que foram reconciliados escolheu-se o mês de março/2016 para o estudo desta atividade através da análise do prontuário de cada paciente e seu histórico de medicamentos verificando se houve alguma discrepância em relação ao seu histórico e os medicamentos que foram prescritos no PASP.

No mês escolhido, 80 pacientes foram conciliados, 49 faziam uso de medicamentos contínuos, porém a pesquisa foi realizada apenas com 46 pacientes, pois em 3 destes, não foi possível o acesso ao prontuário devido ao falecimento dos pacientes no período em que foram realizadas as consultas aos prontuários.

Na análise realizada utilizou-se como critério de seleção os pacientes que estiveram no repouso em março de 2016 e faziam uso de medicamentos de forma contínua (doenças crônicas) n=46 (57,5%, do total de 80 pacientes que foram conciliados no mês de março de 2016), ou seja, foram excluídos os pacientes que não faziam uso contínuo de medicamentos, os pacientes do isolamento ou que estiveram apenas na emergência (n=34).

**Tabela 3 – Quantidade de atendimento e conciliações.**

Mês	Número de atendimentos	Quantidade de conciliação	%
Mar/15	9601	76	0,79
Abr/15	9938	73	0,73
Mai/15	9663	65	0,67
Jun/15	8757	54	0,61
Jul/15	8828	71	0,80
Ago/15	9052	75	0,83
Set/15	8640	77	0,89
Out/15	8448	85	1,00
Nov/15	8756	76	0,86
Dez/15	9729	62	0,63
Jan/16	8938	64	0,71
Fev/16	9167	81	0,88
Mar/16	11526	80	0,69
Média	9311	72,23	0,77

Fonte: Elaboração própria, baseada em Rede Bem Estar® PASP (2016).

## 5.4 COMORBIDADES

Do total de pacientes inseridos na amostra (n=46), 23 eram do sexo masculino e 23 do sexo feminino (50% cada), com maior prevalência as idades entre 40 e 59 anos, 39,13% do sexo feminino e masculino, seguido por 60 a 79 com 30,43% de pacientes do sexo feminino e 34,78% de pacientes do sexo masculino (Tabela 4).

**Tabela 4 – Distribuição de pacientes de acordo com sexo e faixa etária.**

Sexo	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
<i>Faixa etária</i>				
20-39 anos	2	8,69	1	4,34
40-59 anos	9	39,13	9	39,13
60-79 anos	7	30,43	8	34,78
80-99 anos	5	21,73	5	21,73
Total	23	100,00	23	100,00

Fonte: Elaboração própria baseada em Rede Bem Estar<sup>®</sup> PASP, 2016.

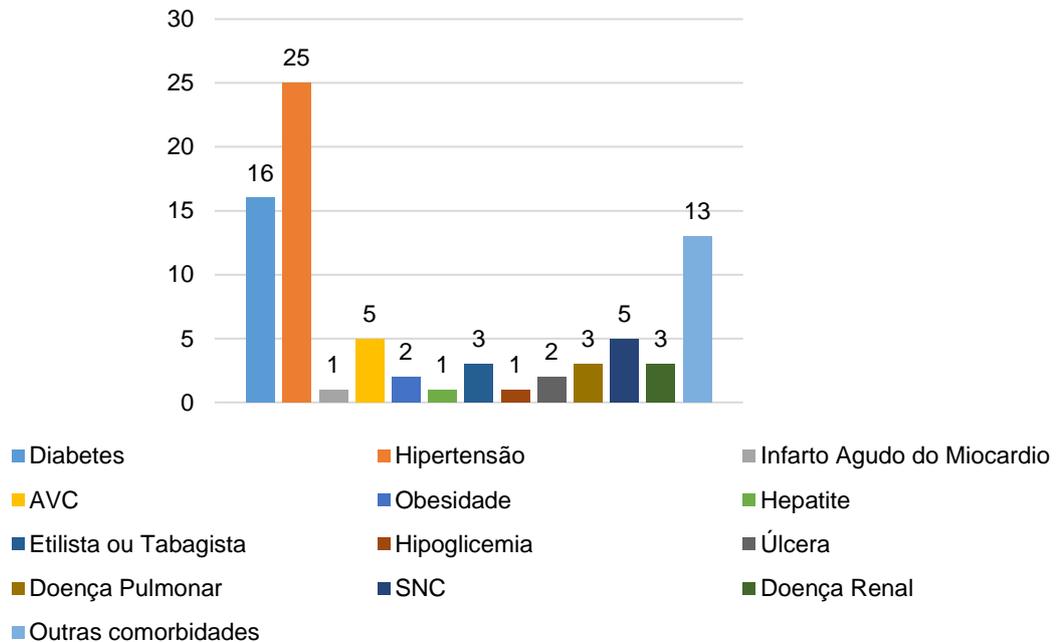
A definição do início da velhice é de certa forma, complexa, pois abrange uma série de fatores. Mas para fins práticos, considera-se o limite de 60 anos de acordo com recomendações da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994; PIMENTA et al., 2015). De acordo com pesquisa do IBGE, a população idosa tem crescido e a maioria sofre de doenças crônicas, sendo maior predomínio hipertensão arterial e diabetes (IBGE, 2014; BBC, 2010).

Desse modo, a maior prevalência de pacientes com idade entre 40 e 59 anos e pacientes idosos era esperada. A ocorrência de doenças relacionada com a idade parece dever-se a interação de condições genéticas predisponentes, mudanças fisiológicas do envelhecimento e fatores de risco variáveis como estilo de vida (alimentação, prática de atividades físicas, etc.) tabagismo e ingestão de álcool (QUADRANTE, 2005).

De acordo com estudo de Dolan et al. (1993) a população idosa apresenta exigências em saúde e necessidades consideravelmente distintas da população mais jovem. Em outro estudo, Ramos et al. (2003), descreveu que a velhice é o período da vida com maior predominância das doenças crônicas, restrições físicas, perdas cognitivas entre outras características.

O gráfico 2 ilustra a variação dessas comorbidades, sendo as doenças crônicas, hipertensão (31%), diabetes (20%), distúrbios no sistema nervoso central e acidente vascular cerebral (6%) as maiores frequências entre esses pacientes.

Gráfico 2: Principais tipos de comorbidades nos pacientes do repouso, março/16.



Fonte: Elaboração própria baseado em Rede Bem Estar<sup>®</sup> PASP, 2016.

## 5.5 PERFIL DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS

O total de medicamentos de uso contínuo entre os pacientes conciliados somam 202, com média de 4,40 por paciente, podendo variar entre 1 até 13 tipos diferentes de medicamentos. O total de medicamentos que foram prescritos após a conciliação foi de 225, com média de 4,89 por paciente.

Os medicamentos foram classificados de acordo com o grupo farmacológico que pertencem (Tabela 5), estando relacionados com as doenças crônicas mais frequentes neste estudo, o que corrobora com o identificado anteriormente no gráfico 2.

**Tabela 5 – Prevalência dos medicamentos mais prescritos por classe terapêutica.**

Classe terapêutica	Medicamentos na primeira prescrição no pasp		Medicamentos em uso ambulatorial		Prescrição após a conciliação	
	n	%	n	%	n	%
<b>Anti-hipertensivos</b>	35	15,22	50	24,88	38	16,89
<b>Antidiabéticos</b>	16	6,96	23	11,44	17	7,56
<b>Antieméticos</b>	27	11,74	0	0,00	22	9,78
<b>Antiulcerosos</b>	20	8,70	11	5,47	21	9,33
<b>Anticolesterolêmicos</b>	7	3,04	15	7,46	10	4,44

Fonte: Elaboração própria baseada em Rede Bem Estar® PASP, 2016.

## 5.6 ANÁLISE DAS PRESCRIÇÕES

Em 22 pacientes (47,82%) o médico manteve os medicamentos que foram conciliados na próxima prescrição e em 9 pacientes (19,56%) o médico não inseriu os medicamentos conciliados na próxima prescrição, aguardando a evolução dos pacientes ou resultados de exames, nos demais não houve prescrição após a conciliação devido à alta ou evasão (Quadro 4).

Verificou-se que o tempo médio de internação entre os pacientes foi de 2,89 dias, com maiores prevalências entre 1 e 2 dias de internação (Tabela 5). Em 28,57% dos casos em que o médico não prescreveu os medicamentos de uso contínuo, o paciente teve alta, permanecendo apenas 1 dia na instituição, seguido por 21,42% para 3 e 5 dias de internação no repouso, 14,28% para 2 dias de internação e 7,14% para 4 e 7 dias.

**Quadro 4 – Prevalência das prescrições após a conciliação.**

	Prescrições	%
<b>O médico manteve os medicamentos de uso contínuo na prescrição podendo haver ajuste ou substituição pela mesma classe</b>	22	47,82
<b>O médico suspendeu os medicamentos de uso contínuo</b>	9	19,56
<b>Não houve nova prescrição devido à alta ou evasão</b>	15	32,60

Fonte: Elaboração própria baseada em Rede Bem Estar® PASP, 2016.

Do total de pacientes, 39 (84,78%) tiveram alta, 5 (10,87%) foram transferidos para outras instituições de saúde e 2 (4,35%) tiveram evasão. (Tabela 6).

**Tabela 6 – Perfil de encerramento dos atendimentos.**

Situação	%	n
Alta	84,78	39
Transferência	10,87	5
Evasão	4,35	2

Fonte: Elaboração própria baseada em Rede Bem Estar®, 2016.

## 5.7 DISCREPÂNCIAS

Em estudo realizado por Mendes (2016), o autor descreve que as discrepâncias entre medicamentos são consideradas quando há presença de diferenças não justificadas entre as farmacoterapias registradas do paciente em sua passagem por diferentes fases de atenção à saúde.

No estudo realizado houve dificuldade em se identificar as discrepâncias entre as prescrições, uma vez que o serviço de conciliação medicamentosa no Posto de Atendimento do bairro São Pedro é recente, não sendo este serviço ainda totalmente efetivo, estando em fase de aprimoramento até sua completa eficácia. Essas discrepâncias, quando encontradas pelos farmacêuticos, não foram registradas na evolução do paciente, sendo as intervenções farmacêuticas realizadas verbalmente junto os demais profissionais envolvidos no cuidado com o paciente.

As principais divergências que foram registradas nos prontuários pelos farmacêuticos após as conciliações foram a suspensão de algum medicamento, mudança em relação à dose ou frequência de administração, ou troca por outro fármaco de mesma classe. Essas diferenças entre as prescrições foram verificadas comparando-se os medicamentos conciliados com a próxima prescrição do médico, não tendo sido feito o registro formal das intervenções realizadas.

Entretanto, essas divergências foram pouco observadas, pois na maioria dos pacientes em que, as prescrições foram feitas após a conciliação, o médico responsável manteve os medicamentos de uso contínuo. O quadro 5 explica de forma simples e detalhada as situações que foram analisadas.

É importante salientar que a conciliação medicamentosa consiste não apenas em coletar o histórico de medicamentos do paciente e identificar as discrepâncias, mas também realizar intervenções quando estas se mostram necessárias, sendo indispensável o registro dessas intervenções, permitindo assim que as informações sejam completas e precisas e possam ser consultados por outros profissionais, evitando-se também, que haja divergências entre informações.

Quadro 5 – Resultados das análises das prescrições após feitas as conciliações.

Situação	n	Justificativa
Medicamento não foi prescrito após a conciliação	15	Alta ou evasão.
Todos os medicamentos foram mantidos	14	a) os pacientes ou acompanhantes foram orientados a trazer de casa os medicamentos que não são padronizados no PASP.
1 ou mais medicamento(s) foi (foram) substituídos	4	a) um foi substituído por outro de mesma classe terapêutica.
		b) Paciente faz uso de insulina, foi prescrito HGT de 6/6h para a administração de insulina quando necessário.
		c) o medicamento foi substituído por outro de mesma classe.
		d) os medicamentos foram substituídos por esquema de insulina.
Os medicamentos foram mantidos com alguma mudança	3	a) um medicamento teve ajuste na dose devido a diferença na forma farmacêutica.
		b) um medicamento foi substituído por outro de mesma classe terapêutica, os demais foram mantidos.
Os medicamentos foram mantidos, 1 ou mais foram suspensos	1	a) dois medicamentos foram mantidos; paciente foi a hemodiálise de onde seguiu para casa com autorização do nefrologista.
Nenhum medicamento foi prescrito	9	a) os medicamentos não foram prescritos, pois aguardava-se avaliação do médico para inclusão dos mesmos

Fonte: Elaboração própria com base em Rede Bem Estar®, 2016.

Pela análise do quadro acima, observa-se que apesar de não ter sido possível o acesso às intervenções quando estas foram feitas, nos casos de suspensão de um medicamento, troca ou ajuste de dose, estes foram registrados na conciliação.

## 5.8 DISCUSSÃO

Diversos estudos têm demonstrado que a conciliação medicamentosa é uma ferramenta eficiente na redução de erros de medicação, que no âmbito hospitalar são clinicamente significativos, sendo sua ocorrência cada vez mais perceptível e intolerável (ALVIM, 2015). Estudos indicam que é grande a quantidade de eventos adversos relacionados à apuração e prescrição de medicamentos (MENDES, 2016). Os EM e EAM além do potencial para causar danos aos pacientes e aumentar o período de internação, gera maiores gastos à instituição de saúde.

Essas evidências comprovam a importância da atuação do profissional farmacêutico na identificação, prevenção e intervenção das discrepâncias entre prescrições, não apenas no momento da admissão, mas também o acompanhamento enquanto o paciente está sob responsabilidade da instituição de saúde.

Alguns estudos indicam que falhas de conciliação resultaram em 20% de erros de medicação na admissão, 66% na transferência entre serviços e 12% na alta hospitalar, sendo que 1/3 dessas falhas tem tendência a causar danos graves (BREVES, 2015). O farmacêutico deve estar presente em pontos de transição de cuidado, onde poderá haver dissensão de informações, levando aos eventos adversos (VELHO, 2011).

Estudos apontam que os pacientes em idade avançada podem ser mais susceptíveis a EM e EAM devido a suas numerosas comorbidades, baixa reserva fisiológica e a grande quantidade de medicamentos em uso. Estes indivíduos idosos possuem ainda maior risco de internação hospitalar, constatando que essa população demonstra grande utilização dos serviços de saúde e excessiva estadia e reinternação hospitalar (ESTRELLA et al., 2009).

Um estudo clínico recente de conciliação medicamentosa realizado em um hospital no sul do país sugere que doenças mais graves estão associadas a um número maior de discrepâncias, acarretando a maior possibilidade de ocorrência dos EAM. Sugerindo-se que a variável “severidade da doença” esteja relacionando ao aumento da idade e maior quantidade de medicamentos (MENDES, 2016).

Esses fatos são mais preocupantes quando se analisa dentro do contexto de envelhecimento populacional, o aumento dos custos médicos e as variadas comorbidades. Como apontado pelo IBGE (2010), o crescimento da população

brasileira idosa registrou aumento de 9,1 em 1999 para 11,3 em 2009, e de acordo com a pesquisa, 48,9% sofre de mais de uma doença crônica. Dessa população ainda, 32,5% não possuem cadastro no programa de Saúde da Família – programa do governo federal de acompanhamento médico – e nem plano de saúde privado.

Esses resultados significam que uma parte da população idosa não tem condições de realizar exames preventivos de forma periódica e nem ser assistidos de forma adequada. Entre as doenças crônicas não transmissíveis, que são grandes causadoras de mortes no Brasil, a hipertensão arterial, o diabetes, o colesterol (maior fator de risco para cardiovasculares) e depressão apresentam maior predomínio no país (IBGE, 2014), essas pesquisas confirmam os resultados obtidos ao se analisar as prescrições dos pacientes conciliados no PASP, onde a maior prevalência de medicamentos tanto conciliados, quanto prescritos foram da classe terapêutica para tratamento dessas comorbidades.

As doenças crônicas são caracterizadas como qualquer condição longa, com duração maior que 3 meses, em geral progressivas e não-curáveis, podendo ser contidas por terapias medicamentosas, mudanças nos hábitos de vida, verificando-se maior presença em idosos. Estudos realizados apontaram que pelo menos 85% dos idosos no Brasil possuem pelo menos uma doença crônica, e aproximadamente 10% possuem pelo menos 5 dessas comorbidades (RAMOS et al., 2003).

As doenças crônicas são muito utilizadas em estudos epidemiológicos como marcador do estado de saúde, principalmente em idosos. No presente estudo, a doença que destacou-se entre as demais, e que em outros estudos também possui a maior prevalência foi a hipertensão arterial, sendo este um grande problema de saúde pública não só no Brasil mas também na maioria dos outros países (PIMENTA et al., 2015).

A prevalência do diabetes também foi verificada neste estudo, sendo também uma das principais doenças crônicas que são observadas em pacientes idosos. Segundo a OMS (2008), a população de diabéticos poderá alcançar 366 milhões no ano de 2030, e 2,9 milhões de óbitos por ano podem ser conferidos a esta doença.

Embora o diabetes tenha menor prevalência em relação a outras morbidades, é uma doença intensamente limitante, podendo ocasionar outras doenças como cegueira, amputações, nefropatias, problemas cardiovasculares e encefálicos, originando

danos as faculdades funcionais, influenciando diretamente na qualidade de vida do paciente (FRANCISCO et al., 2010).

Esses dados chamam a atenção para a importância da Atenção Básica e da Política Nacional de Saúde do Idoso, estabelecida pela Portaria n.º 1.395/GM do Estatuto do Idoso, que têm como princípio a promoção do envelhecimento com saúde, proporcionando a melhoria da capacidade funcional do idoso, a precaução de doenças, o reestabelecimento da saúde, de forma a promover sua permanência no meio onde vivem (PAULAIN, 2011).

O acolhimento na Atenção Básica de Saúde constitui também uma abordagem que não apenas tem o intuito de ouvir o que o paciente tem a dizer, mas também de fazê-lo sentir-se amparado, de forma a deixá-lo seguro, transmitindo a ideia de que não apenas está sendo ouvido como também há interesse em resolver situações relacionadas a saúde e promoção do bem-estar.

Apesar dos diversos avanços relacionados ao SUS e das muitas leis que garantem o direito a saúde, existem muitas dificuldades a serem superadas para que sejam realmente efetivos e de qualidade os serviços públicos em saúde.

Existem diversos cadernos e manuais que descrevem estratégias para o cuidado com a saúde do idoso e pessoa com doença crônica. Estes servem como base para as equipes de Saúde da Família e Atenção Básica direcionarem seus esforços e atenção. É importante que os profissionais envolvidos neste tipo de cuidado estejam atentos as necessidades e particularidades de cada paciente, para que haja efetividade na promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças.

Neste cenário, destaca-se a importância do profissional farmacêutico inserido nas redes de Atenção Básica à Saúde, uma vez que possui o conhecimento necessário para melhor direcionar os pacientes, em especial a população idosa, que fazem uso de medicamentos contínuos. Estes muitas vezes se orientam pela cor, ou tamanho dos comprimidos, podendo muitas vezes haver duplicidade terapêutica. Neste sentido, o farmacêutico, juntamente com a equipe inserida no cuidado podem criar estratégias para melhor orientar dos pacientes quanto as suas medicações, a importância da adesão do tratamento e também das mudanças no estilo de vida, aderindo a hábitos mais saudáveis sem ingestão de bebidas alcoólicas ou tabagismo.

Neste estudo observou-se que apesar da conciliação medicamentosa ser ainda uma ferramenta recente no Pronto Atendimento de São Pedro, os farmacêuticos têm se esforçado para que seja uma ferramenta efetiva e que traga resultados favoráveis. Observou-se também que há bastante diálogo entre os farmacêuticos, médicos e demais profissionais envolvidos, o que é interessante na promoção da efetividade da conciliação medicamentosa nesta unidade de atendimento. Constatou-se também que o profissional sempre ao realizar as conciliações, orientou os pacientes sobre suas medicações, importância da adesão e da administração nos horários corretos, mostrando-se disponíveis aos pacientes para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

Uma das limitações encontradas no estudo, foi a falta dos registros das intervenções realizadas pelos farmacêuticos, nos prontuários dos pacientes, bem como se houve a necessidade de intervenção, esta foi ou não aceita pelo médico, e em caso negativo, se houve ou não justificativa.

Outra limitação observada foi o número insuficiente de farmacêuticos no PASP para realizar as conciliações no momento em que o paciente é admitido no repouso, pois casos em que o paciente é admitido a noite, a conciliação só é realizada no dia seguinte, pois poucas vezes haverá farmacêutico plantonista no período noturno, sendo esta uma fragilidade no serviço de conciliação medicamentosa.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de grande relevância que as instituições de saúde desenvolvam estratégias para a diminuição de forma considerável de erros de medicação e eventos adversos relacionados a medicamentos, pois suas consequências são graves, e em alguns casos, fatais. A conciliação medicamentosa é uma dessas estratégias, constituindo uma ferramenta de extrema importância na recuperação da saúde dos pacientes internados.

A conciliação medicamentosa tem demonstrado ser uma ferramenta indispensável na redução de erros de medicação. Por isso é de grande importância que não só os profissionais farmacêuticos tenham conhecimento de sua efetividade, como também todos os profissionais envolvidos na promoção e recuperação da saúde, para que a adesão a intervenção seja feita de maneira eficaz.

Para isso, é importante que os farmacêuticos estejam atualizados não somente sobre a eficiência desta ferramenta, como também sobre as farmacoterapias disponíveis e diversos estudos que são publicados regularmente, para renovação de seus conhecimentos para maior segurança nos momentos de intervenção.

A conciliação realizada na Policlínica do bairro São Pedro, mostrou-se em parte eficiente, sendo muito útil na coleta do histórico dos medicamentos em uso pelos pacientes, contribuindo na tomada de decisão por parte dos médicos em relação à prescrição, porém não se mostrou efetiva, uma vez que, como já foi mencionado, as intervenções não são registradas, sendo este o principal aspecto a ser melhorado.



## REFERÊNCIAS

- A ENFERMAGEM. **Protocolo de Manchester**. 2012 [Internet]. 2006 Apr;15(2):122–6. Disponível em <http://aenfermagem.com.br/materia/protocolo-de-manchester/> Acesso em maio de 2016.
- Admitted From Home Or A Nursing Home**. Ann Pharmacother [Internet]. 2010
- AGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3603-3614, Ano. 2010.
- ALVES C, BATEL-MARQUES F, MACEDO AF. **Data sources on drug safety evaluation: A review of recent published metaanalyses**. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2012;21(1):21-33.
- ANDREAZZA RS, et al. Causes of drug-related problems in the emergency room of a hospital in southern Brazil. **Gac Sanit**. 2011;25(6):501-6.
- BARROS, J.A.C. **Propaganda de medicamentos. Atentado à saúde?** Ed.
- BISSON, M. P. **Farmácia clínica e atenção farmacêutica**. 2ª ed. Barueri, SP. Ano 2007. P. 50-59, 60-67, 129-133.
- BOLETIM INFORMATIVO [da] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente e qualidade em serviço de saúde**. Brasília, 2011. Semestral.
- BRASIL, 1990. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- BRASIL. Anvisa. Resolução-RDC nº 20, de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. **Diário Oficial da União**. Nº 87, segunda-feira, 9 de maio de 2011. Seção 1, páginas 39 a 41.
- BRASIL. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. **Dicas em Saúde. Acolhimento**. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html> Acesso em maio de 2016.
- BRASIL. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Resolução no 357. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. **Pharm Bras**. 2001; 25:5-12.
- BRASIL. Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de Agosto. Diário da República, 1.ª Série, N.º 167, 30/08/2006, páginas 6297-6383.
- BRASIL. **Diário da República**. Decreto-Lei n.º 13/2009 de 12 de Janeiro. I Série. N.º 7 de 12 de Janeiro de 2009. Ministério da Saúde.

BRASIL. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). Cidades > Vitória-ES, 2015. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=320530> Acesso em Mai/2016.

BRASIL. **Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. In: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. **Legislação para o farmacêutico**. São Paulo: CRF-SP; 1996. p.22-33.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de acolhimento e classificação de risco**. [s.d.]. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf) Acesso em maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)> Acesso em maio de 2016.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4283\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4283_30_12_2010.html)> Acesso em 05 set. 2015.

BRASIL. **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.

CABRAL, P. **Saúde sofre com falta de recurso e gerenciamento precário**. Disponível em <[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2010/09/100930\\_sus\\_saude\\_brasil\\_dg.shtml](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2010/09/100930_sus_saude_brasil_dg.shtml)> Acesso em maio de 2016.

CARDINAL, L.; FERNANDES, C. Intervenção farmacêutica no processo da validação da prescrição médica. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. São Paulo v.5 n.2 14-19 abr./jun. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS**. Ano II - Número 02 - Junho/2014.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Prescrição farmacêutica e atribuições clínicas do farmacêutico**. Disponível em <

[http://www.cff.org.br/userfiles/prescri%C3%A7%C3%A3o%20farmaceutica%202015\(1\).pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/prescri%C3%A7%C3%A3o%20farmaceutica%202015(1).pdf)> Acesso em maio de 2016.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA – PR. **Prática farmacêutica: saúde baseada em evidências.** Publicado online em Out/2015. Disponível em [http://www.crf-pr.org.br/uploads/evento/21915/Artigo\\_Saude\\_baseada\\_em\\_evidencias.pdf](http://www.crf-pr.org.br/uploads/evento/21915/Artigo_Saude_baseada_em_evidencias.pdf) Acesso em Mai/2016.

CORRER CJ, OTUKI MF, SOLER O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Rev Pan-Amaz Saude.** 2011;2(3):41-9.

COSTA GD, et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm.** 2009; 62(1):113-118.

COTTA, R. M. M. et al. **Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós?** Ciência & Saúde Coletiva, 18(1):171-179, 2013.

COUTO, D. H. N.; et al., Adesão ao tratamento. **Medicamentos na prática da farmácia clínica.** Ed. Artmed. Porto Alegre, RS. Ano 2014. p. 177-182.

DOLAN TA, TCHINSON KA. **Implications of access, utilization and need for oral health care by the noninstitutionalized and institutionalized elderly on the dental delivery system.** J Dent Educ. 1993;57: 876-87.

EL DIB, R. P. **Como praticar a medicina baseada em evidências.** J Vasc Bras 2007, Vol. 6, Nº 1.

ESCOREL S, et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Públ. /Pan Am. J. Public Health** 2007; 21(2): 64-176.

ESTRELLA, K.; OLIVEIRA, C. E. F.; SANT'ANNA, A. A.; CALDAS, C. P. **Cad. Saúde Pública** vol.25 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2009

FERNANDES, O. **Medication reconciliation in the hospital: what, why, where,**

FERRACINI, F. et al., **O papel de um farmacêutico clínico em um hospital.** Disponível em <http://www.einstein.br/blog/paginas/post.aspx?post=938> Acesso em 13 de set. de 2015.

FERREIRA MLS, COTTA RMM, OLIVEIRA MS. Reconstrução Teórica do Cuidado para as Práticas de Saúde: Um Olhar a Partir da Produção de Alunos de Curso de Especialização a Distância. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2008; 32(3):291-300

FRANCESCHET-DE-SOUSA, I. et al. Uso racional de medicamentos: relato de experiência no ensino médico da Unesc, Criciúma/SC. **Rev. bras. educ. med.** vol.34 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2010.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde Pública** vol.26 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2010.

FREITAS, E. L. D.; OLIVEIRA, D. R. D; PERINI, E. Atenção Farmacêutica - Teoria e Prática: um Diálogo Possível? **Revis. Acta Farm. Bonaerense** 25(3): 447-53 (2006).

GBCR., Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. **O sistema Manchester de classificação de risco**. Disponível em <http://gbc.org.br/> acesso em maio de 2016.

GIMENEZ, M. Á., ZONI A.C., RODRÍGUEZ, R. C., DURÁN-GARCÍA, E, TROVATO L. A. N, PÉREZ S. C., et al. **Developing a programme for medication reconciliation at the time of admission into hospital**. *Int J Clin Pharm* [Internet]. 2011 Aug;33(4):603–9.

GRINBAUM, R. S. **Isolamento e precauções**. ANVISA, [20--]. Disponível em <[http://www.anvisa.gov.br/divulga/eventos/X\\_jornada/16h40\\_Renato.pdf](http://www.anvisa.gov.br/divulga/eventos/X_jornada/16h40_Renato.pdf)> Acesso em maio de 2016.

HEINECK, I.; DAL PIZZOL, T. S. Uso racional de medicamentos e evidências clínicas. **Medicamentos na prática da farmácia clínica**. Ed. Artmed. Porto Alegre, RS. Ano 2014. p. 69-80.

HEPLER C.D, STRAND L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Br J Clin Pharmacol**. 1998 Nov; 46(5): 415–420.

Hucitec Sobravime, São Paulo, p.87-124.1995

JUNIOR, V. R. Farmacêutico clínico ajuda a evitar problemas com medicamentos, diz pesquisa do ICB. **Hospital Universitário de São Paulo**. Disponível em <http://www5.usp.br/26896/farmacutico-clinico-ajuda-a-evitar-problemas-com-medicamentos-diz-pesquisa-do-icb/> Acesso em 15 de set. de 2015.

KVASZ M, et al. Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients: A Critique of a Meta-analysis. **Med. Gen. Med**. 2000;2(2)E3.

LAING R, et al. 25 years of the WHO essential medicines lists: progress and challenges. **The Lancet Psychiatry**. 2003; 361:1723-29. v. 361, n. 9370, p. 1723-1729.

LEXCHIN, J. **Uma fraude planejada: a publicidade farmacêutica no terceiro mundo** In Bonfim JRA & Mercucci VL 1997. A construção da política de medicamentos. Hucitec e Sobravime, São Paulo, p.269-289.

LIEBER NS, RIBEIRO E. Adverse drug reactions leading children to the emergency department. **Rev Bras Epidemiol**. 2012;15(2):265-74.

LING JM, MIKE LA, RUBIN J, ABRAHAM P, HOWE A, PATKA J, et al. **Documentation of pharmacist interventions in the emergency department**. *Am J Health Syst Pharm*. 2005;62(17):1793-7.

LOPES, A. R. Manual da Farmácia Hospitalar. Conselho Executivo de Farmácia Hospitalar. **Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida**. Lisboa, Pt. 2005.

MANSO, A. **Erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos**: Estudo de caso sobre as representações dos actores de uma unidade pós cirúrgica de um Hospital Português. 2010. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento) – Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

**Manual da Farmácia Hospitalar**. Conselho Executivo de Farmácia Hospitalar. 2005.

MARIN, N.; LUIZA, V.L.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais de saúde**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 373p.

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

MARTINBIACHO, J. K.; ZUCKERMANN, J.; ALMEIDA, S. M. Farmácia Clínica. **Medicamentos na prática da farmácia clínica**. Ed. Artmed. Porto Alegre, RS. Ano 2014. p. 82-97.

MENDES, A. E. M. **Conciliação de medicamentos na admissão hospitalar: Um ensaio clínico randomizado**. Disponível em <  
<http://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/42441>> Acesso em Abril de 2016.

MENDES, A. E. M. et al. **Medication reconciliation at patient admission: a randomized controlled trial**. Pharm Pract (Granada). 2016 Jan-Mar; 14(1): 656.

MIKEAL, R.L. et al. Quality of Pharmaceutical Care in Hospitals. **Am. J. Hosp. Pharm.**, v.32, n.6, p.567-574, 1975.

MIRANDA, T. M. M. Intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico na unidade de primeiro atendimento. **Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE**, São Paulo (SP), Brasil. Ano 2012; n. 10(1): p.74-8.

NOVAES. M.R.C.G. et al., **Guia de Boas Práticas em Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. São Paulo, Ateliê Vide o Verso, 2009:11-36.

NUNES, P. H. C. et al. Intervenção farmacêutica e prevenção de eventos adversos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences vol. 44, n. 4, out./dez., 2008. Oct;44(10):1596–603.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The role of the pharmacist in the health care system**. Geneva: OMS, 1994. 24p. (Report of a WHO Meeting).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **El papel del farmacéutico en la atención a la salud: informe de un grupo de consulta de la OMS, Nueva Delhi, India**, 13-16 dic, 1988. Ginebra: WHO; 1990.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Ginebra. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS**, p. 1-6, [septiembre] 2002.

PAIM, P. organizador. **Estatuto do Idoso**. 1ª ed. 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

PERDIGÃO, P.; OLIVEIRA, R. P.; RAMOS, S. Erros relacionados aos medicamentos. **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. [2012?].

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

PIMENTA, F. B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 20(8):2489-2498, 2015.

PINHEIRO R. **Democracia e saúde: sociedade civil, cidadania e cultura política**. Physis 2004; 4(1):11- 14.

POSSAMAI, F.P.; DACOREGGIO, M. D. S. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. **Trab. educ. saúde**. vol.5 no.3 Rio de Janeiro Nov. 2007.

QUADRANTE, A. C. R. **Doenças crônicas e o envelhecimento**. Portal do Envelhecimento, 2005. Disponível em <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo250.htm>> Acesso em maio de 2016.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):793-798, mai-jun, 2003.

RAMOS, M. R. O. **Informação de Medicamentos e Reconciliação Terapêutica: Impacto para Doentes e Cuidadores**: Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia Comunitária, Hospitalar e Investigação. 2013. 173 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade da Beira Interior, Covilhã – Portugal.

REIS, A.M.M., CASSIANI, S.H.D. **Adverse drug events in an intensive care unit of a university hospital**. Eur J Clin Pharmacol. 2011;67(6):625-32.

REIS, W. C. T., SCOPEL, C. T., CORRER, C. J., ANDRZEJEVSKI, V. M. S. **Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário do Brasil**. Einstein. 2013;11(2):190-6

- ROSSI, M. **Saúde pública no Brasil ainda sofre com recursos insuficientes.** Disponível em < <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/480185-SAUDE-PUBLICA-NO-BRASIL-AINDA-SOFRE-COM-RECURSOS-INSUFICIENTES.html>> Acesso em maio de 2016.
- RUMEL, D.; NISHIOKA, S. D. A.; SANTOS, A. A. M. Intercambialidade de medicamentos: abordagem clínica e o ponto de vista do consumidor. **Rev. Saúde Pública** vol.40 no.5 São Paulo Oct. 2006.
- SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. V. 23. N. 1, p. 75-87, 2007.
- SANTOS, J. D. S. **Farmacêutico precisa ser generalista.** Brasília. Guia da Farmácia, n. 119, p. 24, out., v.9. 2002.
- SILVA, A. E. B.C. et al. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 19(2):[09 telas] mar-abr 2011 Disponível em< [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_21](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_21)> Acesso em 04 set. 2015.
- SILVA, A. E.B. C., CASSIANI, S. H. D. B. Erros de medicação em hospital universitário: tipos, causas, sugestões e providências. **Rev.Bras. de Enfermagem**. 57 (6): 671 – 674. Ano 2004.
- SILVA, A.E.B.C., REIS, A.M.M., MIASSO, A.I., SANTOS, J.O, CASSIANI, S.H.B. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. **Rev Latinoam Enferm**. 2011;19(2):378-86.
- SILVA, R. F. da, FREITAS, R. M. de. Investigação sobre o uso racional de medicamentos no município de Quixadá. **Revista Eletrônica de Farmácia** Vol 5(3), 28 - 32, 2008.
- SOUZA, E.C.F., VILAR, R.L.A., ROCHA, N.S.P.D., UCHOA, A.C., ROCHA, P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad Saude Publica** 2008; 24(Supl. 1):100-110.
- SOUZA, T. T. et al. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, 2014;35(4):519-532.
- STEURBAUT S, LEEMANS L, LEYSEN T, DE BAERE E, CORNU P, METS T, et al. **Medication history reconciliation by clinical pharmacists in elderly inpatients**
- TORRIANI, M. S.; SANTOS, L. dos; BARROS, E. Interações Medicamentosas. **Medicamentos na prática da farmácia clínica**. Ed. Artmed. Porto Alegre, RS. Ano 2014. p. 60-67.

VELHO, A. C. Z. **Atuação do farmacêutico na reconciliação medicamentosa: uma revisão de literatura.** 2011. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre – RS.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. Temas Livres. **Ciência & Saúde Coletiva.** 12(1):213-220, 2007.

VIRA T., COLQUHOUN M, ETCHELLS E. **Medication errors at hospital admission and discharge.** Qual Saf Health Care. Qual Saf Health Care. 2006 Apr; 15(2): 122–126.

WANNMACHER, LENITA. **Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto.** Brasília: OPAS/OMS; 2006 Disponível em: [http://cursos.campusvirtuaisp.org/pluginfile.php/36541/mod\\_page/content/7/M2O6\\_Wannmacher\\_2006\\_port.pdf](http://cursos.campusvirtuaisp.org/pluginfile.php/36541/mod_page/content/7/M2O6_Wannmacher_2006_port.pdf). Acesso em 22 de out. de 2015.

**WHEN, WHO AND HOW?** Healthc Q. 2012 Jan;15 Spec No:42–9.

WHO, World Health Organization. **Diabetes** 2008 (Fact Sheet, 312). Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html> Acesso em maio de 2016.

WHO, World Health Organization. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research.** Ed. Ashish Jha. 2008.

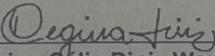
**APÊNDICE A - Solicitação prévia para realização da pesquisa no âmbito da Secretaria de Saúde do Município de Vitória-ES.**

  
PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE  
Professora Angela Maria Campos da Silva

## DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação no Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) está de acordo e possui infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "**ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM POSTO DE PRONTO ATENDIMENTO EM UM BAIRRO NA GRANDE VITORIA**" de autoria de **ALINE CRISTINE DE OLIVEIRA SANTOS**. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS-Vitória, de Carta de Apresentação do pesquisador ao(s) campo(s) de pesquisa.

Vitória, 21 de março de 2016

  
Regina Célia Diniz Werner  
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde