

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Avaliação do processo de conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no estado do Rio de Janeiro”***

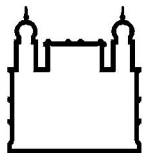
*por*

***Diana Domingues da Camara Graça***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientador: Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Júnior*

*Rio de Janeiro, março de 2015.*



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



*Esta dissertação, intitulada*

***“Avaliação do processo de conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no estado do Rio de Janeiro”***

*apresentada por*

***Diana Domingues da Camara Graça***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fabíola Giordani Cano

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica Silva Martins

Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Júnior – Orientador

*Dissertação defendida e aprovada em 03 de março de 2015.*

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

G729a Graça, Diana Domingues da Camara  
Avaliação do processo de conciliação medicamentosa em  
pacientes pediátricos em um hospital público especializado no  
estado do Rio de Janeiro. / Diana Domingues da Camara Graça. --  
2015.  
192 f. : il. ; tab.  
  
Orientador: Walter Vieira Mendes Júnior  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública  
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.  
  
1. Segurança do Paciente. 2. Erros de Medicação.  
3. Reconciliação de Medicamentos. 4. Pediatria. 5. Hospitais  
Públicos. 6. Hospitais Especializados. I. Título.

CDD – 22.ed. – 615.6098153

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Walter Mendes, pela confiança, apoio e paciência durante toda a jornada do mestrado.

Ao corpo docente da ENSP pela oportunidade de cursar o mestrado em sua instituição e pela contribuição na minha formação.

Às professoras, Monica Martins e Fabíola Cano, por aceitarem o convite de participação na banca de avaliação deste trabalho.

Aos especialistas, Ana Paula Queiroz, Fabíola Cano, Francisco Alves e Joice Zuckermann, por contribuírem no desenvolvimento dos instrumentos utilizados no estudo.

À professora Fabíola Cano pelo auxílio na geração dos bancos de dados e na geração de resultados do estudo, dispensando-me várias horas do seu tempo.

Ao professor Saint-Clair Gomes pelo auxílio na geração de resultados do estudo.

À professora Claudia Silva pela revisão de português.

Ao meu amigo Siddhartha Ahearne por ter desenhado as imagens utilizadas nos diagramas de conciliação medicamentosa.

Agradeço aos meus colegas das turmas de mestrado com os quais momentos muito construtivos juntos.

Agradeço aos meus familiares que sempre me apoiaram em todos os momentos de minha vida, que cuidaram e se esforçaram para tudo dar certo.

Aos meus amigos que são a minha família por afinidade.

Aos meus colegas de profissão com os quais eu pude compartilhar experiências e conhecimentos e que contribuíram para a minha formação profissional.

A minha chefia por apoiar o meu projeto. Aos meus colegas por tornarem meus plantões melhores. Às residentes por dividirem este caminho de atuação clínica comigo.

À chefia do Departamento de Pediatria e da Unidade de Cirurgia Pediátrica por ter apoiado sem ressalvas a realização do meu estudo. À equipe médica desses serviços, por ter me recebido tão bem e compreendido meu trabalho. Às equipes multidisciplinares do Departamento de Pediatria por ter me acolhido nos rounds.

## RESUMO

**Graça, DDC. Avaliação do processo de conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2015.**

Poucos estudos avaliaram a frequência de erros cometidos pelos profissionais de saúde em pacientes pediátrica em comparação com estudos em adultos. A conciliação medicamentosa é considerada uma solução para prevenir erros de medicação no cuidado do paciente. O objetivo deste estudo foi avaliar o processo de conciliação medicamentosa na admissão hospitalar e na transferência interna de pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Rio de Janeiro. Foi realizado um estudo observacional prospectivo, com busca ativa de discrepâncias medicamentosas utilizando diferentes fontes de dados. Foram identificadas 137 discrepâncias na admissão hospitalar com 210 medicamentos em 38 (92,7%) dos 41 participantes do estudo, das quais 39 (28,5%) foram discrepâncias não intencionais, dentre as quais 25 (64,1%) foram erros por omissão. Na transferência interna foram identificadas 31 discrepâncias com 69 medicamentos em sete (87,5%) dos oito participantes, das quais 17 (54,8%) foram discrepâncias não intencionais e destas a maior parte 6 (35,5%) foram de erro por omissão. A quantidade de medicamentos em uso pelo paciente foi um fator de risco para a ocorrência discrepâncias no momento da admissão hospitalar, com risco relativo (RR) de 1,27 (intervalo de confiança 95%, IC = 1,03-1,57). O processo proposto e os instrumentos adaptados para contexto de hospitais brasileiros podem ser utilizados em outros serviços. Os formulários de conciliação medicamentosa quando disponibilizados em prontuários fornecem informações sobre os medicamentos em uso para todos os envolvidos no cuidado do paciente. Farmacêuticos atuando na conciliação medicamentosa identificam e ajudam a prever mais discrepâncias e erros de medicação e fornecem evidências clínicas para a equipe médica que permitem aumentar a segurança do paciente. A conciliação medicamentosa dos pacientes com maior número de medicamentos deve ser priorizada em serviços com poucos recursos humanos.

Palavras chave: segurança do paciente, erros de medicação, reconciliação de medicamentos, pediatria

## ABSTRACT

**Graça, DDC. Evaluation of the medication reconciliation process in pediatric patients in a specialized public hospital in the state of Rio de Janeiro. Thesis (Master of Public Health), National School of Public Health Sergio Arouca - ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2015.**

Few studies have evaluated the frequency of errors made by health professionals in the pediatric patients compared to studies in adults. Medication reconciliation is considered a solution to prevent medication errors in patient care. The objective of this study was to evaluate the medication reconciliation process at admission and internal transfer of pediatric patients in a specialized public hospital in Rio de Janeiro. A prospective observational study, with active search for medication discrepancies using different data sources was conducted. We identified 137 discrepancies in the admission of 210 drugs in 38 (92.7 %) of the 41 study participants, of which 39 (28.5 %) were unintentional discrepancies, among which 25 (64.1 %) were error by omission. In internal transfer were identified 31 discrepancies with 69 drugs in seven (87.5%) of the eight participants, of which 17 (54.8 %) were unintentional discrepancies and these most 6 (35.5 %) were error by omission. The amount of drugs taken by the patient was a risk factor to the occurrence discrepancies at hospital admission, with relative risk (RR) of 1.27 (95% confidence interval, CI = 1.03 to 1.57). The proposed process and adapted instruments for Brazilian hospitals may be used in other services. The forms of medication reconciliation when available in medical charge provide information about drugs for everyone involved in patient care. Pharmacists working in medication conciliation identify and help provides more discrepancies and medication errors and provide evidence for the medical staff which help increase patient safety. Medication reconciliation of patients with more drugs should be prioritized in services with few human resources.

Key words: patient safety, medication errors, medication reconciliation, pediatrics

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	9
LISTA DE TABELAS.....	10
LISTA DE QUADROS.....	12
LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES.....	13
1. Apresentação.....	14
2. Introdução.....	15
2.1. A era da segurança do paciente.....	15
2.2. Os erros de medicação.....	15
2.2.1. Os erros de medicação em crianças.....	16
2.3. A conciliação medicamentosa.....	17
2.3.1. Definições na conciliação medicamentosa.....	17
2.3.2. Momentos da conciliação medicamentosa.....	21
2.3.3. Fatores de risco para discrepâncias e erros de medicação na conciliação medicamentosa.....	21
2.3.4. Avaliação do processo de conciliação medicamentosa existente.....	22
3. Justificativa.....	23
4. Objetivos.....	25
4.1. Objetivo geral.....	25
4.2. Objetivos específicos.....	25
5. Método.....	26
5.1. Desenho de estudo.....	26
5.2. Local de estudo.....	26
5.3. População de estudo.....	27
5.4. Coleta de dados.....	28
5.5. Aspectos éticos.....	28
5.6. Etapas do estudo.....	29
5.6.1. Adaptação dos instrumentos de conciliação medicamentosa.....	29
5.6.2. Processo de coleta e registro em prontuário da história primária de medicamentos (HPM) .....	32
5.6.3. O processo para medir e avaliar as taxas discrepâncias e interações medicamentosas.....	33
5.6.4. Fatores de risco.....	37
5.7. Análise dos resultados.....	38

6. Resultados.....	40
6.1. Momento da admissão hospitalar.....	40
6.1.1. Características dos participantes no momento da admissão hospitalar.....	41
6.1.2. Processo de coleta e registro em prontuário da história de medicamentos em uso pelo paciente.....	45
6.1.3. Medir e classificar as taxas de discrepâncias identificadas no momento da admissão hospitalar.....	51
6.1.4. Medir e classificar as taxas de interações medicamentosas identificadas no momento da admissão hospitalar.....	58
6.1.5. Identificar alguns fatores de risco para a ocorrência de discrepâncias e discrepâncias não intencionais no momento da admissão hospitalar.....	63
6.2. Momento da transferência interna.....	65
6.2.1. Características dos participantes no momento da transferência interna.....	66
6.2.2. Medir e classificar as taxas de discrepâncias identificadas no momento da transferência interna.....	69
6.2.3. Medir e classificar as taxas de interações medicamentosas identificadas no momento da transferência interna.....	73
6.3. Perdas de pacientes.....	77
7. Discussão.....	81
7.1. Instrumentos de conciliação medicamentosa para a realidade brasileira.....	82
7.2. O registro das histórias de medicação de pacientes.....	83
7.3. A atuação do farmacêutico na conciliação medicamentosa.....	84
7.4. A importância do trabalho em equipe na conciliação medicamentosa.....	86
7.5. Fatores de risco da conciliação medicamentosa.....	88
7.6. Limitações.....	88
8. Conclusão.....	92
9. Referências Bibliográficas.....	93
APÊNDICE A – FORMULÁRIOS ORIGINAIS.....	98
APÊNDICE B – FORMULÁRIOS DESENVOLVIDOS E TRADUZIDOS.....	105
APÊNDICE C – FORMULÁRIOS DESENVOLVIDOS, TRADUZIDOS E ADAPTADOS PELO PAINEL DE ESPECIALISTAS.....	110
APÊNDICE D – FORMULÁRIOS DESENVOLVIDOS, TRADUZIDOS, ADAPTADOS E AVALIADOS APÓS O ESTUDO PILOTO.....	115
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO E ASSENTIMENTO ANTES DO ESTUDO PILOTO.....	119



APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO E ASSENTIMENTO APÓS O ESTUDO PILOTO.....	124
APÊNDICE G – FORMULÁRIOS CRIADOS APÓS O ESTUDO PILOTO.....	129
APÊNDICE H – FORMULÁRIO DE ACONSELHAMENTO DE ALTA DO PARTICIPANTE.....	133
APÊNDICE I – PAINEL DE ESPECIALISTAS.....	134
APÊNDICE J – ESTUDO PILOTO.....	150
APÊNDICE K – CORRESPONDÊNCIA ELETRÔNICA CONTENDO UM CONVITE E O INSTRUMENTO PAINEL DE ESPECIALISTAS.....	157
ANEXOS.....	175

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Processo de identificação e classificação das discrepâncias e dos erros de medicação.....	20
Figura 2. Exemplo do formato dos itens nos instrumentos para serem julgados no painel de especialistas .....	31
Figura 3. Diagrama do processo conciliação medicamentosa no momento da admissão hospitalar .....	35
Figura 4. Diagrama do processo conciliação medicamentosa no momento da transferência interna.....	36
Figura 5. Fluxograma de pacientes no momento da admissão hospitalar.....	41
Figura 6. Foto do prontuário do paciente do hospital .....	45
Figura 7. Foto da pasta da internação em andamento do paciente do departamento de pediatria.....	45
Figura 8. Foto da pasta da internação em andamento do paciente de osteogênese imperfeita .....	46
Figura 9. Foto da pasta de prescrição do paciente na enfermaria de pediatria.....	46
Figura 10. Foto da pasta de prescrição do paciente na DIP .....	46
Figura 11. Foto da pasta de prescrição do paciente na UI .....	47
Figura 12. Foto da pasta da internação em andamento de prescrição do paciente na unidade de cirurgia pediátrica .....	47
Figura 13. Foto da pasta da internação paciente unidade de cirurgia pediátrica.....	47
Figura 14. Foto das pastas de prescrições da farmácia por enfermaria .....	48
Figura 15. Fluxograma de discrepâncias no momento da admissão hospitalar .....	52
Figura 16. Fluxograma de interações medicamentosas no momento da admissão hospitalar .....	58
Figura 17. Relação entre o número de medicamentos e número de discrepâncias no momento da admissão hospitalar.....	65
Figura 18. Fluxograma de pacientes no momento da transferência interna do estudo...	66
Figura 19. Fluxograma de discrepâncias no momento da transferência interna .....	69
Figura 20. Fluxograma de interações medicamentosas no momento da transferência interna.....	73

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de leitos das unidades pesquisadas no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) .....	26
Tabela 2. Número de quesitos de avaliação nos diferentes instrumentos.....	30
Tabela 3. Escala de Likert.....	31
Tabela 4. Características dos participantes no momento da admissão hospitalar .....	43
Tabela 5. Registro em prontuário da história primária de medicamentos (HPM).....	49
Tabela 6. Comparação das medianas do registro da melhor história possível de medicamentos (MHPM) com a história primária medicamentos (HPM) com as diferentes categorias e experiências profissionais.....	50
Tabela 7. Comparação das medianas do registro da melhor história possível de medicamentos (MHPM) com registro da história primária medicamentos (HPM) pelas diferentes especialidades.....	51
Tabela 8. Características das discrepâncias no momento da admissão hospitalar .....	53
Tabela 9. Modificações na prescrição médica segundo a classificação e a notificação das discrepâncias no momento da admissão hospitalar .....	54
Tabela 10. Características das interações medicamentosas no momento da admissão hospitalar .....	59
Tabela 11. Modificações na prescrição médica segundo a classificação e a notificação das interações medicamentosas no momento da admissão hospitalar.....	60
Tabela 12. Associação entre variáveis e o desfecho número de discrepâncias medicamentosas no momento da admissão hospitalar.....	63
Tabela 13. Associação entre variáveis e o desfecho números de discrepâncias não intencionais medicamentosas no momento da admissão hospitalar .....	64
Tabela 14. Características dos participantes no momento da transferência interna .....	68
Tabela 15. Características das discrepâncias no momento da transferência interna .....	70
Tabela 16. Modificações na prescrição médica segundo a classificação e a notificação de discrepância no momento da transferência interna .....	71
Tabela 17. Características das interações medicamentosas no momento da transferência interna.....	75
Tabela 18. Modificações na prescrição médica segundo a classificação e a notificação de interações medicamentosas no momento da transferência interna .....	75

Tabela 19. Características dos participantes e dos pacientes perdidos no momento da admissão hospitalar.....	78
Tabela 20. Características dos participantes e dos pacientes perdidos no momento da transferência interna.....	79
Tabela 21. Caracterização dos participantes do painel de especialistas .....	134
Tabela 22. Média de pontuação obtida nas respostas da primeira etapa do painel de especialistas.....	135
Tabela 23. Número e percentual de dúvidas e sugestões registradas entre todas as respostas da primeira etapa do painel de especialistas.....	136
Tabela 24. Correlação entre registro de dúvidas e sugestões e baixos valores de pontuação obtidos pelas respostas ou ausência de respostas na primeira etapa do painel de especialistas .....	136
Tabela 25. Pontuações obtidas para os itens presentes no formulário de revisão de prontuário para auditoria clínica (FRPAC).....	137
Tabela 26. Pontuações obtidas para os itens presentes no formulário de conciliação medicamentosa na admissão (FCMA).....	138
Tabela 27. Pontuações obtidas para o texto e os itens presentes no guia de entrevista.....	140
Tabela 28. Pontuações obtidas para os itens presentes no formulário de conciliação medicamentosa na transferência interna (FCMTI).....	142
Tabela 29. Níveis de significância por gravidade das interações medicamentosas que devem ser notificadas ao médico prescritor.....	153

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Principais termos e definições utilizados na segurança do paciente .....	18
Quadro 2. Principais termos e definições utilizados na conciliação medicamentosa .....	18
Quadro 3. Outras definições importantes .....	20
Quadro 4. Cálculos de desfechos de discrepâncias do estudo .....	38
Quadro 5. Cálculos de desfechos de interações medicamentosas do estudo .....	39
Quadro 6. Descrição das discrepâncias notificadas no momento da admissão hospitalar .....	56
Quadro 7. Descrição das interações medicamentosas notificadas no momento da admissão hospitalar .....	62
Quadro 8. Descrição das discrepâncias notificadas no momento da transferência interna .....	72
Quadro 9. Descrição das interações medicamentosa notificadas no momento da transferência interna .....	77
Quadro 10. Itens do formulário de revisão de prontuário para auditoria clínica (FRPAC) que obtiveram média abaixo de 3,25 e escores de pontuação menores ou iguais a 2 ..	138
Quadro 11. Itens do formulário de conciliação medicamentosa na admissão (FCMA) que obtiveram média abaixo de 3,25 e escores de pontuação menores ou iguais a 2 ..	139
Quadro 12. Itens do guia de entrevista que obtiveram média abaixo de 3,25 e escores de pontuação menores ou iguais a 2 ..	141
Quadro 13. Itens do formulário de conciliação medicamentosa na transferência interna (FCMTI) que obtiveram média abaixo de 3,25 e escores de pontuação menores ou iguais a 2 ..	143

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ADEM	Encefalomielite Disseminada Aguda
ARQH	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DIP	Doenças Infecciosas Pediátricas
DP	Desvio Padrão
EA	Eventos Adversos
EAM	Eventos Adversos a Medicamentos
ENSP/	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo
FIOCRUZ	Cruz
EUA	Estados Unidos da América
FCMA	Formulário de Conciliação Medicamentosa da Admissão
FCMTI	Formulário de Conciliação Medicamentosa da Transferência Interna
FRPAC	Formulário de Revisão de Prontuário para Auditoria Clínica
HPM	História Primária de Medicamentos
IC	Intervalo de Confiança
IFF/	Instituto Nacional da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes
FIOCRUZ	Figueira – Fundação Oswaldo Cruz
IHI	<i>Institute of Healthcare Improvement</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
MHPM	Melhor História Possível de Medicamentos
MS	Ministério da Saúde
NA	Não Avaliável
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PRM	Problema Relacionado a Medicamento
RAM	Reação Adversa a Medicamento
RR	Risco de Relativo
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UI	Unidade Intermediária
UPG	Unidade de Pacientes Graves

## **1. Apresentação**

No primeiro capítulo é realizada a apresentação da dissertação. No segundo capítulo são apresentados os aspectos introdutórios do objeto da dissertação a segurança do paciente, os erros de medicação, os erros de medicação em pacientes pediátricos e a conciliação medicamentosa são contextualizados. Nos capítulos seguintes são exibidos a justificativa e os objetivos do estudo.

O quinto capítulo apresenta o método utilizado para alcançar estes objetivos, incluindo o desenho estudo, o local de estudo, a população de estudo, a coleta de dados, os aspectos éticos, o método utilizado em cada etapa do estudo e a análise dos resultados.

O sexto capítulo expõe os resultados de forma detalhada, enquanto no sétimo capítulo são discutidos vis-à-vis outros estudos realizados com método semelhante, descrevendo também as limitações identificadas. No próximo capítulo, capítulo oito, é apresentada a conclusão do estudo e no nove são listadas as referências bibliográficas utilizadas no decorrer do estudo.

Para finalizar os apêndices expõe o processo de desenvolvimento, tradução, adaptação e avaliação dos instrumentos com o painel de especialistas, o estudo piloto e os instrumentos resultantes de cada etapa.

## 2. Introdução

### 2.1. A era da segurança do paciente

A segurança do paciente, enquanto campo de pesquisa se conformou no início do ano 2000 após a publicação de um relatório do *Institute of Medicine* (IOM). Nesse relatório denominado “Errar é Humano” foi estimado que o número de pessoas mortas em decorrência de erros médicos nos Estados Unidos da América (EUA) chegou a 100 mil anualmente <sup>1</sup>. Este relatório se baseou em dois estudos realizados em hospitais de *New York* e de *Utah/Colorado*, que apresentaram uma incidência de eventos adversos (EA) de 3,7 e 2,9 respectivamente por 100 habitantes. Dos pacientes que apresentaram EA, 13,6% e 6,6% faleceram <sup>2</sup>. Nestes estudos os EA foram definidos como dano [*injury*] não intencional que resultou em incapacidade [*disability*] temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado <sup>3</sup>.

No Brasil foi realizado um estudo, que utilizou um método equivalente aos desenvolvidos em *New York* e *Utah/Colorado* <sup>4</sup> – revisão retrospectiva de prontuário – em três hospitais de ensino no Rio de Janeiro. A incidência de pacientes com EA nesses hospitais foi de 7,6% (84 de 1.103 pacientes) (intervalo de confiança, IC 95% = 6,0-9,2) e uma proporção de EA evitáveis foi de 66,7% (56 de 84 pacientes) (IC 95% = 56,4-77,0). O momento em que ocorreu a maior frequência de EA (85,4%, 88 de 103) e de sua detecção (91,3%, 94 de 103) dos EA foi durante a admissão hospitalar <sup>4</sup>.

Entre os tipos de EA identificados no estudo brasileiro podem-se citar as infecções associadas aos cuidados em saúde, as complicações cirúrgicas, o atraso ou falha no diagnóstico e/ou tratamento, as úlceras por pressão, as queda e os que podem ocorrer em consequência da terapia medicamentosa. Dentre os EA identificados apenas 5,6% (quatro de 108) foram classificados como eventos adversos a medicamentos (EAM) <sup>5</sup>.

### 2.2. Os erros de medicação

O estudo brasileiro, ao contrário dos estudos internacionais encontrou proporcionalmente um número pequeno de eventos adversos a medicamentos (EAM). Isso provavelmente se deveu ao fato da deficiência de registro nos prontuários, um problema recorrente no Brasil <sup>6</sup>. Os incidentes relacionados aos erros no tratamento com medicamentos são muito mais comuns do que se imagina.



Um estudo realizado com uma metodologia de vigilância computadorizada em um hospital nos Estados Unidos da América (EUA) identificou que entre 91.574 pacientes internados 2.227 pacientes desenvolveram EAM - uma taxa de 2,43 por 100 admissões. Foi constatado ainda que, os hospitais detectam apenas cerca de 5,0% dos EAM quando é utilizado método de análise de dados de sistemas de notificação de incidentes <sup>7</sup>.

Rozenfeld <sup>8</sup> analisou os dados administrativos para determinar a prevalência de EAM nos hospitais com internações financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio de Janeiro e encontrou 1,8 EAM por 1.000 internações, inferior ao encontrado em estudos em outros países 1,67, 6,5 e 4,7 por 100 internações (EUA, EUA e França respectivamente). Segundo a autora:

“(…) diferenças podem ser atribuídas, em parte, à adoção de técnicas como monitoramento intensivo ou programa computacional para vigilância dos EA (...)” <sup>8</sup>.

### **2.2.1. Os erros de medicação em crianças**

Poucos estudos avaliaram a frequência de erros cometidos pelos profissionais de saúde na população pediátrica <sup>9</sup>. Um estudo de uma coorte de pacientes pediátricos realizada em Boston, Estados Unidos da América (EUA), verificou que ocorreram 55 erros por 100 admissões. Os dados foram obtidos a partir de uma combinação de métodos, tais como, um sistema de notificação de erros, revisão de prescrições médicas, registros de administração e análise de prontuários.

Estes erros atingiram 320 pacientes e 64 destes sofreram três ou mais erros. Foram encontrados cinco eventos adversos a medicamentos (EAM) e 115 potenciais EAM, representando uma taxa de 10 potenciais EAM por 100 admissões. Esse resultado apresentou diferenças significativas quando comparados a estudos similares com adultos <sup>10</sup>.

Uma revisão de literatura sobre erros de medicação em crianças identificou sete estudos de revisão retrospectiva de prontuários em pacientes pediátricos internados. Entre esses estudos, dois mostraram que aproximadamente 6,0% das prescrições médicas apresentavam erros de medicação e em três a prevalência de pacientes que sofreram algum EAM variou entre 2,3% e 6,0%. Dentre os aspectos importantes desta revisão destacou-se que existiam defasagens de estudos em pacientes pediátricos, em

comparação com estudos em adultos, especialmente em relação ao erros de medicação nas transições de cuidado <sup>11</sup>.

### **2.3. A conciliação medicamentosa**

A conciliação medicamentosa é considerada uma solução para prevenir erros de medicação na transição de cuidado do paciente para a Organização Mundial de Saúde (OMS) <sup>12</sup>. Nos processos de acreditação hospitalar nos Estados Unidos da América (EUA) a conciliação medicamentosa é uma meta obrigatória de segurança do paciente para obter a certificação <sup>13</sup>.

A conciliação medicamentosa também foi considerada uma das propostas centrais a serem encorajadas pela *Agency for Healthcare Research and Quality's* (ARQH), a partir uma recente revisão literatura sobre a efetividade de práticas de segurança do paciente <sup>14</sup>.

Conciliar um tratamento medicamentoso significa obter uma lista completa e precisa de medicamentos em uso pelos pacientes – incluindo o nome, a dose, a frequência de uso e a via de administração – e usar a lista para corrigir os medicamentos durante as transições de cuidado <sup>15</sup>.

As cinco etapas da conciliação medicamentosa são <sup>13</sup>:

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

#### **2.3.1. Definições na conciliação medicamentosa**

Em um esforço para evitar que a segurança do paciente seja comprometida por inconsistências de linguagem, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente teve a

iniciativa de desenvolver a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety - ICPS*)<sup>16</sup>.

Segundo esta nova classificação, os principais de Segurança do Paciente termos são definidos como no Quadro 1.

#### Quadro 1. Principais termos e definições utilizados na segurança do paciente

Termo	Definição
Segurança do Paciente	É a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado a um mínimo aceitável.
Incidente	É um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Erros	É a falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto.
Evento adverso (EA)	É um incidente que resulta em dano ao paciente.
Dano	É a deteriorização da estrutura ou da função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo. Inclui doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte, e pode, assim, ser física, social ou psicológica.

Fonte: *Tracing the foundations of a conceptual framework for a patient safety ontology*<sup>16</sup>.

A maior parte dos estudos de conciliação medicamentosa foi iniciada antes desta nova classificação, apresentando termos e definições próprias. Os termos e definições utilizados em estudos e guias de conciliação medicamentosa são apresentados no Quadro 2.

#### Quadro 2. Principais termos e definições utilizados na conciliação medicamentosa

Termo	Definição
Melhor história possível de medicamentos (MHPM)	Anamnese direcionada para levantar os medicamentos em uso pelo paciente e relacioná-los em uma lista que inclui o nome do medicamento, a dose, a via de administração e a frequência de uso.
Discrepâncias de medicação	Diferenças inesperadas entre os medicamentos listados nas prescrições e os medicamentos listados por meio da MHPM.
Discrepância intencional	É aquela em que o médico fez uma escolha intencional para adicionar, alterar ou interromper um tratamento com um medicamento. Este tipo de discrepância pode estar explicitamente documentado ou ser identificado por meio de uma evidente alteração na condição clínica do paciente (p. ex: interrupção do uso de um anticoagulante em um paciente que internou por sangramento).
Discrepância intencional não documentada	É aquela em que o médico faz uma escolha intencional para adicionar, alterar ou interromper tratamento com medicamento, mas essa escolha não está explicitamente documentada ou que não pode ser inferida por meio de dados clínicos do paciente (p. ex: a omissão do registro no prontuário de que o médico suspendeu um determinado medicamento e reintroduzirá após a cirurgia).
Discrepância não intencional	É aquela em que o médico alterou, adicionou ou omitiu de forma não intencional um medicamento que o paciente estava usando antes da transição de cuidado (p. ex: paciente em uso de aspirina em função de uma doença coronariana que foi admitido por um trauma ortopédico e esse medicamento foi omitido na prescrição).
Erros por omissão	É a inexistência na prescrição de um medicamento necessário ao paciente em uso antes da transição de cuidado.
Erro por ação	É a prescrição inadequada de um medicamento que não estava em uso antes da transição de cuidado.

Erro de dose	É uma diferença na dose prescrita de um medicamento que estava em uso pelo paciente antes da transição de cuidado.
Erro de via de administração	É uma diferença da via de administração de um medicamento que em uso usado pelo paciente antes da transição de cuidado.
Erros de frequência de uso	É uma diferença na frequência de uso de um medicamento que estava em uso pelo paciente antes da transição de cuidado.
Medicamento diferente	É a prescrição de um medicamento diferente do que estava em uso pelo paciente antes da transição de cuidado.

Fonte: *Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients*<sup>17</sup> e *Medication Reconciliation in Acute Care Getting Started Kit*<sup>18</sup>.

A melhor história possível de medicamentos (MHPM) é um termo utilizado internacionalmente nos trabalhos relacionados à conciliação medicamentosa. Os dados são organizados em forma de lista são obtidos por meio de entrevista da anamnese do paciente/familiar, confirmada com ao menos uma fonte de informação confiável. Essas fontes confiáveis podem ser o prontuário do paciente, registros da farmácia, a opinião do médico e os rótulos dos frascos de medicamentos. MHPM é um método mais adequado do que na obtenção de uma história primária de medicamentos (HPM), que não inclui múltiplas fontes de informação<sup>18</sup>.

As discrepâncias podem ser classificadas das seguintes maneiras:

- Discrepância intencional, que não é considerada um erro de medicação. O motivo pelo qual houve a mudança da medicação, como qualquer cuidado realizado no paciente deve ser documentado<sup>18</sup>.
- Discrepância intencional não documentada, que também não é considerada um erro de medicação. Pode ser considerado um erro de registro e não costuma representar em si uma ameaça para a segurança do paciente. Como qualquer erro de registro, pode, eventualmente, gerar trabalho extra e induzir a erros de medicação<sup>18</sup>.
- Discrepância não intencional, que são consideradas erros de medicação que podem levar a eventos adversos a medicamentos (EAM)<sup>18</sup>.

O erro de medicação foi definido pelo protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos do Programa Nacional de Segurança do Paciente, é definido da seguinte forma:

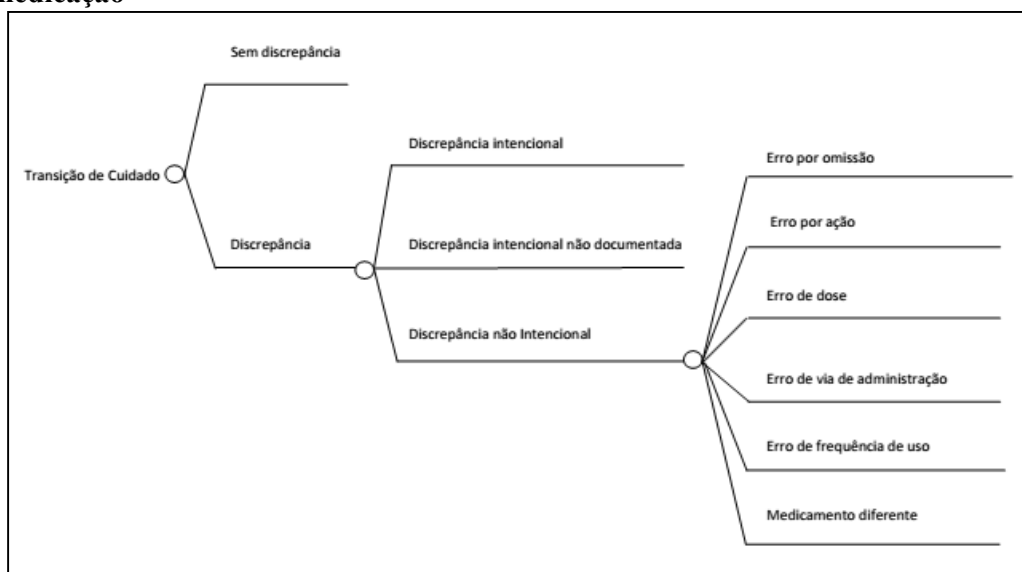
“(…) qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamento quando o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de

saúde, de paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar dano ao paciente (...)"<sup>19</sup>.

Os erros de medicação na conciliação medicamentosa podem ser classificados em erro por omissão, erro por ação, erro de dose, erro de via de administração, erro de frequência de uso e erro devido a prescrição de um medicamento diferente<sup>17</sup>.

O algoritmo apresentado na Figura 1 procura demonstrar como ocorre o processo de identificação e classificação das discrepâncias e dos erros de medicação.

**Figura 1. Processo de identificação e classificação das discrepâncias e dos erros de medicação**



Outras definições importantes são apresentadas no Quadro 3.

**Quadro 3. Outras definições importantes**

Termo	Definição
Problema relacionado a medicamento (PRM)	É o problema de saúde ligada à terapia de droga que interfira ou possa interferir com os resultados de saúde esperados para o paciente. Problema de saúde é qualquer coisa que requer ou pode exigir uma ação do profissional de saúde (incluindo o paciente).
Reação adversa a medicamento (RAM)	É uma resposta a um medicamento que é nociva e involuntária e ocorre em doses normalmente utilizadas no homem para a profilaxia, diagnóstico ou tratamento de doenças ou para a modificação de uma função fisiológica.

Fonte: *Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM)*<sup>20</sup> e *The Importance of Pharmacovigilance: Safety Monitoring of medicinal products, 2003*<sup>21</sup>.

A definição de problema relacionado a medicamento (PRM) modificou-se no decorrer dos anos, com a publicação de diferentes painéis pelo Consenso de Granada. A definição apresentada é a do primeiro painel realizado em 1998<sup>20</sup>.

A definição de RAM aqui apresentada foi proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002 <sup>21</sup>. Existem diferentes classificações de RAM, porém não faz parte das atividades realizadas na conciliação medicamentosa, classificar as RAM identificadas junto aos pacientes.

### **2.3.2. Momentos da conciliação medicamentosa**

Considerando o momento em que ocorre, a conciliação medicamentosa pode se dar em três momentos, a saber, na admissão hospitalar, na transferência interna e na alta hospitalar.

Na admissão hospitalar a lista de medicamentos obtida por meio da MHPM deve ser conciliada, ou seja, comparada, com a lista de medicamentos prescritos na admissão pelo médico para identificar e resolver discrepâncias <sup>18</sup>.

Na transferência interna do paciente – mudança de um setor para o outro dentro do hospital – concilia-se a lista de medicamentos obtida por meio da MHPM na admissão hospitalar, com listas de medicamentos obtidas na prescrição anterior e posterior à transferência para identificar e resolver discrepâncias <sup>18</sup>.

Na alta hospitalar concilia-se a lista de medicamentos obtida por meio da MHPM na admissão hospitalar, com as listas de medicamentos obtidas na prescrição anterior e posterior à alta para identificar e resolver discrepâncias <sup>18</sup>.

### **2.3.3. Fatores de risco para discrepâncias e erros de medicação na conciliação medicamentosa**

Alguns fatores, como os relacionados ao paciente, à gestão do serviço e ao médico podem aumentar o risco da HPM obtida pelo médico não ser acurada, levando a discrepâncias, erros de medicação e a eventos adversos a medicamentos (EAM) <sup>13</sup>.

Entre os fatores relacionados ao paciente, pode-se citar a influência da idade, do sexo, do diagnóstico, da presença de comorbidades, do desconhecimento por parte do paciente dos medicamentos que está usando, de barreiras linguísticas e/ou culturais, do uso de polifarmácia, de uma lista errada de medicamentos trazida pelo paciente e dos frascos trazidos diferentes do que informa estar usando <sup>13</sup>.

A existência de EAM pode estar relacionada com as condições de trabalho, a organização do serviço, o nível de comprometimento e conhecimento do profissional que coletou a história primária de medicamentos, o dia (dia de semana ou fim de semana) e o turno da admissão (diurno ou noturno) <sup>13</sup>.

A polifarmácia é um fator de risco relevante para ocorrência de erros de medicação. Um estudo que avaliou erros na história colhida junto ao paciente sobre o uso de medicamentos mostrou uma associação entre erros de medicação e um número maior de medicamentos na admissão (*odds ratio*, OR = 1,10; intervalo de confiança, IC 95% 1,06-1,14;  $p < 0,0001$ )<sup>22</sup>.

#### **2.3.4. Avaliação do processo de conciliação medicamentosa existente**

Em 2004 o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) lançou uma campanha na qual propôs salvar 100.000 vidas, no qual propôs a conciliação medicamentosa como uma estratégia<sup>23</sup>. Desde então a literatura científica sobre a importância da conciliação medicamentosa vem crescendo. Não há mais dúvidas de que é uma estratégia poderosa para reduzir incidentes relacionados à segurança do paciente.

Uma das etapas da implantação de um processo de conciliação medicamentosa em um serviço pode ser realizada por meio da avaliação do processo já existente e de uma auditoria quantitativa da taxa de discrepâncias e de erros de medicação existente<sup>13</sup>.

### 3. Justificativa

Em um hospital público no Rio de Janeiro, no qual trabalhei como farmacêutica, vivenciei um processo de gestão estruturado com uma área de qualidade voltada para a segurança do paciente. Atuei como subchefe do serviço de farmácia e tive a oportunidade de implantar um serviço de farmácia clínica que utilizava a conciliação medicamentosa entre outros métodos para a melhoria de qualidade do cuidado. A partir desta experiência, identifiquei que conciliação medicamentosa seria o objeto de estudo que gostaria de desenvolver no mestrado.

Esse é um assunto relevante, considerado uma das dez estratégias mais recomendadas em um importante estudo de revisão realizado por pesquisadores de reconhecida reputação internacional <sup>14</sup>. A conciliação medicamentosa é um mecanismo utilizado para prevenir a ocorrência de eventos adversos a medicamentos (EAM) e de interações medicamentosas, permitindo uma atuação clínica mais segura para o paciente.

Recentemente a estratégia de implantação da conciliação medicamentosa também ganhou força no Brasil. Em abril de 2013 o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria nº 529/2013, cujo objetivo foi instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde <sup>19</sup>.

Esse programa lançou alguns protocolos essenciais para uma melhor prática do cuidado em serviços de saúde e entre eles o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Neste protocolo, a conciliação medicamentosa foi incluída, visto que os pontos de transição dos pacientes são considerados críticos, ocorrendo expressivo número de erros de medicação <sup>24</sup>.

Segundo a *Agency for Healthcare Research and Quality's* (ARQH) o método de conciliação medicamentosa deve ser aplicado a todos os tipos de organização <sup>14</sup>.

O *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) - no guia *Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital* identificou que:

“(…) Mais pesquisas seriam necessárias para orientar a prática. Há muitas iniciativas locais que podem oferecer contribuições valiosas, se bem avaliadas e descritas. Deve ser dado apoio dado a projetos colaborativos e pesquisas em diferentes contextos (…)” <sup>25</sup>.



Considerando o perfil assistencial da unidade em que trabalho atualmente e sensibilizada por um estudo realizado em um hospital pediátrico nos Estados Unidos da América (EUA), que identificou uma média de 5,3 medicamentos sendo usados por pacientes pediátricos de forma crônica <sup>22,26,27</sup>, optei por estudar o processo de conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos.

Alguns grupos populacionais são considerados de alto risco para erros de medicação. A população que me propus a estudar apresenta três condições consideradas de risco, por serem pacientes pediátricos, portadores de doenças crônicas e em esquemas complexos de tratamento com medicamento <sup>13</sup>.

Apesar das fortes evidências sobre o benefício para os pacientes sobre o uso da conciliação medicamentosa, sua utilização em hospitais brasileiros e em especial os pediátricos ainda é tímida. Existe a necessidade de se realizar mais estudos sobre o assunto para conhecer melhor o contexto da realidade brasileira.

Acredito que estudar a forma como processo atual é realizado, as taxas e os tipos de discrepâncias, os fatores de risco para sua ocorrência e quais aspectos do processo de conciliação medicamentosa podem permitir melhorar a precisão das prescrições médicas de pacientes pediátricos, são contribuições importantes para o campo da segurança do paciente e da qualidade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, para o campo da saúde coletiva no Brasil.

## **4. Objetivos**

### **4.1. Objetivo geral**

Avaliar o processo de conciliação medicamentosa na admissão hospitalar e na transferência interna de pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Rio de Janeiro.

### **4.2. Objetivos específicos**

- Adaptar para o contexto de hospitais brasileiros os instrumentos de conciliação medicamentosa.
- Descrever o processo de registro em prontuário da história primária de medicamentos (HPM) em uso pelo paciente no momento da admissão hospitalar;
- Medir e avaliar as taxas de discrepâncias e de interações medicamentosas identificadas no momento da admissão hospitalar e da transferência interna;
- Identificar alguns dos fatores de risco para a ocorrência de discrepâncias na admissão hospitalar.

## 5. Método

### 5.1. Desenho de estudo

Foi realizado um estudo observacional prospectivo, com busca ativa de discrepâncias de medicação por meio das seguintes fontes de dados: revisão de prontuário, entrevistas semi-estruturadas com pacientes e/ou familiares, revisão de prescrições médicas, revisão de rótulos frascos de medicamentos, entrevistas com médicos prescritores e dados da farmácia ambulatorial.

### 5.2. Local de estudo

O estudo foi realizado em cinco unidades de internação pediátrica de um hospital de ensino e pesquisa da rede pública, de alta complexidade, referência nacional na saúde da criança, do adolescente e da mulher localizado no município do Rio de Janeiro. O hospital tem capacidade instalada de 131 leitos e realiza anualmente 4.500 internações.

As cinco unidades de internação pediátrica pesquisadas foram as seguintes: a enfermaria de pediatria, enfermaria de doenças infecciosas pediátricas (DIP), unidade intermediária (UI), unidade de pacientes graves (UPG) e enfermaria de cirurgia pediátrica. O total de leitos das unidades estudadas corresponde a 53, significando a 40,0% dos leitos existentes no hospital. (Tabela 1) <sup>28</sup>.

**Tabela 1. Distribuição de leitos das unidades pesquisadas no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES)**

Unidade de internação pediátrica	Número de leitos
Unidade de pacientes graves (UPG)	6
Unidade intermediária (UI)	5
Enfermaria de doenças infecciosas pediátricas (DIP)	11
Enfermaria de pediatria	14
Enfermaria de cirurgia pediátrica	17
Total de Leitos	53

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) <sup>28</sup>.

A enfermaria de pediatria, a DIP, a UI e a UPG pertencem ao departamento de pediatria estando subordinadas à mesma chefia médica e cada uma delas tem um chefe médico e enfermeiro. A enfermaria de cirurgia pediátrica é um serviço não subordinado

ao departamento de pediatria e possui uma chefia médica e de enfermagem. Todas as unidades estudadas estão hierarquicamente subordinadas à vice-diretoria de assistência.

Em todas as unidades estudadas existem equipes de *staffs* médicos e médicos residentes prestando cuidado aos pacientes pediátricos. As equipes de *staffs* médicos atuam em diferentes áreas, tais como, clínica pediátrica, infectologia pediátrica, medicina intensiva pediátrica, cirurgia pediátrica, pneumologia pediátrica e neurocirurgia pediátrica. Entre os médicos residentes que atuam nas enfermarias estudadas, podem-se citar residentes em pediatria, de primeiro e segundo ano; residentes pediátricos de terceiro ano, nas áreas de infectologia pediátrica, medicina intensiva pediátrica e cirurgia pediátrica; e residentes de neurocirurgia de diferentes anos.

Todos os *staffs* médicos das equipes são diaristas, trabalhando de segunda a sexta-feira no turno de 8:00 às 17:00 horas, existindo escalas entre eles para plantões diurnos e noturnos em finais de semana e feriados. Os médicos residentes trabalham 60 horas semanais entre a atuação como diaristas de segunda a sexta-feira no turno de 8:00 horas às 17:00 horas e plantões diurnos e noturnos durante os dias de semana e nos finais de semana.

Não existe um sistema de prescrição eletrônica implantado no serviço, por isso, todas as prescrições são digitadas no computador e impressas em duas vias, uma para a enfermagem e outra para a farmácia. Apenas inclusões de medicamentos são feitas em receitas duplas a mão, das quais uma das vias é encaminhada para a farmácia. Os prontuários existentes no serviço são manuais, podendo estar disponíveis na forma completa ou apenas a parte referente à atual internação.

### **5.3. População de estudo**

Os critérios de inclusão e exclusão do estudo escolhidos foram os seguintes:

- Foram incluídos no estudo os pacientes menores de 18 anos internados admitidos e/ou transferidos internamente no hospital para uma das cinco unidades incluídas no estudo, desde que o responsável relate estar usando pelo menos um medicamento prescrito por um médico;
- Foram excluídos do estudo os pacientes que não utilizavam medicamentos no momento da admissão hospitalar; os pacientes que ficaram internados no hospital por menos de 24 horas; os pacientes que passaram por nova transferência interna menos de 24 horas após uma admissão ou transferência interna; os pacientes que foram transferidos internamente sem terem sido

incluídos no estudo na etapa de admissão hospitalar, exceção feita aos que foram transferidos das enfermarias de neonatologia; os pacientes transferidos de outro hospital; e os pacientes que entraram e saíram durante os finais de semana.

#### **5.4. Coleta de dados**

O trabalho de campo foi desenvolvido pela pesquisadora (farmacêutica) do estudo em quatro dias da semana de segunda a sexta-feira, de 8:00 às 17:00 horas, no decorrer dos meses de maio a setembro de 2014.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes admitidos no hospital durante quatro meses, que preencheram os critérios de inclusão e exclusão e consentiram/assentiram na participação do estudo, chegando a um total de 50 participantes. Nesse estudo, participante é o paciente, mas as entrevistas foram realizadas com o responsável, posto que os pacientes são pediátricos.

Em situações nas quais mais de um paciente foi transição de cuidado internamente ao mesmo tempo, apenas um participante foi incluído no estudo, em função da impossibilidade de realizar a conciliação medicamentosa em dois pacientes simultaneamente.

Para identificar os pacientes que passaram por transição de cuidado as enfermarias incluídas na pesquisa foram visitadas e as prescrições existentes nas pastas da farmácia para enfermarias foram verificadas a cada dia de pesquisa. Para facilitar a identificação, foi utilizada a listagem de conciliação medicamentosa na qual existia um campo para preencher as datas, outro para as iniciais do paciente e um terceiro para o tipo de transição de cuidado pelo qual o paciente passou (APÊNDICE G).

#### **5.5. Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e do Instituto Nacional da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ) (ANEXOS). Todos os responsáveis pelos participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F).

Todos os pacientes, em idade escolar e com capacidade de entender e assentir assinaram o termo de assentimento para a participação no estudo (APÊNDICE F). O anonimato foi garantido a todos os participantes do estudo.

## 5.6. Etapas do estudo

### 5.6.1. Adaptação dos instrumentos de conciliação medicamentosa

Como existem poucos estudos no Brasil sobre a conciliação medicamentosa foi necessário fazer a adaptação de instrumentos existentes em estudos e manuais internacionais para serem utilizados no estudo. Para isto foram realizadas duas etapas o painel de especialistas e o estudo piloto.

#### 5.6.1.1. Desenvolvimento e tradução dos instrumentos de conciliação medicamentosa

Alguns instrumentos foram desenvolvidos e traduzidos pela pesquisadora farmacêutica para atender o primeiro objetivo específico.

Os instrumentos desenvolvidos e traduzidos foram o formulário de revisão de prontuário para auditoria clínica (FRPAC), o formulário de conciliação medicamentosa da admissão (FCMA), o guia para a entrevista de coleta da melhor história possível de medicamentos (MHPM) e o formulário de conciliação medicamentosa da transferência interna (FCMTI).

Os instrumentos desenvolvidos foram baseados nos seguintes formulários:

- FRPAC foi baseado em duas ferramentas já existentes e selecionadas na revisão de literatura, a saber, “*audit tool*”<sup>25</sup> e “*medication reconciliation tool*”<sup>29</sup> (APÊNDICE A);
- FCMA foi adaptado com base nas ferramentas “*sample tools for admission medication reconciliation*” e “*medication reconciliation audit tool for baseline data collection*”<sup>18</sup> (APÊNDICE A);
- Guia para a entrevista de coleta da MHPM foi desenvolvido com base em três instrumentos “*introduction to interview medication reconciliation*”<sup>30</sup>, “*interview tips medication reconciliation*”<sup>13</sup> e “*things to remember when interviewing patients*”<sup>23</sup> (APÊNDICE A);
- FCMTI foi adaptado com base nos instrumentos “*sample tools for admission medication reconciliation*” e “*medication reconciliation audit tool for baseline data collection*”<sup>18</sup> (APÊNDICE A).

Os instrumentos desenvolvidos e traduzidos são apresentados no APÊNDICE B. Estes instrumentos foram então adaptados para o contexto de hospitais brasileiros, que foi realizado por meio de um painel de especialistas e avaliado por um estudo piloto, ambos ocorreram antes do início do estudo.

#### 5.6.1.2. Painel dos especialistas

O painel de especialistas foi realizado com utilização da técnica Delphi de obtenção de consenso entre os participantes para adaptar para o contexto de hospitais brasileiros os instrumentos desenvolvidos e traduzidos para o estudo.

A técnica Delphi pode ser aplicada em diversos campos de conhecimento <sup>31</sup>, tendo sido usada largamente no campo da saúde <sup>32</sup>. A técnica preconiza rodadas de questionários e reuniões de consenso com especialistas da área em questão <sup>33</sup>. Neste painel foi realizada uma rodada respostas ao questionário e uma reunião presencial de consenso.

Para compor o painel de especialistas foram convidados quatro farmacêuticos com experiências diversas, de forma a abranger as áreas de segurança do paciente, conciliação medicamentosa, atuação clínica junto ao paciente e atuação com pacientes pediátricos e seus familiares. A característica dos participantes do painel é apresentada no APÊNDICE I.

Os itens existentes nos instrumentos foram os seguintes: dados, textos, perguntas ou lembretes. Para cada item foi criado um campo para sugestão de texto alternativo e eles foram avaliados por diferentes quesitos.

Os quesitos “Boa maneira de abordagem inicial” e “Compatível com abordagem inicial”, foram analisados em apenas um dos itens presentes nos instrumentos, o quesito “Importante para conciliação medicamentosa” foi analisado em 84 itens, já o quesito “Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos” foi analisado em 76 itens e o quesito “Linguagem clara e terminologia correta” foi analisado em 74 dos itens presentes nos instrumentos (Tabela 2).

**Tabela 2. Número de quesitos de avaliação nos diferentes instrumentos**

Quesitos de avaliação/ Instrumentos	FRPAC	FCMA	Guia de Entrevista	FCMTI	Total
Boa maneira de abordagem inicial			1		1
Compatível com abordagem inicial			1		1
Importante para conciliação medicamentos	10	23	32	19	84
Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	8	20	32	16	76

Linguagem clara e terminologia correta 7 19 32 16 74

FRPAC = Formulário de revisão de prontuário para auditoria clínica, FCMA = formulário de conciliação medicamentosa da admissão, FCMTI = formulário de conciliação medicamentosa da transferência interna.

Os quesitos foram avaliados por meio da escala de Likert, cuja pontuação variou entre 1 e 5. A escolha da pontuação 5 significou definitivamente sim e 1 significou definitivamente não (Tabela 3) <sup>34</sup>.

**Tabela 3. Escala de Likert**

Graus de avaliação	Escala de pontuação
Definitivamente não	1
Provavelmente não	2
Provavelmente sim	3
Muito provavelmente sim	4
Definitivamente sim	5

Fonte: *Technique for the Measurement of Attitudes* <sup>34</sup>.

Todos os participantes do painel foram contatados por meio telefônico e após aceitar participar da etapa de adaptação dos instrumentos receberam correspondência eletrônica contendo um convite e o instrumento painel de especialistas. Os participantes do painel tiveram um prazo de um mês para responder (APÊNDICE K).

No instrumento painel de especialistas os itens foram organizados como no exemplo abaixo (Figura 2).

**Figura 2. Exemplo do formato dos itens nos instrumentos para serem julgados no painel de especialistas**

<b>2. Diagnóstico do paciente internado</b>				
<b>2.1. O dado 2 é importante para a auditoria clínica do processo de conciliação medicamentosa</b>				
-----				
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>2.2 O dado 2 é pertinente para hospitais brasileiros</b>				
-----				
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>2.3 O dado 2 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b>				
-----				
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Outra sugestão de texto.....</b>				



A avaliação dos resultados foi realizada da seguinte maneira, os itens julgados pelos especialistas na escala, cuja média da pontuação estivesse acima de 3,25 foram considerados aprovados, não sendo levados para discussão na reunião presencial de consenso.

Foram discutidos para obtenção de consenso na reunião presencial os itens reprovados, com pontuação abaixo de 3,25, em que qualquer um dos participantes desse uma pontuação menor ou igual a dois, em que algum dos participantes não marcasse a escolha de uma pontuação e em que algum participante relatasse ter dúvidas ou que desse alguma sugestão de um novo texto <sup>35</sup>.

Os resultados da adaptação para contexto de hospitais brasileiros dos instrumentos são apresentados no “painel de especialistas” (APÊNDICE I) e os instrumentos resultantes do “painel de especialistas” são apresentados no APÊNDICE C.

#### **5.6.1.3. Estudo piloto**

O intuito do estudo piloto foi avaliar os instrumentos adaptados para o contexto dos hospitais brasileiros; a necessidade de outros instrumentos a serem utilizados no estudo; se o estudo, da forma como estava organizado, era factível de ser executado; e realizar as mudanças necessárias para evitar que mudanças tivessem que ser realizadas durante o estudo.

No estudo piloto foram avaliados os critérios de inclusão e exclusão dos participantes do estudo, as condutas definidas para o trabalho de campo, os instrumentos resultantes do painel de especialistas (APÊNDICE C), o TCLE e o termo de assentimento desenvolvido para o estudo (APÊNDICE E) e a eventual necessidade de novos instrumentos. Os resultados são apresentados no “estudo piloto” (APÊNDICE J) e os instrumentos resultantes do “estudo piloto” são apresentados nos APÊNDICE D, F e G.

#### **5.6.2. Processo de coleta e registro em prontuário da história primária de medicamentos (HPM)**

Para atender o segundo objetivo específico – descrever o processo de coleta de dados e registro em prontuário da história de medicamentos em uso pelo paciente – foram realizadas revisões retrospectivas de prontuário dos participantes do estudo. Após a coleta do consentimento informado e/ou assentimento para a participação no

estudo, todos os prontuários foram revisados utilizando o instrumento o Formulário de revisão de prontuário para auditoria clínica (FRPAC). Todos os dados relevantes coletados do prontuário foram devidamente registrados neste formulário.

Foi feita a comparação entre a coleta da melhor história possível de medicamentos (MHPM) pela pesquisadora farmacêutica com a coleta da história primária de medicamentos (HPM), pois o farmacêutico realiza a melhor conciliação medicamentosa<sup>36</sup>. Os itens para comparação foram os seguintes:

- Diferentes categorias profissionais responsáveis pela coleta da HPM, a saber, médico e enfermeiro;
- Diferentes experiências profissionais que foram o médico e médico residente;
- Diferentes especialidades dos profissionais, entre elas, a clínica médica pediátrica, a pneumologia pediátrica, a infectologia pediátrica, a neurologia, a cirurgia pediátrica, a neurocirurgia pediátrica e a anestesiologia.

Os quesitos de comparação foram o registro do número de medicamentos, do número de doses de medicamentos, do número de frequências de uso, do número de vias de administração, de problemas relacionados a medicamentos (PRM)<sup>1</sup> e de intervenções.

Para realizar a comparação foi utilizado o teste não paramétrico de amostras pareadas de *Wilcoxon Mamm Whitney*. Neste coeficiente, existe uma correlação negativa entre as duas variáveis, isto é, se uma aumenta, a outra sempre diminui.

### **5.6.3. O processo para medir e avaliar as taxas discrepâncias e interações medicamentosas**

Para atender o terceiro objetivo específico – medir e avaliar as taxas de discrepâncias e interações medicamentosas identificadas pela conciliação medicamentosa nos momentos da admissão hospitalar e da transferência interna respectivamente – foram realizados diferentes processos de conciliação medicamentosa para cada um dos momentos.

---

<sup>1</sup> Neste estudo, PRM foi considerado qualquer problema relacionado a medicamentos registrado pelo médico em prontuário, que inclui: erros de medicação, interações medicamentosas, problemas de adesão, reações adversas e alergias.

### **5.6.3.1. O processo para medir as taxas discrepâncias e interações medicamentosas no momento da admissão hospitalar**

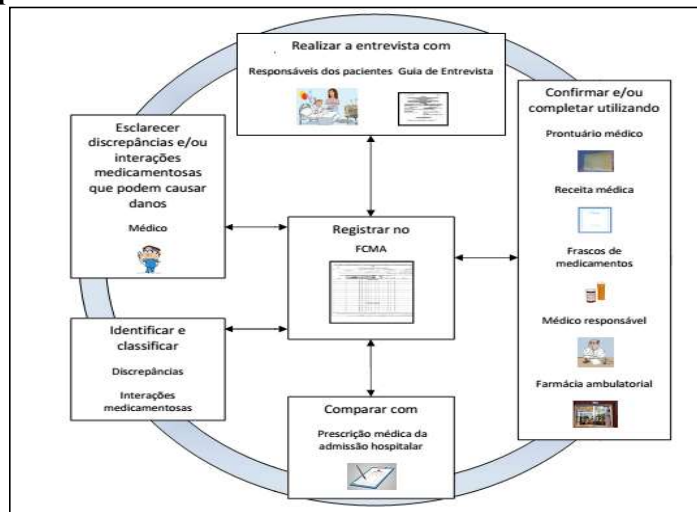
O processo de conciliação medicamentosa no momento da admissão hospitalar foi realizado por meio das seguintes etapas:

- Realizar a entrevista com os responsáveis pelos participantes do estudo utilizando o guia para a entrevista de coleta da melhor história possível de medicamentos MHPM. As informações foram registradas no formulário de conciliação medicamentosa da admissão (FCMA);
- As informações registradas no FCMA foram confirmadas e/ou completadas utilizando o prontuário, a prescrição médica do participante, e verificação de frascos de medicamentos do participante trouxe de casa para o hospital, o médico responsável pelo participante e os dados da farmácia ambulatorial. As informações foram registradas no FCMA;
- As informações conferidas e/ou completas presentes no FCMA foram comparadas com prescrição médica da admissão hospitalar. As informações foram registradas no FCMA;
- Foram identificadas discrepâncias e interações medicamentosas. As informações foram registradas no FCMA;
- As discrepâncias, interações medicamentosas e interações medicamentosas que poderiam causar danos aos participantes do estudo, foram esclarecidas por meio de comunicação pessoal com o médico de forma a evitar que atingissem os participantes do estudo. As informações foram registradas no FCMA.

Para auxiliar o processo, visto que a coleta de dados no momento da admissão hospitalar é complexa, foi utilizado o formulário Etapas que continha todas as etapas a serem executadas neste momento.

O diagrama apresentado na Figura 3 apresenta o processo de conciliação medicamentosa realizado no momento da admissão hospitalar.

**Figura 3. Diagrama do processo conciliação medicamentosa no momento da admissão hospitalar**



FCMA = formulário de conciliação medicamentosa na admissão.

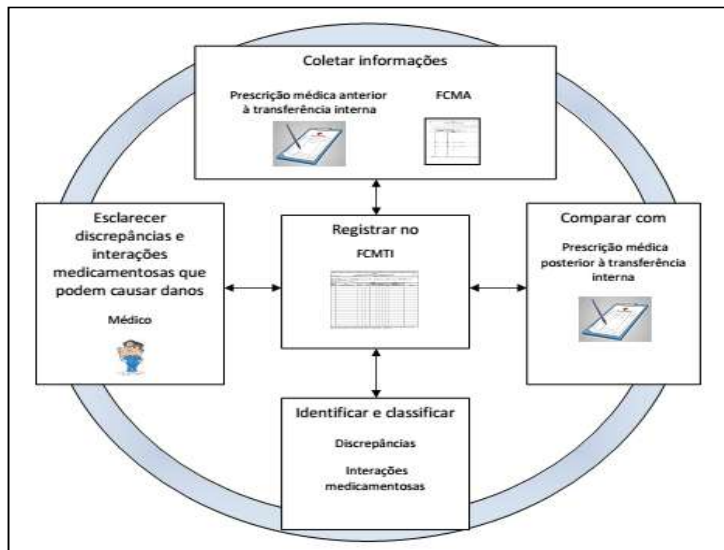
### 5.6.3.2. O processo medir as taxas discrepâncias e interações medicamentosas no momento da transferência interna

A conciliação medicamentosa no momento da transferência interna foi realizada por meio das seguintes etapas:

- Coletar as informações registradas no formulário de conciliação medicamentosa da admissão (FCMA) e na prescrição médica anterior à transferência interna. As informações foram registradas no formulário de conciliação medicamentosa da transferência interna (FCMTI);
- As informações presentes no FCMTI foram comparadas com prescrição médica posterior à transferência interna. As informações foram registradas no FCMTI;
- Foram identificadas discrepâncias e interações medicamentosas. As informações foram registradas no FCMTI;
- As discrepâncias e interações medicamentosas, que poderiam causar danos aos participantes do estudo, foram esclarecidas por meio de comunicação pessoal com o médico de forma a evitar que atingissem os participantes do estudo. As informações foram registradas no FCMTI.

O processo de conciliação medicamentosa realizado no momento da transferência interna é apresentado no diagrama na Figura 4.

**Figura 4. Diagrama do processo conciliação medicamentosa no momento da transferência interna**



FCMA = formulário de conciliação medicamentosa na admissão, FCMTI = formulário de conciliação medicamentosa na transferência interna.

#### **5.6.3.3.O processo para classificar as discrepâncias e interações medicamentosas no momento da transferência interna**

A classificação das discrepâncias e interações medicamentosas identificadas nos momentos da admissão hospitalar ou na transferência interna foi realizada a partir dos registros no formulário de conciliação medicamentosa na admissão (FCMA) e no formulário de conciliação medicamentosa na transferência interna (FCMTI).

As discrepâncias foram classificadas, pela autora com base na literatura e na experiência profissional de farmacêutica, da seguinte forma: discrepância intencional, se a diferença estivesse explicitamente documentada ou se pudesse ser identificada por meio de uma evidente alteração na condição clínica do paciente. As demais discrepâncias foram esclarecidas com os médicos sendo classificadas, de acordo com a resposta dele, em intencional não documentada ou não intencional. As discrepâncias confirmadas pelos médicos como não intencionais foram consideradas erros de medicação

As discrepâncias não intencionais, ou erros de medicação, também foram classificados quanto ao tipo em erro por omissão, erro por ação, erro de dose, erro de via, erro de frequência de uso e/ou medicamento diferente.

As interações medicamentosas entre os medicamentos constantes no FCMA e no FCMTI foram classificadas segundo as definições descritas no livro *Drug Interaction Facts*<sup>37</sup>, podendo ser, quanto à gravidade em leves, moderadas ou graves.

As interações medicamentosas também foram classificadas quanto à evidência clínica em estabelecidas, prováveis, suspeitas possíveis ou improváveis <sup>37</sup>

As interações medicamentosas também foram classificadas quanto à significância da seguinte forma: notificáveis aos médicos, se evidência clínica fosse considerada estabelecida, provável ou suspeita; e não notificáveis aos médicos, se a evidência clínica fosse considerada possível ou improvável <sup>37</sup>.

As interações medicamentosas notificadas aos médicos foram registradas no formulário interações medicamentosas. Para cada interação medicamentosa notificável foram registrados os medicamentos envolvidos, o efeito esperado, seu mecanismo e o manejo.

#### **5.6.4. Fatores de risco**

Para se alcançar o quarto objetivo específico - identificar alguns dos fatores de risco para a ocorrência de discrepâncias e discrepâncias não intencionais identificadas na admissão hospitalar – foram coletadas diversas informações sobre os participantes utilizando os instrumentos Formulário de revisão de prontuário para auditoria clínica (FRPAC) e formulário de conciliação medicamentosa na admissão (FCMA), tais como:

- Relacionadas ao paciente, que foram as seguintes: o sexo, a idade, o diagnóstico de base e de admissão, a presença de comorbidades, o número de medicamentos em uso no momento da internação e a presença do responsável no momento da HPM pelo médico;
- Relacionadas ao cuidado, foram as listadas a seguir: a enfermaria da internação, a categoria, a especialidade e a experiência do profissional de saúde que coletou a história primária, o dia da internação (dia de semana ou fim de semana) e o turno da internação (diurno ou noturno).

Para testar a associação entre as variáveis listadas acima e os desfechos o número de discrepância e o número de discrepâncias não intencionais no momento da admissão hospitalar do estudo foi utilizando um modelo linear generalizado de *Poisson*.

Foi realizada uma análise com o conjunto de variáveis por procedimento de *step-wise*. Por *background*, no modelo final, foram selecionadas as variáveis o número de medicamentos em uso pelo participante no momento da admissão, a especialidade categorizada do responsável pela história primária de medicamentos (HPM), o diagnóstico de base e a idade do paciente.

### 5.7. Análise dos resultados

Para os resultados dos participantes do estudo nos momentos da admissão hospitalar e da transferência interna foram calculados, utilizando frequências, médias, proporções, desvio padrão, faixa (variando), máximo e mínimo e moda.

Para comparar o registro da coleta da melhor história possível de medicamentos (MHPM) pela pesquisadora farmacêutica com o registro da coleta da história primária de medicamentos (HPM) nos prontuários auditados. Para tal, foi utilizado o teste não paramétrico de amostras pareadas de *Wilcoxon Mamm Whitney*.

Para os resultados dos participantes do estudo nos momentos da admissão hospitalar e da transferência interna foram calculados frequências, proporções, desvio padrão, faixa (variando), máximo e mínimo e moda.

Foram calculados frequências, proporções, desvio padrão (DP), faixa (variando), máximo e mínimo e moda para os resultados do estudo nos momentos da admissão hospitalar e da transferência interna.

Alguns dos cálculos de desfechos relacionados a discrepâncias do estudo foram realizados como demonstrado no Quadro 4.

**Quadro 4. Cálculos de desfechos de discrepâncias do estudo**

Taxa de discrepâncias	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de discrepâncias}}{\text{n}^\circ \text{ de medicamentos}} \times 100$
Taxas das classificações de discrepâncias	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de discrepâncias } X}{\text{n}^\circ \text{ de discrepâncias}} \times 100$
Taxas dos tipos de discrepâncias não intencionais	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de discrepâncias não intencional } Y}{\text{n}^\circ \text{ de discrepâncias não intencionais}} \times 100$
Taxa de discrepâncias por participantes	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes que sofreram ao menos uma discrepância}}{\text{n}^\circ \text{ de participantes admitidos}} \times 100$
Taxas das classificações de discrepâncias por participantes	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes que sofreram ao menos uma discrepância } X}{\text{n}^\circ \text{ de participantes admitidos}} \times 100$
Taxas dos tipos de discrepâncias não intencionais por participantes	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes que sofreram ao menos uma discrepância não intencional } Y}{\text{n}^\circ \text{ de participantes admitidos}} \times 100$

$n^\circ$  = número, X = classificação de discrepâncias (discrepância intencional, discrepância intencional não documentada e discrepância não intencional), Y = classificação de discrepâncias não intencionais (erro por omissão, erro por ação, erro de dose, erro de frequência de uso, erro de via de administração e medicamento diferente).

O modelo linear generalizado de *Poisson* foi utilizado para analisar em diferentes variáveis o risco relativo (RR) para ocorrência dos desfechos número de discrepâncias e número de discrepâncias não intencionais.

Foi testada a relação e entre o desfecho número de discrepâncias e o número de medicamentos em uso pelo participante no momento da admissão hospitalar.

O quadro 5 apresenta diferentes cálculos de desfechos realizados para interações medicamentosas.

### Quadro 5. Cálculos de desfechos de interações medicamentosas do estudo

Taxa de interações medicamentosas	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de interações medicamentosas}}{\text{n}^\circ \text{ de medicamentos}} \times 100$
Taxas das classificações de interações medicamentosas	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de interações medicamentosas } X}{\text{n}^\circ \text{ de interações medicamentosas}} \times 100$
Taxas das evidências clínicas de interações medicamentosas	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de evidências clínicas de interações medicamentosas } X}{\text{n}^\circ \text{ de interações medicamentosas}} \times 100$
Taxas evidências clínicas por classe de interações medicamentosas	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de evidências clínicas de interações medicamentosas } Y}{\text{n}^\circ \text{ de interações medicamentosas } X} \times 100$
Taxa de interações medicamentosas por participantes	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes que sofreram ao menos uma interação medicamentosa}}{\text{n}^\circ \text{ de participantes admitidos}} \times 100$
Taxas das classificações de interações medicamentosas por participantes	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes que sofreram ao menos uma interação medicamentosa } X}{\text{n}^\circ \text{ de participantes admitidos}} \times 100$
Taxas de evidências clínicas de interações medicamentosas por participantes	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes que sofreram ao menos uma interação medicamentosa } X}{\text{n}^\circ \text{ de participantes admitidos}} \times 100$

n° = número, X = classificação de interações medicamentosas (interação medicamentosa grave, interação medicamentosa moderada e interação medicamentosa leve), Y = classificação de significância de interações medicamentosas (significância estabelecida, significância provável, significância suspeita, significância possível e significância improvável).

Para avaliar as características dos participantes do painel de especialistas foram calculadas, utilizando médias, proporções, desvio padrão, faixa (variando), máximo e mínimo e moda.

Para os resultados do painel de especialistas foram calculadas médias, desvios padrão e proporções.

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para testar a correlação entre correlação entre o registro de dúvidas e sugestões e baixos valores de pontuação.

Após a coleta, as informações foram armazenadas em bancos de dados do Epidata Software versão 3.1 de 2008 e importadas para o SPSS (Statistical Software for the Social Science) versão 21 de 2012, onde foram feitas as análises estatísticas pertinentes.



## 6. Resultados

Após atingir o primeiro objetivo específico de adaptar para o contexto de hospitais brasileiros os instrumentos desenvolvidos para o estudo, que são apresentados nos ANEXOS I e J, deu-se início o trabalho de campo para responder ao objetivo geral, de avaliar o processo de conciliação medicamentosa existente na admissão hospitalar e na transferência interna, e aos demais objetivos específicos.

O trabalho foi desenvolvido durante 52 dias entre maio e setembro de 2014. Os resultados foram divididos em três subcapítulos, os quais foram: o primeiro subcapítulo apresenta os resultados do momento da admissão hospitalar, no segundo os resultados do momento da transferência interna e no terceiro as perdas ocorridas durante o estudo.

### 6.1. Momento da admissão hospitalar

Foram identificadas 137 discrepâncias e 44 interações medicamentosas para 41 participantes do estudo no momento da admissão hospitalar. Dos 41 participantes, 38 (92,7%) participantes apresentaram ao menos uma discrepância e 25 (61,0%) ao menos uma interação medicamentosa.

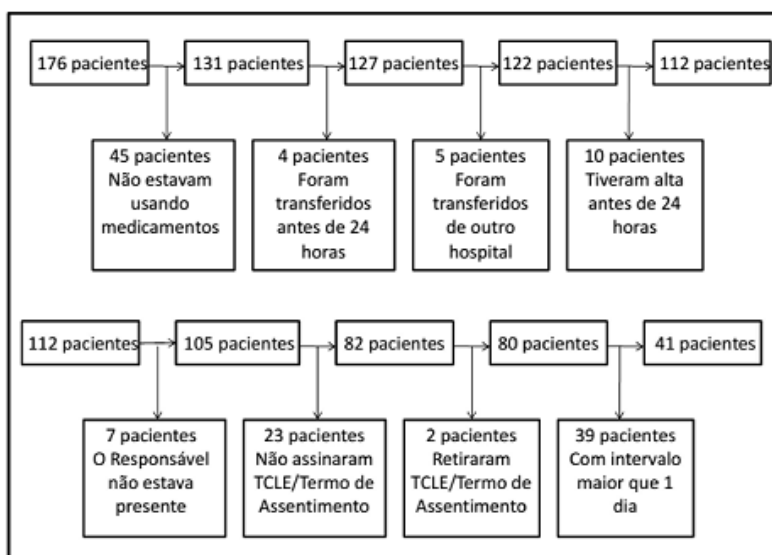
Das 137 discrepâncias identificadas 39 (28,5%) foram não intencionais, destas 25 (64,1%) foram consideradas erros por omissão. Não ocorreram interações medicamentosas graves entre as 44 identificadas e 21 (47,7%) foram notificáveis.

Ao todo foram realizadas no momento da admissão hospitalar 87 intervenções junto aos médicos em função de discrepâncias e interações medicamentosas identificadas. Esses médicos modificaram as prescrições 22 vezes devido a discrepâncias e aceitaram a intervenção de interações medicamentosas em 12 situações.

Durante o período de estudo 176 pacientes foram admitidos no hospital. Desses, 64 pacientes não preencheram os critérios de inclusão do estudo por diversos motivos, entre eles pode-se citar, não estarem usando medicamentos antes da internação (45), terem sido transferidos antes de 24 horas (4), terem sido transferidos de outro hospital (5) ou terem recebido alta hospitalar antes de 24 horas (10) (Figura 5).

Dos 112 pacientes restantes, os responsáveis não estavam presentes para consentir a participação de sete pacientes e 25 pacientes não consentiram ou retiraram o consentimento. Não foi possível realizar a conciliação medicamentosa de 39 pacientes, pois ocorreu um intervalo maior que um dia entre a admissão e a disponibilidade da pesquisadora farmacêutica para a pesquisa. Foram considerados perdidos no momento da admissão hospitalar 71 pacientes (Figura 5).

**Figura 5. Fluxograma de pacientes no momento da admissão hospitalar.**



TCLE = termo de consentimento livre esclarecido.

Os 41 pacientes restantes foram admitidos ao estudo. Dentre os quais, dois pacientes já tinham sido admitidos durante o estudo piloto, e mantiveram o consentimento/assentimento, 39 responsáveis assinaram o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) e três pacientes assinaram o termo de assentimento (Figura 5).

### **6.1.1. Características dos participantes no momento da admissão hospitalar**

Em relação ao sexo, dos 41 participantes, 23 (56,1%) foram do sexo masculino e 18 (43,9%) do sexo feminino. Os participantes tinham uma média de idade de cinco anos, com uma variação entre zero e 16 anos de idade (Tabela 4).

Dos 41 participantes, sete (17,1%) tinham Osteogênese Imperfeita, três (7,3%) Fibrose Cística os demais 31 (75,6%) Outros Diagnósticos (Tabela 4). Os Outros Diagnósticos dos participantes foram diversos, tais como, três (7,3%) com Hidrocefalia; dois (4,9%) com Doença Pulmonar Crônica, com Síndrome de Dandy Walker ou de West; e para os outros 22 (53,6%) participantes do estudo o diagnóstico de base não se repetiu (Tabela 4).

Quanto à comorbidade, entre 41 participantes apenas 12 (29,7%) a apresentaram, das quais duas (4,9%) foram Gastrosquise (Tabela 4).

Os principais motivos de admissão destes 41 participantes foram os seguintes: 14 (34,1%) destes participantes foram admitidos para passar por procedimento

cirúrgico, sete (17,1%) para fazer infusão de Pamidronato como parte do tratamento da Osteogênese Imperfeita e três (7,3%) apresentaram Pneumonia (Tabela 4).

Com relação ao local de internação dos 41 participantes, 17 (41,5%) foram admitidos na enfermaria de cirurgia pediátrica, 14 (34,1%) na enfermaria de pediatria, nove (22%) na enfermaria de doenças infecto parasitárias (DIP), e um (4,9%) na unidade intensiva (UI). Nenhum participante foi internado na enfermaria unidade de pacientes graves (UPG) (Tabela 4).

No tocante ao dia e ao turno de internação, todos os 41 participantes foram admitidos de segunda a sexta-feira. O turno de admissão diurno apresentou o maior número de admissões, totalizando 36 (87,7%) admissões (Tabela 4).

Com referência à coleta da história primária de medicamentos (HPM), foram realizadas 47 coletas para os 41 participantes. Destas, 46 (97,9%) HPM por médicos e uma (2,1%) por enfermeiro (Tabela 4).

Com relação à especialidade do responsável pela coleta da HPM pelas 47 coletas, 18 (38,3%) foram coletadas por um especialista em clínica médica pediátrica, oito (17,0%) por especialista em clínica cirúrgica pediátrica (Tabela 4).

Os especialistas em clínica médica - clínica médica pediátrica, pneumologia pediátrica, e infectologia pediátrica – foram 28 (59,6%) dos especialistas e cirurgia pediátrica – clínica cirúrgica pediátrica, neurocirurgia pediátrica e anesthesiologistas – foram 19 (40,4%) (Tabela 4).

Sobre a experiência profissional do responsável pela coleta da HPM, 38 (80,9%), das 47 coletas de HPM, foram realizadas por médicos residentes. Foram coletadas 14 (36,8%) HPM por médicos do primeiro ano de residência, sete (18,4%) do segundo ano, seis (15,8%) do terceiro ano, cinco (13,2%) do quinto e sétimo ano (Tabela 4).

Em relação ao número de medicamentos coletados, os responsáveis pela coleta da HPM verificaram uma média de 2,09 (desvio padrão, DP = 2,02) medicamentos, variando entre zero e sete, enquanto que a pesquisadora farmacêutica utilizando a melhor história possível de medicamentos (MHPM) alcançou uma média de 5,12 (DP = 2,78) medicamentos, variando entre um e 12 (Tabela 4).

Quanto às fontes de informação utilizadas na coleta da MHPM, os responsáveis pelos participantes forneceram o maior número de medicamentos para MHPM com 205 (98,1%), seguido dos prontuários 92 (44,0%) (Tabela 4).

Quanto ao parentesco do responsável pelo fornecimento da MHPM, as mães foram as que mais forneceram informações na MHPM em 38 (92,7%) das entrevistas. Em um (2,4%) dos casos a avó e o próprio participante participaram juntos da entrevista (Tabela 4).

A frequência de medicamentos em uso pelos participantes variou, pois, se por um lado, dois (4,8%) dos participantes usavam mais que dez medicamentos no momento da admissão, por outro, um (2,4%) participante usava apenas um medicamento (Tabela 4).

No tocante aos problemas relacionados a medicamentos (PRM), a pesquisadora farmacêutica identificou por meio da MHPM uma média de 2,09 (DP = 2,08) PRM, com uma variação entre zero e nove PRM (Tabela 4).

A frequência e tipo de PRM identificadas pela MHPM foram dos seguintes tipos: 45 (21,4%) interações medicamentosas, 39 (28,5%) erros de medicação, nove (16,7%) relatos de reações adversas a medicamentos (RAM), oito (16,7%) relatos de alergia e três (1,42%) problemas de adesão (Tabela 4).

Para realizar o processo de conciliação medicamentosa a pesquisadora farmacêutica levou em média 49 minutos com uma faixa de tempo que variou entre dez minutos a duas horas. A maior parte das conciliações medicamentosas durou uma hora e meia (Tabela 4).

**Tabela 4. Características dos participantes no momento da admissão hospitalar**

Características dos participantes	N	%
<b>Demográficas</b>		
Sexo		
Masculino	23	56,1
Feminino	18	43,9
Idade em anos, média (variando)	5 (0-16)	
<b>Clínicas</b>		
Diagnóstico de base		
Osteogênese Imperfeita	7	17,1
Fibrose Cística	3	7,3
Outros	31	75,6
Comorbidade		
Sim	12	29,2
Não	29	70,7
Motivo de admissão		
Cirurgia	14	34,1
Infusão de Pamidronato	7	17,1
Pneumonia	3	7,3
Agudização	2	4,9
Broncoespasmo e Pneumonia	2	4,9
Diagnóstico a esclarecer	2	4,9
Febre a esclarecer	2	4,9
Outros	9	22
<b>Serviço</b>		

Enfermaria		
Pediatria	14	34,1
DIP	9	22
UI	1	2,4
Cirurgia Pediátrica	17	41,5
Dia de admissão		
Dia de semana	41	100
Turno de admissão		
Dia	36	87,7
Noite	5	12,2
Categoria do responsável HPM		
Médico	46	97,9
Enfermeiro	1	2,1
Especialidade do responsável HPM		
Clínica médica pediátrica	18	38,3
Pneumologia pediátrica	3	6,4
Infectologia pediátrica	7	14,9
Cirurgia pediátrica	8	17,0
Neurocirurgia pediátrica	7	14,9
Anestesiologia	4	8,5
Categorias de especialistas do responsável HPM		
Clínica pediátrica	28	59,6
Cirurgia pediátrica	19	40,4
Experiência do responsável HPM		
Staff	9	19,1
Residente	38	80,9
Ano de residência		
1	14	36,8
2	7	18,4
3	6	15,8
4	5	13,2
5	1	2,6
7	5	13,2

#### Medicamentos

Medicamentos, média (desvio padrão) variando		
Coletados na HPM	2,09 (2,02) 0-7	
Coleta dos na MHPM	5,12 (2,78) 1-12	
Fontes de informação usadas na MHPM, média (desvio padrão)	5,20 (2,82)	
Tipo de fontes de informação usadas na MHPM		
Prontuário	92	44,0
Fracos	27	12,9
Responsável	205	98,1
Receita do participante	21	10,0
Parentesco do entrevistado		
Mãe	38	92,7
Pai	2	4,9
Outros	1	2,4
Número de medicamentos em uso pelo participante por meio da MHPM		
1	1	2,4
2	6	14,6
3	9	22,0
4	2	4,9
5	5	12,2
6	4	9,8
7	6	14,6
8-10	6	14,6
>10	2	4,9
Identificação de PRM por meio da MHPM, média (desvio padrão)	2,49 (2,36)	
Tipos de PRM identificados por meio da MHPM		
Alergia	8	7,7
RAM	9	8,7
Interações medicamentosas	39	37,9
Erros de medicação	44	42,7
Problemas de adesão	3	2,9
Intervenções realizadas relativas a PRM, média (desvio padrão)	2,21 (2,05)	
Tempo na conciliação medicamentosa , média (variando) moda	0:49 (0:10-2:00) 1:30	

DIP = enfermaria de doenças infecciosas pediátricas, HPM = história primária de medicamentos, MHPM = melhor história possível de medicamentos, PRM = problema relacionado à medicamento, RAM = reação adversa à medicamento, UI = unidade intensiva.

## 6.1.2. Processo de coleta e registro em prontuário da história de medicamentos em uso pelo paciente

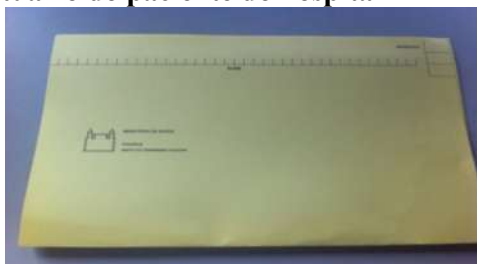
### 6.1.2.1. Contexto da coleta e registro da história primária de medicamentos

Foi realizada a revisão de prontuário dos 41 os participantes admitidos ao estudo para descrever como o é realizado o processo de coleta e registro em prontuário da história primária de medicamentos (HPM) em uso pelo paciente no momento da admissão hospitalar.

Como os participantes foram admitidos em três enfermarias do departamento de pediatria enfermarias pediatria, as saber, na enfermaria de doenças infecciosas pediátricas (DIP), na unidade intermediária (UI). Afora isso, eles foram admitidos na unidade de Cirurgia pediátrica. Foi possível verificar o processo de coleta e registro nestes quatro locais de internação.

O prontuário no serviço é comum para todos os pacientes e é dividido em três partes, a saber, a parte de atendimentos ambulatoriais, exames, internações. O prontuário pode ser visto na Figura 6.

**Figura 6. Foto do prontuário do paciente do hospital**



Fonte: Diana Graça, 2014

O Departamento de pediatria, além do prontuário, tem uma pasta da internação em andamento (Figura 7).

**Figura 7. Foto da pasta da internação em andamento do paciente do departamento de pediatria**



Fonte Diana Graça, 2014

O Departamento de pediatria tem também uma pasta da internação em andamento para os pacientes de osteogênese imperfeita (Figura 8).

**Figura 8. Foto da pasta da internação em andamento do paciente de osteogênese imperfeita**



Fonte: Diana Graça, 2014

Existem pastas diferentes para as prescrições médicas da internação em andamento nas diferentes enfermarias do departamento de pediatria. Na Figura 9 é apresentada a pasta as prescrições médicas da internação em andamento da enfermaria de pediatria.

**Figura 9. Foto da pasta de prescrição do paciente na enfermaria de pediatria**



Fonte: Diana Graça, 2014

A figura 10 representa a pasta das prescrições médicas da internação em andamento na DIP.

**Figura 10. Foto da pasta de prescrição do paciente na DIP**



Fonte: Diana Graça, 2014

E, por fim, na Figura 11 pode-se ver a pasta para as prescrições médicas da internação em andamento da UI.

**Figura 11. Foto da pasta de prescrição do paciente na UI**



Fonte: Diana Graça, 2014

A unidade de Cirurgia pediátrica, além do prontuário, também tem duas pastas. Na Figura 12 é apresentada pasta para as prescrições médicas em andamento.

**Figura 12. Foto da pasta da internação em andamento de prescrição do paciente na unidade de cirurgia pediátrica**



Fonte: Diana Graça, 2014

E a figura 13 representa a pasta das evoluções da internação em andamento.

**Figura 13. Foto da pasta da internação paciente unidade de cirurgia pediátrica**



Fonte: Diana Graça, 2014

No departamento de pediatria são usados três formulários para coleta da anamnese dos pacientes. O primeiro é o formulário de admissão pediátrica, que é usado na primeira admissão do paciente ao hospital e no qual é registrada o histórico clínico



do paciente, porém nele não existe espaço específico para registro da HPM. No segundo formulário, chamado de formulário de readmissão, que é usado na reinternação dos pacientes, há um campo específico para registro das medicações habituais, com local para registro do nome, dose, intervalo de dose e indicação do medicamento. O último é o formulário de readmissão dos pacientes de osteogênese imperfeita, que é usado na reinternação dos pacientes com este diagnóstico, em que há um campo para registro das medicações habituais, no qual já estão especificados os nomes dos medicamentos Carbonato de Cálcio, com espaço para dose/dia, e Protovit® (ANEXOS).

Na enfermaria de cirurgia pediátrica há um formulário de coleta da anamnese dos pacientes, no qual não existe espaço específico para registro da HPM (ANEXOS).

A especialidade pneumologia pediátrica tem um formulário de anamnese pacientes de Fibrose Cística com um campo para registro da HPM. Neste campo há campos para registro de diversas informações, tais como, medicamentos habituais, dose, apresentação e frequências de uso (ANEXOS).

Na farmácia as prescrições são dispostas em pastas específicas por enfermaria (Figura 14). A UI e a DIP compartilham a pasta.

**Figura 14. Foto das pastas de prescrições da farmácia por enfermaria**



Fonte: Diana Graça, 2014

#### **6.1.2.2. Resultados da revisão de prontuário para avaliação da coleta e registro da HPM**

Em relação ao registro das informações relativas aos medicamentos coletados na história primária de medicamentos (HPM) na maior parte das vezes foram registradas nos prontuários auditados a dose e frequências de uso de medicamento com média de registro de 1,15 (desvio padrão, DP = 1,76), variando de registro de zero a sete. A informação menos disponível em prontuário foi a via de administração de

medicamentos com média de registro 0,09 (DP = 0,35) e variando de zero a dois (Tabela 5).

A única fonte de informação registrada nos prontuários auditados foi o responsável pelo participante com 26 (54,2%) registros em prontuários. A mãe foi a responsável que mais forneceu a HPM em 22 (45,8%) (Tabela 5).

Não foi possível estimar período de tempo entre admissão e HPM, pois não havia registros, nos prontuários auditados, do horário de admissão e de coleta da HPM. Também não foram identificados registros de problemas relacionados a medicamentos (PRM) nos prontuários auditados (Tabela 5).

Com relação aos registros de intervenção nos prontuários auditados, foram identificadas 10 (77,1%) intervenções e todas eram relacionadas a medicamentos que foram iniciados (Tabela 5).

Foram registrados nos prontuários auditados início de antimicrobianos em sete (70,0%) e nebulização em seis (60,0%) dos prontuários (Tabela 5).

**Tabela 5. Registro em prontuário da história primária de medicamentos (HPM)**

Registro em prontuário	N	%
Doses de medicamentos, média (desvio padrão) variando	1,15 (1,64) 0-7	
Frequências de uso de medicamentos, média (desvio padrão) variando	1,15 (1,76) 0-7	
Vias de administração de medicamentos, média (desvio padrão) variando	0,09 (0,35) 0-2	
Vias de administração de medicamentos, média (desvio padrão) variando		
Fontes de informação		
Responsável	26	54,2
Não avaliável	21	43,8
Período de tempo entre admissão e HPM		
Não avaliável	47	100,0
Parentesco do entrevistado		
Mãe	22	45,8
Pai	3	6,3
Outros	1	2,1
Não avaliável	21	43,8
PRM		
Não avaliável	47	100
Intervenção HPM		
Sim	10	77,1
Não	37	20,8
Intervenções mais frequentes		
Início de medicamentos	10	100%
Medicamentos iniciados por pacientes que sofreram intervenção		
Antimicrobianos	7	70,0
Corticoide	2	20,0
Nebulização	6	60,0
Sintomáticos	2	20,0

HPM = história primária de medicamentos, PRM = problema relacionado à medicamento.

Foi realizada uma análise estatística para comparar o registro da coleta da melhor história possível de medicamentos (MHPM) pela pesquisadora farmacêutica com o registro da coleta da HPM nos prontuários auditados.

Foram comparadas as coletas da MHPM com as diferentes categorias e com a experiência profissional do responsável pela coleta da HPM. As comparações ocorreram para os quesitos: número de medicamentos, número de doses de medicamentos, número de frequências de uso, número de vias de administração, registro de PRM e registro de intervenções (Tabela 6).

Em relação à comparação entre a pesquisadora farmacêutica e a categorias médica todos os quesitos foram significativos ( $P < 0,000$ ). A comparação com a categoria de enfermagem não pode ser realizada devido ao pequeno tamanho da amostra (Tabela 6).

No tocante à comparação da pesquisadora farmacêutica com a experiência profissional, a comparação com o *staff* os quesitos número de medicamentos, número de doses de medicamentos, número de frequências de uso, número de vias de administração foram significativos ( $P < 0,05$ ). Na comparação com os residente todos os quesitos foram significativos ( $P < 0,000$ ) (Tabela 6).

**Tabela 6. Comparação das medianas do registro da melhor história possível de medicamentos (MHPM) com a história primária medicamentos (HPM) com as diferentes categorias e experiências profissionais**

Componentes/	Pesquisadora Farmacêutica (N = 41)	Categoria		Experiência profissional	
		Médico (N=46)	Enfermeiro (N=1)	Staff (N=9)	Residente (n=38)
Medicamentos	5,12 (2,78)	2,07 (2,04)*	3 (0,00)	2,00 (1,32)**	2,11 (2,17)*
Número de doses de medicamentos	5,12 (2,78)	1,17 (1,66)*	0	0,33 (0,71)**	1,34 (1,74)*
Número de frequência de uso	5,12 (2,78)	1,17 (1,77)*	0	0,44 (0,88)**	1,32 (1,88)*
Números de via de administração	5,12 (2,78)	0,09 (0,35)*	0	0,11 (0,33)**	0,08 (0,36)*
Fontes de informação	5,20 (2,82)	0,57 (0,5)*	0	0,22 (0,44)**	0,63 (0,49)
Registro de PRM	2,49 (2,36)	0*	0	0	0*
Registro de Intervenção	2,00 (1,97)	0,22 (0,42)*	0	0,22 (0,44)	0,21 (0,41)*

a. O teste de *Wilcoxon Mann Whitney* é realizado a partir da mediana dos resultados e os resultados estão apresentados pela média e pelo desvio padrão.

\* A diferença de é significativo ao nível 0,000.

\*\* A diferença de é significativo ao nível 0,05.

PRM = problema relacionado à medicamento.

Para os mesmos quesitos foi realizada a comparação da coleta de pelas diferentes especialidades profissionais do responsável pela HPM com a coleta da MHPM pela pesquisadora farmacêutica (Tabela 7).

Nesta comparação diversos quesitos foram significativos, a saber, na primeira comparação, que foi realizada com a especialidade de clínica médica, os quesitos

número de medicamentos, número de doses de medicamentos, número de frequências de uso, número de vias de administração foram significativos ( $P < 0,000$ ); e registro de PRM e registro de intervenções foram significativos ( $P < 0,05$ ). Para a segunda comparação, que foi com especialidade de infectologia pediátrica, os quesitos registro de PRM e registro de intervenções foram significativos ( $P < 0,05$ ). Com a especialidade de cirurgia pediátrica, apresentaram significância ( $P < 0,05$ ) os quesitos número de medicamentos, número de doses de medicamentos, número de frequências de uso, número de vias de administração e registro de intervenções. Na última comparação significativa, que foi realizada com especialidade de neurocirurgia, todos os quesitos foram significativos ( $P < 0,05$ ).

No que concerne à comparação entre a coleta da MHPM com a especialidade de pneumologia e anestesiologia nenhum quesito foi significativo (Tabela 7).

**Tabela 7. Comparação das medianas do registro da melhor história possível de medicamentos (MHPM) com registro da história primária medicamentos (HPM) pelas diferentes especialidades**

Componentes/ Especialidade	Pesquisadora Farmacêutica (N=41)	Especialidade					
		Clínica Médica (N=18)	Pneumologia (N=3)	Infectologia (N=7)	Cirurgia pediátrica (N=8)	Neurocirurgia (N=7)	Anestesiologia (N=4)
Número de Medicamentos	5,12(2,78)	3,22(1,67)*	3,00(1,00)	2,71(3,09)	0,50(0,76)**	0,57(0,98)**	1,00(1,56)
Número de doses de medicamentos	5,12(2,78)	2,11(1,75)*	1,00(1,00)	1,14(2,67)	0,13(0,36)**	0,57(0,98)**	0
Número de frequências de uso	5,12(2,78)	1,72(1,81)*	1,33(1,16)	2,00(2,89)	0,13(0,36)**	0,57(0,98)**	0
Números de via de administração	5,12(2,78)	0,06(0,24)*	0,33(0,58)	0	0**	0,29(0,76)**	0
Fontes de informação	5,20(2,82)	0,72(0,46)*	0	0,71(0,49)	0,38(0,52)**	0,57(0,54)**	0,25(0,56)
Registro de PRM	2,49 (2,36)	0**	0	0**	0	0**	0
Registro de Intervenção	2,21 (2,05)	0,28(0,46)**	0,67(0,58)	0,43(0,54)**	0**	0**	0

a. O teste de *Wilcoxon Mann Whithy* é realizado a partir da mediana dos resultados e os resultados estão apresentados pela média e pelo desvio padrão.

\* A diferença de é significativo ao nível 0,000 .

\*\* A diferença de é significativo ao nível 0,05.

PRM = problema relacionado à medicamento.

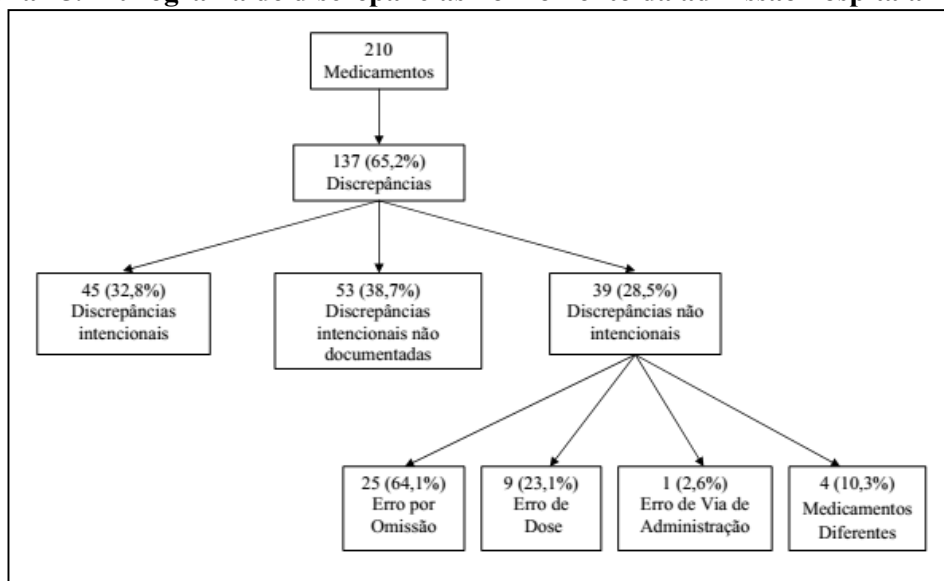
### 6.1.3. Medir e classificar as taxas de discrepâncias identificadas no momento da admissão hospitalar

Dentre os 210 medicamentos em uso no momento da admissão hospitalar foram identificadas, entre a melhor história possível de medicamentos (MHPM) e a prescrição médica de admissão, 137 (65,2%) discrepâncias (Figura 15).

Das 137 discrepâncias identificadas no momento da admissão hospitalar, 45 (32,8%) foram classificadas como intencionais. 53 (38,7%) como intencionais não documentadas e 39 (28,5%) como não intencionais (Figura 15).

O maior número de discrepâncias não intencionais foi do tipo erro por omissão – 25 (64,2%), seguido erro de via de administração – nove (23,1%), quatro (10,3%) foram medicamentos diferentes dos presentes na prescrição médica e o menor número foi de erro de via de administração – um (2,6%) (Figura 15).

**Figura 15. Fluxograma de discrepâncias no momento da admissão hospitalar**



§ Incluindo medicamentos isentos de prescrição.

Para 38 (92,7%) dos 41 participantes foram identificadas ao menos uma discrepância, com uma média de 3,43 (desvio padrão, DP = 1,87) discrepâncias, variando entre um e sete (Tabela 8).

Quanto ao número de discrepâncias por participantes, 30 (73,2%) dos participantes apresentaram ao menos uma discrepância intencional, 23 (56,1%) ao menos uma discrepância intencional não documentada e 20 (48,8%) ao menos uma discrepância não intencional (Tabela 8).

Com referência à frequência de discrepâncias, dois dos participantes (4,9%) apresentaram sete discrepâncias, seguido de seis (14,6%) com seis discrepâncias. Vale ressaltar que, três (7,3%) participantes não apresentaram discrepâncias (Tabela 8).

Do total de 137 discrepâncias no momento da admissão hospitalar, 90 (65,7%) estavam relacionadas a medicamentos de prescrição e 47 (34,3%) a medicamentos

isentos de prescrição (Tabela 9). Das 47 discrepâncias de medicamentos isentos de prescrição, somente 14 (29,8%) foram classificadas como não intencionais (Tabela 8).

Os medicamentos de prescrição que mais apresentaram discrepâncias no momento da admissão hospitalar foram o Salbutamol com nove (10,0%), Polivitamínico e Sulfato Ferroso com seis (6,7%) e Carbonato de Cálcio e Sulfametoxazol + Trimetropim com quatro (4,4%) (Tabela 8).

Os antipiréticos, tais como, a Dipirona com 26 (56,5%), Ibuprofeno com seis (12,8%) e Paracetamol com cinco (10,6%), foram os medicamentos isentos de prescrição que mais apresentaram discrepâncias no momento da admissão hospitalar foram (Tabela 8).

Quanto à intervenção de discrepâncias no momento da admissão hospitalar junto aos médicos, foram feitas 73 (53,3%) notificações de discrepâncias com 22 (16,1%) modificações nas prescrições médicas devido a discrepâncias identificadas (Tabela 8).

**Tabela 8. Características das discrepâncias no momento da admissão hospitalar**

Características das discrepâncias	N	%
Discrepâncias, média (desvio padrão) variando	3,43 (1,87) 1-7	
Discrepâncias por participantes		
Discrepância	38	92,7
Discrepância intencional	30	73,2
Discrepância intencional não documentada	23	56,1
Discrepância não intencional	20	48,8
Frequência de discrepâncias por participante		
0	3	7,3
1	6	14,6
2	8	19,5
3	8	19,5
4	4	9,8
5	4	9,8
6	6	14,6
7	2	4,9
Tipo de medicação em uso pelo participante		
Medicamentos de prescrição	90	65,7
Medicamentos isentos de prescrição	47	34,3
Medicamentos de prescrição que mais tiveram discrepâncias		
Salbutamol	9	10,0
Polivitamínico	6	6,7
Sulfato Ferroso	6	6,7
Carbonato de Cálcio	4	4,4
Sulfametoxazol + Trimetropim	4	4,4
Medicamentos isentos de prescrição que mais tiveram discrepâncias		
Dipirona	26	56,5
Ibuprofeno	6	12,8
Paracetamol	5	10,6
Intervenção junto ao médico assistente		
Discrepância notificada	73	53,3
Discrepância não notificada	64	46,7
Resultado da intervenção		
Prescrição modificada	22	16,1
Prescrição não modificada	115	83,9

§ Incluindo medicamentos isentos de prescrição.

Com relação às 45 discrepâncias intencionais identificadas no momento da admissão hospitalar, não foi feita nenhuma notificação para os médicos e modificação nas prescrições médicas (Tabela 9).

Das 53 discrepâncias intencionais não documentadas identificadas foram notificadas 47 aos médicos e seis não notificadas. Das 47 discrepâncias intencionais não documentadas que foram notificadas, 45 foram mantidas e duas foram modificadas (Tabela 9).

Das 39 discrepâncias não intencionais, 26 foram notificadas aos médicos. Destas, 16 prescrições foram modificadas e 10 mantidas (Tabela 9).

**Tabela 9. Modificações na prescrição médica segundo a classificação e a notificação das discrepâncias no momento da admissão hospitalar**

Classificação das discrepâncias/ Resultado da intervenção		Prescrição modificada	Prescrição não modificada	Total
	Notificada	0	0	0
Discrepância intencional	Não notificada	0	45	45
	Total	0	45	45
	Notificada	2	45	47
Discrepância intencional não documentada	Não notificada	0	6	6
	Total	2	51	53
	Notificada	16	10	26
Discrepância não intencional	Não notificada	4	9	13
	Total	20	19	39
	Notificada	18	55	73
Total	Não notificada	4	60	64
	Total	22	115	137

§ Incluindo medicamentos isentos de prescrição.

Os episódios de falta de notificações de discrepância intencionais não documentadas ocorreram devido a relatos das mães, tais como, no primeiro episódio foi relatado o aumento de frequência do uso do medicamento. Em um segundo episódio a mãe relatou que o medicamento não estava em uso, era o mês no qual o medicamento não estava sendo usado<sup>2</sup>. Houve um terceiro relato de que o medicamento utilizado foi suspenso nas internações anteriores devido a Agudização da doença, tendo sido retomado na alta. Num quarto episódio foi relatado pela mãe que o paciente estava passando por desmame de corticóide. No último episódio foi relatada a mudança no uso do medicamento.

<sup>2</sup> O paciente faz uso do medicamento Tobramicina inalatória, o uso deste medicamento deve ser feito em meses alternados.

As 13 discrepâncias não intencionais que não foram notificadas ocorreram, diversos motivos, a saber, em dois casos a omissão do medicamento foi corrigida na segunda prescrição. Para outras duas discrepâncias a dose do medicamento foi corrigida na segunda prescrição. E por fim, nove discrepâncias não foram notificadas, porque foram relacionadas a medicamentos isentos de prescrição.

No Quadro 6 estão descritas 33 das discrepâncias identificadas, com os medicamentos, a idade, os diagnósticos de base e o motivo de admissão dos participantes. A maior das discrepâncias descritas foram discrepâncias não intencionais – 30. As três discrepâncias intencionais não documentadas, que constam na tabela foram notificadas ao médico devido a problemas de adesão da mãe.

Dentre as discrepâncias não intencionais identificadas que foram notificadas e estão descritas no Quadro 6, podem-se destacar várias situações de omissão, tais como, a notificação de omissão de Colestiramina e Citrato de Sódio para participante de um ano de idade com Megacólon com Diarreia e Febre a esclarecer. A segunda notificação foi a de omissão de Clonazepam para um participante de dois anos de idade com Síndrome de Arnold Chiari I e Seringomegalia internado para cirurgia. Uma terceira notificação realizada foi de omissão de Fenobarbital e Carbamazepina para um participante de um ano de idade com Epilepsia e Criptorquidia que internou para cirurgia. Em uma quarta notificação foi informada a omissão de Beclometasona e Sulfato Ferroso para um participante de Síndrome de West e Hidrocefalia de dois anos de idade. Por último houve a notificação da omissão de Captopril para participante de 14 anos de idade com Doença Pulmonar Crônica e Lipogamaglobulinemia. Todos os medicamentos foram prescritos após a notificação.

Das outras importantes discrepâncias não intencionais que foram notificadas e estão descritas, podem-se citar a duas notificações, uma primeira foi a diferença de dose de Periciazina em participante de cinco anos de idade com Doença Desmielinizante, o médico manteve a dose, mas informou não ter coletado a história do participante. A segunda notificação realizada foi a de diferença de dose de três de Antirretrovirais de um participante de um ano de idade com HIV e Tuberculose, o médico manteve a dose e também informou não ter coletado a história do participante (Quadro 6).

Um participante de 10 anos de idade portador de Fibrose Cística apresentou duas discrepâncias não intencionais identificadas no momento da admissão importantes, que foram corrigidas após a notificação. A primeira foi a diferença de frequência de uso de Fluticasona + Salmeterol e a segunda foi a diferença de via de administração de



Omeprazol, e um medicamento diferente, pois a paciente usava Salbutamol jato e foi prescrito gotas (Quadro 6).

Um participante de menos de um ano de idade com Síndrome de Arnold Chiari II e Febre a esclarecer apresentou quatro discrepâncias não intencionais, a saber, as duas primeiras foram a diferença dose e frequência de uso de Sulfametoxazol + Trimetropim momento da admissão hospitalar, o médico manteve a dose e a frequência de uso, mas informou não ter coletado a história do participante. A duas últimas foram a omissão de Ranitidina e a diferença de dose de Simeticona, que foram corrigidas após a notificação (Quadro 6).

Em relação às discrepâncias não intencionais que não foram notificadas, todas aconteceram para o mesmo participante de dois anos de idade e portador de encefalopatia não progressiva (ECNP) e pneumonia, das quais duas primeiras foram omissões de Clobazam e Beclometasona, que não foram notificadas, pois foram reintroduzidas na segunda prescrição. Para as duas últimas discrepâncias não intencionais, as doses que não estavam registradas na prescrição médica, sendo enquadradas como discrepância de dose, de Sulfato Ferroso e Polivitamínico, para ambos os medicamentos as doses foram registradas na segunda prescrição (Quadro 6).

O médico optou por não modificar algumas discrepâncias não intencionais notificadas, que foram as seguintes: a duas primeiras foram a omissão de Sulfato Ferroso e Polivitamínico para um participante de Síndrome de Down e Gastroquise de dois anos de idade que internou por Gastreenterite. Uma terceira não modificação foi da omissão de Lactulose para um participante de Síndrome de West de dois anos que internou para realizar cirurgia, que ele não modificou, pois justificou que o uso dos medicamentos foram somente SOS. Por último, não foi reintroduzido o Ácido Ascórbico omitido de um participante de Estenose, Anastomose e Refluxo de cinco anos que internou para cirurgia, devido a função renal do participante (Quadro 6).

#### **Quadro 6. Descrição das discrepâncias notificadas no momento da admissão hospitalar**

Part*	Idade	Diagnóstico de base	Motivo de admissão	Medicamento	Resultado
10	1	Megacólon	Diarréia e Febre a esclarecer	Citrato de sódio	Omissão do medicamento – corrigida após a notificação
				Colestiramina	Omissão do medicamento – corrigida após a notificação
				Ostony powder®	Omissão do medicamento – médico não modificou
11	1	Osteogênese Imperfeita	Infusão de Pamidronato	Sulfato Ferroso	Omissão do medicamento – corrigida após a notificação
19	2	Encefalopatia Não Progressiva (ECNP)	Pneumonia	Sulfato Ferroso	Diferença de dose - corrigiu na 2ª prescrição

				Polivitamínico	Diferença de dose - corrigiu na 2ª prescrição
				Clobazam	Omissão do medicamento – prescrito na 2ª prescrição
				Beclometasona	Omissão do medicamento – prescrito na 2ª prescrição
21	10	Fibrose Cística	Falta de ar	Fluticasona + Salmeterol	Diferença de frequência de uso – corrigida após a notificação
				Salbutamol	Medicamento diferente – corrigido após a notificação
				Omeprazol	Diferença de via de administração - corrigida após a notificação
22	2	Recidiva de Tumor Intraventricular	Cirurgia	Sulfato Ferroso	Omissão do medicamento – corrigida após a notificação
24	2	Síndrome de Arnold Chiari I e Seringomegalia	Cirurgia	Clonazepam	Omissão do medicamento – corrigida após a notificação
26	2	Síndrome de West	Broncoespasmo e pneumonia	Lactulose	Omissão do medicamento – médico não coletou a história e não modificou
33	2	Doença pulmonar Crônica, Atresia de Esôfago e Hipertensão Arterial	Vômitos	Salbutamol <sup>a</sup>	Diferença de frequência de uso – notificado o problema de adesão da mãe
				Budesonida <sup>a</sup>	Diferença de frequência de uso – notificado o problema de adesão da mãe
				Paracetamol <sup>a</sup>	Diferença de dose – notificado o problema de adesão da mãe
35	2	Síndrome de West e Hidrocefalia	Pneumonia	Beclometasona	Omissão do medicamento – corrigida após a notificação
				Sulfato Ferroso	Omissão do medicamento - corrigida após a notificação
36	1	Epilepsia e Criptorquidia	Cirurgia	Fenobarbital	Omissão do medicamento - corrigida após a notificação
				Carbamazepina	Omissão do medicamento - corrigida após a notificação
41	2	Síndrome de Down e Gastrosquise	Gastrenterite	Sulfato Ferroso	Omissão do medicamento – médico não modificou devido ao motivo de admissão
				Polivitamínico	Omissão do medicamento – médico não modificou devido ao motivo de admissão
42	5	Doença Desmielinizante	Pulsoterapia com Corticóide	Pericazina	Diferença de dose – médico não coletou a dose e não modificou
43	1	HIV	Tuberculose	Zidovudina	Diferença de dose – médico não coletou a dose e não modificou
				Lamivudina	Diferença de dose – médico não coletou a dose e não modificou
				Lopinavir + Ritonavir	Diferença de dose – médico não coletou a dose e não modificou
45	0	Constipação crônica	Diagnóstico a esclarecer	Domperidona	Omissão do medicamento - corrigida após a notificação
48	5	Estenose, Anastomose e Refluxo	Cirurgia	Acido ascórbico	Omissão do medicamento – médico não modificou, pois participante renal
50	0	Síndrome de Arnold Chiari II	Febre a esclarecer	Sulfametoxazol + Trimetropim	Diferença dose e frequência de uso – médico não coletou a dose e não modificou
				Simeticona§	Diferença de dose - corrigida após a notificação
				Ranitidina	Omissão do medicamento - corrigida após a notificação
51	14	Doença Pulmonar Crônica e Lipogamaglobulinemia	Infusão de Imunoglobulina	Captopril	Omissão do medicamento - corrigida após a notificação

Part\* = Participante.

§ Incluindo medicamentos isentos de prescrição.

<sup>a</sup> Discrepâncias intencionais não documentadas.

#### 6.1.4. Medir e classificar as taxas de interações medicamentosas identificadas no momento da admissão hospitalar

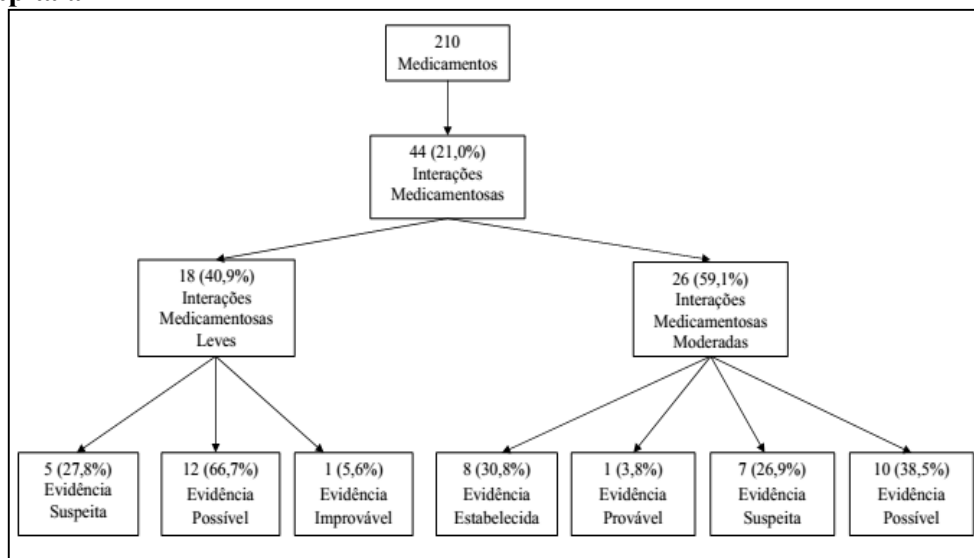
Foram identificadas 44 (21,0%) interações entre os 210 medicamentos presentes na melhor história possível de medicamentos (MHPM) e na prescrição de admissão no momento da admissão hospitalar (Figura 16).

No tocante à distribuição das interações medicamentosas, 26 (59,1%) interações medicamentosas foram classificadas como moderadas e 18 (40,9%) como leves (Figura 16).

Dentre as 26 interações medicamentosas moderadas, para 10 (38,5%) a evidência clínica foi considerada possível, oito (30,8%) estabelecida, sete (26,9%) suspeita e uma (3,8%) provável (Figura 16).

Com relação às 18 interações medicamentosas leves, 12 (66,7%) apresentaram evidência clínica de possíveis, cinco (27,8%) suspeitas, e uma (5,6%) de improvável (Figura 16).

**Figura 16. Fluxograma de interações medicamentosas no momento da admissão hospitalar**



Para 25 (61,0%) dos 41 participantes foram identificadas ao menos uma interação medicamentosa, com uma média de 1,05 (desvio padrão, DP = 1,48), com uma variação entre zero e oito (Tabela 10).

No tocante ao número de interações medicamentosas por participantes, 16 participantes (39,0%) apresentaram ao menos uma interação medicamentosa moderada e 15 (36,6%) apresentaram ao menos uma interação medicamentosa leve (Tabela 10).

Quanto à evidência clínica das interações medicamentosas, oito (18,2%) foram consideradas estabelecidas, uma (2,3%) provável, 12 (27,3%) suspeitas, 22 (50,0%) possíveis e uma (2,3%) improvável (Tabela 10).

Com referência à frequência de interações medicamentosas, um (2,4%) participante apresentou oito interações medicamentosas enquanto que 17 (41,5%) dos participantes apresentaram apenas uma interação. Vale ressaltar que, 16 (39,0%) participantes não apresentaram interações medicamentosas (Tabela 10).

A interação medicamentosa mais frequente no momento da admissão hospitalar foi Carbonato de Cálcio x Pamidronato com sete (15,4%) interações. A segunda interação medicamentosa mais recorrente foi entre Fenobarbital x Valproato com cinco (11,4%) (Tabela 10).

Sobre a intervenção junto aos médicos no que concerne às interações medicamentosas identificadas no momento da admissão hospitalar, foram feitas 14 (31,8%). Delas, 12 (27,3%) foram aceitas pelos médicos (Tabela 10).

**Tabela 10. Características das interações medicamentosas no momento da admissão hospitalar**

Características das interações medicamentosas	N	%
Interações medicamentosas, média (desvio padrão) variando	1,05 (1,48) 0-8	
Interações medicamentosas por participantes		
Interação medicamentosa	25	61,0
Interação medicamentosa moderada	16	39,0
Interação medicamentosa leve	15	36,6
Classificação das interações medicamentosas		
Interação medicamentosa moderada	26	59,1
Interação medicamentosa leve	18	40,9
Significância das interações medicamentosas		
Significância estabelecida	8	18,2
Significância provável	1	2,3
Significância suspeita	12	27,3
Significância possível	22	50,0
Significância improvável	1	2,3
Frequência de interações medicamentosas por participante		
0	16	39,0
1	17	41,5
2	5	12,2
4	2	4,9
8	1	2,4
Interações medicamentosas mais frequentes		
Carbonato X Pamidronato	7	15,4
Fenobarbital X Valproato	5	11,4
Azitromicina X Salmeterol	3	6,8
Captopril X Furosemida	3	6,8
Intervenção junto ao médico assistente		
Interação medicamentosa notificadas	14	31,8
Interação medicamentosa não notificada	30	68,2
Resultado da intervenção		
Intervenção aceita	12	27,3
Intervenção não aceita	32	72,7

Um total de cinco (27,8%) interações medicamentosas leves, eram notificáveis e foram notificadas e 13 (72,2%) não eram notificáveis e não foram notificadas (Tabela 31) (Tabela 11).

Das 26 interações medicamentosas moderadas, 16 (61,5%) eram notificáveis e 10 (38,5%) não notificáveis. Entretanto, foram notificadas somente nove, porque nove interações que deveriam ter sido não foram notificadas e duas que não deveriam ter sido notificadas foram (Tabela 11).

**Tabela 11. Modificações na prescrição médica segundo a classificação e a notificação das interações medicamentosas no momento da admissão hospitalar**

Classificação das interações medicamentosas/ Resultado da intervenção		Prescrição modificada	Prescrição não modificada	Total
Interações medicamentosas moderadas	Notificada	8	1	9
	Não notificada	2	15	17
	Total	10	16	26
Interações medicamentosas leves	Notificada	2	3	5
	Não notificada	0	13	13
	Total	2	16	18
Total	Notificada	10	4	14
	Não notificada	2	28	30
	Total	12	32	44

Dentre as nove interações medicamentosas moderadas que deveriam ter sido notificadas e não foram, podem-se citar sete que não foram notificadas, porque a interação alterava a absorção de Bifosfonatos orais e o Bifosfonato em uso pelo participante foi venoso. Uma interação medicamentosa não foi notificada, porque a mãe do participante relatou redução de dose de Corticóide oral. E por último não foi notificada uma interação medicamentosa, porque a mãe relatou que a dose do anticonvulsivante estava sendo reduzida.

No Quadro 7 estão descritas as 14 interações medicamentosas notificadas no momento da admissão hospitalar, com os medicamentos, a idade, os diagnósticos de base e o motivo de admissão dos participantes. O maior número de interações medicamentosas descritas foi de moderadas – nove e as demais são leves – cinco.

Dentre as interações medicamentosas moderadas, o maior número de notificações foi sobre a interação entre Fenobarbital e Valproato, que é estabelecida em literatura e tem o efeito de aumentar a concentração sérica de Fenobarbital. A primeira

notificação ocorreu para um participante dois anos de idade, com Hidrocefalia e que passou por duas internações, sendo notificadas duas vezes. Uma segunda notificação foi de um participante com três anos de idade tinha Hidroanencefalia e Epilepsia que se internou por pneumonia. Por fim, uma notificação foi realizada para um dos participantes tinha dois anos de idade tinha Encefalopatia Não Progressiva (ECNP). Todas as intervenções foram aceitas pelos médicos (Quadro 7).

Outra interação medicamentosa moderada importante que foi notificada foi entre Fenobarbital e Paracetamol. A evidência clínica foi considerada baixa, mas ela foi notificada porque seu efeito era Hepatite medicamentosa. Este participante com dois anos de idade tinha Hidrocefalia e passou e por duas internações. Estas duas intervenções foram aceitas pelos médicos (Quadro 7).

Um participante de nove anos de idade com Encefalopatia Disseminada Aguda que internou devido ao agravamento do caso apresentou duas interações medicamentosas moderadas e estabelecidas. A primeira interação medicamentosa ocorreu entre os medicamentos, Dexametasona e Fenitoína, que diminui o efeito do Corticóide. A segunda identificada foi entre Dexametasona e Fenobarbital, que diminui o efeito do corticóide e aumenta o da Fenitoína, devendo ser monitorada a concentração sérica de Fenitoína. Estas duas intervenções foram aceitas pelo médico (Quadro 7).

Um participante de um ano de idade, portador de HIV que internou por Tuberculose apresentou uma interação medicamentosa moderada e provável entre Fluconazol e Ritonavir que diminui a concentração de ambos. A intervenção não foi aceita (Quadro 7).

Dentre as interações medicamentosas leves, o maior número de notificações foi entre Captopril e Furosemida, que tem o efeito de diminuir a ação de furosemida. A primeira notificação foi de um dos participantes com 16 anos tinha Síndrome de Dandy Walker e Gastrosquise que internou para uma cirurgia. Outra notificação foi realizada para um participante com dois anos de idade tinha Síndrome de Down e Gastrosquise que internou devido a uma Gastreterite. Por último, foi realizada uma notificação de um participante com 14 anos e tinha Doença Pulmonar Crônica e Lipogamaglobulinemia que internou para infusão de Imunoglobulina. Nenhuma intervenção foi aceita pelos médicos (Quadro 7).

Outras duas interações medicamentosas leves e suspeitas notificadas foram as seguintes, a primeira entre Clonazepam e Omeprazol, que resulta no aumento da concentração sérica de Clonazepam devendo ser monitorada as reações adversas a este

medicamento, que ocorreu em um participante de três anos de idade com Hidroanencefalia e Epilepsia e internou por pneumonia. A segunda foi a interação medicamentosa entre Carbamazepina e Fenobarbital, que resulta na diminuição da concentração sérica de Carbamazepina, devendo-se monitorar a concentração sérica, em um participante de um ano de idade que apresentava Epilepsia e Criporquidia e internou para cirurgia. Ambas as intervenções foram aceitas pelos médicos (Quadro 7).

**Quadro 7. Descrição das interações medicamentosas notificadas no momento da admissão hospitalar**

Part*	Idade	Diagnóstico de base	Motivo de admissão	Interação medicamentosa	Resultado
12	3	Hidroanencefalia e Epilepsia	Pneumonia	Fenobarbital x Valproato	Interação medicamentosa moderada e estabelecida – notificado que deveria monitorar a concentração sérica de Fenobarbital, pois aumenta a concentração sérica do fenobarbital- intervenção aceita
				Clonazepam x Omeprazol	Interação medicamentosa leve e suspeita – notificado que deveria monitorar RAM de Clonazepam, pois aumenta concentração sérica- intervenção aceita
19	2	Encefalopatia Não Progressiva (ECNP)	Pneumonia	Fenobarbital x Valproato	Interação medicamentosa moderada e estabelecida– notificado que deveria monitorar a concentração sérica de Fenobarbital, pois aumenta a concentração sérica do fenobarbital - intervenção aceita
32	9	Encefalomielite Disseminada Aguda	Agudização	Dexametasona x Fenobarbital	Interação medicamentosa moderada e estabelecida – notificado que diminui o efeito do Corticóide - intervenção aceita
				Dexametasona x Fenitoina	Interação medicamentosa moderada e estabelecida – notificado que deveria monitorar a concentração sérica de Fenitoina, pois aumenta a concentração, e que diminui o efeito do corticóide–intervenção aceita
36	1	Epilepsia e Criporquidia	Cirurgia	Carbamazepina x Fenobarbital	Interação medicamentosa leve e suspeita – notificado que monitorar a concentração sérica de Carbamazepina, pois diminui a concentração sérica de Carbamazepina- intervenção aceita
40	16	Síndrome de Dandy Walker e Gastroquise	Cirurgia	Captopril x Furosemida	Interação medicamentosa leve e suspeita – notificado que deveria monitorar fluidos e peso, pois diminui a ação da Furosemida – não aceita, pois a interação é somente no início do uso
41	2	Síndrome de Down e Gastroquise	Gastrenterite	Captopril x Furosemida	Interação medicamentosa leve e suspeita – notificado que deveria monitorar fluidos e peso, pois, diminui a ação da Furosemida – não aceita, pois a interação é somente no início do uso
43	1	HIV	Tuberculose	Fluconazol x Ritonavir	Interação medicamentosa moderada e provável – notificado que deveria monitorar e ajustar dose, pois diminui a concentração de ambos- intervenção não aceita
44	2	Hidrocefalia	Cirurgia	Fenobarbital x Paracetamol	Interação medicamentosa moderada e possível – notificado que deveria trocar AINE, pois pode causar hepatite - intervenção aceita
				Fenobarbital x Valproato	Interação medicamentosa moderada e estabelecida – notificado que deveria monitorar a concentração sérica de Fenobarbital, pois aumenta a concentração sérica do Fenobarbital - intervenção aceita
47	2	Hidrocefalia	Cirurgia	Fenobarbital x Paracetamol	Interação medicamentosa moderada e possível – notificado que deveria trocar AINE, pois pode causar hepatite - intervenção aceita

				Fenobarbital x Valproato	Interação medicamentosa moderada e estabelecida – notificado que deveria monitorar a concentração sérica de Fenobarbital, pois aumenta a concentração sérica do Fenobarbital - intervenção aceita
51	14	Doença Pulmonar Crônica e Lipogamaglobulinemia	Infusão de Imunoglobulina	Captopril x Furosemida	Interação medicamentosa leve e suspeita – notificado que deveria monitorar fluidos e peso, pois diminui a ação da Furosemida – não aceita, pois a interação é somente no início do uso

Part\* = Participante.

### 6.1.5. Identificar alguns fatores de risco para a ocorrência de discrepâncias e discrepâncias não intencionais no momento da admissão hospitalar

Foram realizados dois tipos de análises estatísticas para identificar fatores de risco para aos desfechos número de discrepâncias e número de discrepâncias não intencionais que ocorreram no momento da admissão hospitalar do estudo.

A primeira análise estatística verificou a associação entre diversas variáveis e os seguintes desfechos: número de discrepâncias e número de discrepâncias não intencionais.

As variáveis que apresentaram significância para o desfecho número de discrepâncias foram as seguintes: a primeira foi o número de medicamentos como um fator de risco para a ocorrência discrepâncias, com risco relativo (RR) de 1,27 (intervalo de confiança, IC 95%= 1,03-1,57). A segunda foi a especialidade cirúrgica como um fator de proteção para ocorrência de discrepâncias com RR de 0,27 (IC 95% = 0,07-0,97). Foi testada a associação entre o desfecho e a interação de especialidade e o número de medicamentos, que se mostrou significativa como um fator de risco para a ocorrência discrepâncias com uma RR de 1,32 (intervalo de confiança, IC 95% = 1,04-1,67) (Tabela 12).

A idade, o diagnóstico de base e a interação de diagnóstico de base e o número de medicamentos não mostraram significância para a ocorrência de discrepâncias (Tabela 12).

**Tabela 12. Associação entre variáveis e o desfecho número de discrepâncias medicamentosas no momento da admissão hospitalar**

Variáveis/ Número de discrepâncias	RR (IC 95%)	$\alpha$
Número de medicamentos	1,27 (1,03-1,57)	0,025
Especialidade do responsável pela HPM		
Clínica	1	
Cirurgia	0,27 (0,07-0,97)	0,046
Diagnóstico de base		
Fibrose	0,49 (0,03-7,26)	0,604
Outros	2,78 (0,70-11,02)	0,145
Osteogênese imperfeita	1	



Idade	0,97 (0,94-1,02)	0,229
Especialidade do responsável pela HPM x número de medicamentos		
Clínica	1,32 (1,04-1,67)	0,023
Cirurgia	1	
Diagnóstico de base x número de medicamentos		
Fibrose	1,05 (0,76-1,46)	0,764
Outros	0,85 (0,68-1,07)	0,174
Osteogênese imperfeita	1	

HPM = história primária de medicamentos, IC = intervalo de confiança, RR = risco relativo.

Para desfecho número de discrepâncias não intencionais as variáveis que apresentaram significância foram a especialidade cirúrgica, que foi um fator de proteção para ocorrência de discrepâncias, com RR de 0,33 (IC 95% = 0,12-0,92). Outras duas variáveis significativas foram os diagnósticos de: Fibrose cística, com RR de 7,73 (IC 95% = 1,21-49,57) e Outros Diagnósticos, com RR de 4,56 (IC 95% = 1,01-20,63). Ambos diagnósticos de base foram fatores de risco para ocorrência de discrepâncias não intencionais (Tabela 13).

A idade e o número de medicamentos não mostraram significância como fatores de proteção ou de risco para a frequência de discrepâncias não intencionais (Tabela 13)

**Tabela 13. Associação entre variáveis e o desfecho números de discrepâncias não intencionais medicamentosas no momento da admissão hospitalar**

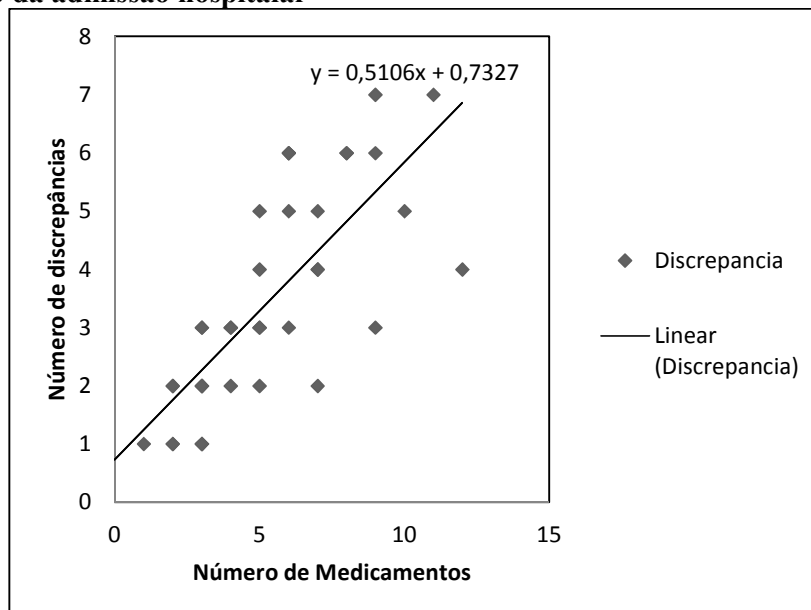
Variáveis/ Número de discrepâncias não Intencionais	RR (IC 95%)	$\alpha$
Número de medicamentos	1,08 (0,95-1,24)	0,244
Especialidade do responsável pela HPM		
Clínica	0,33 (0,12-0,92)	0,035
Cirurgia	1	
Diagnóstico de base		
Fibrose	7,73 (1,21-49,57)	0,031
Outros	4,56 (1,01-20,63)	0,049
Osteogênese imperfeita	1	
Idade	0,94 (0,85-1,04)	0,227

HPM = história primária de medicamentos, IC = intervalo de confiança, RR = risco relativo.

Foi também testada a relação entre o número de medicamentos em uso pelo participante no momento da admissão hospitalar e a identificação de discrepâncias.

O aumento do número de medicamentos apresentou uma relação linear com o aumento do número de discrepâncias. O aumento em um no número de medicamento levou ao aumento de duas discrepâncias no momento da admissão hospitalar ( $y = 0,510x + 0,732$ ) (Figura 17).

**Figura 17. Relação entre o número de medicamentos e número de discrepâncias no momento da admissão hospitalar**



## 6.2. Momento da transferência interna

Foram identificadas 31 discrepâncias e 19 interações medicamentosas para oito participantes do estudo no momento da transferência interna. Dos oito participantes, sete (87,5%) apresentaram ao menos uma discrepância e quatro (50,0%) ao menos uma interação medicamentosa

Das 31 discrepâncias, 17 (54,8%) foram não intencionais, destas a maior parte foi do tipo erro por omissão – seis (35,5%). Uma (53,0%) interação medicamentosa foi grave e 10 (52,6%) eram notificáveis.

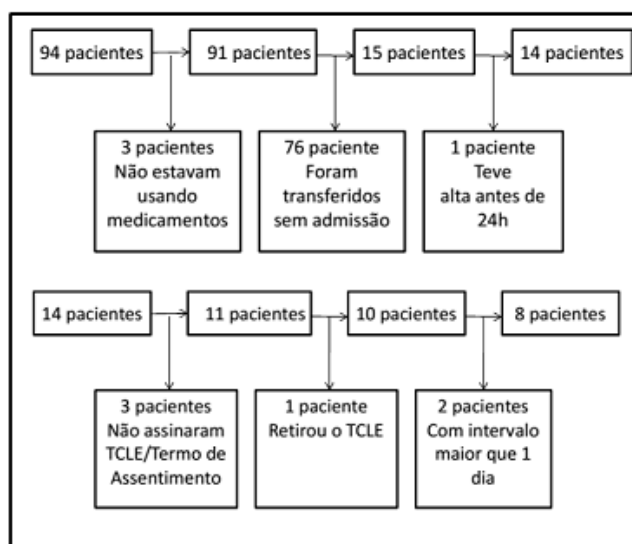
Ao todo foram realizadas 33 intervenções junto aos médicos em função de discrepância e interações medicamentosas identificadas. Esses médicos modificaram as prescrições 12 vezes devido a discrepâncias e aceitaram a intervenção de interações medicamentosas em 10 situações.

Durante o período de estudo 94 pacientes foram admitidos no hospital. Destes 94 pacientes admitidos, 80 pacientes não preencheram os critérios de inclusão do estudo, pois, três pacientes não estavam usando medicamentos antes da internação, 76 pacientes foram transferidos sem passar pelo momento da admissão hospitalar do estudo e um paciente recebeu alta hospitalar antes de 24 horas (Figura 18).

Dos 14 pacientes restantes, quatro os responsáveis não consentiram ou retiraram o consentimento de participação no estudo. Não foi possível realizar a conciliação medicamentosa de dois pacientes, pois ocorreu um intervalo maior que um dia entre a transferência interna e a disponibilidade da pesquisadora farmacêutica para a pesquisa. Foram considerados perdidos no momento da transferência interna seis pacientes (Figura 18).

Os oito pacientes restantes tinham sido admitidos no estudo durante o momento da admissão hospitalar, e mantiveram o consentimento/assentimento.

**Figura 18. Fluxograma de pacientes no momento da transferência interna do estudo.**



### 6.2.1. Características dos participantes no momento da transferência interna

Com relação ao sexo dos participantes no momento da transferência interna, todos os oito participantes foram do sexo masculino. Os participantes tinham uma média de idade de 7,3 anos, com uma variação de idade entre zero e 14 anos. (Tabela 14).

Dos oito participantes, nenhum sofria de Osteogênese Imperfeita ou Fibrose Cística, apresentando Outros Diagnósticos. Os diagnósticos mais frequentes foram Hidroanencefalia, Mucopolissacaridose II e Síndrome de Arnold Chiari II com dois (25,0%) cada um (Tabela 14).

Em relação à comorbidade destes oito participantes, cinco (62,5%) apresentaram comorbidades, das quais as mais frequentes foram Epilepsia e Siringomegalia dois (25,0%) participantes (Tabela 14)

Os motivos de admissão mais frequentes dos oito participantes foram dois (25,0%) admitidos para passar por procedimento cirúrgico, dois (25,0%) para esclarecimento de febre e dois (25,0%) com pneumonia (Tabela 14).

Quanto à enfermaria para a qual os oito participantes foram transferidos, dois (25,0%) foram transferidos para unidade de pacientes graves (UPG), dois (25,0%) para enfermaria de doenças infecciosas pediátricas (DIP), dois (25,0%) para enfermaria de cirurgia pediátrica, um (12,5%) para unidade intermediária (UI) e um (12,5%) para enfermaria pediatria (Tabela 14).

Com referência ao dia e ao turno da transferência dos oito participantes, seis (75,0%) foram transferidos internamente entre de segunda a sexta-feira e dois (25,0%) nos finais de semana. Os turnos de admissão diurno e noturno apresentaram o mesmo número de transferências internas (Tabela 14).

Todas as transferências internas foram feitas por médicos (Tabela 14). Das quais, três (37,5%) transferências internas foram realizadas por especialista em medicina intensiva pediátrica (Tabela 14).

Sobre à experiência profissional, seis (75,0%) dos responsáveis pela transferência interna dos participantes foram residentes médicos. A maior frequência de transferência foi realizada por médicos do quarto ano e do primeiro ano residência dois (25%) (Tabela 14).

Os responsáveis pela transferência interna verificaram uma média de 6,63 (desvio padrão, DP = 3,58) medicamentos, variando entre dois e 11, e a pesquisadora farmacêutica uma média de 8,63 (DP = 3,62) medicamentos, variando entre quatro e 13 (Tabela 14).

A frequência de medicamentos em uso pelos participantes variou bastante, com um máximo de 13 medicamentos em uso por dois (25,0%) dos participantes e um mínimo de quatro medicamentos por um (12,5%) participante (Tabela 14).

Para realizar o processo de conciliação medicamentosa, a pesquisadora farmacêutica levou em média 43 minutos com uma variação de tempo entre 25 minutos e uma hora. A maior parte das conciliações medicamentosas durou uma hora (Tabela 14).

**Tabela 14. Características dos participantes no momento da transferência interna**

Características dos participantes	N	%
<b>Demográficas</b>		
Sexo		
Masculino	8	100,0
Idade em anos, média (variando)	7,3 (0-14)	
<b>Clínicas</b>		
Diagnóstico de base		
Osteogênese Imperfeita	0	0
Fibrose Cística	0	0
Outros	8	100
Comorbidade		
Sim	5	62,5
Não	3	37,5
Motivo de admissão		
Cirurgia	2	25,0
Febre	2	25,0
Pneumonia	2	25,0
Outros	2	25,0
<b>Serviço</b>		
Enfermaria		
Pediatria	1	12,5
UPG	2	25,0
DIP	2	25,0
UI	1	12,5
Cirurgia Pediátrica	2	25,0
Dia de admissão		
Dia de semana	6	75,0
Fim de semana	2	25,0
Turno de admissão		
Dia	4	50,0
Noite	4	50,0
Categoria do responsável pela transferência interna		
Médico	8	100,0
Especialidade do responsável pela transferência interna		
Clínica médica pediátrica	2	25,0
Infectologia pediátrica	1	12,5
Medicina Intensiva	3	37,5
Cirurgia pediátrica	1	12,5
Neurocirurgia pediátrica	1	12,5
Experiência do responsável pela transferência interna		
Staff	2	25,0
Residente	6	75,0
Ano de residência do responsável pela transferência interna		
1	2	33,3
2	1	16,7
4	2	33,3
7	1	16,7
<b>Medicamentos</b>		
Medicamentos, média (desvio padrão) variando		
Responsável pela transferência interna	6,63 (3,58) 2-11	
Pesquisadora farmacêutica	8,63 (3,62) 4-13	
Número de medicamentos na Transferência interna		
4	1	12,5
6	3	37,5
9	1	12,5
12	1	12,5
13	2	25,0
Tempo na conciliação medicamentosa , média (variando) moda	0:43 (0:25-1:00) 1:00	

DIP = enfermaria de doenças infecciosas pediátricas, UI = unidade intensiva, UPG = unidade de pacientes graves.

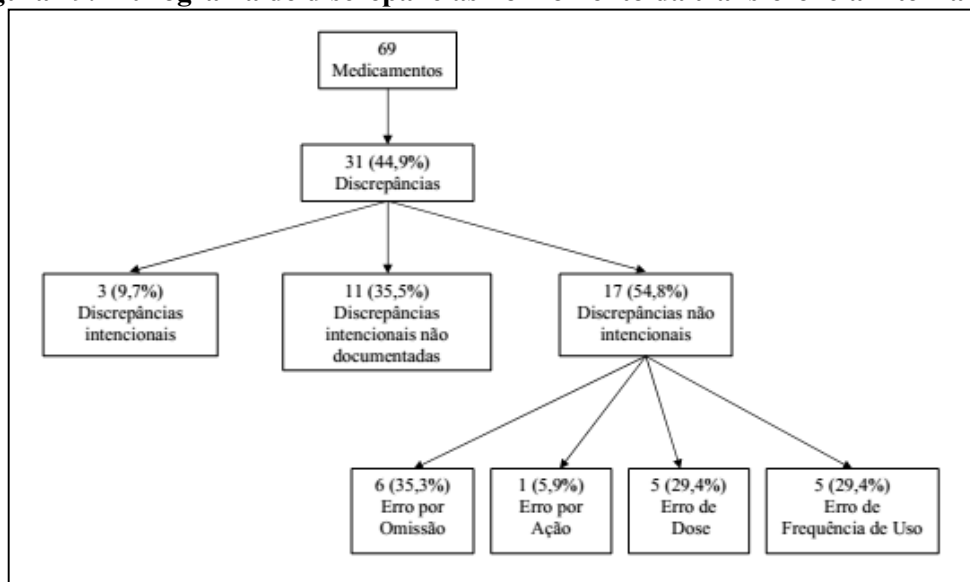
### 6.2.2. Medir e classificar as taxas de discrepâncias identificadas no momento da transferência interna

Foram identificadas 31 (44,9%) discrepâncias entre a MHPM e a prescrição médica anterior e posterior a transferência interna, para os 69 medicamentos no momento da transferência interna do estudo (Figura 19).

Das 31 discrepâncias identificadas no momento da transferência interna, três (9,7%) foram classificadas como intencionais. 11 (35,5%) como intencionais não documentadas e 17 (54,8%) como não intencionais (Figura 19).

O maior número de discrepâncias não intencionais – seis (38,7%) – foi considerado erro por omissão e o menor número – uma (5,9%) – foi erro por ação (Figura 19).

**Figura 19. Fluxograma de discrepâncias no momento da transferência interna**



Para sete (87,5%) dos oito participantes foram identificadas ao menos uma discrepância, com uma média de 3,38 (desvio padrão, DP= 3,51), variando de entre zero e oito discrepâncias (Tabela 15).

Com relação ao número de discrepâncias por participantes, três (37,5%) dos participantes apresentaram ao menos uma discrepância intencional e ao menos uma discrepância intencional não documentada e seis (75,0%) ao menos uma discrepância não intencional (Tabela 15).

Quanto à frequência de discrepâncias, dois (25,0%) dos participantes apresentaram quatro discrepâncias enquanto que um (12,5%) dos participantes apresentou apenas uma. Vale ressaltar que, somente um (12,5%) dos participantes não apresentou discrepâncias (Tabela 15).

Do total de 31 discrepâncias identificadas no momento da transferência interna, 13 (41,9%) estavam relacionadas a medicamentos em uso pelos pacientes antes da internação e 18 (58,1%) em uso após a internação (Tabela 15).

Foram classificadas como não intencionais sete (53,8%) das 13 discrepâncias de medicamentos anteriores à internação e dez (55,6%) das 18 discrepâncias de medicamentos posteriores à internação.

Os medicamentos anteriores à internação que mais apresentaram discrepâncias no momento da transferência interna foram o Simeicona com três (23,1%), e Clonazepam com dois (15,4) (Tabela 15).

A Ranitidina foi o medicamento posterior a internação que mais apresentou discrepâncias com quatro (22,2%), que foi seguido de Paracetamol com três (16,7%) (Tabela 15).

No tocante à intervenção de discrepâncias junto aos médicos, foram feitas 23 (74,2%) notificações de discrepâncias com 12 (38,7%) modificações nas prescrições médicas (Tabela 15).

**Tabela 15. Características das discrepâncias no momento da transferência interna**

Características das discrepâncias	N	%
Discrepâncias, média (desvio padrão) variando	3,38 (3,51) 0-8	
Discrepâncias por participantes		
Discrepância	7	87,5
Discrepância intencional	3	37,5
Discrepância intencional não documentada	3	37,5
Discrepância não intencional	6	75,0
Frequência de discrepâncias por participante		
0	1	12,5
1	1	12,5
2	1	12,5
3	1	12,5
4	2	25,0
5	1	12,5
8	1	12,5
Tipo de medicação em uso pelo participante		
Medicamento anterior a internação	13	41,9
Medicamento posterior a internação	18	58,1
Medicamentos anteriores a internação que mais tiveram discrepâncias		
Simeicona	3	23,1
Clonazepam	2	15,4
Medicamentos posteriores a internação que mais tiveram discrepâncias		
Ranitidina	4	22,2
Paracetamol	3	16,7
Budesonida	2	11,1
Ibuprofeno	2	11,1
Salbutamol	2	11,1

Intervenção junto ao médico assistente		
Discrepância notificada	23	74,2
Discrepância não notificada	8	25,8
Resultado da intervenção		
Prescrição modificada	12	38,7
Prescrição não modificada	19	61,3

Não foi feita nenhuma notificação para os médicos das discrepâncias intencionais identificadas no momento da transferência interna (Tabela 16).

Das 11 discrepâncias intencionais não documentadas identificadas, 10 foram notificadas aos médicos e uma não foi notificada. Apenas uma delas foi modificada (Tabela 16). Uma discrepância não foi notificada, porque a mãe relatou que estava desmamando de corticóide.

Das 17 discrepâncias não intencionais, 13 foram notificadas aos médicos e destas oito foram modificadas e cinco foram mantidas (Tabela 16). As quatro discrepâncias não intencionais que não foram notificadas pelos seguintes motivos, para as três primeiras não houve notificação, porque a omissão do medicamento foi corrigida na segunda prescrição. E a última não foi notificada porque o medicamento estava prescrito como SOS.

**Tabela 16. Modificações na prescrição médica segundo a classificação e a notificação de discrepância no momento da transferência interna**

Classificação das discrepâncias/ Resultado da intervenção		Prescrição modificada	Prescrição não modificada	Total
	Notificada	0	0	0
Discrepância intencional	Não notificada	0	3	3
	Total	0	3	3
	Notificada	1	9	10
Discrepância intencional não documentada	Não notificada	0	1	1
	Total	1	10	11
	Notificada	8	5	13
Discrepância não intencional	Não notificada	3	1	4
	Total	11	6	17
	Notificada	9	14	23
Total	Não notificada	3	5	8
	Total	12	19	31

No Quadro 8 estão descritas 13 das discrepâncias não intencionais identificadas, com os medicamentos, a idade, os diagnósticos de base e admissão dos participantes.

Dentre as discrepâncias não intencionais identificadas que estão descritas no Quadro 8, podem-se destacar várias situações de omissão, tais como, uma situação de



omissão de Valproato e Budesonida para um participante de um três anos de idade com Megacólon, Hidroanencefalia e Epilepsia que internou por Pneumonia, que foi prescrito na segunda prescrição. Uma segunda situação foi a omissão de Risperidona e Clonazepam para um participante de dois anos de idade com Síndrome de Arnold Chiari I e Seringomegalia que internou para cirurgia, para os quais, o primeiro medicamento foi prescrito na sem precisar de notificação e o segundo que foi prescrito após a notificação. Por último, a omissão de Mometasona para um participante de 14 anos de idade com Bronquiectasias e Hérnia que internou para cirurgia, que foi prescrito após notificação.

Um participante de três anos de idade com Hidroanencefalia e Epilepsia, que internou por Pneumonia, apresentou uma discrepância de dose de Clonazepam, que foi corrigida após a notificação ao médico (Quadro 8).

Um participante de oito anos de idade com Mucopolissacaridose II, que internou para esclarecimento de febre, apresentou uma discrepância de dose de Budesonida, o médico optou por não alterar a prescrição (Quadro 8).

Um participante de três anos de idade Hidroanencefalia e Epilepsia que internou por Pneumonia apresentou duas discrepâncias não intencionais de frequência de uso de Salbutamol e Paracetamol. O médico não modificou a prescrição do Salbutamol e corrigiu a prescrição do Paracetamol após a notificação (Quadro 8).

Um participante de menos de dois anos de idade com Síndrome de Arnold Chiari II e Seringomelia, que internou para realizar cirurgia, apresentou quatro discrepâncias não intencionais em duas transferências internas diferentes, todas com o medicamento Ranitidina, das quais duas foram diferenças de frequência de uso e duas diferença de dose de Ranitidina, que foram corrigidas após a notificação (Quadro 8).

Um participante de três anos de idade Hidroanencefalia e Epilepsia que internou por Pneumonia apresentou três situações de discrepâncias, entre as quais se pode citar, as duas primeiras situações foram discrepâncias de dose e uma de frequência de uso de Simeticona, que o médico optou por não modificar. A última situação foi uma discrepância por ação, na qual ele prescreveu o medicamento Ibuprofeno que não estava em uso pelo paciente, este foi suspenso após a notificação (Quadro 8).

**Quadro 8. Descrição das discrepâncias notificadas no momento da transferência interna**

Part*	Idade	Diagnóstico de base	Motivo de admissão	Medicamento	Resultado
1	3	Hidroanencefalia e	Pneumonia	Clonazepam	Diferença de dose – corrigida após notificação

		Epilepsia		Valproato	Omissão - prescrito na 2ª prescrição
				Budesonida	Omissão - prescrito na 2ª prescrição
				Salbutamol	Diferença de frequência – médico não modificou
				Paracetamol	Diferença de frequência – corrigida após a notificação
3	8	Mucopolissacaridose II	Febre a esclarecer	Budesonida	Diferença de dose – médico não modificou
4	3	Hidroanencefalia e Epilepsia	Pneumonia	Simeticona	Diferença de dose e frequência - médico não modificou
				Ibuprofeno	Ação - corrigida após a notificação
6	2	Síndrome Arnold Chiari I e Seringomegalia	Cirurgia	Risperidona	Omissão - prescrito na 2ª prescrição
				Clonazepam	Omissão - corrigida após a notificação
				Ranitidina	Diferença de dose e frequência - - corrigida após a notificação
7	2	Síndrome Arnold Chiari I e Seringomegalia	Cirurgia	Ranitidina	Diferença de dose e frequência - corrigida após a notificação
8	14	Bronquiectasias e Hérnia	Cirurgia	Mometasona	Omissão - corrigida após a notificação

Part\* = Participante.

### 6.2.3. Medir e classificar as taxas de interações medicamentosas identificadas no momento da transferência interna

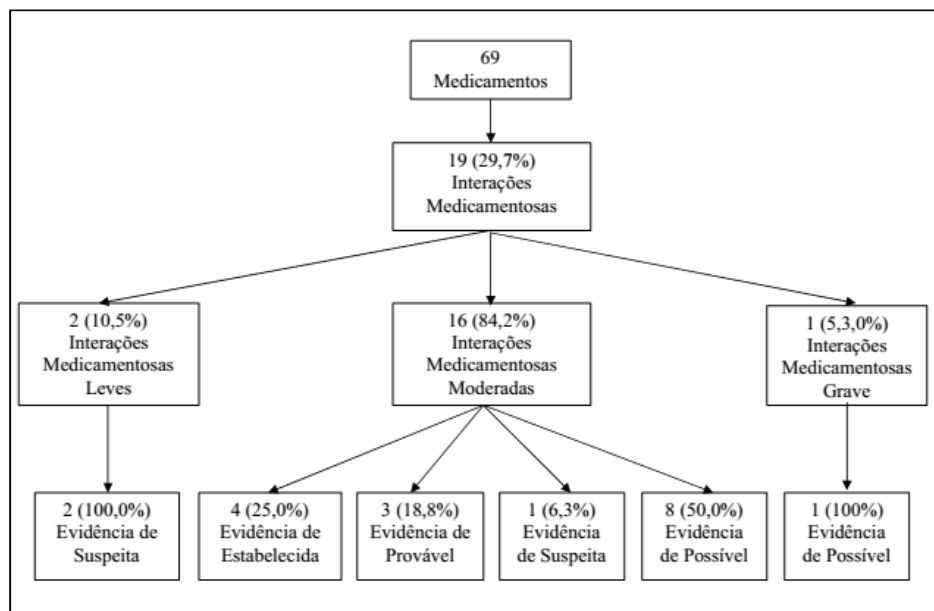
Foram identificadas 19 (29,7%) interações entre medicamentosas da MHPM e as prescrições anterior e posterior a transferência interna, para os 69 medicamentos em uso pelos participantes (Figura 20) na transferência interna.

No que concerne à distribuição das interações medicamentosas, duas (10,5%) interações medicamentosas foram classificadas como grave, 16 (84,2%) como moderadas e uma (5,3%) como leve (Figura 20).

Para a interação medicamentosa grave identificada a evidência clínica foi considerada possível e para leves foi suspeita (Figura 20).

Das 16 interações medicamentosas moderadas, quatro (25,0%) apresentaram evidência clínica de serem estabelecidas, três (18,8%) de prováveis, uma (6,3%) de suspeita e oito (50,0 %) de possíveis (Figura 20).

### Figura 20. Fluxograma de interações medicamentosas no momento da transferência interna



Para quatro (50,0%) dos oito participantes foram identificadas interações medicamentosas, com uma média de 1,88 (desvio padrão, DP = 2,23), variando entre zero e cinco interações medicamentosas (Tabela 17).

Em relação ao número de interações medicamentosas por participantes, um (12,5%) apresentou ao menos uma grave, quatro (50,0%) ao menos uma moderada e dois (25,0%) ao menos uma leve (Tabela 17).

Quanto à evidência clínica das interações medicamentosas, quatro (21,1%) foram do tipo estabelecida, três (15,8%) de provável, três (15,8%) suspeita, oito (42,1%) possível e uma (5,3%) improvável (Tabela 17).

Com referência à frequência de interações medicamentosas, dois dos participantes (25,%) apresentaram cinco interações medicamentosas e um (12,5%) apresentou duas ou três interações medicamentosas. Vale ressaltar que, quatro (50,0%) participantes não apresentaram interações medicamentosas (Tabela 17).

As interações medicamentosas mais frequentes ocorreram entre os seguintes medicamentos: Clonazepam x Fenobarbital, Clonazepam x Omeprazol, Fenitoina x Valproato, Fenobarbital x Paracetamol, Fenobarbital x Prednisolona, Levofloxacino x Prednisolona e Risperidona x Valproato com duas (2,7%) frequências cada (Tabela 17).

Quanto à intervenção junto aos médicos sobre as interações medicamentosas, foram feitas 10 (52,6%) notificações e todas foram aceitas pelos médicos (Tabela 17).

**Tabela 17. Características das interações medicamentosas no momento da transferência interna**

Características das interações medicamentosas	N	%
Interações medicamentosas, média (desvio padrão) variando	1,88 (2,23) 0-5	
Interações medicamentosas por participantes		
Interação medicamentosa	4	50,0
Interação medicamentosa grave	1	12,5
Interação medicamentosa moderada	4	50,0
Interação medicamentosa leve	2	25,0
Classificação das interações medicamentosas		
Interação medicamentosa grave	2	10,5
Interação medicamentosa moderada	16	84,2
Interação medicamentosa leve	1	5,3
Significância das interações medicamentosas		
Significância estabelecida	4	21,1
Significância provável	3	15,8
Significância suspeita	3	15,8
Significância possível	8	42,1
Significância improvável	1	5,3
Frequência de interações medicamentosas por participante		
0	4	50,0
2	1	12,5
3	1	12,5
5	2	25,0
Interações medicamentosas mais frequentes		
Clonazepam x Fenobarbital	2	2,7
Clonazepam x Omeprazol	2	2,7
Fenitoína x Valproato	2	2,7
Fenobarbital x Paracetamol	2	2,7
Fenobarbital x Prednisolona	2	2,7
Levofloxacino x Prednisolona	2	2,7
Risperidona x Valproato	2	2,7
Intervenção junto ao médico assistente		
Interações medicamentosas notificadas	10	52,6
Interações medicamentosas não notificadas	9	47,4
Resultado da intervenção		
Intervenções aceitas	10	52,6
Intervenções não aceitas	9	47,4

A interação medicamentosa grave identificada não foi notificada ao médico, pois sua evidência clínica foi considerada possível. As duas interações medicamentosas leves foram notificadas e foram aceitas pelos médicos (Tabela 18).

Das 16 (84,2%) interações medicamentosas moderadas oito (50,%) foram notificáveis e oito (50,0%) não notificáveis. Foram feitas oito notificações (Tabela 18), entretanto, duas interações que deveriam ter sido notificadas não foram notificadas e duas que não deveriam ter sido notificadas foram notificadas.

As duas interações medicamentosas moderadas que deveriam ter sido notificadas não foram, pois, a mãe do participante relatou “desmame” de Corticóide.

**Tabela 18. Modificações na prescrição médica segundo a classificação e a notificação de interações medicamentosas no momento da transferência interna**

Classificação das interações medicamentosas / Resultado da intervenção	Prescrição modificada	Prescrição não modificada	Total
Notificada	0	0	0
Interações medicamentosas graves / Não notificada	0	1	1
Total	0	1	1

Interações medicamentosas moderadas	Notificada	8	0	8
	Não notificada	0	8	8
	Total	8	8	16
Interações medicamentosas leves	Notificada	2	0	2
	Não notificada	0	0	0
	Total	2	0	2
Total	Notificada	10	0	10
	Não notificada	0	9	9
	Total	10	9	19

No Quadro 9 estão descritas as nove interações medicamentosas notificadas, com os medicamentos, a idade, os diagnósticos de base e os motivos de admissão dos participantes. O maior número de interações medicamentosas descritas foram as classificadas como moderadas – sete.

Um participante de três anos de idade com Hidroanencefalia e Epilepsia que internou por pneumonia apresentou quatro interações medicamentosas moderadas em duas transferências internas, que foram notificadas e aceitas, duas primeiras notificações foram da interação medicamentosa entre Fenobarbital e Valproato, consideradas estabelecidas e cujo efeito é o aumento da concentração sérica do fenobarbital. As duas últimas notificações, consideradas suspeitas, entre Clonazepam e Omeprazol, que apresenta o efeito de aumentar concentração sérica de Clonazepam (Quadro 9).

Um participante de oito anos de idade com Mucopolissacaridose II, que internou para esclarecimento de febre, apresentou uma interação medicamentosa moderada em duas transferências internas, entre, Fenitoína e Valproato, que aumenta a concentração sérica da Fenitoína e diminui do Valproato. Ele também teve uma interação medicamentosa moderada, entre, Fenitoína e Paracetamol e foi notificado que deveria trocar para Ibuprofeno, pois pode causar Hepatite. Por fim, foi identificada uma interação medicamentosa estabelecida, para este participante, entre Fenitoína e Risperidona, que diminui concentração sérica da Risperidona. Todas as intervenções foram aceitas (Quadro 9).

Outra interação medicamentosa moderada, que foi notificada duas vezes, ocorreu entre o Fenobarbital e o Paracetamol. O efeito desta é hepatite medicamentosa e foi notificado apesar da baixa evidência clínica. Este participante com dois anos de idade tinha três anos de idade com Hidroanencefalia e Epilepsia e internou por Pneumonia. Esta intervenção foi aceita pelos médicos (Quadro 9).

### Quadro 9. Descrição das interações medicamentosas notificadas no momento da transferência interna

Part*	Idade	Diagnóstico de base	Motivo de admissão	Interação medicamentosa	Resultado
1	3	Hidroanencefalia e Epilepsia	Pneumonia	Clonazepam x Omeprazol	Leve e suspeita – notificado que deveria monitorar RAM de Clonazepam, pois aumenta concentração sérica - intervenção aceita
				Fenobarbital x Valproato	Moderada e estabelecida – notificado que deveria monitorar a concentração sérica de fenobarbital, pois aumenta a concentração sérica do fenobarbital – intervenção aceita
				Fenobarbital x Paracetamol	Moderada e possível – notificado que deveria trocar AINE, pois pode causar hepatite – intervenção aceita
2	3	Mucopolissacaridose II	Febre a esclarecer	Fenitoína x Valproato	Moderada e provável – notificado que deveria monitorar a concentração sérica de ambos, pois aumenta a concentração sérica da Fenitoína e diminui do Valproato – intervenção aceita
				Fenitoína x Paracetamol	Moderada e possível – notificado que deveria trocar AINE, pois pode causar hepatite – intervenção aceita
3	8	Mucopolissacaridose II	Febre a esclarecer	Fenitoína x Valproato	Moderada e provável – notificado que deveria monitorar a concentração sérica de ambos, pois aumenta a concentração sérica da Fenitoína e diminui do Valproato – intervenção aceita
				Fenitoína x Risperidona	Moderada e estabelecida – notificado monitorar efeito do medicamento, pois diminui concentração sérica da Risperidona – intervenção aceita
4	3	Hidroanencefalia e Epilepsia	Pneumonia	Clonazepam x Omeprazol	Leve e suspeita – notificado que deveria monitorar RAM de Clonazepam, pois aumenta concentração sérica – intervenção aceita
				Fenobarbital x Valproato	Moderada e estabelecida – notificado que deveria monitorar a concentração sérica de fenobarbital, pois aumenta a concentração sérica do fenobarbital – intervenção aceita

Part\* = Participante.

### 6.3. Perdas de pacientes

Durante o estudo piloto foi identificado que não seria possível realizar o processo de conciliação medicamentosa de todos os participantes.

Foi decidido registrar as perdas e suas características. Foram considerados pacientes perdidos os seguintes pacientes: pacientes não consentiram ou retiraram o consentimento, pacientes cujos responsáveis não estavam presentes para consentir a participação; e pacientes cujo intervalo foi maior que um dia entre admissão/transferência interna e a disponibilidade da pesquisadora farmacêutica para realizar a pesquisa.

Na tabela 19 estão descritas as características dos 41 participantes do estudo e dos 71 pacientes perdidos no momento da admissão hospitalar.

Quanto ao diagnóstico de base dos pacientes perdidos, 17 (23,9%) dos pacientes tinha como diagnóstico a Osteogênese Imperfeita, quatro (5,6%) Fibrose Cística e 50 (70,4%) Outros Diagnósticos (Tabela 19)

Em relação à comorbidade, somente nove (12,2%) dos 71 pacientes perdidos apresentavam comorbidades (Tabela 19).

Sobre o motivo de admissão dos pacientes perdidos, 20 (28,2%) dos pacientes internaram para cirurgia, 16 (22,5%) para infusão de Pamidronato e 28 (39,5%) por outros motivos de internação (Tabela 19).

Com referência ao local de admissão, foram perdidos na enfermaria de pediatria 29 participantes (40,8%), na cirurgia pediátrica 20 (28,25%), na unidade de pacientes graves (UPG) 11 (15,8%), na enfermaria de doenças infecciosas pediátricas (DIP) 10 (14,1%) e na unidade intensiva (UI) um (1,4%) (Tabela 19).

A prescrição dos 71 pacientes perdidos tinha 290 medicamentos, com uma média de medicamentos de 4,08 variando entre zero e 16 (Tabela 19).

**Tabela 19. Características dos participantes e dos pacientes perdidos no momento da admissão hospitalar**

Características/ Variáveis	Participantes (N = 41)	Perdas (N = 71)
	N (%)	N (%)
<b>Clínicas</b>		
Diagnóstico de base		
Osteogênese Imperfeita	7 (17,1)	17 (23,9)
Fibrose Cística	3 (7,3)	4 (5,6)
Outros	31 (75,6)	50 (70,4)
Comorbidade		
Sim	12 (23,3)	9 (12,2)
Não	29 (70,7)	62 (87,3)
Motivo de admissão		
Cirurgia	14 (34,1)	20 (28,2)
Infusão de Pamidronato	7 (17,1)	16 (22,5)
Pneumonia	3 (7,3)	6 (8,5)
Febre a esclarecer	2 (4,9)	1 (1,4)
Outros	15 (36,6)	28 (39,5)
<b>Serviço</b>		
Enfermaria		
Pediatria	14 (34,1)	29 (40,8)
UPG	0	11 (15,5)
DIP	9 (22)	10 (14,1)
UI	1 (2,4)	1 (1,4)
Cirurgia Pediátrica	17 (41,5)	20 (28,2)
<b>Medicamentos</b>		
Medicamentos, n (média) variando	210 (5,20) 1-13	290 (4,08) 0-16
Número de medicamentos em uso		
0		2 (2,8)
1	1 (2,4)	5 (7,0)
2	7 (17,1)	11 (15,5)
3	8 (19,5)	25 (35,2)
4	1 (2,4)	7 (9,9)
5	6 (14,6)	4 (5,6)
6	6 (14,6)	5 (7,0)
7	5 (12,2)	6 (8,5)
8-10	5 (12,2)	3 (4,4)
>10	2 (4,8)	1 (1,4)

DIP = enfermaria de doenças infecciosas pediátricas, UI = unidade intensiva, UPG = unidade de pacientes graves.

Na tabela 20 estão descritas as características dos oito participantes do estudo e dos seis pacientes perdidos no momento da transferência interna.

Em relação ao diagnóstico de base, para nenhum dos pacientes perdidos o diagnóstico de base foi Osteogênese Imperfeita, para dois (33,3%) foi de Fibrose Cística e quatro (66,78%) de Outros Diagnósticos (Tabela 20).

No tocante à comorbidade e dos pacientes perdidos, apenas um (16,7%) paciente apresentou comorbidade (Tabela 20).

Os motivos de admissão mais frequente foi a Agudização da doença de base, com dois (33,37%) pacientes sendo admitidos por este motivo (Tabela 20).

O único local de internação, que recebeu mais de um paciente transferido internamente foi a unidade de pacientes graves (UPG), com dois (33,3%) pacientes. Não foram transferidos pacientes para enfermaria pediátrica (Tabela 20).

A prescrição dos seis pacientes perdidos tinha 43 medicamentos, com uma média de medicamentos de 7,17 variando entre zero e 17 (Tabela 20).

**Tabela 20. Características dos participantes e dos pacientes perdidos no momento da transferência interna**

Características	Participantes (N = 8)	Perdas (N = 6)
	N (%)	N (%)
<b>Clínicas</b>		
Diagnóstico de base		
Osteogênese Imperfeita	0	0
Fibrose Cística	0	2 (33,3)
Outros	8 (100)	4 (66,7)
Comorbidade		
Sim	5 (62,5)	1 (16,7)
Não	3 (37,5)	5 (83,3)
Motivo de admissão		
Cirurgia	2 (25,0)	1 (16,7)
Febre	2 (25,0)	1 (16,7)
Pneumonia	2 (25,0)	1 (16,7)
Agudização		2 (33,3)
Outros	2 (25,0)	1 (16,7)
<b>Serviço</b>		
Enfermaria		
Pediatria	1 (12,5)	
UPG	2 (25,0)	2 (33,3)
DIP	2 (25,0)	1 (16,7)
UI	1 (12,5)	1 (16,7)
Cirurgia Pediátrica	2 (25,0)	1 (16,7)
<b>Medicamentos</b>		
Medicamentos, n (média) desvio padrão (variando)	69 (8,63) 4-13	43 (7,17) 0-17
Número de Medicamentos em uso		
0		1 (16,7)
4	1 (12,5)	1 (16,7)
6	3 (37,5)	
7		2 (33,3)
8		1 (16,7)
9	1 (12,5)	
12	1 (12,5)	
13	2 (25,0)	



---

17

1 (16,7)

---

DIP = enfermaria de doenças infecciosas pediátricas, UI = unidade intensiva, UPG = unidade de pacientes graves.

## 7. Discussão

O processo de conciliação medicamentosa tem demonstrado ser uma poderosa estratégia para reduzir os erros de medicação. Porém, continua sendo um desafio implantá-lo em muitos hospitais <sup>15</sup>.

Antes da implantação de um processo de conciliação medicamentosa deve-se medir as taxas de discrepâncias e discrepâncias não intencionais, que serão utilizadas para monitorar a melhoria do cuidado <sup>13</sup>.

Neste estudo foi identificada de forma prospectiva, numa amostra de conveniência, uma proporção de participantes com discrepâncias na admissão hospitalar de 92,7% enquanto em outros estudos, que utilizaram o mesmo método – MHPM coletada por um farmacêutico – a proporção foi menor, variando entre 75,0% e 86,0% dos participantes com discrepâncias <sup>30,38,39</sup>. Estas diferenças observadas nos estudos podem ser explicadas, pelo fato deste estudo ter incluído medicamentos isentos de prescrição e a complexidade dos pacientes, que podem ter contribuído para um maior número de discrepâncias identificadas.

Na transferência interna foram identificadas 31 discrepâncias para oito participantes, enquanto que um estudo internacional que utilizou o mesmo método identificou 250 discrepâncias para 129 participantes <sup>40</sup>. Esta diferença encontrada pode estar relacionada ao fato de que, no referido estudo, os participantes estavam usando uma menor média de medicamentos, que os participantes deste estudo.

A proporção de participantes com discrepâncias não intencionais identificados na admissão hospitalar e na transferência interna foram de 48,8% e 75,0% respectivamente. Isto foi consistente com estudos selecionados que utilizaram o mesmo método na admissão hospitalar nos quais a proporção variou entre 35,9% e 62,5% <sup>26,39,41</sup>. Porém foi maior que um estudo internacional que utilizou o mesmo método, no qual 62,0% dos participantes apresentaram ao menos uma discrepância não intencional na transferência interna <sup>40</sup>. Esta diferença encontrada também pode estar relacionada ao fato de que no estudo os participantes estavam usando uma menor média de medicamentos no referido estudo.

Entre as discrepâncias identificadas no momento da admissão hospitalar do estudo 32,8% foram discrepâncias intencionais, 35,5% intencionais não documentadas e 28,5% não intencionais. Um estudo internacional que utilizou o mesmo método encontrou discrepâncias diferentes em 85,6% de discrepâncias intencionais, 6,1% de intencionais não documentadas e 8,3% de não intencionais <sup>42</sup>.

O maior número de discrepâncias intencionais não documentadas do que discrepâncias intencionais pode estar relacionado ao fato de que os registros em prontuários no país são incompletos <sup>6</sup>.

O percentual de discrepâncias não intencionais identificadas deste estudo foi bem diferente do encontrado por Knez <sup>42</sup>. Mas este resultado foi consistente com outros estudos que utilizaram o mesmo método, nos quais a distribuição deste tipo de discrepâncias variou entre 21,4% e 59,0% <sup>22,26,27</sup>.

A maior parte de discrepâncias não intencionais no momento da admissão hospitalar do estudo foi de omissão 64,1%, seguida de diferença de dose 23,1%. Resultados semelhantes foram identificados em estudos internacionais que utilizaram o mesmo método com percentuais de omissão de 62,0% e 63,0% e de diferença de dose de 25,0% e 25,4% <sup>22,42</sup>.

Na transferência interna a maior parte das discrepâncias também foi de omissão 35,3% seguida de diferença de dose 29,4%. Um estudo internacional que utilizou o mesmo método também apresentou um maior percentual de discrepâncias de omissão (55,6%) seguida de diferenças de dose (8,4%), que não foi consistente com este estudo <sup>40</sup>. Esta diferença pode estar relacionada com o fato de que, no referido estudo, exista sistema informatizado, que pode ter sido determinante para diminuir os erros de dose.

### **7.1. Instrumentos de conciliação medicamentosa para a realidade brasileira**

Dada a pouca quantidade de pesquisas realizadas no país sobre a conciliação medicamentosa, decidiu-se desenvolver, traduzir, adaptar e avaliar a adaptação para o contexto brasileiro os instrumentos para realizar a pesquisa. A adaptação para o contexto brasileiro e sua avaliação foi realizada em duas etapas, a saber, a primeira foi o painel de especialistas e a segunda o estudo piloto.

Com o painel de especialistas buscou-se melhorar a linguagem dos textos e refinar os itens presentes nos instrumentos com o intuito de evitar ambiguidades. Além disso, os participantes permitiram tornar os documentos compatíveis com a cultura hospitalar brasileira.

Com o estudo piloto buscou-se avaliar a adaptação dos instrumentos a serem utilizados na pesquisa. Além disso, foi avaliado o processo de conciliação medicamentosa proposto na metodologia. Dois de quatro estudos brasileiros de conciliação medicamentosa também utilizaram um estudo piloto para avaliar os instrumentos de coleta e o processo proposto <sup>39,41,43,44</sup>.

Segundo o *Institute of Healthcare Improvement* (IHI) <sup>15</sup>, entre as lições bem sucedidas da implantação da conciliação medicamentosa, pode-se destacar que é importante desenvolver um processo de conciliação medicamentosa que seja de fácil conclusão. O IHI considera o processo de conciliação medicamentosa mais que o preenchimento dos formulários. Para ele este processo é na verdade em sua essência o exercício pensamento crítico.

Esta etapa anterior desenvolvida pelo pesquisador farmacêutico permitiu melhorar o processo proposto para conciliação medicamentosa. Ademais, foi possível ter em mãos instrumentos que permitiram o exercício do pensamento crítico.

## **7.2. O registro das histórias de medicação de pacientes**

A qualidade da informação de medicamentos é um ponto chave para garantir a segurança do paciente. A existência de um grande número de formulários em uma instituição pode causar erros de prescrição e administração devido a conflitos de informação sobre medicamentos <sup>45</sup>.

O pesquisador farmacêutico neste estudo avaliou como costuma ser realizado o registro da história primária de medicamentos (HPM) dos participantes na admissão hospitalar. Nesta avaliação identificou-se que existem diferentes formulários para admissão de pacientes no hospital. Destes formulários, alguns têm campos para registros de medicamentos. Os campos para registro dos medicamentos podem ou não ter locais para registros dos nomes e doses dos medicamentos em uso pelos pacientes.

Na maior parte dos formulários o responsável pelo participante era a única fonte de informação utilizada na coleta da HPM. Porém, em intervenções realizadas junto aos médicos foi relatado por eles o uso da receita do participante na coleta da HPM. Isto pode estar relacionado com o fato de que o campo para registro do responsável era o único existente nos formulários utilizados na HPM.

De um modo geral não existiam registros de data e de hora da admissão, de data e de hora da coleta da HPM e de problema relacionado a medicamento (PRM) nos formulários e nas evoluções em prontuário. Este dado é consistente com estudos que mediram evento adverso (EA) por meio de revisão de prontuário, que concluíram que os registros em prontuários no país são muito ruins <sup>4</sup>.

A coleta pelo pesquisador farmacêutico da melhor história possível de medicamentos (MHPM) no momento da admissão hospitalar, utilizando o formulário de conciliação medicamentosa da admissão (FCMA), o guia de entrevista e diferentes

fontes de informação, apresentou diferenças significativas em relação à coleta da HPM. Estas diferenças foram significativas, para quase todos os quesitos avaliados, na comparação com as diferentes categorias e experiências profissionais e na maior parte das especialidades.

Os formulários de conciliação medicamentosa, que foram utilizados por este estudo, poderiam ser dispostos no prontuário em local visível e acessível, e, desta forma, permitiriam a disponibilização de um relevante número de informações sobre os medicamentos em uso pelos pacientes a todos os envolvidos no cuidado destes.

### **7.3. A atuação do farmacêutico na conciliação medicamentosa**

Uma revisão sistemática demonstrou que a presença de farmacêuticos contribuiu para a diminuição de discrepância, mediante intervenções da conciliação medicamentosa <sup>36</sup>. Em outra revisão foi identificado que, entre outros métodos, a conciliação medicamentosa melhora os resultados para os pacientes adultos hospitalizados <sup>46</sup>.

Os farmacêuticos são profissionais que podem identificar inconsistências e erros histórias de medicação relatadas pelos pacientes e têm a experiência para aperfeiçoar a terapia medicamentosa de um paciente por meio de intervenção <sup>47</sup>.

A pesquisadora farmacêutica deste estudo identificou entre a MHPM e a prescrição médica de admissão 137 discrepâncias em 210 medicamentos, em 38 (92,7%) dos 41 participantes no momento da admissão hospitalar. Em outro estudo brasileiro identificou-se 181 discrepâncias em 347 medicamentos, em 50 (86%) dos 58 participantes <sup>39</sup>.

Foram realizadas várias intervenções no decorrer do estudo, dentre as quais pode-se citar uma intervenção que ocorreu numa transferência interna, quando foi identificada uma dose de Clonazepam cinco vezes acima do que estava prescrito anteriormente. Este medicamento pertence à classe dos benzodiazepínicos e está presente numa lista de referência de medicamentos potencialmente perigosos (MPP) para uso pediátrico <sup>48</sup>.

Os MPP são medicamentos os que apresentam um maior risco para causar danos significativos aos pacientes em casos de ocorrência de erros de medicação, podendo causar lesões permanentes e até morte <sup>49</sup>. A intervenção junto aos médicos permitiu que a dose fosse corrigida, impedindo assim que o erro de dose causasse danos ao paciente.

Num outro exemplo de intervenção foi notificada a interação medicamentosa entre Fenobarbital e o Paracetamol, que pode causar hepatite medicamentosa o Paracetamol foi substituído por Ibuprofeno. O livro *Drug Interaction Facts* apresenta diferentes relatos desta interação medicamentosa com consequências como injúrias hepáticas e necrose hepática.

Por outro lado esta interação medicamentosa apresenta baixa evidência clínica, sendo considerada possível<sup>37</sup>. Apesar da baixa evidência científica, a existência de uma alternativa terapêutica, o medicamento Ibuprofeno, no serviço possibilitou sua substituição.

A coleta da MHPM como parte do processo de conciliação medicamentosa na admissão hospitalar pode ser um bom momento para avaliar a necessidade de todos os medicamentos em uso pelos pacientes em casa<sup>50</sup>.

Nesse estudo houve falta de adesão à medicamentos que gerou discrepâncias intencionais na admissão hospitalar. A mãe relatou que seu filho não estava conseguindo aderir ao tratamento, com o uso de Salbutamol e Budesonida inalatórios, que são medicamentos das classes Beta 2 Agonistas e Costicosteríodes respectivamente. O paciente cuja mãe estava relatando baixa adesão aos medicamentos foi portador de Doença Pulmonar Crônica, para qual o tratamento medicamentoso inclui o uso destes medicamentos.

A intervenção junto ao médico assistente o levou, em conjunto com os especialistas em gastroenterologista e o pneumologista, a modificar a prescrição do paciente, reduzindo a duplicação de medicamentos. Essa intervenção gerou uma discussão multidisciplinar de como lidar com este problema em outros pacientes e motivou o serviço de farmácia a realizar o aconselhamento de alta do participante. Todas estas atuações possibilitaram melhorar a adesão do paciente (APÊNDICE H).

A minimização de interações medicamentosas e de duplicação de medicamentos é uma das características de um processo de conciliação medicamentosa bem desenhado<sup>15</sup>.

Nester e Hale<sup>47</sup> demonstraram que farmacêuticos identificaram mais informações incorretas sobre alergias medicamentosas registradas nos prontuários do que os enfermeiros.

A pesquisadora farmacêutica identificou alergias e reações adversas a medicamentos, que não estavam registradas em prontuários.

A conciliação medicamentosa, além da identificação das taxas de discrepâncias, permitiu na identificação e intervenção em PRM, tais como, erros de medicação, interações medicamentosas, problemas de adesão ao uso de medicamentos, reações adversas a medicamentos e alergias por meio da atuação do farmacêutico.

#### **7.4. A importância do trabalho em equipe na conciliação medicamentosa**

Por meio da conciliação medicamentosa as discrepâncias são informadas ao médico assistente e, caso necessário, são realizadas as mudanças nas prescrições devidamente documentadas <sup>23</sup>.

Em alguns estudos após a identificação das discrepâncias, os responsáveis pela obtenção da MHPM informam aos médicos e estes determinam se foi intencional ou se representava um erro <sup>22,51,52</sup>. Em outros estudos a correção na prescrição após a intervenção junto aos médicos era considerada erro de medicação <sup>17,26</sup>.

Em algumas situações a intervenção foi realizada por meio de adesivos colados nos prontuários, em que o médico poderia marcar se a discrepância era intencional ou não intencional e se iria corrigir ou não <sup>22,51</sup>. Em outras a intervenção com o médico foi realizada pessoalmente por meio de discussão das discrepâncias identificadas, podendo dar origem à lista final da MHPM <sup>52</sup>, ou permitindo ao médico que fizesse a correção no prontuário eletrônico <sup>17,26</sup>.

Neste estudo optou-se por fazer intervenções por meio de discussão com o médico para esclarecimento das discrepâncias para as quais não foi possível identificar a razão. O médico após a intervenção decidia se a discrepância foi intencional não documentada ou não intencional e se iria ou não realizar a correção em caso de erro de medicação.

Para um paciente portador de Megacólon, que foi internado com Diarréia e Febre, a pesquisadora farmacêutica identificou a omissão do medicamento Colestiramina. Este medicamento é um sequestrador de ácidos biliares no trato gastrointestinal para impedir a sua reabsorção, que são utilizados de forma *off-label*<sup>3</sup> no tratamento da Diarréia.

A omissão da Colestiramina foi notificada pessoalmente ao médico que confirmou que foi um erro de medicação a não prescrição deste medicamento e que ele deveria ser reintroduzido. Porém, a responsável pelo participante não sabia informar a

---

<sup>3</sup> O uso *off-label* de medicamentos é o uso não licenciado ou não autorizado pelos órgãos reguladores para uma determinada indicação ou faixa terapêutica <sup>53</sup>.

dose em uso pelo paciente antes da internação. Outras fontes de informação para confirmar a dose não estavam disponíveis – como o prontuário, a receita médica, o frasco de medicamento – e a que estava disponível – os dados da farmácia ambulatorial – não continha esta informação. Os médicos com a informação sobre a omissão do medicamento se esforçaram e conseguiram a disponibilização do prontuário e identificaram a dose do medicamento em uso pelo paciente antes da internação. O medicamento que foi reintroduzido em 48 horas.

Um estudo identificou que 49,0% dos erros reportados foram modificados antes de atingir o paciente. Os autores justificaram que um dos motivos dessa baixa taxa de mudança pode estar relacionado ao fato dos médicos acharem que as modificações sugeridas pelo farmacêutico seriam desnecessárias e que manter o curso de ação proposto pode ser uma decisão razoável <sup>54</sup>.

Neste estudo 16 (61,5%) das 26 discrepâncias não intencionais que foram notificadas foram modificadas no momento da admissão hospitalar pelos médicos.

Nas discrepâncias não intencionais que não foram modificadas (sete), a decisão de não modificar teve relação com o fato de que elas foram resultados de erros na coleta da história primária de medicamentos (HPM). Porém, a forma como o medicamento foi prescrito estava correta, resultado compatível com estudos internacionais <sup>26,5</sup>).

As intervenções sobre interações medicamentosas seguiram a mesma lógica das discrepâncias, os médicos foram notificados pessoalmente e puderam decidir se aceitavam ou não a intervenção.

Em um participante com diagnóstico de HIV e Tuberculose, foi identificada uma interação entre Fluconazol e Ritonavir. Ao ser abordado o médico informou que não precisava fazer os dois medicamentos e não tinha outra opção terapêutica.

Segundo o *Institute of Healthcare Improvement* (IHI) <sup>15</sup>, em algumas situações os médicos se sentem desconfortáveis tomando decisões sobre os medicamentos que não foram prescritos por eles. Esta situação foi verificada durante o estudo piloto, pois para um participante com diagnóstico de HIV que internou para cirurgia foram identificados erros de dose e frequência de uso para dois Antirretrovirais. O médico depois de notificado confirmou que a coleta estava certa e revisou a dose dos medicamentos, confirmando o erro de medicação, mas a médica decidiu não modificar o tratamento. Os dois medicamentos foram considerados não conciliados.

Um participante com ADEM que internou por Agudização da doença apresentou oito interações medicamentosas, das quais duas foram notificadas aos médicos. Como



seis desses medicamentos eram Anticonvulsivantes a pesquisadora farmacêutica resolveu discutir e entregar uma listagem das interações medicamentosas para a equipe de neurologia que aceitou a intervenção.

### **7.5. Fatores de risco da conciliação medicamentosa**

Diversos estudos avaliaram os fatores de risco para ocorrência de discrepâncias e erros de medicação na conciliação medicamentosa <sup>22,26,27,38,56</sup>.

Um estudo identificou que idade e número de medicamentos foram fatores de risco, por outro lado, vários fatores de risco relacionados a melhoria do sistema de medicação foram significativos, tais como, o uso de tecnologia de informação e de listas de medicamentos <sup>26</sup>.

Neste estudo foi identificada uma relação linear entre o número de medicamentos que o participante estava usando antes da admissão e a ocorrência de discrepâncias. Este resultado foi consistente com um estudo internacional no qual o aumento no número de medicamentos levou ao aumento do número de discrepâncias <sup>51</sup>.

Na análise de associações entre as variáveis e o número de discrepâncias não intencionais, o diagnóstico de base foi significativo, resultado não encontrado em outros estudos <sup>22,38</sup>. Esta diferença pode estar relacionada a amostra do estudo, pois os participantes que possuíam o diagnóstico que foi identificado como fator de proteção utilizavam menos medicamentos que os que apresentavam os demais diagnósticos. Com uma amostra maior poderia ser identificada a associação entre a interação do diagnóstico de base e o número de medicamentos com a ocorrência de discrepâncias não intencionais.

O estudo confirmou que em serviços com poucos profissionais farmacêuticos para realizar a conciliação medicamentosa, o serviço deve ser estruturado de forma a priorizar os pacientes com maior número de medicamentos.

### **7.6. Limitações**

Este estudo apresentou diversas limitações. Devido ao fato de que o tempo para realização da pesquisa foi pequeno, os instrumentos desenvolvidos e traduzidos não puderam passar por retrotradução. Esta etapa tornaria os instrumentos mais confiáveis e replicáveis <sup>57</sup>.

Não foi possível fazer a avaliação da adaptação dos instrumentos e do processo de conciliação medicamentosa, por meio do estudo piloto, no momento da transferência

interna. A modificação dos instrumentos deste momento foi realizada com base nos instrumentos do momento da admissão hospitalar.

Optou-se por não avaliar a conciliação medicamentosa na alta hospitalar. Esta escolha foi feita, pois este momento de transição do cuidado apresenta a grande possibilidade de perda de participantes, uma vez normalmente não existe uma programação de alta nos hospitais brasileiros.

Poucos participantes, que passaram pelo momento da admissão hospitalar foram transferidos internamente no período de estudo. Devido ao pouco número de participantes na transferência interna não foi possível avaliar os fatores de risco para ocorrência de discrepâncias e discrepâncias não intencionais.

O trabalho de campo apresentou algumas dificuldades, parte delas foi sanada por meio do estudo piloto com a criação de novos critérios de inclusão e exclusão do estudo, de novas condutas e de novos instrumentos. Afora isso, foi realizada a modificação dos instrumentos existentes.

Outras dificuldades do trabalho de campo foram a metodologia complexa, a ausência de um sistema informatizado, o grande número de enfermarias, a ausência de um local de trabalho e de um computador para a pesquisadora farmacêutica realizar a pesquisa nas enfermarias e o número de dias que a pesquisadora farmacêutica tinha disponíveis para realizar a coleta.

Uma dificuldade do trabalho de campo foi o julgamento das discrepâncias. Este estudo propôs um algoritmo de identificação, definições e exemplos, que foram revisados durante o estudo piloto. Apesar disso, por vezes, foi necessário realizar discussões entre a pesquisadora farmacêutica e o orientador para o julgamento de discrepâncias identificadas.

Uma questão importante estava relacionada às intervenções junto ao médico sobre as interações medicamentosas identificadas no decorrer do estudo. Pois, apesar dos médicos aceitarem a intervenção, a metodologia de conciliação medicamentosa não pressupõe o acompanhamento farmacoterapêutico para confirmar se o manejo sugerido para interação medicamentosa foi seguido. Isto difere das intervenções relacionadas às discrepâncias que a modificação ou não modificação da prescrição é identificada no ato da intervenção.

A coleta da melhor história possível de medicamentos (MHPM) é considerada mais completa que a história primária de medicamentos (HPM), pois ela inclui múltiplas fontes de informação para a confirmação da entrevista realizada junto ao

responsável pelo paciente. Uma das fontes utilizadas é o prontuário médico onde está registrada a HPM.

O uso da fonte de informação HPM poderia ser considerado um viés, visto que ela poderia aumentar o número de medicamentos coletados pela MHPM. Porém isto não ocorreu, pois somente quatro dos 210 medicamentos coletados na MHPM não foram informados pelos pacientes e nenhum deles foi identificado no prontuário médico.

Uma limitação do estudo foi a identificação de problema relacionado a medicamento (PRM) que incluiu reação adversa a medicamento (RAM) e alergia. Porém, o consenso atual de Granada não considera RAM um tipo de PRM. Além disso, em nenhum dos consensos as alergias fazem parte da lista de PRM<sup>20</sup>.

Em um estudo o potencial para danos foi avaliado por dois pesquisadores farmacêuticos de forma colaborativa e revisado por um médico de forma independente dos pesquisadores<sup>26</sup>. Este estudo foi realizado por uma pesquisadora farmacêutica e, por isso, não foi possível avaliar potencial para causar danos. Serão necessárias mais pesquisas que verifiquem o potencial para causar danos em pediatria.

Este estudo avaliou apresentou perdas nos momentos da admissão hospitalar e transferência interna, por ter apenas uma pesquisadora farmacêutica realizando a conciliação medicamentosa. Este processo não é uma ação rápida e por isso não foi possível realizar a conciliação medicamentosa que foram admitidos e transferidos simultaneamente.

O número de medicamentos em uso pelos pacientes perdidos nos momentos da admissão hospitalar e da transferência interna apresentou uma distribuição com tendência para menor número de medicamentos. Como foi demonstrado neste estudo um maior número de medicamentos pode ser um fator de risco para um aumento no número de discrepâncias no momento da admissão hospitalar. Por isto, é possível que se os pacientes perdidos tivessem sido incluídos no estudo o número de discrepância teria sido menor.

Este estudo pode ter apresentado outras limitações, tais como, a ocorrência do efeito Hawthorne, pois a observação de como o processo foi realizado pode ter induzido uma mudança na maneira como a HPM foi colhida e registrada. A segunda limitação que pode ter ocorrido foi o viés de memória, pois existiu uma etapa de entrevista com o paciente. O viés do respondente seria uma terceira limitação que pode ter acontecido, dado que o paciente para participar teve de preencher o consentimento informado. Por se tratar de amostra de pacientes hospitalizados, pode ter ocorrido o viés de seleção, do

tipo viés de Berkson e Neyman. Por último, o estudo pode não ser generalizável pois foi realizado em apenas um hospital especializado em pacientes pediátricos.

## **8. Conclusão**

O estudo identificou alguns importantes achados, entre os quais, o primeiro achado foi que o processo proposto e os instrumentos adaptados para contexto de hospitais brasileiros podem ser utilizados em outros serviços. O segundo achado foi que os formulários de conciliação medicamentosa quando disponibilizados em prontuários fornecem informações sobre os medicamentos em uso para todos os envolvidos no cuidado do paciente. Foi identificado também que farmacêuticos atuando na conciliação medicamentosa identificam e ajudam a previr discrepâncias e erros de medicação e fornecem evidência clínicas para a equipe médica, que permitem aumentar a segurança do paciente. Por fim, que a conciliação medicamentosa dos pacientes com maior número de medicamentos deve ser priorizada em serviços com poucos recursos humanos.

A utilização do processo de conciliação medicamentosa proposto, do farmacêutico atuando na conciliação medicamentosa e a disponibilização dos formulários de conciliação medicamentosa em prontuários com as informações sobre os medicamentos em uso pelo paciente permite a melhoria da qualidade do cuidado.

## 9. Referências Bibliográficas

1. Institute of Medicine (U.S.). Preventing medication errors. Aspden P, editor. Washington, DC: National Academies Press; 2007. 463 p.
2. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients. *N Engl J Med*. 1991 Feb 7;324(6):377–84.
3. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. *Med Care* [Internet]. 2000;38(3). Disponível em: [http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2000/03000/Incidence\\_and\\_Types\\_of\\_Adverse\\_Events\\_and.3.aspx](http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2000/03000/Incidence_and_Types_of_Adverse_Events_and.3.aspx)
4. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2009 Aug 1;21(4):279–84.
5. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura M de L de O, Travassos C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev Assoc Médica Bras*. 2013 Sep;59(5):421–8.
6. Pavão ALB, Andrade D, Mendes W, Martins M, Travassos C. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Rev Bras Epidemiol*. 2011 Dec;14(4):651–61.
7. Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Lloyd JF, Burke JP. Adverse drug events in hospitalized patients: Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. *Jama*. 1997;277(4):301–6.
8. Rozenfeld S. Agravos provocados por medicamentos em hospitais do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41:108–15.
9. Proctor ML, Pastore J, Gerstle JT, Langer JC. Incidence of medical error and adverse outcomes on a pediatric general surgery service. *J Pediatr Surg*. 2003 Sep;38(9):1361–5.
10. Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F, et al. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *JAMA J Am Med Assoc*. 2001 Apr 25;285(16):2114–20.
11. Kaushal R, Jaggi T, Walsh K, Fortescue EB, Bates DW. Pediatric medication errors: what do we know? What gaps remain? *Ambul Pediatr*. 2004;4(1):73–81.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care. Geneva: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2007.
13. Joint Commission Resources I, American Society of Health-System Pharmacists. Medication reconciliation handbook. Oakbrook Terrace, IL; Bethesda, MD: Joint Commission Resources ; American Society of Health-System Pharmacists; 2009.

14. Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. *Ann Intern Med.* 2013 Mar 5;158(5\_Part\_2):365–8.
15. INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT. How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events by Implementing Medication Reconciliation [Internet]. 2011 [Acesso em: 14.12.2014]. Disponível em: [www.ihi.org](http://www.ihi.org)
16. Runciman WB, Baker GR, Michel P, Dovey S, Lilford RJ, Jensen N, et al. Tracing the foundations of a conceptual framework for a patient safety ontology. *Qual Saf Health Care.* 2010;19(6):1–5.
17. Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, Rooney D, Barnard C, Noskin GA. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm.* 2004 Aug 15;61(16):1689–95.
18. Safer Healthcare Now. Medication Reconciliation in Acute Care Getting Started Kit [Internet]. Quebec: Safer Healthcare Now; 2011 [Acesso em: 31.05.2013]. 102 p. Disponível em: [http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/medrec/Documents/Acute%20Care/MedRec%20\(Acute%20Care\)%20Getting%20Started%20Kit.pdf](http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/medrec/Documents/Acute%20Care/MedRec%20(Acute%20Care)%20Getting%20Started%20Kit.pdf)
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial [República Federativa do Brasil].*, 529 abril, 2013 p. 43–4.
20. Panel de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm.* 2007;48:5–17.
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Importance of Pharmacovigilance: Safety Monitoring of medicinal products [Internet]. 2002 [Acesso em: 19.01.2013]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4893e/>
22. Hellström LM, Bondesson A, Höglund P, Eriksson T. Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors. *BMC Pharmacol Toxicol.* 2012;12(1):9.
23. INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT. 100.000 Lives Campaign How-to Guide: Adverse Drug Events (Medication Reconciliation) [Internet]. [Acesso em: 16.07.2012]. Disponível em: [http://www.wapatientssafety.org/downloads/Medication\\_ReconADEGuideIHI.pdf](http://www.wapatientssafety.org/downloads/Medication_ReconADEGuideIHI.pdf)
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 03: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos [Internet]. 2013 [Acesso em: 10.08.2013]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/seguran\\_medica.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/seguran_medica.pdf)
25. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital [Internet]. 2008 [Acesso em: 19.01.2013]. Disponível em: <http://guidance.nice.org.uk/PSG001/PublicInfo/pdf/English>

26. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, et al. Results of the Medications At Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Study: An Analysis of Medication Reconciliation Errors and Risk Factors at Hospital Admission. *J Gen Intern Med*. 2010 May;25(5):441–7.
27. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD, Labonville SA, Diedrichsen EK, et al. Classifying and Predicting Errors of Inpatient Medication Reconciliation. *J Gen Intern Med*. 2008 Sep;23(9):1414–22.
28. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Hospitalar.asp?VCo\\_Unidade=3304552708353](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=3304552708353)
29. Sinvani LD, Beizer J, Akerman M, Pekmezaris R, Nouryan C, Lutsky L, et al. Medication Reconciliation in Continuum of Care Transitions: A Moving Target. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Sep;14(9):668–72.
30. Lubowski TJ, Cronin LM, Pavelka RW, Briscoe-Dwyer LA, Briceland LL, Hamilton RA. Effectiveness of a medication reconciliation project conducted by PharmD students. *Am J Pharm Educ* [Internet]. 2007 [Acesso em: 27.05.2014];71(5). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2064892/>
31. Sandford, Chia-Chien. The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. *Pract Assess Res Eval*. 2007 Aug;12(10):1.
32. Akins RB, Tolson H, Cole BR. Stability of response characteristics of a Delphi panel: application of bootstrap data expansion. *BMC Med Res Methodol*. 2005;5.
33. Eberman LE, Cleary MA. Development of a Heat-Illness Screening Instrument Using the Delphi Panel Technique. *J Athl Train*. 2011 Jan;46(2):176–84.
34. Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes [Internet]. publisher not identified; 1932. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=9rotAAAAYAAJ>
35. Green PJ. The content of a college-level outdoor leadership course. Paper presented at the Conference of the Northwest District Association for the American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance, Spokane, WA; 1982.
36. Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-Based Medication Reconciliation Practices: A Systematic Review. *Arch Intern Med* [Internet]. 2012 Jul 23 [Acesso em: 27.05.2014]; 172(14). Disponível em: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinternmed.2012.2246>
37. Tatro DS. Drug interaction facts 2014: the authority on drug interactions. 2013.
38. Coffey M, Mack L, Streitenberger K, Bishara T, De Faveri L, Matlow A. Prevalence and clinical significance of medication discrepancies at pediatric hospital admission. *Acad Pediatr*. 2009 Oct;9(5).



39. Magalhães GF, Santos GBN de C, Rosa MB, Noblat L de ACB. Medication Reconciliation in Patients Hospitalized in a Cardiology Unit. Cignarella A, editor. PLoS ONE. 2014 Dec 22;9(12):e115491.
40. Lee JY, Leblanc K, Fernandes OA, Huh J-H, Wong GG, Hamandi B, et al. Medication reconciliation during internal hospital transfer and impact of computerized prescriber order entry. *Ann Pharmacother*. 2010 Dec;44(12):1887–95.
41. Frizon F, Santos AH, Cadeira LF, Menolli PVS. Reconciliação de medicamentos em hospital universitário. *Rev Enferm UERJ*. 2014 Jun 25;22(4):454–60.
42. Knez L, Suskovic S, Rezonja R, Laaksonen R, Mrhar A. The need for medication reconciliation: a cross-sectional observational study in adult patients. *Respir Med*. 2011 Oct;105 Suppl 1:S60–6.
43. Schuch AZ, Zuckermann J, Santos MEF, Martinbiancho JK, Mahmud SDP. Reconciliação de medicamentos na admissão em uma unidade de oncologia pediátrica. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. 2013 Jun;4(2):35–9.
44. Spalla LR. Reconciliação de Medicamentos: Um relato de caso. Universidade Federal Fluminense; 2013.
45. Bédard P, Tardif L, Ferland A, Bussièrès J-F, Lebel D, Bailey B, et al. A medication reconciliation form and its impact on the medical record in a paediatric hospital: Medication reconciliation in a paediatric hospital. *J Eval Clin Pract*. 2011 Apr;17(2):222–7.
46. Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2006 May 8;166(9):955–64.
47. Nester TM, Hale LS. Effectiveness of a pharmacist-acquired medication history in promoting patient safety. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm*. 2002 Nov 15;59(22):2221–5.
48. Oliveira T, Lima-Dellamora E. Interações potencialmente perigosas: proposta de uma lista de referência para pediatria. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. 2013 setembro;4(3):17–23.
49. Cohen M, Smetzer J, Tuohy N, Kilo C. High-alert medications: safeguarding against errors. *Medication Errors*. 2nd ed. Washington (DC): American Pharmaceutical Association; 2007. p. 317–411.
50. Gizzi LA, Slain D, Hare JT, Sager R, Briggs III F, Palmer CH. Assessment of a safety enhancement to the hospital medication reconciliation process for elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2010;8(2):127–35.
51. Chan AHY, Garratt E, Lawrence B, Turnbull N, Pratapsingh P, Black PN. Effect of Education on the Recording of Medicines on Admission to Hospital. *J Gen Intern Med*. 2010 Jun;25(6):537–42.
52. Stone BL, Boehme S, Mundorff MB, Maloney CG, Srivastava R. Hospital admission medication reconciliation in medically complex children: an observational

study. *Arch Dis Child* [Internet]. 2009 Nov 30 [Acesso em: 27.05.2014]; Disponível em: <http://adc.bmj.com/cgi/doi/10.1136/adc.2009.167528>

53. BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária., Ministério da Saúde. Como a Anvisa vê o uso off-label de medicamentos [Internet]. 2005 [Acesso em: 18.05.2015]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/registro/registro\\_offlabel.htm](http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/registro/registro_offlabel.htm)

54. Vira T. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care*. 2006 Apr 1;15(2):122–6.

55. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med*. 2005 Feb 28;165(4):424–9.

56. Unroe KT, Pfeiffenberger T, Riegelhaupt S, Jastrzembski J, Lokhnygina Y, Colón-Emeric C. Inpatient medication reconciliation at admission and discharge: a retrospective cohort study of age and other risk factors for medication discrepancies. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2010;8(2):115–26.

57. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saãde PÃblica*. 2007;41:665–73.

58. Australian Comission on Safety and Quality in Health Care. Taking a Best Possible Medication History [Internet]. [Acesso em: 04.09.2014]. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=dc5jFuba6CI>

59. Society of Hospital Medicine. Medication Reconciliation Quality Improvement Study. Taking a Good Medication History Video [Internet]. [Acesso em: 04.09.2014]. Disponível em: [http://tools.hospitalmedicine.org/resource\\_rooms/imp\\_guides/MARQUIS/marquis2.php](http://tools.hospitalmedicine.org/resource_rooms/imp_guides/MARQUIS/marquis2.php)

## APÊNDICE A – FORMULÁRIOS ORIGINAIS

### I. Ferramenta “*audit tool*”

Complete one form for each clinical area within the healthcare organisation. For definitions of the standards, please refer to NICE guidance.

Service/unit:			
Patient identifier <sup>1</sup> :	Sex: M / F	Age:	Ethnicity:
Date patient admitted:	Time patient admitted:	Elective/planned:	<input type="checkbox"/>
		Emergency:	<input type="checkbox"/>
Date medicines information collected		Time medicines information collected	


No.	Data item	Number		NA/ Exceptions
<b>Medicines reconciliation</b>				
1	How many medicines is the patient taking?			A Patient unsure B Patient unable to give information <sup>2</sup>
2	Information on how many medicines was collected from the patient including:			
2.1	• medicine name			
2.2	• dosage			
2.3	• frequency			
2.4	• timing			
2.5	• route			
		Yes	No	
3.1	Who undertook the medicine reconciliation interview?			
	• pharmacist			
	• pharmacy technician			
	• nurse			
	• doctor			
	Other (specify):			
3.2	Who verified the primary care records with the hospital prescription?			
	• pharmacist			
	• pharmacy technician			
	• nurse			
	• doctor			
	Other (specify):			

<sup>1</sup> Use non patient identifiable code, such as NHS number

<sup>2</sup> If either exception code applies, please either circle A or B or enter the relevant letter into the space instead of a number.

Fonte: *Audit Tool: Medicines reconciliation on admission of adults to hospital* <sup>25</sup>.

## II. Ferramenta “medication reconciliation tool”

<b>MEDICATION DISCREPANCY TOOL (MDT)</b>															
MDT is designed to facilitate reconciliation of medication regimen across settings and prescribers															
<p> <b>Medication Discrepancy Event Description:</b> <i>Complete one form for each discrepancy</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>															
<p>✓ <b>Causes and Contributing Factors :: Check all that apply</b>  <i>:: Italicized text suggests patient's perspective and/or intended meaning</i></p>															
<p><b>Patient Level</b></p> <table border="0"> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> Adverse Drug Reaction or side effects</td> <td>6. <input type="checkbox"/> Intentional non-adherence <i>"I was told to take this but I choose not to."</i></td> </tr> <tr> <td>2. <input type="checkbox"/> Intolerance</td> <td>7. <input type="checkbox"/> Non-intentional non-adherence (ie: Knowledge deficit) <i>"I don't understand how to take this medication."</i></td> </tr> <tr> <td>3. <input type="checkbox"/> Didn't fill prescription</td> <td>8. <input type="checkbox"/> Performance deficit <i>"Maybe someone showed me, but I can't demonstrate to you that I can."</i></td> </tr> <tr> <td>4. <input type="checkbox"/> Didn't need prescription</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. <input type="checkbox"/> Money/financial barriers</td> <td></td> </tr> </table>		1. <input type="checkbox"/> Adverse Drug Reaction or side effects	6. <input type="checkbox"/> Intentional non-adherence <i>"I was told to take this but I choose not to."</i>	2. <input type="checkbox"/> Intolerance	7. <input type="checkbox"/> Non-intentional non-adherence (ie: Knowledge deficit) <i>"I don't understand how to take this medication."</i>	3. <input type="checkbox"/> Didn't fill prescription	8. <input type="checkbox"/> Performance deficit <i>"Maybe someone showed me, but I can't demonstrate to you that I can."</i>	4. <input type="checkbox"/> Didn't need prescription		5. <input type="checkbox"/> Money/financial barriers					
1. <input type="checkbox"/> Adverse Drug Reaction or side effects	6. <input type="checkbox"/> Intentional non-adherence <i>"I was told to take this but I choose not to."</i>														
2. <input type="checkbox"/> Intolerance	7. <input type="checkbox"/> Non-intentional non-adherence (ie: Knowledge deficit) <i>"I don't understand how to take this medication."</i>														
3. <input type="checkbox"/> Didn't fill prescription	8. <input type="checkbox"/> Performance deficit <i>"Maybe someone showed me, but I can't demonstrate to you that I can."</i>														
4. <input type="checkbox"/> Didn't need prescription															
5. <input type="checkbox"/> Money/financial barriers															
<p><b>System Level</b></p> <table border="0"> <tr> <td>9. <input type="checkbox"/> Prescribed with known allergies/intolerances</td> <td>13. <input type="checkbox"/> Duplication. <i>Taking multiple drugs with the same action without any rationale.</i></td> </tr> <tr> <td>10. <input type="checkbox"/> Conflicting information from different informational sources <i>For example, discharge instructions indicate one thing and pill bottle says another.</i></td> <td>14. <input type="checkbox"/> Incorrect dosage</td> </tr> <tr> <td>11. <input type="checkbox"/> Confusion between brand &amp; generic names</td> <td>15. <input type="checkbox"/> Incorrect quantity</td> </tr> <tr> <td>12. <input type="checkbox"/> Discharge instructions incomplete/inaccurate/illegible <i>Either the patient cannot make out the hand-writing or the information is not written in lay terms.</i></td> <td>16. <input type="checkbox"/> Incorrect label</td> </tr> <tr> <td></td> <td>17. <input type="checkbox"/> Cognitive impairment not recognized</td> </tr> <tr> <td></td> <td>18. <input type="checkbox"/> No caregiver/need for assistance not recognized</td> </tr> <tr> <td></td> <td>19. <input type="checkbox"/> Sight/dexterity limitations not recognized</td> </tr> </table>		9. <input type="checkbox"/> Prescribed with known allergies/intolerances	13. <input type="checkbox"/> Duplication. <i>Taking multiple drugs with the same action without any rationale.</i>	10. <input type="checkbox"/> Conflicting information from different informational sources <i>For example, discharge instructions indicate one thing and pill bottle says another.</i>	14. <input type="checkbox"/> Incorrect dosage	11. <input type="checkbox"/> Confusion between brand & generic names	15. <input type="checkbox"/> Incorrect quantity	12. <input type="checkbox"/> Discharge instructions incomplete/inaccurate/illegible <i>Either the patient cannot make out the hand-writing or the information is not written in lay terms.</i>	16. <input type="checkbox"/> Incorrect label		17. <input type="checkbox"/> Cognitive impairment not recognized		18. <input type="checkbox"/> No caregiver/need for assistance not recognized		19. <input type="checkbox"/> Sight/dexterity limitations not recognized
9. <input type="checkbox"/> Prescribed with known allergies/intolerances	13. <input type="checkbox"/> Duplication. <i>Taking multiple drugs with the same action without any rationale.</i>														
10. <input type="checkbox"/> Conflicting information from different informational sources <i>For example, discharge instructions indicate one thing and pill bottle says another.</i>	14. <input type="checkbox"/> Incorrect dosage														
11. <input type="checkbox"/> Confusion between brand & generic names	15. <input type="checkbox"/> Incorrect quantity														
12. <input type="checkbox"/> Discharge instructions incomplete/inaccurate/illegible <i>Either the patient cannot make out the hand-writing or the information is not written in lay terms.</i>	16. <input type="checkbox"/> Incorrect label														
	17. <input type="checkbox"/> Cognitive impairment not recognized														
	18. <input type="checkbox"/> No caregiver/need for assistance not recognized														
	19. <input type="checkbox"/> Sight/dexterity limitations not recognized														
<p>✓ <b>Resolution :: check all that apply</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Advised to stop taking/start taking/change administration of medications</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Discussed potential benefits and harm that may result from non-adherence</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Encouraged patient to call PCP/specialist about problem</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Encouraged patient to schedule an appointment with PCP/specialist to discuss problem at next visit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Encouraged patient to talk to pharmacist about problem</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Addressed performance/knowledge deficit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Provided resource information to facilitate adherence</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Other _____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Advised to stop taking/start taking/change administration of medications	<input type="checkbox"/> Discussed potential benefits and harm that may result from non-adherence	<input type="checkbox"/> Encouraged patient to call PCP/specialist about problem	<input type="checkbox"/> Encouraged patient to schedule an appointment with PCP/specialist to discuss problem at next visit	<input type="checkbox"/> Encouraged patient to talk to pharmacist about problem	<input type="checkbox"/> Addressed performance/knowledge deficit	<input type="checkbox"/> Provided resource information to facilitate adherence	<input type="checkbox"/> Other _____						
<input type="checkbox"/> Advised to stop taking/start taking/change administration of medications															
<input type="checkbox"/> Discussed potential benefits and harm that may result from non-adherence															
<input type="checkbox"/> Encouraged patient to call PCP/specialist about problem															
<input type="checkbox"/> Encouraged patient to schedule an appointment with PCP/specialist to discuss problem at next visit															
<input type="checkbox"/> Encouraged patient to talk to pharmacist about problem															
<input type="checkbox"/> Addressed performance/knowledge deficit															
<input type="checkbox"/> Provided resource information to facilitate adherence															
<input type="checkbox"/> Other _____															

Care Transitions Program®; Denver, Colorado  
 Please register to use (no fee required) at: [www.caretransitions.org](http://www.caretransitions.org)  
 © 2006 Eric A. Coleman, MD, MPH

Fonte: *Medication Reconciliation in Continuum of Care Transitions: A Moving Target*<sup>29</sup>.

**III. Ferramenta “sample tools for admission medication reconciliation”**

**SASKATOON HEALTH REGION**  
Saskatoon, Saskatchewan

Facility: \_\_\_\_\_

**PREADMISSION MEDICATION LIST  
PHYSICIAN ORDER FORM**  
Keep this form with the Physician Orders

---

<p><b>Allergy / Intolerance to Medication &amp; Food</b> (NO MEDICATIONS TO BE ADMINISTERED UNTIL THIS SECTION COMPLETED)</p> <p><input type="checkbox"/> No Known Allergies  <input type="checkbox"/> Unable to obtain (Pharmacy to flag on MAR)  <input type="checkbox"/> Allergies as follows (describe reaction):</p>	<p><b>Weight:</b>          _____ kg, _____ lbs  <input type="checkbox"/> Estimate, <input type="checkbox"/> Actual</p> <p><b>Height:</b>          _____ cm, _____ inches  <input type="checkbox"/> Estimate, <input type="checkbox"/> Actual</p>	<p><input type="checkbox"/> Check here if this is an addendum to or revision of previously completed medication list.</p>
---	--	---

**\* Note: These sections MUST be completed before the orders are sent to Pharmacy. \***

---

**At Home or Outpatient Prescription, Over the Counter (nonprescription), and Herbal Medications.**  
**List all the patient's medication taken prior to admission. Herbal medication will not be supplied on admission.**

Medication Name <small>(list only those medications currently being taken)</small>	Dose	Interval	Route	Time / Date of Last Dose	<b>Physician Orders for Individual Medications on Admission</b>		
					Continue	Stop	Comments / Change to (specify):
<input type="checkbox"/> No Preadmission Medications							

---

Initial: \_\_\_\_\_ Processed, \_\_\_\_\_ Faxed, \_\_\_\_\_ MAR  
 Please cross out blank lines after processing to prevent additions.

continued on page 2  
**Comments / Concerns / Follow-up:**

---

**Obtained history:** \_\_\_\_\_ (signature)  
 \_\_\_\_\_ (title)      Date/Time \_\_\_\_\_

**PAC review on day of surgery:** \_\_\_\_\_ (signature)  
 \_\_\_\_\_ (title)      Date/Time \_\_\_\_\_

---

**Source of Medication List** (check all that apply):  
 Patient / Family     MAR from other facility     Medication vials or list     Pharmacy: \_\_\_\_\_     Other: \_\_\_\_\_

**Disposition of Patient's Medication on Admission:**  
 Locked up in nursing unit     Brought to hospital. Sent home with: \_\_\_\_\_     Not brought to hospital

---

**Prescribing Physician:**

\_\_\_\_\_ (print)

\_\_\_\_\_ (signature)

**Date:** \_\_\_\_\_ **Time:** \_\_\_\_\_

Fonte: Medication Reconciliation in Acute Care Getting Started Kit <sup>18</sup>.

**IV. Ferramenta “medication reconciliation audit tool for baseline data collection”**

Individual Medication Reconciliation Audit Tool  
Use the results to compete the measurement worksheets

Implementation Stage: <input type="checkbox"/> Baseline <input type="checkbox"/> Early implementation <input type="checkbox"/> Full implementation				Patient Identification						
Patient Sample:										
<b>INSTRUCTIONS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A clinical pharmacist or designate compiles the <u>Best Possible Medication History</u> (BPMH) based on patient interview, medication vial review, patient medication list, community pharmacist, family physician, etc. .</li> <li>• Compare the BPMH to all prescribed medication ordered (AMOs) for this patient within the first 24 hours of the index healthcare facility stay.</li> <li>• To complete the BPMH Discrepancy columns for each medication, check the appropriate box. Type 0= NO discrepancy; Type 1= Intentional discrepancy; Type 2= <u>Undocumented Intentional</u> Discrepancy; Type 3= <u>Unintentional</u> Discrepancy and comment as applicable.</li> <li>• Indicate for all Type 2 and Type 3 discrepancies whether they were resolved by placing a ✓ in the “Resolved” column.</li> </ul>										
<b>Best Possible Medication History (BPMH)</b> Medication name, dose, route & frequency (prescribed meds only)				NO discrepancy	Intentional Discrepancy	Undocumented Intentional Discrepancy	Unintentional Discrepancy	Resolved ✓	Discrepancy Comments	
Medication	Dose	Route	Frequency	0	1	2	3		<i>Clarification of discrepancies should be recorded in Patient Record</i>	
BPMH Discrepancy Total										
BPMH Discrepancy Type				0	1	2	3			

- Type 1=Intentional discrepancy** - prescriber has made an intentional choice to add, change or discontinue a medication and is clearly documented.
- Type 2= Undocumented Intentional Discrepancy** - prescriber has made an intentional choice to add, change or discontinue a medication but this choice is not clearly documented.
- Type 3= Unintentional Discrepancy** - prescriber unintentionally changed, added or omitted a medication the patient was taking prior to admission.

Fonte: Medication Reconciliation in Acute Care Getting Started Kit <sup>18</sup>.

## V. Instrumento “*introduction to interview medication reconciliation*”

### Introduction to Interview

Hello, my name is \_\_\_\_\_. I am a student at the Albany College of Pharmacy.  
I am working on a study with

the \_\_\_\_\_ Hospital’s Director of Pharmacy, \_\_\_\_\_ and Albany  
College of Pharmacy, to learn about

the medicines people take at home prior to coming to the hospital. Would it be alright with  
you if I spent about 15 minutes to talk with you to learn about the medicines you take at  
home, allergies you may have to certain medicines and about your past experiences with  
medicines?

(Wait a few seconds for the patient to answer?)

Do you have any questions?

Conclusion of Interview:

Thank you for taking the time to talk with me about your medicines.

Fonte: *Effectiveness of a medication reconciliation project conducted by PharmD students* <sup>30</sup>.

## VI. Instrumento “*interview tips medication reconciliation*”

### Figure 6-1. Medication Reconciliation Interview Tips

- ✓ Are you allergic to anything?  
If yes, What happens when you are exposed (or take it)?
  - ✓ Do you take any prescription medicines?  
**(examples: inhalers, insulin)**
  - ✓ Do you take any over the counter drugs?  
**(examples: aspirin, antihistamines)**
  - ✓ Do you take any vitamins or minerals?
  - ✓ Do you take any herbals/natural products?
  - ✓ Do you take any other supplements?
  - ✓ Do you use any patches or topical products?
  - ✓ Do you have any implanted medications?
  - ✓ Do you use any eye or ear drops?
- For each medication:
- ✓ What is the drug name? (brand name or generic)
  - ✓ How much do you take? (strength, number of tablets, caps, and so on)
- ✓ How do you take it?
  - ✓ How often and when do you take it?
  - ✓ When did you last take it?
  - ✓ Have you been told to stop taking any medicines in preparation for this procedure?
  - ✓ Are there any medicines you are taking that have an end date? (antibiotics, tapering steroids, and so on)
  - ✓ If on insulin, how do you know how much to take? How does the dose relate to your blood sugar? (sliding scale)
- For PRN medications:
- ✓ What do you take this for? (REQUIRED for PRN)
  - ✓ How often do you take it?

**Source:** Mount Carmel East Hospital, Columbus, Ohio. Reproduced by permission.

Fonte: *Medication reconciliation handbook* <sup>13</sup>.



## VII. Instrumento “*things to remember when interviewing patients*”



### Things to remember when interviewing patients: (OSF St. Francis)

- Utilize open-ended questions (what, how, why, when) and balance with yes/no questions.
- Use nonbiased questions that do not lead the patient into answering something that may not be true.
- Pursue unclear questions until they are clarified.
- Ask simple questions, avoid using medical jargon, and always invite the patient to ask questions.
- Let the patient know the importance of using one central pharmacy/pharmacist.
- Educate the patient on the importance of using a medication wallet card and bringing their medications to the hospital, physician’s office, etc.
- When asking about all medications, be sure to get the name, dosage form, dosage, dosing schedule, and last dose taken — be as specific as possible about prn (as needed) medications.
- Prompt the patient to try and remember patches, creams, eye drops, inhalers, sample medications, shots, optic, herbals, vitamins, and minerals.
- When discussing allergies, educate the patient on the difference between a side effect and a true allergy—e.g., rash, breathing problems, hives.
- Have patients describe how and when they take their medications (more vague responses may indicate noncompliance).

Fonte: Fonte: *Medication reconciliation handbook*<sup>23</sup>.

## APÊNDICE B – FORMULÁRIOS DESENVOLVIDOS E TRADUZIDOS

### I. Formulário de revisão de prontuário para auditoria clínica (FRPAC)

<b>Pesquisa: Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro</b>  				
<b>Formulário de Revisão de Prontuário para Auditoria Clínica</b>				
Iniciais do Participante: _____ N° do Registro na pesquisa: _____ Enfermaria do participante: _____ Diagnóstico: _____ Admissão: Data ____/____/____ e Hora: _____ Coleta da HPM: Data: ____/____/____ e Hora: _____				
N°	Dado	Número	N/A Exceções	
<b>Coleta da história básica de medicamentos em uso pelos participantes</b>				
1	Número de medicamentos o paciente está usando antes da admissão		<input type="checkbox"/> A Acompanhante não sabe <input type="checkbox"/> B Acompanhante incapaz de responder <input type="checkbox"/> C Acompanhante ausente	
2	Informações sobre medicamentos em uso pelo paciente antes da internação:			
2.1	nome			
2.2	dose			
2.3	posologia			
2.4	via de administração			
3	Categoria profissional/ especialidade de quem fez a coleta da história do uso de medicamentos			
4	Fonte de informação utilizada por quem fez a coleta história do uso de medicamentos			
4.1	prontuário do paciente			
4.2	médico de cuidados primários			
4.3	registros da farmácia ambulatorial			
4.4	rótulos de frascos de medicamentos			
N°	Dado	Marque	N/A Exceções	
5	Período de tempo após a admissão que foi realizada a coleta da história do uso de medicamentos	<4h ( ) 4-8h ( ) 8-24h ( ) >24h ( )		
N°	Dado	Sim	Não	N/A Exceções
6	Foi registrado algum problema relacionado a medicamento? Se sim, como a informação foi registrada?			
6.1				
N°	Dado	Sim	Não	N/A Exceções
7	Realizada alguma intervenção? Se sim, como a informação foi registrada?			
7.1				
Data: ____/____/____ e Hora: _____ Pesquisador: _____				

## II. Formulário de conciliação medicamentosa da admissão (FCMA)

**Pesquisa: Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro**

**Formulário de Conciliação Medicamentosa na Admissão (FCMA)**

Iniciais do Participante: \_\_\_\_\_ Nº do Registro na pesquisa: \_\_\_\_\_ Enfermaria do participante: \_\_\_\_\_

Pessoa entrevistada: na HPM: \_\_\_\_\_ na MHPM: \_\_\_\_\_ Nome/telefone do médico de cuidados primários: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Superfície Corporal: \_\_\_\_\_

Reação Adversa: ( ) Não ( ) Sim. Qual (is): \_\_\_\_\_

Alergia: ( ) Não ( ) Sim. Qual (is): \_\_\_\_\_

nome, apresentação, forma farmacêutica, vol. Reconstituição	Dose mg/kg/dia	Via de adm.	Posologia	Horário última Tomada	Indicação	Fonte*	Prescrita na Admissão			Discrepância		Erro de medicação		Interações Medicamentosas		Resolução
							Sim/No	Sim/No	Class**	Sim/No	Class**	Sim/No	Class***	Sim/No	Class****	
<b>Medicamentos de Prescrição</b>																
<b>Medicamentos Isentos de Prescrição</b>																
<small>*Fonte: prontuário (1), farmácia (2), médico (3) e/ou frascos (4); ** Classificação: Intencional (1), intencional não documentada (2) ou não intencional (3); ***Classificação: omissão (1); ação (2), diferença de dose (3), diferença de via (4) diferença de posologia (5) ou Medicamento diferente (6); **** Classificação: Leves (1), Moderadas (2) ou Graves (3)</small> Admissão do participante: Data: ____ / ____ / ____ e Hora: ____ Conciliação: Data: ____ / ____ / ____ e Hora: ____ Pesquisador: _____																

### III. Guia para a entrevista de coleta da melhor história possível de medicamentos (MHPM)

#### Pesquisa:

#### **Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro**

### **Guia para a Entrevista de Coleta da MHPM**

#### **Introdução da Entrevista**

Olá, meu nome é *Diana Graça* Eu sou um funcionária do hospital estudante de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Eu estou trabalhando em um estudo com a autorização do diretor do Hospital *Carlos Maciel*, da chefe da Farmácia, *Deborah Ribeiro* e da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, para aprender sobre os medicamentos que as crianças usam em casa antes de vir para o hospital. Seria tudo bem pra você se eu gastar cerca de 20 minutos do seu tempo para conversar com você para saber mais sobre os remédios que seu filho (a) toma em casa, as alergias dele (a) a certos medicamentos e sobre as experiências passadas por ele (a) com medicamento?

(Aguarde alguns segundos para que o responsável pelo participante responda?)

#### **Questões da Entrevista**

##### **Sobre o Paciente**

Ele (a) tem alergia a algum medicamento?  
 Se sim, o que acontece quando ele (a) usa o medicamento?

Ele (a) usa medicamentos que precisam de prescrição (exemplos: inaladores, insulina)?

Ele (a) usa medicamentos que não precisam de prescrição (exemplos: aspirina, antialérgicos)

Ele (a) toma alguma vitamina ou mineral?

Ele (a) toma alguma erva/ produto natural?

Ele (a) toma algum suplemento alimentar?

Ele (a) usa adesivos ou produtos de passar na pele?

Ele (a) tem medicamentos implantados?

Ele (a) usa algum medicamento em gotas para olho ou para os ouvidos?

##### **Sobre cada medicamento**

Qual é o nome do medicamento? (nome de marca ou genérico)

Quanto ele (a) usa? (dose, o número de comprimidos, cápsulas, e assim por diante)

Como ele (a) reagiu?

Quantas vezes e quando ele (a) usa?

Quando foi a última vez que ele (a) usou?

Alguém disse para ele (a) parar de tomar algum medicamento antes deste procedimento ?

Algum medicamento que ele (a) esteja tomando que tem uma data para acabar? (antibióticos, corticóides)

Se ele (a) usa insulina, como é que você sabe o quanto usar?

##### **Sobre medicamentos de uso quando necessário:**

Quantas vezes ele (a) usa o medicamento?

O que leva ele (a) a precisar usar?

### **Conclusão da Entrevista:**

Você tem alguma dúvida?

Obrigada por disponibilizar seu tempo para falar comigo sobre os medicamentos que ele usa.

### **Lembretes para entrevista**

Utilize perguntas abertas (o quê, como, porquê, quando) em equilíbrio com perguntas sim / não.

Use perguntas sem viés que não levem o paciente a responder algo que não pode ser verdade.

Prossiga com questões não esclarecidas até que sejam esclarecidas.

Faça perguntas simples, evitar o uso de jargão médico, e sempre convidar o paciente a fazer perguntas.

Deixe o responsável pelo participante saber sobre a importância de usar uma única farmácia / farmacêutico.

Eduque o responsável pelo participante sobre a importância de usar uma lista de medicamentos e trazer seus medicamentos para o hospital, consultório médico, etc

Quando perguntar sobre todos os medicamentos, não se esqueça de obter o nome, forma farmacêutica, dosagem, horário de dosagem, e última dose tomada - seja o mais específico possível sobre o uso medicamentos de uso quando necessário.

Solicite que o responsável pelo participante tente lembrar de adesivos, cremes, colírios, inaladores, espaçadores, medicamentos amostra, injeção, olhos, ervas, vitaminas e minerais

Ao discutir alergias, eduque o responsável do participante sobre a diferença entre um efeito colateral e uma alergia, por exemplo, verdadeiro, erupção cutânea, problemas respiratórios, urticária.

Faça o responsável pelo participante descrever como e quando os participantes usam seus medicamentos (respostas vagas podem indicar não aderência).

#### IV. Formulário de conciliação medicamentosa da transferência interna (FCMTI)

**Pesquisa: Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro**

Formulário de Conciliação Medicamentosa na Transferência Interna (FCMTI)

Iniciais do Participante: \_\_\_\_\_ N° do Registro na pesquisa: \_\_\_\_\_ Enfermaria do participante: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Superfície Corporal: \_\_\_\_\_

Reação Adversa durante a internação: ( ) Não ( ) Sim. Qual (is): \_\_\_\_\_

Alergia durante a internação: ( ) Não ( ) Sim. Qual (is): \_\_\_\_\_


Tipo* Medicamento	Medicamento nome, apresentação, forma farmacêutica, via, Reconstrução	Dose mg/kg/dia	Via	Posologia	Indicação	PRESCRITO NA Transferência			Discrepância			Erro			Interações Medicamentosas			Resolução
						Sinhão	Sinhão	Classif**	Sinhão	Sinhão	Classif**	Sinhão	Sinhão	Classif***	Sinhão	Sinhão	Classif****	

\* Tipo: anterior à internação (1) ou posterior à internação (2); \*\* Classificação: intencional (1), intencional não documentada (2) ou não intencional (3); \*\*\*Classificação: omissão (1); comissão (2), diferença de dose (3), diferença de via (4) diferença de posologia (5) ou Medicamento diferente (6); \*\*\*\* Classificação Leves (1), Moderadas (2) ou Graves (3)

Transferência do participante : Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e Hora: \_\_\_\_\_ Conciliação: Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e Hora: \_\_\_\_\_ Pesquisador: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C – FORMULÁRIOS DESENVOLVIDOS, TRADUZIDOS E  
ADAPTADOS PELO PAINEL DE ESPECIALISTAS**

**I. Formulário de revisão de prontuário para auditoria clínica (FRPAC)**

<b>Pesquisa: Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em participantes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro</b>			
		<b>Formulário de Revisão de Prontuário para Auditoria Clínica</b>	
Iniciais do Participante: _____ N° do Registro na pesquisa: _____			
Diagnósticos de admissão e de base: _____			
Enfermaria do participante : _____			
Admissão: Data ____/____/____ e Hora: _____ Coleta da HPM: Data: ____/____/____ e Hora: _____			
Coleta da história primária de medicamentos em uso pelos participantes (HPM)			
N°	Dado	Número	
1	Número de medicamentos que o participante está usando antes da admissão		
2	Informações registradas sobre medicamentos em uso pelo participante antes da internação:		
2.1	nome		
2.2	dose		
2.3	freqüência de uso		
2.4	via de administração		
N°	Dado	Tipo	
3	Categoria profissional/ especialidade de quem fez a coleta da história do uso de medicamentos		
N°	Dado	Marque	
4	Fonte de informação utilizada por quem fez a coleta história do uso de medicamentos prontuário do participante médico responsável registros da farmácia ambulatorial rótulos de frascos de medicamentos responsável/ acompanhante do participante	( ) ( ) ( ) ( ) ( )	
5	Período de tempo após a admissão que foi realizada a coleta da história primária do uso de medicamentos <4h 4-8h 8-24h >24h	( ) ( ) ( ) ( )	
6	Parentesco do entrevistado mãe pai outros ausente	( ) ( ) ( ) ( )	
N°	Dado	Sim	Não
7	Foi registrado algum problema relacionado a medicamento (PRM)?		
7.1	Se sim, qual?		
N°	Dado	Sim	Não
8	Foi registrada alguma intervenção realizada junto ao participante?		
8.1	Se sim, qual?		
Revisão de Prontuário: Data: ____/____/____ e Hora: _____ Pesquisador: _____			



## II. Formulário de conciliação medicamentosa da admissão (FCMA)

**Pesquisa: Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro**

**Formulário de Conciliação Medicamentosa na Admissão (FCMA)**

Iniciais do Participante: \_\_\_\_\_ N° do Registro na pesquisa: \_\_\_\_\_ Diagnósticos de admissão e de base: \_\_\_\_\_  
 Enfermaria do participante: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Superfície Corporal: \_\_\_\_\_  
 Parentesco do entrevistado\*: na HPM: \_\_\_\_\_ na MHPM: \_\_\_\_\_ Nome/ telefone do médico responsável: \_\_\_\_\_  
 Reação Adversa anterior a internação: ( ) Não ( ) Sim. Qual (is): \_\_\_\_\_  
 Alergia anterior a internação: ( ) Não ( ) Sim. Qual (is): \_\_\_\_\_

Medicamento <small>nome, apresentação, forma farmacêutica, volume de preparação</small>	Dose usada <small>mg/ml, gotas</small>	Via de administração	Frequência de uso	Data/ hora do uso antes da internação <small>Fonte**</small>	Prescrito na Admissão		Discrepância		Erro de medicação		Interações Medicamentosas		Resolução
					Sim/Não	Sim/Não	Sim/Não	Classif***	Sim/Não	Classif****	Sim/Não	Intercorrelat class****	
<b>Medicamentos de Prescrição</b>													
<b>Medicamentos Isentos de Prescrição</b>													

\* Parentesco: mãe, pai, outros ou ausente; \*\*Fonte: prontuário (1), farmácia (2), médico (3), responsável/ acompanhante (5) e/ou frascos (4) ; \*\*\* Classificação: intencional (1), intencional não documentada (2) ou não intencional (3);  
 \*\*\*\*Classificação: omissão (1), ação (2), diferença de dose (3), diferença de via (4) diferença de frequência de uso (5) e/ou medicamento diferente (6); \*\*\*\*\* Classificação: Leves (1), Moderadas (2) ou Graves (3)  
 Admissão do participante: Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e Hora: \_\_\_\_ e Hora: \_\_\_\_ Conciliação: Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e Hora: \_\_\_\_ Pesquisador: \_\_\_\_\_

### III. Guia para a entrevista de coleta da melhor história possível de medicamentos (MHPM)

#### Pesquisa:

**Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro**

#### Guia para a Entrevista de Coleta da MHPM

##### Introdução da Entrevista

Olá, meu nome é **Diana Graça**, eu sou farmacêutica e funcionária do hospital e estudante de mestrado. Estou trabalhando para aprender sobre os medicamentos que as crianças usam em casa antes de vir para o hospital. Apresentar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

##### Questões da Entrevista

###### Sobre o Paciente

Ele (a) tem alergia a algum medicamento?  
 Se sim, o que acontece quando ele (a) usa o medicamento?  
 Quais medicamentos ele usa?  
 Ele usa medicamentos por conta própria, que não foram prescritos pelo médico? Quais?  
 Ele (a) toma alguma vitamina? Quais?  
 Ele (a) toma algum chá/ produto natural? Quais e pra que?  
 Ele (a) toma algum suplemento alimentar? Quais?  
 Ele (a) usa adesivos ou produtos de passar na pele? Quais?  
 Ele (a) tem medicamentos implantados? Quais?  
 Ele (a) usa algum medicamento em gotas para olho ou para os ouvidos? Quais?

###### Sobre cada medicamento

Qual é o nome do medicamento? (nome de marca ou genérico)  
 Quanto ele (a) usa? (dose, o número de comprimidos, cápsulas, e assim por diante)  
 O medicamento funcionou?  
 O medicamento causou algum problema? Qual?  
 Quantas vezes e quando ele (a) usa?  
 Quando foi a última vez que ele (a) usou?  
 Algum médico disse para ele (a) parar de tomar algum medicamento antes deste procedimento? (caso o paciente interne para fazer alguma cirurgia/ procedimento)  
 Algum tratamento com medicamento tem prazo para terminar? (antibióticos, corticóides)

###### Sobre medicamentos de uso quando necessário:

Quantas vezes ele (a) usa o medicamento?  
 Em que situação é necessário usar o medicamento?

##### Conclusão da Entrevista:

Você tem alguma coisa para acrescentar que não foi perguntado e que você ache importante falar?  
 Obrigada por disponibilizar seu tempo para falar comigo sobre os medicamentos que ele usa.

### IV. Formulário de conciliação medicamentosa da transferência interna (FCMTI)

**Pesquisa: Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro**

**Formulário de Conciliação Medicamentosa na Transferência Interna (FCMTI)**

Iniciais do Participante: \_\_\_\_\_ N° do Registro na pesquisa: \_\_\_\_\_ Diagnósticos de admissão e de base: \_\_\_\_\_

Enfermaria do participante: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Superfície Corporal: \_\_\_\_\_

Reação Adversa durante a internação: ( ) Não ( ) Sim. Qual (is): \_\_\_\_\_

Alergia durante a internação: ( ) Não ( ) Sim. Qual (is): \_\_\_\_\_



Tipo de Medicamento	Medicamento <small>nome, apresentação, forma farmacêutica, volume de preparação</small>	Dose usada <small>mg/mL/gotas</small>	Via de administração	Frequência de uso	PRESCRIÇÃO NA Transferência			ERRO US medication		INTERAÇÕES Medicamentosas		Resolução
					Sim/Não	Severidade	Classif**	Severidade	Classif**	Severidade	medicamentosa classif***	

\* Tipo: anterior à internação (1) ou posterior à internação (2); \*\* Classificação: intencional (1), intencional não documentada (2) ou não intencional (3); \*\*\*Classificação: omissão (1), ação (2), diferença de dose (3), diferença de via (4), diferença de frequência de uso (5) e/ou medicamento diferente (6); \*\*\*\* Classificação: Leves (1), Moderadas (2) ou Graves (3)

Transferência do participante : Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e Hora: \_\_\_\_\_ Conciliação: Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e Hora: \_\_\_\_\_ Pesquisador: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D – FORMULÁRIOS DESENVOLVIDOS, TRADUZIDOS,  
ADAPTADOS E AVALIADOS APÓS O ESTUDO PILOTO**

**I. Formulário de revisão de prontuário para auditoria clínica (FRPAC)**

Pesquisa: Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em participantes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro					
		Formulário de Revisão de Prontuário para Auditoria Clínica			
Iniciais do Participante: _____ Nº do Registro na pesquisa: _____ Enfermaria do participante: _____					
Diagnósticos de admissão e de base: _____					
Admissão: Data ____/____/____ e Hora: _____ Coleta da HPM: Data: ____/____/____ e Hora: _____					
Coleta da história primária de medicamentos em uso pelos participantes (NPM)					
Nº	Dado	Tipo			
1	Categoria profissional/ especialidade de quem fez a coleta da história do uso de medicamentos				
Nº	Dado	Número			
2	Número de medicamentos que o participante está usando antes da admissão (prescritos e isentos de prescrição)				
3	Informações registradas sobre medicamentos em uso pelo participante antes da internação:				
3.1	nome				
3.2	dose				
3.3	frequência de uso				
3.4	via de administração				
Nº	Dado	Marque			
4	Fonte de informação utilizada por quem fez a coleta história do uso de medicamentos prontuário do participante médico responsável registros da farmácia ambulatorial rótulos de frascos de medicamentos responsável/ acompanhante do participante	( NA ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( NA ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( NA ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	
5	Período de tempo após a admissão que foi realizada a coleta da história primária do uso de medicamentos <4h 4-8h 8-24h >24h	( NA ) ( ) ( ) ( ) ( )	( NA ) ( ) ( ) ( ) ( )	( NA ) ( ) ( ) ( ) ( )	
6	Parentesco do entrevistado mãe pai outros ausente	( NA ) ( ) ( ) ( ) ( )	( NA ) ( ) ( ) ( ) ( )	( NA ) ( ) ( ) ( ) ( )	
Nº	Dado	Sim/Não	Sim/Não	Sim/Não	
7	Foi registrado algum problema relacionado a medicamento (PRM)?				
7.1	Se sim, qual?				
Nº	Dado	Sim/Não	Sim/Não	Sim/Não	
8	Foi registrada alguma intervenção realizada junto ao participante?				
8.1	Se sim, qual?				
Revisão de Prontuário: Data: ____/____/____ e Hora: _____ Pesquisador: _____					

## II. Formulário de conciliação medicamentosa da admissão (FCMA)

Pesquisa: Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro

Formulário de Conciliação Medicamentosa na Admissão (FCMA)

Iniciais do Participante: \_\_\_\_\_ N° do Registro na pesquisa: \_\_\_\_\_ Diagnósticos de admissão e de base: \_\_\_\_\_

Enfermaria do participante: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Superfície Corporal: \_\_\_\_\_

Parentesco do entrevistado\*: na HPM: \_\_\_\_\_ na MHPM: \_\_\_\_\_ Nome/ telefone do médico responsável: \_\_\_\_\_

Reação Adversa anterior a internação: ( ) Não ( ) Sim. Qual (s): \_\_\_\_\_

Alergia anterior a internação: ( ) Não ( ) Sim. Qual (s): \_\_\_\_\_

Medicamento <small>nome, apresentação, forma farmacêutica, volume de prescrição</small>	Dose usada <small>mg/kg/dia</small>	Via	Frequência de uso	Data/ hora de uso antes da internação	Prescrição na Admissão	Discrepância				Interação Medicamentosa		Resolução
						Positiv*	Inteira**	Parcial**	Omissão**	Inteira****	Parcial****	
Medicamentos de Prescrição												
Medicamentos Isentos de Prescrição												

\* Prescrição: não, par, outros ou ausente; \*\*Forma: prescrita (1), Inteira (2), Médica (3), heciza (4) e/ou responsavel acompanhante (5); \*\*\* Classificação: Intencional (1), Intencional não documentada (2) ou não Intencional (3); \*\*\*\*Classificação: omissa (1); ação (2), diferença de dose (3), diferença de via (4) diferença de frequência de uso (5) e/ou medicamento diferente (6); \*\*\*\*\* Classificação: Leves (1), Moderadas (2) ou Graves (3); \*\*\*\*\* Significação: notificação (1, 2 e 3); não notificação (4 e 5).

Admissão do participante: Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e Hora: \_\_\_\_\_ Conciliação: Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e Hora: \_\_\_\_\_ Pesquisador: \_\_\_\_\_

### III. Guia para a entrevista de coleta da melhor história possível de medicamentos (MHPM)

#### Pesquisa:

## **Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro**

### **Guia para a Entrevista de Coleta da MHPM**

#### **Introdução da Entrevista**

Olá, meu nome é *Diana Graça*, eu sou farmacêutica e funcionária do hospital e estudante de mestrado. Estou trabalhando para aprender sobre os medicamentos que as crianças usam em casa antes de vir para o hospital. Apresentar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

#### **Questões da Entrevista**

##### **Sobre o Participante**

Vocês trouxeram medicamentos de casa? Posso vê-los?

Qual a data de nascimento, o peso, a altura, a superfície corporal dele?

Vocês passaram por entrevista sobre medicamentos? Qual a data e hora da entrevista?

O médico dele é da instituição? Qual o nome e o telefone contato do médico assistente?(se não for da instituição)

Ele (a) teve alguma problema com algum medicamento? Se sim, o que aconteceu quando ele (a) usou o medicamento?

Ele (a) tem alergia a algum medicamento? Se sim, o que aconteceu quando ele (a) usou o medicamento?

##### **Sobre cada medicamento**

##### **Sobre outros medicamentos**

Quais medicamentos ele usa?

Ele usa medicamentos por conta própria, que não foram prescritos pelo médico? Quais?

Qual é o nome do medicamento (nome de marca ou genérico), a apresentação, a forma farmacêutica e volume de preparação?

Ele (a) toma alguma vitamina? Quais?

Quanto ele (a) usa? (dose, o número de comprimidos, cápsulas, e assim por diante)

Ele (a) toma algum chá/ produto natural? Quais e pra que?

O medicamento funcionou?

Ele (a) toma algum suplemento alimentar? Quais?

O medicamento causou algum problema? Qual?

Ele (a) usa adesivos ou produtos de passar na pele? Quais?

Quantas vezes e quando ele (a) usa?

Ele (a) tem medicamentos implantados? Quais?

Quando foi a última vez que ele (a) usou?

Ele (a) usa algum medicamento em gotas para olho ou para os ouvidos? Quais?

Algum médico disse para ele (a) parar de tomar algum medicamento antes deste procedimento? (caso o participante interne para fazer alguma cirurgia/ procedimento)

Algum tratamento com medicamento tem prazo para terminar? (Antibióticos, corticóides)

##### **Sobre medicamentos de uso quando necessário:**

Quantas vezes ele (a) usa o medicamento?

Em que situação é necessário usar o medicamento?

##### **Conclusão da Entrevista:**

Você tem alguma coisa para acrescentar que não foi perguntado e que você ache importante falar?

Obrigada por disponibilizar seu tempo para falar comigo sobre os medicamentos que ele usa.

## IV. Formulário de conciliação medicamentosa da transferência interna (FCMTI)

**Pesquisa: Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro**

**Formulário de Conciliação Medicamentosa na Transferência Interna (FCMTI)**

Iniciais do Participante: \_\_\_\_\_ N° do Registro na pesquisa: \_\_\_\_\_ Diagnósticos de admissão e de base: \_\_\_\_\_

Enfermaria do participante: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Superfície Corporal: \_\_\_\_\_

Reação Adversa anterior a internação: ( ) Não ( ) Sim. Qual (is): \_\_\_\_\_

Alergia anterior a internação: ( ) Não ( ) Sim. Qual (is): \_\_\_\_\_

Tipo de Medicamento	Medicamento <small>nome, apresentação, forma farmacêutica, volume de prescrição</small>	Dose usada <small>mg/ml/g/ml/ml</small>	Via	Frequência de uso	Prescrito na Transferência				Discrepância				Interações Medicamentosas		Resolução	
					Swfite	Swfite	Clas <sup>***</sup>	Clas <sup>***</sup>	Swfite	medicamento listado <sup>****</sup> / não <sup>****</sup>						

\* Tipo: anterior à internação (1) ou posterior à internação (2); \*\* Classificação: intencional (1), intencional não documentada (2) ou não intencional (3); \*\*\*Classificação: omissão (1); ação (2), diferença de dose (3), diferença de via (4), diferença de frequência de uso (5) e/ou medicamento diferente (6); \*\*\*\* Classificação: Leves (1), Moderadas (2) ou Graves (3); \*\*\*\*\* Significância: notificáveis (1, 2 e 3); não notificáveis (4 e 5).

## APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO E ASSENTIMENTO ANTES DO ESTUDO PILOTO

### I. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

#### **Avaliação das discrepâncias na reconciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro**

##### **Roteiro:**

Prezado responsável pelo participante,

Seu (sua) filho (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **Avaliação das discrepâncias na reconciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro.**

Desenvolvida pela aluna **Diana Domingues da Camara Graça**, discente de mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. **Walter Vieira Mendes Junior**.

##### **Objetivo Central**

Objetivo Central do estudo é avaliar o processo de coleta, registro e conferência da história de medicamentos existente neste hospital, identificando e corrigindo diferenças que possam existir e verificando as características o que facilitam que estas diferenças ocorram.

##### **Por que está sendo convidado**

O convite para participação do (a) participante acontece porque todos os pacientes menores de 18 anos que estão sendo internados ou transferidos internamente no hospital estão sendo convidados a participar do estudo.

A participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

##### **Mecanismos para garantir o sigilo e privacidade**

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.



A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

### **Identificação do sujeito ao longo do trabalho**

Existe risco indireto de que o (a) participante seja identificado, pois os documentos preenchidos terão suas iniciais, a enfermaria em que ele (a) estava sendo admitido/ transferido e a data e hora da admissão/ transferência.

### **Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa**

A participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto.

Na entrevista você irá responder perguntas sobre os medicamentos que o (a) participante usa em casa, se ele (a) alergias a medicamentos e sobre as experiências passadas dele (a) com medicamentos.

Poderão ser verificadas informações sobre história de medicamentos do (a) participante: no prontuário médico dele (a), na prescrição médica dele (a), em dados administrativos do hospital e verificação de frascos de medicamentos dele (a) que você trouxe de casa.

Para que esta pesquisa seja completa a assinatura deste consentimento autorizará o acesso a todas estas informações.

### **Tempo de duração da entrevista/procedimento/experimento**

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 20 minutos.

### **Guarda dos dados e material coletados na pesquisa**

Os formulários de registro da entrevistas serão armazenados em arquivos físicos, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

### **Explicitar benefícios diretos (individuais ou coletivos) aos sujeitos da pesquisa**

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de você ajudar a identificar que aspectos da maneira como é coletada, registrada e conferida a história de medicamentos permitiriam melhorar da precisão das prescrições médicas de e cuidado dos pacientes pediátricos que são atendidos por este hospital.

### **Previsão de riscos ou desconfortos**

Existem alguns riscos relacionados a esta pesquisa:

Risco de constrangimento: você pode se sentir com vergonha de responder a alguma das perguntas, caso isto aconteça você pode me falar isto e mudaremos de pergunta.

Risco de dano físico: pode ser identificada uma diferença entre a história de medicamentos que você está me contando e a prescrição médica. Esta diferença poderia causar um dano, mas isto não vai ocorrer porque, todas as diferenças encontradas serão esclarecidas com o médico para que este possível dano não atinja ele (a).

### **Sobre divulgação dos resultados da pesquisa**

Os resultados poderão ser divulgados em palestras dirigidas ao público participante, artigos científicos publicados pela pesquisadora e na dissertação da pesquisadora.

**Vias do Termo de Consentimentos Livre Esclarecido**

Este Termo que este é redigido em duas vias sendo uma para o responsável pelo (a) participante e outra para a pesquisadora.

Todas as páginas do termo deverão ser rubricadas e a última deverá ser assinada pelo responsável pelo participante e pela pesquisadora.

**LOCAL E DATA**

---

Diana Domingues da Camara Graça  
ENSP/FIOCRUZ

**Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:**

**Tel:** (0XX) 21 - 9608-8450 ou (0XX) 21- 2554-1723

**e-mail:** diana.graca@iff.fiocruz.br

**Endereço:** Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ). Av. Rui Barbosa, 716 – Farmácia – Flamengo, Rio de Janeiro/RJ - CEP: 21041-210

**Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:**

Tel e Fax - (0XX) 21- 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Assinatura do responsável pelo participante

## II. Termo de assentimento

### TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **Avaliação das discrepâncias na reconciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro**. Seus pais permitiram que você participe.

Queremos saber como que a história de medicamentos existente neste hospital é coletada, registrada e conferida, identificando e corrigindo diferenças que possam existir e verificando as características o que facilitam que estas diferenças ocorram.

As crianças que irão participar dessa pesquisa têm abaixo de 18 anos de idade.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita nesta enfermaria, onde as crianças e seus pais serão entrevistados para responder perguntas sobre os medicamentos que você usa em casa, se você tem alergias a medicamentos e se você já sentiu alguma sensação ruim quando usou algum medicamento.

Para isso poderão ser verificadas informações sobre sua história de medicamentos no seu prontuário médico, na sua receita, em registros do hospital e fazendo a verificação de frascos de medicamentos que você trouxe de casa.

Esta maneira de coleta é considerada segura, mas é possível você pode se sentir com vergonha de responder a alguma das perguntas, caso isto aconteça você pode me falar isto e mudaremos de pergunta; e pode ser identificada uma diferença entre a história de medicamentos que você está me contando e a prescrição médica, esta diferença que poderia causar um dano, mas isto não vai ocorrer porque, todas as diferenças encontradas serão esclarecidas com o médico para que este possível dano não atinja você.

Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones:

**Pesquisadora:** Diana Domingues da Camara Graça

**Tel:** (0XX) 21 - 9608-8450 ou (0XX) 21- 2554-1723

**e-mail:** diana.graca@iff.fiocruz.br

Mas há coisas boas que podem acontecer: se você participar da pesquisa você vai poder ajudar a identificar como melhorar a coleta da história de medicamentos e o cuidado de outras crianças que vão ser atendidos por este hospital no futuro.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der.

Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram da pesquisa. Quando terminarmos a pesquisa os resultados poderão ser divulgados em palestras dirigidas a você e a outras crianças, artigos científicos publicados pela pesquisadora e na dissertação da pesquisadora.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar. Eu escrevi os telefones na parte de cima desse texto.

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa **Avaliação das discrepâncias na reconciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro**, que tem o objetivo de saber como que a história de medicamentos existente neste hospital é coletada, registrada e conferida, identificando e corrigindo diferenças que possam existir e verificando as características o que peritem que estas diferenças ocorram. Entendi as

coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do menor

---

Assinatura da pesquisadora

## APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO E ASSENTIMENTO APÓS O ESTUDO PILOTO

### I. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro**  
Iniciais do participante: \_\_\_\_\_ N° do Registro na pesquisa: \_\_\_\_\_

#### **Roteiro:**

Prezado responsável pelo participante,

Seu (sua) filho (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro.**

Desenvolvida pela aluna **Diana Domingues da Camara Graça**, discente de mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. **Walter Vieira Mendes Junior**.

#### **Objetivo Central**

Objetivo Central do estudo é avaliar o processo de coleta, registro e conferência da história de medicamentos existente neste hospital, identificando e corrigindo diferenças que possam existir e verificando as características o que facilitam que estas diferenças ocorram.

#### **Por que está sendo convidado**

O convite para participação do (a) participante acontece porque todos os pacientes menores de 18 anos que estão sendo internados ou transferidos internamente no hospital estão sendo convidados a participar do estudo.

A participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

#### **Mecanismos para garantir o sigilo e privacidade**

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

### **Identificação do sujeito ao longo do trabalho**

Existe risco indireto de que o (a) participante seja identificado, pois os documentos preenchidos terão suas iniciais, a enfermaria em que ele (a) estava sendo admitido/ transferido e a data e hora da admissão/ transferência.

### **Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa**

A participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto.

Na entrevista você irá responder perguntas sobre os medicamentos que o (a) participante usa em casa, se ele (a) alergias a medicamentos e sobre as experiências passadas dele (a) com medicamentos.

Poderão ser verificadas informações sobre história de medicamentos do (a) participante: no prontuário médico dele (a), na prescrição médica dele (a), em dados administrativos do hospital e verificação de frascos de medicamentos dele (a) que você trouxe de casa.

Para que esta pesquisa seja completa a assinatura deste consentimento autorizará o acesso a todas estas informações.

### **Tempo de duração da entrevista/procedimento/experimento**

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 20 minutos.

### **Guarda dos dados e material coletados na pesquisa**

Os formulários de registro da entrevistas serão armazenados em arquivos físicos, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

### **Explicitar benefícios diretos (individuais ou coletivos) aos sujeitos da pesquisa**

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de você ajudar a identificar que aspectos da maneira como é coletada, registrada e conferida a história de medicamentos permitiriam melhorar da precisão das prescrições médicas de e cuidado dos pacientes pediátricos que são atendidos por este hospital.

### **Previsão de riscos ou desconfortos**

Existem alguns riscos relacionados a esta pesquisa:

Risco de constrangimento: você pode se sentir com vergonha de responder a alguma das perguntas, caso isto aconteça você pode me falar isto e mudaremos de pergunta.

Risco de dano físico: pode ser identificada uma diferença entre a história de medicamentos que você está me contando e a prescrição médica. Esta diferença poderia causar um dano, mas isto não vai ocorrer porque, todas as diferenças encontradas serão esclarecidas com o médico para que este possível dano não atinja ele (a).

### **Sobre divulgação dos resultados da pesquisa**

Os resultados poderão ser divulgados em palestras dirigidas ao público participante, artigos científicos publicados pela pesquisadora e na dissertação da pesquisadora.

**Vias do Termo de Consentimentos Livre Esclarecido**

Este Termo que este é redigido em duas vias sendo uma para o responsável pelo (a) participante e outra para a pesquisadora.

Todas as páginas do termo deverão ser rubricadas e a última deverá ser assinada pelo responsável pelo participante e pela pesquisadora.

**LOCAL E DATA**

---

Diana Domingues da Camara Graça  
ENSP/FIOCRUZ

**Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:**

**Tel:** (0XX) 21 - 99608-8450 ou (0XX) 21- 2554-1723

**e-mail:** [diana.graca@iff.fiocruz.br](mailto:diana.graca@iff.fiocruz.br)

**Endereço:** Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ). Av. Rui Barbosa, 716 – Farmácia – Flamengo, Rio de Janeiro/RJ - CEP: 21041-210

**Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:**

Tel e Fax - (0XX) 21- 2598-2863

E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Declaro que entendi os objetivos e condições da participação de \_\_\_\_\_ na pesquisa e concordo em permitir sua participação.

---

Assinatura do responsável pelo participante

## II. Termo de assentimento

### TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR

Iniciais do participante: \_\_\_\_\_ N° do Registro na pesquisa: \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro**. Seus pais permitiram que você participe.

Queremos saber como que a história de medicamentos existente neste hospital é coletada, registrada e conferida, identificando e corrigindo diferenças que possam existir e verificando as características o que facilitam que estas diferenças ocorram.

As crianças que irão participar dessa pesquisa têm abaixo de 18 anos de idade.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita nesta enfermaria, onde as crianças e seus pais serão entrevistados para responder perguntas sobre os medicamentos que você usa em casa, se você tem alergias a medicamentos e se você já sentiu alguma sensação ruim quando usou algum medicamento.

Para isso poderão ser verificadas informações sobre sua história de medicamentos no seu prontuário médico, na sua receita, em registros do hospital e fazendo a verificação de frascos de medicamentos que você trouxe de casa.

Esta maneira de coleta é considerada segura, mas é possível você pode se sentir com vergonha de responder a alguma das perguntas, caso isto aconteça você pode me falar isto e mudaremos de pergunta; e pode ser identificada uma diferença entre a história de medicamentos que você está me contando e a prescrição médica, esta diferença que poderia causar um dano, mas isto não vai ocorrer porque, todas as diferenças encontradas serão esclarecidas com o médico para que este possível dano não atinja você.

Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones:

**Pesquisadora:** Diana Domingues da Camara Graça

**Tel:** (0XX) 21 - 99608-8450 ou (0XX) 21- 2554-1723

**e-mail:** [diana.graca@iff.fiocruz.br](mailto:diana.graca@iff.fiocruz.br)

Mas há coisas boas que podem acontecer: se você participar da pesquisa você vai poder ajudar a identificar como melhorar a coleta da história de medicamentos e o cuidado de outras crianças que vão ser atendidos por este hospital no futuro.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der.

Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram da pesquisa. Quando terminarmos a pesquisa os resultados poderão ser divulgados em palestras dirigidas a você a outras crianças, artigos científicos publicados pela pesquisadora e na dissertação da pesquisadora.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar. Eu escrevi os telefones na parte de cima desse texto.

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa **Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro**, que tem o objetivo de saber como que a história de medicamentos existente neste hospital é



coletada, registrada e conferida, identificando e corrigindo diferenças que possam existir e verificando as características o que permitem que estas diferenças ocorram. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do menor

---

Assinatura da pesquisadora

## APÊNDICE G – FORMULÁRIOS CRIADOS APÓS O ESTUDO PILOTO

### I. Formulário etapas



**Pesquisa:**  
**Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em  
pacientes pediátricos em um hospital público especializado  
no Estado do Rio de Janeiro**  
**Etapas:**









1. Levantar os participantes que passaram por transição de cuidado;
2. Ir à enfermaria para convidar o participante para a pesquisa;
3. Explicar que vai fazer uma pesquisa e perguntar se ele está usando medicamentos;
4. Apresentar o TCLE;
5. Perguntar a idade do participante;
6. Apresentar o Termo de assentimento para participante acima de 10 anos e capazes de entender e assinar o termo;
7. Verificar no prontuário:
  - a. Dados do participante para preencher o Formulário de auditoria;
  - b. Se existe data de nascimento, peso, altura, SC;
  - c. Se existe registro de hora de admissão/entrevista;
8. Entrevistar a mãe:
  - a. Seguir o guia de entrevista;
9. Preencher as informações sobre discrepâncias;
10. Verificar doses, frequência de uso dos medicamentos coletados. Verificar Interações medicamentosas entre os medicamentos coletados e todos os medicamentos da prescrição inicial;
11. Se a história de medicação ainda não estiver clara (por exemplo, suspeita de diferenças entre o que o paciente deve usar e o que eles realmente usam), entre em contato com o médico responsável e / ou solicite para a família trazer os frascos de medicamentos de casa;
12. Fazer a intervenção com o médico;
13. Fazer a conciliação medicamentosa para um participante de cada vez.







## APÊNDICE H – FORMULÁRIOS DE ACONSELHAMENTO DE ALTA DO PARTICIPANTE

		<b>SERVIÇO DE FARMÁCIA</b> <b>FARMÁCIA CLÍNICA</b> <b>ORIENTAÇÃO AO PACIENTE</b>									
Nome do Paciente:			Nº do Prontuário:			Enfermaria:		Data de Nascimento:		Sexo:	
Período	Hora	Dias	Medicamento <small>nome, apresentação, forma farmacêutica, volume de preparação</small>	Dose usada <small>mg/ml, gotas</small>	Modo de Usar	Refeições		Data para Terminar	Modo de Guardar		
						Sim	Não				
											
											
											
											
											
											

Observação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Farmacêutico Clínico: \_\_\_\_\_

**FIXAR EM LUGAR VISÍVEL JUNTO DOS SEUS MEDICAMENTOS, LONGE DO ALCANCE DA CRIANÇAS, EM LOCAL VENTILADO E SECO.**

IFF - Av. Rui Barbosa, nº 715 - 2ª Andar, Rio de Janeiro, RJ, Tel.: 2554-1723 / 2554-1823

## APÊNDICE I – PAINEL DE ESPECIALISTAS

O painel de especialistas adaptou para o contexto de hospitais brasileiros os instrumentos de conciliação medicamentosa desenvolvidos e traduzidos para captar informações nos prontuários, para medir e avaliar as discrepâncias e interações medicamentosas identificadas na admissão hospitalar e na transferência interna.

Foram adaptados os instrumentos desenvolvidos e traduzidos: formulário de revisão de prontuário para auditoria clínica (FRPAC), formulário de conciliação medicamentosa da admissão (FCMA), guia para a entrevista de coleta para a obtenção da melhor história possível de medicamentos (MHPM) e formulário de conciliação medicamentosa da transferência interna (FCMTI) (APÊNDICE B).

### I. Caracterização dos participantes do painel de especialistas

O painel de especialistas foi composto de quatro participantes que completaram as duas etapas do painel. Na primeira etapa eles responderam via endereço eletrônico ao instrumento “painel de especialistas” e compareceram à segunda etapa do painel – reunião de consenso.

Dos participantes do painel três (75,0%) foram do sexo feminino e um (25,0%) do sexo masculino. Os participantes tinham uma média de idade de 38,5 anos, com uma variação de idade entre 33 e 44 anos (Tabela 21).

Todos os participantes do painel tinham graduação em farmácia, dentre os quais, três tinham o título de mestrado (75,0%) e um (25,0%) de doutorado (Tabela 21).

Todos os participantes do painel tinham experiência profissional em serviços hospitalares e três (75,0%) deles em ensino. O tempo de experiência profissional apresentou uma variação entre oito e 24 anos, com uma média de 16 anos (Tabela 21)

No que diz respeito a atuação profissional, três (75,0%) dos participantes do painel atuaram na área de segurança do paciente e todos eles desenvolveram alguma atividade clínica junto ao paciente.

Das atividades clínicas desenvolvidas pelos participantes do painel, três (75,0%) foram na área de farmácia clínica, dois (50,0%) desenvolveram suas funções clínicas com pacientes pediátricos e seus acompanhantes, e um (25,0%) participou da implantação da conciliação medicamentosa em seu serviço (Tabela 21).

**Tabela 21. Caracterização dos participantes do painel de especialistas**

Característica dos participantes do painel	N	%
--	---	---

Sexo		
Feminino	3	75
Masculino	1	25
Idade em anos, média (faixa)	38,5(33-44)	
Formação		
Mestrado	4	100
Doutorado	1	25
Experiência profissional		
Serviços Hospitalares	4	100
Ensino	3	75
Tempo experiência profissional, média (faixa)	16(8-24)	
Atuação profissional		
Segurança do Paciente	3	75
Funções Clínicas Hospitalares	4	100
Atenção Farmacêutica	1	25
Farmácia Clínica	3	75
Conciliação Medicamentosa	1	25
Pesquisa Clínica	1	25
Farmacovigilância	2	50
Atuação em pediatria	2	50

## II. Resultados do painel de especialistas

### A. Resultados das respostas ao instrumento do painel de especialistas

Na adaptação externa dos instrumentos desenvolvidos para a pesquisa cada um dos quatro participantes do painel analisou um total de 236 quesitos para 85 itens presentes nos instrumentos.

Para os quesitos “Boa maneira de abordagem inicial” e “Compatível com abordagem inicial”, foram obtidas quatro respostas dos itens presentes nos instrumentos, o quesito “Importante para conciliação medicamentosa” 336 respostas, já o quesito “Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos” 304 respostas e o quesito “Linguagem clara e terminologia correta” 296 respostas dos itens presentes nos instrumentos. O total de respostas obtidas no painel de especialistas foi de 944 (Tabela 22).

A média de pontuação obtida pelas respostas dos participantes foi de 4,43 (desvio padrão, DP = 1,15), acima da média estipulada de 3,25, que era considerada necessária para aprovação dos itens (Tabela 22).

**Tabela 22. Média de pontuação obtida nas respostas da primeira etapa do painel de especialistas**

Pontuação/ Quesito	Boa maneira de abordagem inicial	Compatível com abordagem inicial	Importante para conciliação medicamentosa	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	Linguagem clara e terminologia correta	Todos
N	4	4	336	304	296	944
Média	3,50	3,75	4,64	4,38	4,28	4.43
Desvio padrão	1,29	0,96	0,96	1,05	1,39	1,15



O instrumento para dúvidas e sugestões que foi amplamente utilizado pelos participantes para tal. Foram registradas 13 (3,8%) dúvidas e 33 (9,7%) sugestões para a amostra de 340 registros (Tabela 23).

**Tabela 23. Número e percentual de dúvidas e sugestões registradas entre todas as respostas da primeira etapa do painel de especialistas**

Respostas/ Registros	Dúvidas		Sugestões	
	N	%	N	%
Não	327	96,2	307	90,3
Sim	13,0	3,8	33,0	9,7
Total	340	100,0	340	100,0

Foi testada a correlação entre o registro de dúvidas e sugestões (valor = 1) e baixos valores de pontuação obtidos para cada item (valores = 1 e 2) e a ausência de respostas pelos participantes, ou seja, itens que os participantes não pontuaram entre 1 e 5 (Valor = 0).

Para as dúvidas registradas a correlação foi significativa para todos os quesitos ( $p < 0,000$ ), exceto para o quesito “Compatível com abordagem inicial”, para o qual não foi registrada nenhuma dúvida pelos participantes. Já para o registro de sugestões o único quesito que significativo ( $p < 0,000$ ) foi a “Linguagem clara e terminologia correta” (Tabela 24).

**Tabela 24. Correlação entre registro de dúvidas e sugestões e baixos valores de pontuação obtidos pelas respostas ou ausência de respostas na primeira etapa do painel de especialistas**

Quesito/ Registros	Dúvidas		Sugestões	
	Correlação de Pearson	$\alpha$ (2 extremidades)	Correlação de Pearson	$\alpha$ (2 extremidades)
Boa maneira de abordagem inicial	. <sup>a</sup> *	0,000	-0,408	0,495
Compatível com abordagem inicial	. <sup>a</sup>	.	. <sup>a</sup>	.
Importante para conciliação medicamentosa	-0,304**	0,000	-0,075	0,169
Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	-0,225**	0,000	0,003	0,956
Linguagem clara e terminologia correta	-0,229**	0,000	-0,350**	0,000

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

\*A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

a. Não é possível calcular porque pelo menos uma das variáveis é constante.

## B. Resultados das respostas sobre o formulário de revisão de prontuário para auditoria clínica (FRPAC)

Na adaptação do formulário de revisão de prontuário para auditoria clínica (FRPAC) foram analisados dez itens. O quesito “Importante para conciliação medicamentosa” foi analisado para dez itens (40 respostas), o quesito “Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos” foi analisado para oito itens (32 respostas) e o quesito “Linguagem clara e terminologia correta” foi analisado para sete dos itens (28 respostas).

Para o FRPAC foram registradas sete sugestões (17,5%) e duas dúvidas (5,0%).

O quesito que foi mais mal avaliado foi “Linguagem clara e terminologia correta” que recebeu sete respostas provavelmente não (25,0%) e para dois dos itens não houve resposta. O quesito mais bem avaliado foi “Importante para conciliação medicamentosa” que obteve 34 (35,0%) respostas definitivamente sim (Tabela 25).

**Tabela 25. Pontuações obtidas para os itens presentes no formulário de revisão de prontuário para auditoria clínica (FRPAC)**

Resposta/ Quesito	Importante para conciliação medicamentosa		Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos		Linguagem clara e terminologia correta	
	N	%	N	%	N	%
Não respondido					2	7,1
Definitivamente não	1	2,5				
Provavelmente não			2	6,3	7	25,0
Provavelmente sim	2	2,5	2	6,3	1	3,6
Muito provavelmente sim	3	7,5	6	18,8	5	17,9
Definitivamente sim	34	85,0	22	68,8	13	46,6
Total	40	100	32	100	28	100

A menor média de pontuação obtida para o FRPAC foi de 2,25 para o item “Número de medicamentos o paciente está usando antes da admissão” no quesito “Linguagem clara e terminologia correta”, sendo considerado reprovado, pois obteve pontuação abaixo de 3,25. Outro item reprovado foi “Diagnóstico do paciente internado” também no quesito “Linguagem clara e terminologia correta”, pois obteve média de pontuação 3,25 (Quadro 10).

O item que obteve a escala de pontuação mais baixa 1 (equivalente ao critério definitivamente não) foi “Enfermaria em que está internado o paciente” no quesito importante para conciliação medicamentosa (Quadro 10). Todos os demais itens receberam ao menos uma pontuação 2 (equivalente ao critério provavelmente não).

**Quadro 10. Itens do formulário de revisão de prontuário para auditoria clínica (FRPAC) que obtiveram média abaixo de 3,25 e escores de pontuação menores ou iguais a 2**

Item	Quesito de verificação	A*1	A*2	A*3	A*4	Média
Enfermaria em que está internado o paciente	Importante para conciliação medicamentosa	1	5	3	5	3,50
Diagnóstico do paciente internado	Linguagem clara e terminologia correta	4	2	2	5	3,25
Número de medicamentos o paciente está usando antes da admissão	Linguagem clara e terminologia correta	0	2	2	5	2,25
Informações sobre medicamentos em uso pelo paciente antes da internação (nome, dose, posologia e via de administração)	Linguagem clara e terminologia correta	0	2	5	5	3,00
Fonte de informação utilizada por quem fez a coleta história primária/ básica/ anamnese do uso de medicamentos (prontuário do paciente internado, médico de cuidados primários, registros da farmácia ambulatorial ou rótulos de frascos de medicamentos)	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	3	2	5	5	3,75
Período de tempo após a admissão que foi realizada a coleta da história primária/ básica/ anamnese do uso de medicamentos (<4h, 4-8h, 8-24h ou >24h)	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	5	2	4	5	4
Registro de algum problema relacionado a medicamento, caso exista descrever como a informação foi registrada	Linguagem clara e terminologia correta	2	2	5	5	3,5

A\* = Avaliador.

**C. Resultados das respostas sobre o Formulário de Conciliação Medicamentosa na Admissão (FCMA)**

Na adaptação externa do formulário de conciliação medicamentosa na admissão (FCMA) os participantes analisaram 23 itens. O quesito “Importante para conciliação medicamentosa” foi analisado em 23 dos itens (92 respostas), o quesito “Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos” foi analisado em 20 dos itens (80 respostas) e o quesito “Linguagem clara e terminologia correta” foi analisado em 19 dos itens (76 respostas).

Foram registradas seis sugestões (6,5%) e quatro dúvidas (4,6%) para o FCMA.

O quesito “Linguagem clara e terminologia correta” teve a pior avaliação cinco (6,6%) “provavelmente não” e duas (2,6%) respostas “definitivamente não” e também teve a melhor avaliação com 65 (85,5%) “definitivamente sim” (Tabela 26).

**Tabela 26. Pontuações obtidas para os itens presentes no formulário de conciliação medicamentosa na admissão (FCMA)**

Respostas/ Quesitos	Importante para conciliação medicamentosa		Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos		Linguagem clara e terminologia correta	
	N	%	N	%	N	%
Não respondido	2	2,2				

Definitivamente não	1	1,1	1	1,3	2	2,6
Provavelmente não	4	4,3	2	2,5	5	6,6
Provavelmente sim	1	1,1	12	15	3	3,9
Muito provavelmente sim	6	6,5	8	10	1	1,3
Definitivamente sim	78	84,8	57	71,3	65	85,5
Total	92	100,0	80	100	76	100,0

A menor média de pontuação obtida para FCMA foi 3,25 para o item “Nome e contato do médico de cuidados primário do paciente internado” no “quesito pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos”, sendo considerado reprovado (Quadro 11).

Vários itens obtiveram a pontuação mais baixa 1 (equivalente ao critério “definitivamente não”), entre eles: “Horário da última tomada medicamentos em uso pelo paciente antes da internação” no “quesito Linguagem clara e terminologia correta” e “Indicação dos medicamentos em uso pelo paciente antes da internação” nos três quesitos pesquisados. Todos os demais itens receberam ao menos uma pontuação 2 (equivalente ao critério “provavelmente não”) (Quadro 11).

**Quadro 11. Itens do formulário de conciliação medicamentosa na admissão (FCMA) que obtiveram média abaixo de 3,25 e escores de pontuação menores ou iguais a 2**

Item	Quesito de verificação	A*1	A*2	A*3	A*4	Média
Enfermaria em que o paciente está internado	Importante para conciliação medicamentosa	2	5	3	5	3,75
Nome/ parentesco, em relação ao paciente internado, do entrevistado na coleta da história primária/ básica ou anamnese do uso de medicamentos	Importante para conciliação medicamentosa	2	5	4	5	4,00
	Linguagem clara e terminologia correta	3	2	5	5	3,75
Nome/ parentesco, em relação ao paciente internado, do entrevistado na coleta da melhor história possível de medicamentos (MHPM) do uso de medicamentos (coleta da história do uso de medicamentos atual)	Importante para conciliação medicamentosa	2	5	4	5	4,00
	Linguagem clara e terminologia correta	2	2	5	5	3,50
Nome e contato do médico de cuidados primário do paciente internado	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	3	2	3	5	3,25
	Linguagem clara e terminologia correta	2	5	5	5	4,25
Nome, apresentação, forma farmacêutica, volume de reconstituição dos medicamentos em uso pelo paciente antes da internação	Linguagem clara e terminologia correta	5	5	2	5	4,25
Horário da última tomada medicamentos em uso pelo paciente antes da internação	Linguagem clara e terminologia correta	5	5	1	5	4,00
Indicação dos medicamentos em uso pelo paciente antes da internação	Importante para conciliação medicamentosa	5	5	1	5	4,00
	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	5	3	1	5	3,50
	Linguagem clara e terminologia correta	5	3	1	5	3,50
A pesquisadora irá julgar e registrar a classificação das interações medicamentosas existentes entre os medicamentos prescritos (leves moderadas ou graves)	Importante para conciliação medicamentosa	5	5	2	5	4,25
	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	5	5	2	5	4,25

A\* = Avaliador

#### D. Resultados das respostas sobre o guia de entrevista

O guia de entrevista foi o instrumento que tinha o maior número de quesitos, com 33 itens. Os quesitos “Boa maneira de abordagem inicial” e “Compatível com abordagem inicial” foram analisados em um item (quatro respostas). Já o quesito “Importante para a conciliação”, “Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos” e “Linguagem clara e terminologia correta”, foram analisados para os 32 itens restantes (128 respostas).

No guia de entrevista foram registradas 18 sugestões (13,6%) e cinco dúvidas (3,8%).

O quesito linguagem clara e terminologia correta obteve a pior avaliação com a maior quantidade de respostas “provavelmente não” 15 (11,7%) e para 10 itens não houve resposta. O quesito que importante para conciliação medicamentosa teve as melhores pontuações 99 (77,3%) “definitivamente sim (Tabela 27).

**Tabela 27. Pontuações obtidas para o texto e os itens presentes no guia de entrevista**

Respostas/ Quesitos	Boa maneira de abordagem inicial		Compatível com abordagem inicial		Importante para conciliação medicamentosa		Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos		Linguagem clara e terminologia correta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não respondido					2	1,6	3	2,3	10	7,8
Definitivamente não										
Provavelmente não	1	25,0			12	9,4	10	7,6	15	11,7
Provavelmente sim	1	25,0	2	50,0	6	4,7	17	13,3	9	7,0
Muito provavelmente sim	1	25,0	1	25,0	9	7,0	21	16,4	12	9,4
Definitivamente sim	1	25,0	1	25,0	99	77,3	77	60,2	82	64,1
Total	4	100,0	4	100,0	128	100,0	128	100,0	128	100,0

A menor média de pontuação obtida para o guia de entrevista foi de 1,75 para o item “Ele (a) usa medicamentos que não precisam de prescrição (exemplos: aspirina, antialérgicos)?” no quesito “Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos”. No quesito “Linguagem clara e terminologia correta” um texto de apresentação descrito no guia de entrevista obteve média de pontuação de 2,50 e o item “O que leva ele (a) a precisar usar?” e obteve média de pontuação de 2,75 e também foram considerados reprovados, pois obtiveram média de pontuação abaixo de 3,25 (Quadro 12).

Outros três itens foram considerados reprovados por terem obtido média de pontuação igual a 3,25: o item “Como ele (a) reagiu?” no quesito “Linguagem clara e terminologia correta”; o item “Ele (a) usa medicamentos que não precisam de prescrição (exemplos: aspirina, antialérgicos)?” e o item “Ele (a) usa medicamentos que precisam de prescrição (exemplos: inaladores, insulina)?”, ambos no quesito “Importante para conciliação medicamentosa” (Quadro 12).

Todos os itens receberam ao menos uma pontuação 2 (equivalente ao critério “provavelmente não”) (Quadro 12).

**Quadro 12. Itens do guia de entrevista que obtiveram média abaixo de 3,25 e escores de pontuação menores ou iguais a 2**

Item	Quesito de verificação	A*1	A*2	A*3	A*4	Média
Olá meu nome é	Boa maneira de abordagem inicial	3	5	2	4	3,50
	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	4	4	2		2,50
	Linguagem clara e terminologia correta	5	5	2	5	4,25
Ele (a) usa medicamentos que precisam de prescrição (exemplos: inaladores, insulina)?	Importante para conciliação medicamentosa	5	5	2		3,25
	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	5	5	2		3,00
	Linguagem clara e terminologia correta	5	5	2		3,00
Ele (a) usa medicamentos que não precisam de prescrição (exemplos: aspirina, antialérgicos)?	Importante para conciliação medicamentosa	5	5	2		3,25
	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos		5	2		1,75
	Linguagem clara e terminologia correta	5	5	2		3,00
Ele (a) toma alguma vitamina ou mineral?	Linguagem clara e terminologia correta	2	5	5		3,00
Ele (a) toma algum suplemento alimentar?	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	5	5	2	5	4,25
	Linguagem clara e terminologia correta	5	5	2		3,00
Ele (a) usa adesivos ou produtos de passar na pele?	Linguagem clara e terminologia correta	2	5	5	5	4,25
Como ele (a) reagiu?	Importante para conciliação medicamentosa	5	2	2	5	5,00
	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	5	2	3	5	3,75
	Linguagem clara e terminologia correta	4	2	2	5	3,25
Quantas vezes e quando ele (a) usa?	Linguagem clara e terminologia correta	5	2	5	5	4,25
Alguém disse para ele (a) parar de tomar algum medicamento antes deste procedimento? (sim, quando eu pergunto para o acompanhante eu quero saber dele/dela o paciente)	Importante para conciliação medicamentosa	5	2	2	5	3,50
	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	5	2	3	5	3,75
	Linguagem clara e terminologia correta	5	2	3	5	3,75
Algum medicamento que ele (a) esteja tomando que tem uma data para acabar (antibióticos, corticóides)?	Linguagem clara e terminologia correta	5	2	2	5	3,50
O que leva ele (a) a precisar usar?	Importante para conciliação medicamentosa	4	5	2	5	4,00
	Linguagem clara e terminologia correta	3	5	3		2,75
Você tem alguma dúvida?	Importante para conciliação medicamentosa	5	2	3	5	3,75
	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	5	2	3	5	3,75
	Linguagem clara e terminologia correta	4	2	4	5	3,75
Utilize perguntas abertas (o quê, como, por que, quando) em equilíbrio com perguntas sim / não.	Importante para conciliação medicamentosa	5	2	3	5	3,75
	Pertinente para acompanhantes pacientes	5	2	3	5	3,75

	pediátricos					
	Linguagem clara e terminologia correta	5	2	4	5	4,00
Use perguntas sem viés que não levem o paciente a responder algo que não pode ser verdade	Importante para conciliação medicamentosa	5	2	5	5	4,25
	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	5	2	5	5	4,25
Prossiga com questões não esclarecidas até que sejam esclarecidas	Importante para conciliação medicamentosa	5	2	5	5	4,25
	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	5	2	5	5	4,25
Faça perguntas simples, evitar o uso de jargão médico, e sempre convidar o paciente a fazer perguntas	Importante para conciliação medicamentosa	5	2	5	5	4,25
	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	5	2	4	5	4,00

#...*Diana Graça* Eu sou uma funcionária do hospital estudante de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Eu estou trabalhando em um estudo com a autorização do diretor do Hospital *Carlos Maciel*, da chefe da Farmácia *Deborah Ribeiro* e da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, para aprender sobre os medicamentos que as crianças usam em casa antes de vir para o hospital. Seria tudo bem pra você se eu gastar cerca de 20 minutos do seu tempo para conversar com você para saber mais sobre os remédios que seu filho (a) toma em casa, as alergias dele (a) a certos medicamentos e sobre as experiências passadas por ele (a) com medicamento.

A\* = Avaliador.

### E. Resultados das respostas sobre o Formulário de Conciliação Medicamentosa na Transferência Interna (FCMTI)

Na adaptação externa do formulário de conciliação medicamentosa na transferência interna (FCMTI) foram analisados 19 itens. O quesito “Importante para conciliação medicamentosa” foi analisado para 19 dos itens (76 respostas), o quesito “Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos” foi analisado para 16 dos itens (64 respostas) e o quesito “Linguagem clara e terminologia correta” foi analisado para 16 dos itens (64 respostas).

Para o FCMTI foi registrado o mesmo número de sugestões e dúvidas – duas (2,6%) para cada um.

O quesito que foi mais mal avaliado foi “Linguagem clara e terminologia correta” que obteve três respostas “provavelmente não” (25,0%) e não as obteve para dois dos itens. O quesito mais bem avaliado foi “Importante para conciliação medicamentosa” que teve 72 (94,7%) respostas definitivamente sim (Tabela 28).

**Tabela 28. Pontuações obtidas para os itens presentes no formulário de conciliação medicamentosa na transferência interna (FCMTI)**

Respostas/ Quesitos	Importante para conciliação medicamentosa		Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos		Linguagem clara e terminologia correta	
	N	%	N	%	N	%
Não respondido			1	1,6	2	3,1
Definitivamente não						
Provavelmente não	2	2,6	2	3,1	3	4,7
Provavelmente sim	1	1,3	6	9,4		

Muito provavelmente sim	1	1,3	6	9,4	1	1,6
Definitivamente sim	72	94,7	49	76,6	58	90,6
Total	76	100,0	64	100,0	64	100,0

Nenhum item obteve média de pontuação abaixo de 3,25, não sendo considerados reprovados. Todos os itens presentes no Quadro 12 receberam ao menos uma pontuação 2 (equivalente ao critério “provavelmente não”) (Quadro 13).

**Quadro 13. Itens do formulário de conciliação medicamentosa na transferência interna (FCMTI) que obtiveram média abaixo de 3,25 e escores de pontuação menores ou iguais a 2**

Item	Quesito de verificação	A*1	A*2	A*3	A*4	Média
Reações adversas e alergias relacionadas a medicamentos em uso pelo paciente durante a internação	Linguagem clara e terminologia correta	5	2	5	5	4,25
Posologia dos medicamentos em uso pelo paciente internado	Linguagem clara e terminologia correta	5	2	5	5	4,25
Indicação dos medicamentos em uso pelo paciente internado	Importante para conciliação medicamentosa	5	5	2	5	4,25
	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	5	5	2	5	4,25
	Linguagem clara e terminologia correta	5	5	2	5	4,25
A pesquisadora irá julgar e registrar a classificação das interações medicamentosas existentes entre os medicamentos prescritos (leves, moderadas ou graves)	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	5	5	3	0	3,25
	Importante para conciliação medicamentosa	5	5	2	5	4,25
	Pertinente para acompanhantes pacientes pediátricos	5	5	2	5	4,25

A\* = Avaliador.

### III. Resultados da reunião de consenso do painel de especialistas

A segunda etapa do painel de especialistas, realizada em fevereiro de 2014, foi uma reunião de consenso em que estiveram presentes os quatro participantes do painel. Nesta reunião foram apresentadas todas as respostas dadas pelos participantes do painel na etapa um.

Todos os itens da primeira etapa do painel em que se obteve uma média de pontuação menor ou igual a 3,25, em que o item recebeu ao menos uma pontuação menor ou igual a 2, em que ocorreu uma ausência de resposta e/ou houve o registro de uma dúvida ou sugestão foram discutidos até obtenção de consenso.

#### A. Itens modificados após a reunião de consenso

##### i. Itens modificados após a reunião de consenso e comuns a pelo menos dois instrumentos

Dentre os itens presentes ao menos dois instrumentos foram modificados após a discussão na reunião de consenso, pode-se citar:



O item “Diagnóstico do paciente internado” – presente nos instrumentos FRPAC, FCMA e FCMTI – obteve baixa pontuação (Quadro 10, Quadro 11 e Quadro 13), uma dúvida “Qual o diagnóstico de interesse – o de admissão ou o de alta?” e uma sugestão “Diagnóstico de base do paciente e o motivo da internação”. Foi proposto um novo texto “Diagnóstico do paciente internado (de base e de admissão)” para todos os instrumentos.

Os itens “Informações sobre medicamentos em uso pelo paciente antes da internação (nome, dose, posologia e via de administração)” e “Posologia dos medicamentos em uso pelo paciente internado”, presentes nos instrumentos FRPAC e FCMTI respectivamente, obtiveram baixa pontuação e uma não resposta de um dos participantes (Quadro 10 e Quadro 13). Foi proposta uma mudança na palavra posologia para frequência de uso nos formulários FRPAC, FCMA e FCMTI. Foi considerado que posologia é composta de todas as informações (nome, dose, posologia e via de administração) e o item que se queria obter era frequência de uso.

O item “Fonte de informação utilizada por quem fez a coleta história primária/básica/anamnese do uso de medicamentos (prontuário do paciente internado, médico de cuidados primários, registros da farmácia ambulatorial ou rótulos de frascos de medicamentos)”, presente no instrumento FRPAC, obteve baixa pontuação (Quadro 10). Foi proposto incluir responsável/acompanhante do participante nos instrumentos FRPAC, FCMA e FCMTI.

O item “Nome, apresentação, forma farmacêutica, volume de reconstituição dos medicamentos em uso pelo paciente antes da internação”, presente no FCMA, obteve baixas pontuações (Quadro 11). Foi proposto mudar para volume de preparação nos instrumentos FCMA e FCMTI.

O item “Dose dos medicamentos em uso pelo paciente antes da internação”, presente nos instrumentos FCMA e FCMTI (Quadro 11 e Quadro 13), foi modificado de “Dose” para “Dose usada”. A dose seria registrada por horário e a dose de 24 poderia ser calculada com a informação de frequência.

## **ii. Itens modificados após a reunião de consenso e presentes em somente um instrumento**

No FRPAC:

O item “Registro de algum problema relacionado a medicamento (PRM), caso exista descrever como a informação foi registrada” obteve baixa pontuação e uma não

resposta (Quadro 10). Foi proposto usar “Se sim, qual?” no lugar de “Se sim, como a informação foi registrada?”.

Faltou colocar no instrumento do painel o item “Realizada alguma intervenção?”: Foi proposto e aprovado usar “Foi registrada alguma intervenção realizada junto ao participante?” no lugar de “Realizada alguma intervenção?” e “Se sim, qual?” no lugar de “Se sim, como a informação foi registrada?”.

No FCMA:

O item “Nome/parentesco, em relação ao paciente internado, do entrevistado na coleta da história primária/básica ou anamnese do uso de medicamentos” e “Nome/parentesco, em relação ao paciente internado, do entrevistado na coleta da melhor história possível de medicamentos (MHPM) do uso de medicamentos (coleta da história do uso de medicamentos atual)”, obtiveram baixa pontuação (Quadro 11) e foi levantada uma sugestão “Deve ter orientação no treinamento de quem for coletar os dados”. Foi proposto melhorar a linguagem e usar “Parentesco do entrevistado” e de colocar um campo de observação com os parentescos possíveis.

O item “Nome e contato do médico de cuidados primário do paciente internado (para contatar em caso de dúvidas)” obteve baixa pontuação (Quadro 11). Foi proposto usar o texto nome/telefone do médico responsável.

O item “Horário da última tomada medicamentos em uso pelo paciente antes da internação”. Obteve baixa pontuação (Quadro 11). Foi discutido que o termo “dose da última tomada” pode influenciar o paciente a falar somente sobre os medicamentos orais. Foi definido usar após consenso “Data/hora do uso antes da internação”.

No guia de entrevista:

O texto de abordagem inicial “Olá, meu nome é Diana Graça Eu sou uma funcionária...” obteve baixa pontuação e uma não resposta de um dos participantes (Quadro 12). Como já seria feita a apresentação no TCLE o texto de apresentação deveria ficar mais curto “Olá, meu nome é Diana Graça, eu sou farmacêutica e funcionária do hospital e estudante de mestrado. Estou trabalhando para aprender sobre os medicamentos que as crianças usam em casa antes de vir para o hospital. Apresentar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)”.

Os itens “Ele (a) usa medicamentos que precisam de prescrição (exemplos: inaladores, insulina)?” e “Ele (a) usa medicamentos que não precisam de prescrição (exemplos: aspirina, antialérgicos)?” obtiveram baixa pontuação e uma não resposta de um dos participantes (Quadro 12). Foi levantada uma dúvida “Sendo na transição do

cuidado, em um hospital, todos os medicamentos prescritos necessitam de receita”. Foi questionado se a pergunta poderia confundir o participante, pois ele não poderia saber se precisa de prescrição. Ficou definido usar no lugar do primeiro item “Quais medicamentos ele usa?” e no lugar do segundo item “Ele usa medicamentos por conta própria, que não foram prescritos pelo médico? Quais?”

O item “Ele (a) toma alguma vitamina ou mineral?” obteve baixa pontuação e uma não resposta de um dos participantes (Quadro 12). O uso do termo “mineral” poderia confundir o respondente. Por isso foi proposto retirar esse termo e completar o item com “Qual?” O novo item após consenso ficou “Ele (a) toma alguma vitamina? Quais?”:

Os itens, “Ele (a) toma algum suplemento alimentar?”, “Ele (a) usa adesivos ou produtos de passar na pele?” e “Ele (a) tem medicamentos implantados?” obtiveram baixa pontuação e uma não resposta de um dos participantes (Quadro 12). Foi proposto completar o item com “Qual?” para estes e para o item “Ele (a) usa algum medicamento em gotas para olho ou para os ouvidos?”.

O item “Ele (a) toma alguma erva/ produto natural?” não obteve resposta de um dos participantes no quesito “Linguagem clara e terminologia correta”. Foi proposto completar o item com “Qual e por quê?” (Quadro 12).

O item “Como ele (a) reagiu?” obteve baixa pontuação (Quadro 12). Foi proposto desmembrar o item em dois: “O medicamento funcionou?” e “O medicamento causou algum problema? Qual?”.

O item “Alguém disse para ele (a) parar de tomar algum medicamento antes deste procedimento? (sim, quando eu pergunto para o acompanhante eu quero saber dele/dela o paciente)” obteve baixa pontuação (Quadro 12) e foi levantada uma dúvida – “A que procedimento se refere?”. Foi discutido que o termo alguém estaria muito genérico e que deveria especificar o médico que deveria ser perguntado para quem fosse fazer alguma cirurgia/procedimento. Foi decidido modificar para “Algum médico disse para ele (a) parar de tomar algum medicamento antes deste procedimento? (caso o paciente interne para fazer alguma cirurgia/procedimento).”

O item “Algum medicamento que ele (a) esteja tomando que tem uma data para acabar (antibióticos, corticóides)?” obteve baixa pontuação e uma não resposta de um dos participantes (Quadro 12). Foram dadas três sugestões: “Algum medicamento que ele (a) esteja tomando e que tem uma data para acabar (antibióticos, corticóides)?”, “para acabar o tratamento ou quantidade que ele possui?” e “Por quanto tempo deve

tomar os medicamentos?": A linguagem não estava clara, pois o objetivo é apreender se está em curso de algum tratamento com prazo determinado. Foi proposto substituir por "Algum tratamento com medicamento tem prazo para terminar? (antibióticos, corticóides)",

Para o item "O que leva ele (a) a precisar usar?" obteve baixa pontuação (Quadro 12) foi levantado que o objetivo era apreender se o paciente está usando o medicamento da maneira certa, que é somente quando necessita. Foi proposto usar "Em que situação é necessário usar o medicamento?"

O item "Você tem alguma dúvida?" obteve baixa pontuação (Quadro 12). Foi levantado que pergunta era muito aberta dando muitas possibilidades de resposta e que seria importante direcionar a pergunta para ele falar sobre a entrevista. Foi proposto usar "Você tem alguma coisa para acrescentar que não foi perguntado e que você ache importante falar?"

## **B. Itens mantidos após a reunião de consenso**

### **i. Itens mantidos após a reunião de consenso e comuns a pelo menos dois instrumentos**

Dentre os itens presentes ao menos dois instrumentos foram mantidos após a discussão na reunião de consenso:

O item "Enfermaria em que está internado o paciente", presente nos instrumentos FRPAC e FCMA, obteve baixa pontuação (Quadro 10 e Quadro 11). Foi mantido para o FRPAC, FCMA e FCMTI, pois, no serviço onde ocorre a pesquisa não é o médico assistente que admite o paciente e cada enfermaria tem uma equipe médica diferente, que poderia levar a diferenças e seria interessante avaliar as diferenças.

O item "A pesquisadora irá julgar e registrar a existência de interações medicamentosas entre os medicamentos prescritos (sim ou não)", presente nos instrumentos FCMA e FMCTI, obteve baixa pontuação (Quadro 11 e Quadro 13). Foi discutido que interações devem ser notificadas ao médico e como monitorar e foi feita a indicação de uma referência para se obter estas informações (37). O item foi mantido, mas chegou-se ao consenso de que não será notificado tudo e que seria necessário determinar o que notificar.

### **ii. Itens mantidos após a reunião de consenso e presentes em somente um instrumento**

No FRPAC:

O item “Número de medicamentos o paciente está usando antes da admissão” obteve baixa pontuação e uma não resposta de um dos participantes (Quadro 10). Entretanto, foi mantido, pois o objetivo é coletar no prontuário todos os medicamentos (prescritos e isentos de prescrição) listados pelo médico para comparar com o que foi coletado por meio da conciliação medicamentosa.

O item “Período de tempo após a admissão que foi realizada a coleta da história primária/básica/anamnese do uso de medicamentos (<4h, 4-8h, 8-24h ou >24h)” obteve baixa pontuação (Quadro 10). Entretanto foi justificado que a pesquisadora farmacêutica irá julgar e registrar Período de tempo após a admissão que foi realizada a coleta da história primária/básica/anamnese do uso de medicamentos (<4h, 4-8h, 8-24h ou >24h).

No FCMA:

Os itens “Data e Hora da admissão do paciente” e “Data e hora da conciliação medicamentosa na admissão hospitalar” (Quadro 11) não obtiveram resposta de um dos participantes no quesito “Importante para conciliação medicamentosa”. Foi mantido, pois a participante não tinha respondido uma vez que não encontrou a informação no formulário.

No guia de entrevista:

O item “Se sim, o que acontece quando ele (a) usa o medicamento?” obteve baixa pontuação (Quadro 12). e foi sugerido “A pergunta é com resposta aberta e isto poderá gerar muitos vieses de interpretação, talvez fosse sugestivos opções de respostas fechadas”. Foi decidido após consenso manter.

O item “Quantas vezes e quando ele (a) usa?” obteve baixa pontuação (Quadro 12), mas foi mantido.

No FCMTI:

O item “Reações adversas e alergias relacionadas a medicamentos em uso pelo paciente durante a internação” obteve baixa pontuação (Quadro 13). Foi mantido, pois foi discutido que seria necessário saber se o paciente teve alguma reação durante a internação.

Para o item “Tipo de medicamento em uso pelo paciente internado (antes ou após a internação)”, foi sugerido “Como já foi realizada a conciliação, na transferência é importante saber dos medicamentos usados na internação”, mas foi mantido porque o objetivo era diferenciar os medicamentos que estão usando em casa e os após a internação (Quadro 13).

### **C. Itens excluídos após a reunião de consenso**

#### **i. Itens excluídos após a reunião de consenso e comuns a pelo menos dois instrumentos**

O item “Indicação dos medicamentos em uso pelo paciente antes da internação”. Presente nos instrumentos FCMA e FCMTI obteve baixa pontuação (Quadro 11 e Quadro 13) e foram registradas duas sugestões “O medicamento possui indicação para este paciente?” e “Qual (is) a (s) indicação (ões) deste (s) medicamento (s)?”. Foi discutida a relevância da informação para a conciliação medicamentosa. Após discussão se chegou ao consenso que a “Indicação dos medicamentos em uso” não era relevante e que o item poderia ser excluído do FCMA e FCMTI.

#### **ii. Itens excluídos após a reunião de consenso e presentes em somente um instrumento**

No guia de entrevista:

O item “Se ele (a) usa insulina, como é que você sabe o quanto usar?” foi excluída, pois não seria importante para a admissão e sim para alta (Quadro 12).

Os itens que foram considerados “lembretes” existentes no guia de entrevista receberam pontuações diversas e duas sugestões e uma dúvida. Foi discutido sobre a necessidade de existir estes itens, já que o guia de entrevista já estava estruturado. Por isso, foi decidido excluir do guia de entrevista todos os “lembretes” (Quadro 12).

Os instrumentos adaptados para o contexto de hospitais brasileiros após a realização do painel de especialistas podem ser vistos no (APÊNDICE C).

## APÊNDICE J – ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi o início do trabalho de campo realizado pela pesquisadora farmacêutica. A autorização para a pesquisa foi dada pelos chefes do departamento de pediatria e da enfermagem de cirurgia pediátrica.

Antes do início do estudo piloto a pesquisadora farmacêutica passou por uma ambientação em algumas das enfermarias – enfermagem de pediatria, a enfermagem de doenças infecciosas pediátricas (DIP), a unidade intermediária (UI) – aonde ocorreria o estudo, por meio da participação nos rounds clínicos com a equipe multiprofissional. Neste período foi possível conhecer os *staffs* médicos e residentes de diferentes anos de formação.

De comum acordo com os chefes das enfermarias a que se propunha estudar foi realizada, antes do início do estudo piloto, uma apresentação do método a ser utilizado no estudo para os médicos residentes no canal teórico da residência médica. Foi realizada também uma apresentação do método para os *staffs* médicos e para membros das equipes multidisciplinares das enfermarias em que se realizaria a pesquisa.

O estudo piloto foi realizado em nove dias em abril de 2014, durante os quais a pesquisadora farmacêutica pode avaliar os instrumentos resultantes do painel de especialistas (APÊNDICE C), os termos de consentimento livre esclarecido e de assentimento (APÊNDICE E) e o processo de conciliação de medicamentos estavam adequados para o estudo. Ele permitiu a identificação de situações, dificuldades e problemas que levaram: a criação de novos critérios de inclusão e exclusão do estudo, a criação de novas condutas, a modificação dos instrumentos existentes e a criação de novos instrumentos

O Durante o período de estudo 28 pacientes foram admitidos no hospital. Desse total, 19 pacientes não preencheram os critérios de inclusão do estudo piloto. Nove responsáveis por pacientes os assinaram o TCLE e um paciente assinou o termo de assentimento no momento da admissão hospitalar do estudo piloto. Foram perdidos ao todo oito participantes no momento da admissão hospitalar do estudo piloto.

Neste mesmo período 14 pacientes passaram por transferência interna e nenhum dos pacientes preencheu os critérios de inclusão do estudo piloto. Não ocorreram perdas no momento da transferência interna do estudo piloto.

### **I. Novos critérios de inclusão e exclusão do estudo após o estudo piloto**

Antes da realização do piloto os critérios de inclusão e exclusão propostos eram:

- Todos os pacientes menores de 18 anos internados admitidos e transferidos internamente no hospital foram incluídos no estudo num período de três meses.
- Foram excluídos do estudo: pacientes que não utilizavam medicamentos no momento da internação, os que ficaram internados por menos de 24 horas hospital pesquisado, os que foram transferidos internamente sem terem sido incluídos no estudo na etapa de admissão hospitalar e os que entraram e saíram durante os finais de semana.

A partir do estudo piloto foram encontradas novas situações não previstas anteriormente, tais como, pacientes admitidos nas unidades de pediatria oriundos de enfermarias de neonatologia, pacientes que usavam menos três ou menos medicamentos, pacientes que vieram transferidos de outro hospital para realização de procedimentos e pacientes que usavam apenas de medicamentos venosos.

Com base nessas situações foram estabelecidos novos critérios e inclusão e exclusão dos participantes no estudo conforme apresentado no capítulo Método.

## **II. Novas condutas após o estudo piloto**

Uma questão identificada no estudo piloto foi a dificuldade de identificar se o profissional que realizou a coleta da história clínica era um médico ou enfermeiro e se era residente ou um *staff*. Para resolver este problema foi solicitada a lista dos médicos e enfermeiros residentes do hospital.

Todos os participantes do estudo piloto negaram a existência prévia de alergias e/ou reações adversas a medicamentos (RAM), o que poderia estar relacionado com a forma como foram realizadas as perguntas. Foi então decidido ampliar as perguntas com exemplos de forma a dirimir o efeito do viés de memória tomando o devido cuidado para evitar a indução do participante<sup>58,59</sup>.

Durante o estudo piloto ocorreram diversas situações relacionadas ao julgamento registro das discrepâncias identificadas no FCMA, por exemplo: num primeiro julgamento houve quatro discrepâncias de omissão de medicamentos na prescrição de admissão, porém estes não eram padronizados na instituição e o médico prescreveu um medicamento padronizado da mesma classe. Em um segundo julgamento ocorreram duas discrepâncias na primeira prescrição, que o médico informou que já tinham sido corrigidas na segunda prescrição. Em outro julgamento foram identificados que três medicamentos não apresentavam discrepâncias, porém as doses, frequência de uso dos medicamentos coletados estavam erradas em relação à literatura. Por último, em um



juízo dois medicamentos estavam prescritos em desacordo com a literatura, porém o médico optou por não alterar a prescrição, pois o participante era externo ao serviço e a terapia medicamentosa em questão não estava relacionada a sua especialidade.

Foram então definidas algumas condutas para melhorar a classificação de discrepâncias:

- As discrepâncias de omissão de um medicamento não padronizado onde houve um medicamento padronizado prescrito da mesma classe foram classificadas como discrepância intencional;
- As discrepâncias na primeira prescrição e corrigidas na segunda prescrição foram classificadas como discrepâncias não intencionais;
- Nas situações em que a HPM for igual a MHPM, porém as doses, frequência de uso dos medicamentos coletados não estivessem de acordo com a literatura foram registradas no campo “resultados” assim como a decisão do prescritor;
- Nas situações em que o prescritor não fosse o médico responsável pelo paciente e não pudesse alterar a prescrição ficou decidido que o médico responsável pelo paciente seria contatado e, caso não se tivesse sucesso, esses casos foram classificados como medicamentos não conciliados.

A classificação de interações medicamentosas por meio da base de dados MICROMEDEX®<sup>4</sup>, que tinha sido escolhido se mostrou ineficiente para definir para quais interações medicamentosas deveria haver intervenção junto ao médico prescritor.

Esta base de dados classifica as interações medicamentosas quanto à gravidade em importante, moderada e secundária. A evidência clínica é classificada em estabelecida, boa, razoável e desconhecida. Afora isto, ele fornece informações sobre o mecanismo envolvido e propõe o manejo da interação medicamentosa.

Um dos consensos a que se chegou por meio do painel de especialistas foi de que não se deveria notificar todas as interações medicamentosas aos médicos prescritores. Porém, o MICROMEDEX® não estabelece regras claras para a escolha das interações que devem ser informadas aos médicos.

No painel uma das participantes sugeriu o uso do livro *Drug Interaction Facts*<sup>37</sup>. Este livro apresentou vantagens em relação à base de dados MICROMEDEX®.

---

<sup>4</sup> Micromedex é uma base de dados utilizada que fornece informação e educação nas decisões de cuidados com o objetivo de melhorar significativamente os resultados dos pacientes.

No livro a classificação das interações medicamentosas quanto à gravidade, é semelhante à da base de dado, pois é realizada em três níveis, a saber, grave, moderada e leve. Afora isso, ele apresenta além do mecanismo envolvido, a proposta de manejo da interação medicamentosa e apresenta o efeito esperado.

No livro *Drug Interaction Facts* <sup>37</sup> a classificação de evidência clínica é mais criteriosa, pois é realizada por meio de cinco níveis de evidências, ou seja, estabelecida, provável, suspeita, possível e improvável.

Neste livro também existem níveis de significância para as interações medicamentosas, em função da gravidade e da evidência científica. De acordo com ele devem ser notificadas ao médico apenas as interações medicamentosas com nível de significância 1, 2 e 3 (Tabela 29) <sup>37</sup>.

**Tabela 29. Níveis de significância por gravidade das interações medicamentosas que devem ser notificadas ao médico prescriptor**

Nível de significância	Gravidade	Documentação
1	Grave	Suspeita ou >
2	Moderada	Suspeita ou >
3	Leve	Suspeita ou >
4	Grave/ Moderada	Possível
5	Leve	Possível
	Ausente	Improvável

Fonte: *Drug Interaction Facts* <sup>37</sup>.

. Portanto, o uso do livro permitiu que a intervenção farmacêutica fosse realizada seguindo a orientação do painel de se notificar aos médicos somente as interações significativas <sup>37</sup>.

Como previsto, houve dificuldade de se realizar a conciliação medicamentosa de todos os pacientes que foram admitidos e transferidos internamente em virtude da concomitância de admissões e transferências internas de pacientes. Decidiu-se considerar os pacientes não avaliados como perdas, pois a prioridade era completar a conciliação medicamentosa dos pacientes incluídos no estudo, não importando a quantidade de perdas que esta escolha poderia acarretar.

Foram considerados pacientes perdidos:

- Na admissão hospitalar foram os seguintes: pacientes que os responsáveis estavam presentes; pacientes que os responsáveis não assinaram o TCLE e/ou os pacientes que não assinaram o termo de assentimento; e os pacientes com

intervalo maior que um dia entre a admissão hospitalar e a disponibilidade da pesquisadora farmacêutica para realizar a pesquisa; e

- Na transferência interna, pode-se citar: pacientes que os responsáveis por paciente que não assinaram o TCLE e/ou pacientes que não assinaram o termo de assentimento; e os pacientes com intervalo maior que um dia entre a transferência interna e a disponibilidade da pesquisadora farmacêutica para realizar a pesquisa.

### **III. Avaliação da adaptação dos formulários resultantes do painel de especialistas**

No estudo piloto foram identificadas situações, a saber: participantes com mais de uma história primária registrada em prontuário; prontuários sem horário de admissão e de coleta da história, tornando inviável determinar o período entre a admissão e a coleta da história; e prontuários sem registro das fontes de informação utilizadas na coleta e o parentesco do entrevistado.

Baseados nestas situações foram feitas as seguintes modificações no Formulário de revisão de prontuário para auditoria clínica (FRPAC):

- Criadas mais duas colunas para preenchimento das diferentes histórias primárias coletadas;
- Realizada a inversão do campo de registro da categoria profissional/especialidade de quem fez a coleta da história do uso de medicamentos;
- Criada a opção “não avaliável” (NA) nos campos para registro do período entre a admissão e a coleta da história, das fontes de informação utilizada na coleta e do parentesco do entrevistado.

Na utilização do guia de entrevista no estudo piloto foram identificadas as seguintes situações: a primeira foi a dificuldade em usar simultaneamente o guia de entrevista e o FCMA, pois o guia de entrevista não contemplava todas as perguntas necessárias para preencher o FCMA. A segunda situação foi o fato de que as perguntas relativas a informações sobre o paciente e sobre cada medicamento estavam misturadas. A terceira situação foi uma dificuldade relacionada a identificar o momento de solicitar os frascos de medicamentos trazidos de casa para completar a história. Por fim, foi a identificação da necessidade de entrar em contato com o médico responsável por um participante devido a erros de medicação (dose e frequência de uso).

A partir de vídeos pesquisados <sup>58,59</sup> foram feitas seguintes modificações no guia de entrevista:

- Redefinição da separação das perguntas do guia de entrevista em perguntas sobre o participante, sobre cada medicamento e sobre outros medicamentos e realocação das perguntas existentes; inclusão de perguntas que contemplaram o preenchimento completo do FCMA; e
- Inclusão de perguntas sobre os medicamentos trazidos de casa e sobre o contato do médico responsável.

Durante o preenchimento do FCMA no estudo piloto foi identificado que as informações de discrepâncias não intencionais e erros estavam se sobrepondo. Para resolver esta questão foi retirado o campo para registro de erros dos formulários FCMA e do FCMTI.

Por outro lado, os níveis de significância das interações medicamentosas passaram a ser registrados nos formulários, de forma a facilitar o processo de trabalho. Para tal, foi incluído o registro dos níveis de significância no campo interação medicamentosas nos formulários FCMA e FCMTI.

Os instrumentos avaliados pelo estudo piloto podem ser vistos no (APÊNDICE D).

#### **IV. Adaptação dos formulários de consentimento na participação do estudo**

Uma dificuldade identificada no estudo piloto estava relacionada ao registro da informação sobre os participantes no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e no termo de assentimento. Em ambos os formulários não havia um campo para escrever as iniciais do participante e o número de registro na pesquisa e no TCLE não havia um local para escrever o nome do participante.

Para resolver esta dificuldade foram incluídos campos para registro das iniciais do participante e do número de registro na pesquisa nos termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e no termo de assentimento. Foram incluídos também campos para escrever o nome do participante.

Os formulários de consentimento adaptados pelo estudo piloto podem ser vistos no (APÊNDICE F).

#### **V. Criação de novos formulários**

Percebeu-se no estudo piloto que o método proposta para coleta das taxas de discrepâncias na admissão é complexa. Para facilitar a adaptação ao método proposto

foi criado um formulário contendo uma lista contendo todas as etapas a serem desenvolvidas na conciliação medicamentosa da admissão.

Não existia um sistema informatizado no serviço que fornecesse a informação dos pacientes que passaram por transição de cuidado. Para facilitar a identificação de pacientes que foram admitidos ao hospital ou transferidos internamente foi criado o formulário listagem de conciliação medicamentosa.

Um problema relacionado às interações medicamentosas identificado foi a inexistência de um campo para preencher informações importantes sobre as interações medicamentosas para serem utilizadas na intervenção farmacêutica junto ao médico prescritor, tais como o efeito, o mecanismo e o manejo. Para resolver tal problema incluído no verso do FCMA e do FCMTI uma tabela contendo campos para o preenchimento destas informações.

Os formulários criados pelo estudo piloto podem ser vistos no (APÊNDICE G).

## APÊNDICE K – CORRESPONDÊNCIA ELETRÔNICA CONTENDO UM CONVITE E O INSTRUMENTO PAINEL DE ESPECIALISTAS

### I. Email com o convite para o painel

#### CONVITE PARA O PAINEL

Rio de Janeiro, 08 de janeiro de 2014.

Prezados,

Inicialmente, gostaríamos de agradecer antecipadamente sua concordância em participar desta reunião, que contará com a presença de especialistas em área correlatas ao objeto do projeto. O objetivo desta reunião é validar e adaptar para a realidade dos hospitais brasileiros os formulários e um guia de entrevista, desenvolvidos com base em estudos e manuais sobre conciliação medicamentosa canadenses, americanos e ingleses, para o projeto de pesquisa “Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro”

O painel será realizado primeira semana de fevereiro de 2014 na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), situada no campus da Fundação Oswaldo Cruz. As informações relativas a data, hora, programação e pauta do painel serão repassadas em um e-mail tão logo sejam fechados os detalhes.

Em anexo, enviamos seis documentos.

- O primeiro – com os pontos a serem respondidos – questões do painel.docx;
- O segundo - projeto de pesquisa: Projeto de Mestrado Conciliação Medicamentosa.docx;
- Os quatro demais documentos – instrumentos de pesquisa: Formulário de Conciliação Medicamentosa na Admissão (FCMA).pdf, Formulário de Conciliação Medicamentosa na Transferência Interna (FCMTI).pdf, Formulário de revisão de prontuário para auditoria clínica (FRVAC).pdf e Guia para a Entrevista de Coleta da MHPM.pdf.

Com relação à avaliação dos pontos críticos destacados no primeiro documento, em anexo, solicitamos que esta seja preenchida e encaminhada até o dia 23 de janeiro de 2014, de forma que sejam consolidadas e rerepresentadas durante a reunião, permitindo que a discussão durante nosso trabalho tome por base o julgamento de cada especialista sobre cada um dos pontos propostos trazidos por escrito até o dia do painel. No dia da reunião, discutiremos possíveis discordâncias e outros aspectos relacionados à avaliação dos instrumentos adaptados por nós neste projeto. Na última parte da reunião, após discussão com os outros especialistas, cada um dos especialistas terá oportunidade de marcar novamente os escores para cada ponto, mantendo ou modificando os escores escolhidos previamente.

Novamente agradecemos sua colaboração e colocamo-nos a seu inteiro dispor para qualquer esclarecimento.

Cordialmente,

Diana Graça

Mestranda da ENSP – Fiocruz

Walter Mendes

Pesquisador da ENSP – Fiocruz

## II. Instrumento Painel de Especialistas

### Painel de especialistas

#### Introdução

Em outubro de 2013 a equipe de pesquisa formada Diana Graça, tendo e Walter Mendes como orientador, qualificou o projeto “Avaliação das discrepâncias na conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro”. A pesquisa é parte integrante da dissertação de mestrado.

O objetivo da pesquisa é avaliar as discrepâncias e os fatores contribuintes identificados no processo de conciliação medicamentosa existente na admissão hospitalar e na transferência interna de pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Rio de Janeiro.

Para a pesquisa foram criados formulários e um guia de entrevista baseados em estudos e manuais sobre conciliação medicamentosa canadenses, americanos e ingleses. Estes instrumentos precisam estar validados e adaptados a nossa realidade e este painel de especialistas foi organizado para este fim. Busca-se, com a opinião de vocês, clarear o texto e refinar os itens de verificação de forma a evitar ambiguidades, além de tornar os documentos compatíveis com a cultura hospitalar brasileira. Isso pode implicar em alteração de conceitos, na inclusão ou exclusão de itens de verificação, na estrutura e no formato do formulário. Os instrumentos adaptados devem ser compatíveis com os instrumentos originais de forma a permitir comparabilidade com os resultados das pesquisas internacionais.

O painel está organizado em quatro partes: na primeira parte serão validados dados a serem coletados na revisão retrospectiva de prontuário para auditoria clínica do processo de conciliação medicamentosa existente; na segunda parte serão validados dados a serem coletados no processo de conciliação medicamentosa na admissão hospitalar; na terceira parte serão validadas as questões e os lembretes a serem utilizados no guia da entrevista com o paciente da conciliação medicamentosa na admissão hospitalar; e na quarta e última parte serão validados dados a serem coletados no processo de conciliação medicamentosa na transferência interna.

#### Parte I. Os dados da revisão retrospectiva de prontuário para avaliação dos especialistas

Na tabela 1, estão relacionados os 10 dados que serão coletados na revisão retrospectiva de prontuário para auditoria clínica do processo de conciliação medicamentosa existente. Os dados foram baseados em uma ferramenta de auditoria Inglesa -*Audit Tool* (NHS, 2007); e na ferramenta de discrepância medicamentosa -*MedicationReconciliation Tool* de um estudo americano (Sinvani et al, 2007).

Solicitamos que assinale a sua concordância com cada um dos dados. Utilize a escala de 1 a 5 para as respostas.

**As respostas devem ser encaminhadas até o dia do painel, para serem consolidadas e reapresentadas.**

Tabela 1

<i>Formulário de revisão de prontuário para auditoria clínica (FRVAC)</i>					
<b>1. Enfermaria em que está internado o paciente</b>					
Utilize a seguinte escala para julgar cada um dos critérios selecionados, escolha um número entre 1 e 5 que expresse sua avaliação para cada critério, onde (utilize para as demais escalas):					
1 – definitivamente não					
2 – provavelmente não					
3 – provavelmente sim					
4 – muito provavelmente sim					
5 – definitivamente sim					
<b>1.1. O dado 1 é importante para a auditoria clínica do processo de conciliação medicamentosa</b>					
1	2	3	4	5	
<b>2. Diagnóstico do paciente internado</b>					
<b>2.1. O dado 2 é importante para a auditoria clínica do processo de conciliação medicamentosa</b>					
1	2	3	4	5	
<b>2.2 O dado 2 é pertinente para hospitais brasileiros</b>					
1	2	3	4	5	
<b>2.3 O dado 2 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b>					
1	2	3	4	5	
Outra sugestão de texto.....					



<p><b>3. Data e hora de Admissão</b></p> <p><b>3.1. O dado 3 é importante para a auditoria clínica do processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p>
<p><b>4. Data e hora da obtenção da história primária/ básica/ anamnese do uso de medicamentos</b></p> <p><b>4.1. O dado 4 é importante para a auditoria clínica do processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>4.2 O dado 4 é pertinente para hospitais brasileiros</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p>
<p><b>5. Número de medicamentos o paciente está usando antes da admissão</b></p> <p><b>5.5. O dado 5 é importante para a auditoria clínica do processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>5.2 O dado 5 é pertinente para hospitais brasileiros</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>5.3 O dado 5 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p><b>6. Informações sobre medicamentos em uso pelo paciente antes da internação (nome, dose, posologia e via de administração)</b></p> <p><b>6.1. O dado 6 é importante para a auditoria clínica do processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>6.2 O dado 6 é pertinente para hospitais brasileiros</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>6.3 O dado 6 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p><b>7. Categoria profissional/ especialidade de quem fez a coleta da história primária/ básica/ anamnese do uso de medicamentos</b></p> <p><b>7.1. O dado 7 é importante para a auditoria clínica do processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>7.2 O dado 7 é pertinente para hospitais brasileiros</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>7.3 O dado 7 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p><b>8. Fonte de informação utilizada por quem fez a coleta história primária/ básica/ anamnese do uso de medicamentos (prontuário do paciente internado, médico de cuidados primários, registros da farmácia ambulatorial ou rótulos de frascos de medicamentos)</b></p> <p><b>8.1. O dado 8 é importante para a auditoria clínica do processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>8.2 O dado 8 é pertinente para hospitais brasileiros</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>8.3 O dado 8 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p><b>9. Período de tempo após a admissão que foi realizada a coleta da história primária/ básica/ anamnese do uso de medicamentos (&lt;4h, 4-8h, 8-24h ou &gt;24h)</b></p> <p><b>9.1. O dado 9 é importante para a auditoria clínica do processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>9.2 O dado 9 é pertinente para hospitais brasileiros</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>9.3 O dado 9 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b></p>

1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
10. Registro de algum problema relacionado a medicamento, caso exista descrever como a informação foi registrada				
10.1. O dado 10 é importante para a auditoria clínica do processo de conciliação medicamentosa				
1	2	3	4	5
10.2 O dado 10 é pertinente para hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5
10.3 O dado 10 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				

## Parte II - Os dados da conciliação medicamentosa na admissão hospitalar para avaliação dos especialistas

Na tabela 2, estão relacionados os 23 dados que serão coletados através do processo de conciliação medicamentosa na admissão hospitalar do paciente. Os dados foram baseados em um formulário de conciliação medicamentosa de um manual de um grupo canadense - *Getting Sated Kit* e serão utilizados para medir as taxas de discrepâncias identificadas na admissão hospitalar resultantes do processo existente.

Solicitamos que assinale a sua concordância com cada um dos dados. Utilize a escala de 1 a 5 para as respostas.

As respostas devem ser encaminhadas até o dia do painel, para serem consolidadas e reapresentadas.

Tabela 2

<i>Formulário de Conciliação Medicamentosa na Admissão (FCMA)</i>				
1. Enfermaria em que o paciente está internado				
1.1. O dado 1 é importante no processo de conciliação medicamentosa				
1	2	3	4	5
2. Nome/ parentesco, em relação ao paciente internado, do entrevistado na coleta da história primária/ básica ou anamnese do uso de medicamentos				
2.1. O dado 2 é importante para o processo de conciliação medicamentosa				
1	2	3	4	5
2.2 O dado 2 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5
2.3 O dado 2 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
3. Nome/ parentesco, em relação ao paciente internado, do entrevistado na coleta da melhor história possível de medicamentos (MHPM) do uso de medicamentos (coleta da história do uso de medicamentos atual)				
3.1. O dado 3 é importante para o processo de conciliação medicamentosa				
1	2	3	4	5
3.2 O dado 3 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5
3.3 O dado 3 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
4. Nome e contato do médico de cuidados primário do paciente internado				
4.1. O dado 4 é importante para o processo de conciliação medicamentosa				
1	2	3	4	5
4.2 O dado 4 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5

<p>4.3 O dado 4 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p>5. Diagnóstico, data de nascimento, sexo, peso, altura e superfície corporal do paciente internado</p> <p>5.1. O dado 5 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>5.2 O dado 5 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p>
<p>6. Reações adversas e alergias relacionadas a medicamentos em uso pelo paciente antes da internação</p> <p>6.1. O dado 6 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>6.2 O dado 6 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>6.3 O dado 6 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p>7. Data e hora da admissão do paciente</p> <p>7.1. O dado 7 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p>
<p>8. Data e hora da conciliação medicamentosa na admissão hospitalar</p> <p>8.1. O dado 8 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p>
<p>9. Nome, apresentação, forma farmacêutica, volume de reconstituição dos medicamentos em uso pelo paciente antes da internação</p> <p>9.1. O dado 9 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>9.2 O dado 9 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>9.3 O dado 9 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p>10. Dose dos medicamentos em uso pelo paciente antes da internação</p> <p>10.1. O dado 10 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>10.2 O dado 10 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>10.3 O dado 10 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p>11. Via de administração dos medicamentos em uso pelo paciente antes da internação</p> <p>11.1. O dado 11 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>11.2 O dado 11 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>11.3 O dado 11 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p>12. Posologia dos medicamentos em uso pelo paciente antes da internação</p> <p>12.1. O dado 12 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p>

1	2	3	4	5
12.2 O dado 12 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5
12.3 O dado 12 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
13. Horário da última tomada medicamentos em uso pelo paciente antes da internação				
13.1. O dado 13 é importante para o processo de conciliação medicamentosa				
1	2	3	4	5
13.2 O dado 13 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5
13.3 O dado 13 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
14. Indicação dos medicamentos em uso pelo paciente antes da internação				
14.1. O dado 14 é importante para o processo de conciliação medicamentosa				
1	2	3	4	5
14.2 O dado 14 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5
14.3 O dado 14 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
15. Fonte utilizada para a coleta da história do uso de medicamentos pelo paciente antes da internação (prontuário do paciente internado, médico de cuidados primários, registros da farmácia ambulatorial ou rótulos de frascos de medicamentos)				
15.1. O dado 15 é importante para o processo de conciliação medicamentosa				
1	2	3	4	5
15.2 O dado 15 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5
15.3 O dado 15 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
16. A pesquisadora irá julgar e registrar se os medicamentos coletados na melhor história possível de medicamentos (MHPM) foram prescritos na admissão (sim ou não)				
16.1. O dado gerado 16 é importante para o processo de conciliação medicamentosa				
1	2	3	4	5
16.2 O dado gerado 16 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5
16.3 O dado gerado 16 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
17. A pesquisadora irá julgar e registrar a existência de discrepância entre os medicamentos coletados na melhor história possível de medicamentos (MHPM) e a prescrição da admissão (sim ou não)				
17.1. O dado gerado 17 é importante para o processo de conciliação medicamentosa				
1	2	3	4	5
17.2 O dado gerado 17 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5
17.3 O dado gerado 17 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
18. A pesquisadora irá julgar e registrar o tipo de discrepância existente (intencional, intencional não				

documentada ou não intencional) 18.1. O dado gerado 18 é importante para o processo de conciliação medicamentosa ----- 1    2    3    4    5 18.2 O dado gerado 18 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros ----- 1    2    3    4    5 18.3 O dado gerado 18 está formulado com linguagem clara e terminologia correta ----- 1    2    3    4    5 Outra sugestão de texto.....
19. A pesquisadora irá julgar e registrar a existência de erros de medicação (sim ou não) 19.1. O dado gerado 19 é importante para o processo de conciliação medicamentosa ----- 1    2    3    4    5 19.2 O dado gerado 19 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros ----- 1    2    3    4    5 19.3 O dado gerado 19 está formulado com linguagem clara e terminologia correta ----- 1    2    3    4    5 Outra sugestão de texto.....
20. A pesquisadora irá julgar e registrar o tipo de erro existente (omissão, ação, diferença de dose, de via de administração, de posologia ou medicamento diferente) 20.1. O dado gerado 20 é importante para o processo de conciliação medicamentosa ----- 1    2    3    4    5 20.2 O dado gerado 20 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros ----- 1    2    3    4    5 20.3 O dado gerado 20 está formulado com linguagem clara e terminologia correta ----- 1    2    3    4    5 Outra sugestão de texto.....
21. A pesquisadora irá julgar e registrar a existência de interações medicamentosas entre os medicamentos prescritos (sim ou não) 21.1. O dado gerado 21 é importante para o processo de conciliação medicamentosa ----- 1    2    3    4    5 21.2 O dado gerado 21 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros ----- 1    2    3    4    5 21.3 O dado gerado 21 está formulado com linguagem clara e terminologia correta ----- 1    2    3    4    5 Outra sugestão de texto.....
22. A pesquisadora irá julgar e registrar a classificação das interações medicamentosas existentes entre os medicamentos prescritos (leves, moderadas ou graves) 22.1. O dado gerado 22 é importante para o processo de conciliação medicamentosa ----- 1    2    3    4    5 22.2 O dado gerado 22 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros ----- 1    2    3    4    5 22.3 O dado gerado 22 está formulado com linguagem clara e terminologia correta ----- 1    2    3    4    5 Outra sugestão de texto.....
23. A pesquisadora irá julgar e registrar a existência a resolução dada para discrepâncias/ erros de medicação/ interações medicamentosas (alteração da prescrição) 23.1. O dado gerado 23 é importante para o processo de conciliação medicamentosa ----- 1    2    3    4    5 23.2 O dado gerado 23 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros ----- 1    2    3    4    5 23.3 O dado gerado 23 está formulado com linguagem clara e terminologia correta -----

1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				

### Parte III. As questões e os lembretes do guia de entrevista para o paciente internado para avaliação dos especialistas

Na tabela 3, estão relacionados 33 as questões e os lembretes para servirem de guia para a entrevista de admissão hospitalar com o paciente (coleta da Melhor História Possível de Medicamentos). As questões e os lembretes foram baseados em três instrumentos: (1) a adaptação de uma introdução à entrevista de um estudo americano - *Introduction to Interview* (Lubowski, et al, 2007), (2) um roteiro de entrevista, *Interview Tips* do Manual de Conciliação Medicamentosa da *Joint Commission* (Mansur, 2009) e (3) uma lista de itens para lembrar na entrevista, de uma Campanha lançada pelo Institute of Healthcare Improvement (IHI) - *Things to remember when interviewing patients* (IHI, 2004).

Solicitamos que assinale a sua concordância com cada um dos dados. Utilize a escala de 1 a 5 para as respostas.

As respostas devem ser encaminhadas antes do dia do painel, para serem consolidadas e reapresentadas.

Tabela 3

<i>Entrevista</i>				
Abordagem Inicial				
1. Olá, meu nome é <i>Diana Graça</i> Eu sou um funcionária do hospital estudante de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Eu estou trabalhando em um estudo com a autorização do diretor do Hospital <i>Carlos Maciel</i> , da chefe da Farmácia <i>Deborah Ribeiro</i> e da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, para aprender sobre os medicamentos que as crianças usam em casa antes de vir para o hospital. Seria tudo bem pra você se eu gastar cerca de 20 minutos do seu tempo para conversar com você para saber mais sobre os remédios que seu filho (a) toma em casa, as alergias dele (a) a certos medicamentos e sobre as experiências passadas por ele (a) com medicamento.				
1.1. O texto 1 é um boa maneira de abordar inicialmente o paciente				
1	2	3	4	5
1.2 O texto 1 é compatível com a abordagem de acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5
1.3 O texto 1 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
Questões da Entrevista sobre o paciente				
2. Ele (a) tem alergia a algum medicamento?				
2.2. A pergunta 2 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa				
1	2	3	4	5
2.2 A pergunta 2 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5
2.3 A pergunta 2 está formulada com linguagem clara e terminologia correta				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
3. Se sim, o que acontece quando ele (a) usa o medicamento?				
3.1. A pergunta 3 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa				
1	2	3	4	5
3.2 A pergunta 3 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5
3.3 A pergunta 3 está formulada com linguagem clara e terminologia correta				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
4. Ele (a) usa medicamentos que precisam de prescrição (exemplos: inaladores, insulina)?				

<p>4.1. A pergunta 4 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>4.2 A pergunta 4 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>4.3 A pergunta 4 está formulada com linguagem clara e terminologia correta</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p>5. Ele (a) usa medicamentos que não precisam de prescrição (exemplos: aspirina, antialérgicos)?</p> <p>5.1. A pergunta 5 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>5.2 A pergunta 5 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>5.3 A pergunta 5 está formulada com linguagem clara e terminologia correta</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p>6. Ele (a) toma alguma vitamina ou mineral?</p> <p>6.1. A pergunta 6 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>6.2 A pergunta 6 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>6.3 A pergunta 6 está formulada com linguagem clara e terminologia correta</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p>7. Ele (a) toma alguma erva/ produto natural?</p> <p>7.1. A pergunta 7 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>7.2 A pergunta 7 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>7.3 A pergunta 7 está formulada com linguagem clara e terminologia correta</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p>8. Ele (a) toma algum suplemento alimentar?</p> <p>8.1. A pergunta 8 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>8.2 A pergunta 8 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>8.3 A pergunta 8 está formulada com linguagem clara e terminologia correta</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p>9. Ele (a) usa adesivos ou produtos de passar na pele?</p> <p>9.1. A pergunta 9 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>9.2 A pergunta 9 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>9.3 A pergunta 9 está formulada com linguagem clara e terminologia correta</p>

<p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>-----</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p>10. Ele (a) tem medicamentos implantados?</p> <p>10.1. A pergunta 10 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>10.2 A pergunta 10 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>10.3 A pergunta 10 está formulada com linguagem clara e terminologia correta</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p>11. Ele (a) usa algum medicamento em gotas para olho ou para os ouvidos?</p> <p>11.1. A pergunta 11 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>11.2 A pergunta 11 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>11.3 A pergunta 11 está formulada com linguagem clara e terminologia correta</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p><b>Questões da Entrevista sobre cada medicamento</b></p>
<p>12. Qual é o nome do medicamento (nome de marca ou genérico)?</p> <p>12.1. A pergunta 12 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>12.2 A pergunta 12 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>12.3 A pergunta 12 está formulada com linguagem clara e terminologia correta</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p>13. Quanto ele (a) usa (dose, o número de comprimidos, cápsulas, e assim por diante)?</p> <p>13.1. A pergunta 13 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>13.2 A pergunta 13 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>13.3 A pergunta 13 está formulada com linguagem clara e terminologia correta</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p>14. Como ele (a) reagiu?</p> <p>14.1. A pergunta 14 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>14.2 A pergunta 14 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>14.3 A pergunta 14 está formulada com linguagem clara e terminologia correta</p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p>15. Quantas vezes e quando ele (a) usa?</p> <p>15.1. A pergunta 15 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa</p> <p>-----</p>



1	2	3	4	5
15.2 A pergunta 15 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
-----				
1	2	3	4	5
15.3 A pergunta 15 está formulada com linguagem clara e terminologia correta				
-----				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
16. Quando foi a última vez que ele (a) usou?				
16.1. A pergunta 16 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa				
-----				
1	2	3	4	5
16.2 A pergunta 16 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
-----				
1	2	3	4	5
16.3 A pergunta 16 está formulada com linguagem clara e terminologia correta				
-----				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
17. Alguém disse para ele (a) parar de tomar algum medicamento antes deste procedimento? (sim, quando eu pergunto para o acompanhante eu quero saber dele/dela o paciente)				
17.1. A pergunta 17 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa				
-----				
1	2	3	4	5
17.2 A pergunta 17 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
-----				
1	2	3	4	5
17.3 A pergunta 17 está formulada com linguagem clara e terminologia correta				
-----				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
18. Algum medicamento que ele (a) esteja tomando que tem uma data para acabar (antibióticos, corticóides)?				
18.1. A pergunta 18 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa				
-----				
1	2	3	4	5
18.2 A pergunta 18 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
-----				
1	2	3	4	5
18.3 A pergunta 18 está formulada com linguagem clara e terminologia correta				
-----				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
19. Se ele (a) usa insulina, como é que você sabe o quanto usar?				
19.1. A pergunta 19 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa				
-----				
1	2	3	4	5
19.2 A pergunta 19 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
-----				
1	2	3	4	5
19.3 A pergunta 19 está formulada com linguagem clara e terminologia correta				
-----				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
<b>Questões da Entrevista sobre medicamentos de uso quando necessário</b>				
20. Quantas vezes ele (a) usa o medicamento?				
20.1. A pergunta 20 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa				
-----				
1	2	3	4	5
20.2 A pergunta 21 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
-----				
1	2	3	4	5
20.3 A pergunta 20 está formulada com linguagem clara e terminologia correta				
-----				

1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
<b>21. O que leva ele (a) a precisar usar?</b>				
21.1. A pergunta 21 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa				
-----				
1	2	3	4	5
21.2 A pergunta 21 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
-----				
1	2	3	4	5
21.3 A pergunta 21 está formulada com linguagem clara e terminologia correta				
-----				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
<b>Conclusão da Entrevista:</b>				
<b>22. Você tem alguma dúvida?</b>				
22.1. A pergunta 22 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa				
-----				
1	2	3	4	5
22.2 A pergunta 22 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
-----				
1	2	3	4	5
22.3 A pergunta 22 está formulada com linguagem clara e terminologia correta				
-----				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
<b>23. Obrigada por disponibilizar seu tempo para falar comigo sobre os medicamentos que ele usa.</b>				
23.1. O agradecimento 23 é uma boa maneira de finalizar a entrevista com o paciente				
-----				
1	2	3	4	5
23.2 O agradecimento 23 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
-----				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
<b>Lembretes para entrevista</b>				
<b>24. Utilize perguntas abertas (o quê, como, porquê, quando) em equilíbrio com perguntas sim / não.</b>				
24.1. O lembrete 24 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa				
-----				
1	2	3	4	5
24.2 O lembrete 24 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
-----				
1	2	3	4	5
24.3 O lembrete 24 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
-----				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
<b>25. Use perguntas sem viés que não levem o paciente a responder algo que não pode ser verdade</b>				
25.1. O lembrete 25 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa				
-----				
1	2	3	4	5
25.2 O lembrete 25 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
-----				
1	2	3	4	5
25.3 O lembrete 25 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
-----				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
<b>26. Prossiga com questões não esclarecidas até que sejam esclarecidas</b>				
26.1. O lembrete 26 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa				
-----				
1	2	3	4	5
26.2 O lembrete 26 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
-----				

1	2	3	4	5
26.3 O lembrete 26 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
27. Faça perguntas simples, evitar o uso de jargão médico, e sempre convidar o paciente a fazer perguntas				
27.1. O lembrete 27 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa				
1	2	3	4	5
27.2 O lembrete 27 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5
27.3 O lembrete 27 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
28. Deixe o responsável pelo participante saber sobre a importância de usar uma única farmácia / farmacêutico				
28.1. O lembrete 28 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa				
1	2	3	4	5
28.2 O lembrete 28 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5
28.3 O lembrete 28 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
29. Eduque o responsável pelo participante sobre a importância de usar uma lista de medicamentos e trazer seus medicamentos para o hospital, consultório médico, etc				
29.1. O lembrete 29 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa				
1	2	3	4	5
29.2 O lembrete 29 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5
29.3 O lembrete 29 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
30. Quando perguntar sobre todos os medicamentos, não se esqueça de obter o nome, forma farmacêutica, dosagem, horário de dosagem, e última dose tomada - seja o mais específico possível sobre o uso medicamentos de uso quando necessário				
30.1. O lembrete 30 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa				
1	2	3	4	5
30.2 O lembrete 30 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5
30.3 O lembrete 30 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
31. Solicite que o responsável pelo participante tente lembrar de adesivos, cremes, colírios, inaladores, espaçadores, medicamentos amostra, injeção, olhos, ervas, vitaminas e minerais				
31.1. O lembrete 31 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa				
1	2	3	4	5
31.2 O lembrete 31 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros				
1	2	3	4	5
31.3 O lembrete 31 está formulado com linguagem clara e terminologia correta				

1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
<b>32. Ao discutir alergias, eduque o responsável do participante sobre a diferença entre um efeito colateral e uma alergia, por exemplo, verdadeiro, erupção cutânea, problemas respiratórios, urticária</b>				
<b>32.1. O lembrete 32 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa</b>				
-----				
1	2	3	4	5
<b>32.2 O lembrete 32 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</b>				
-----				
1	2	3	4	5
<b>32.3 O lembrete 32 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b>				
-----				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
<b>33. Faça o responsável pelo participante descrever como e quando os participantes usam seus medicamentos (respostas vagas podem indicar não aderência)</b>				
<b>33.1. A pergunta 33 é importante na obtenção da história medicamentosa no processo de conciliação medicamentosa</b>				
-----				
1	2	3	4	5
<b>33.2 A pergunta 33 é pertinente para acompanhantes de pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</b>				
-----				
1	2	3	4	5
<b>33.3 A pergunta 33 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b>				
-----				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				

#### Parte IV - Os dados de conciliação medicamentosa na transferência interna para avaliação dos especialistas

Na tabela 4, estão relacionados os 19 dados a serem coletados através do processo de conciliação medicamentosa na transferência internado paciente. Os dados foram baseados em um formulário de conciliação medicamentosa de um manual de um grupo canadense - *Getting Satated Kit* e serão utilizados para medir as taxas de discrepâncias identificadas na transferência interna resultantes do processo existente.

Solicitamos que assinale a sua concordância com cada um dos dados. Utilize a escala de 1 a 5 para as respostas.

As respostas devem ser encaminhadas antes do dia do painel, para serem consolidadas e reapresentadas.

Tabela 4

<b>Formulário de Conciliação Medicamentosa na Transferência Interna (FCMTI)</b>				
<b>1. Enfermaria em que o paciente está internado</b>				
<b>1.1. O dado 1 é importante no processo de conciliação medicamentosa</b>				
-----				
1	2	3	4	5
<b>2. Diagnostico, data de nascimento, sexo, peso, altura e superfície corporal do paciente internado</b>				
<b>2.1. O dado 2 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</b>				
-----				
1	2	3	4	5
<b>2.2 O dado 2 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</b>				
-----				
1	2	3	4	5
<b>2.3 O dado 2 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b>				
-----				
1	2	3	4	5
Outra sugestão de texto.....				
<b>3. Reações adversas e alergias relacionadas a medicamentos em uso pelo paciente durante a internação</b>				
<b>3.1. O dado 3 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</b>				
-----				
1	2	3	4	5

<p><b>3.2 O dado 3 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>3.3 O dado 3 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p><b>4. Data e hora da transferência interna do paciente</b></p> <p><b>4.1. O dado 4 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p>
<p><b>5. Data e hora da conciliação medicamentosa na transferência interna</b></p> <p><b>5.1. O dado 5 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p>
<p><b>6. Tipo de medicamento em uso pelo paciente internado (anterior ou posterior a internação)</b></p> <p><b>6.1. O dado 6 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>6.2 O dado 6 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>6.3 O dado 6 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p><b>7. Nome, apresentação, forma farmacêutica, volume de reconstituição dos medicamentos em uso pelo paciente internado</b></p> <p><b>7.1. O dado 7 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>7.2 O dado 7 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>7.3 O dado 7 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p><b>8. Dose dos medicamentos em uso pelo paciente internado</b></p> <p><b>8.1. O dado 8 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>8.2 O dado 8 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>8.3 O dado 8 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p><b>9. Via de administração dos medicamentos em uso pelo paciente internado</b></p> <p><b>9.1. O dado 9 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>9.2 O dado 9 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>9.3 O dado 9 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p><b>10. Posologia dos medicamentos em uso pelo paciente internado</b></p> <p><b>10.1. O dado 10 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>10.2 O dado 10 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p>



<p><b>10.3 O dado 10 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p><b>11. Indicação dos medicamentos em uso pelo paciente internado</b></p> <p><b>11.1. O dado 11 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>11.2 O dado 11 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>11.3 O dado 11 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p><b>12. A pesquisadora irá julgar e registrar se os medicamentos os medicamentos coletados na melhor história possível de medicamentos (MHPM) e na prescrição anterior à transferência foram prescritos após a transferência interna (sim ou não)</b></p> <p><b>12.1. O dado gerado 12 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>12.2 O dado gerado 12 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>12.3 O dado gerado 12 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p><b>13. A pesquisadora irá julgar e registrar a existência a existência de discrepância entre os medicamentos coletados na melhor história possível de medicamentos (MHPM) e na prescrição anterior à transferência e a prescrição após a transferência interna (sim ou não)</b></p> <p><b>13.1. O dado gerado 13 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>13.2 O dado gerado 13 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>13.3 O dado gerado 13 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p><b>14. A pesquisadora irá julgar e registrar a existência o tipo de discrepância existente (intencional, intencional não documentada ou não intencional)</b></p> <p><b>14.1. O dado gerado 14 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>14.2 O dado gerado 14 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>14.3 O dado gerado 14 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p><b>15. A pesquisadora irá julgar e registrar a existência a existência de erros de medicação</b></p> <p><b>15.1. O dado gerado 15 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>15.2 O dado gerado 15 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p><b>15.3 O dado gerado 15 está formulado com linguagem clara e terminologia correta</b></p> <p>-----</p> <p>1    2    3    4    5</p> <p>Outra sugestão de texto.....</p>
<p><b>16. A pesquisadora irá julgar e registrar o tipo de erro existente (omissão, ação, diferença de dose, de via de administração, de posologia ou medicamento diferente)</b></p> <p><b>16.1. O dado gerado 16 é importante para o processo de conciliação medicamentosa</b></p> <p>-----</p>

1	2	3	4	5	16.2 O dado gerado 16 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros
-----					
1	2	3	4	5	16.3 O dado gerado 16 está formulado com linguagem clara e terminologia correta
-----					
1	2	3	4	5	Outra sugestão de texto.....
-----					
17. A pesquisadora irá julgar e registrar a existência de interações medicamentosas entre os medicamentos prescritos (sim ou não)					
17.1. O dado gerado 17 é importante para o processo de conciliação medicamentosa					
-----					
1	2	3	4	5	17.2 O dado gerado 17 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros
-----					
1	2	3	4	5	17.3 O dado gerado 17 está formulado com linguagem clara e terminologia correta
-----					
1	2	3	4	5	Outra sugestão de texto.....
-----					
18. A pesquisadora irá julgar e registrar a classificação das interações medicamentosas existentes entre os medicamentos prescritos (leves, moderadas ou graves)					
18.1. O dado gerado 18 é importante para o processo de conciliação medicamentosa					
-----					
1	2	3	4	5	18.2 O dado gerado 18 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros
-----					
1	2	3	4	5	18.3 O dado gerado 18 está formulado com linguagem clara e terminologia correta
-----					
1	2	3	4	5	Outra sugestão de texto.....
-----					
19. A pesquisadora irá julgar e registrar a existência a resolução dada para discrepâncias/ erros de medicação/ interações medicamentosas (alteração da prescrição)					
19.1. O dado gerado 19 é importante para o processo de conciliação medicamentosa					
-----					
1	2	3	4	5	19.2 O dado gerado 19 é pertinente para pacientes pediátricos em hospitais brasileiros
-----					
1	2	3	4	5	19.3 O dado gerado 19 está formulado com linguagem clara e terminologia correta
-----					
1	2	3	4	5	Outra sugestão de texto.....

## ANEXOS

## ANEXO A – Formulários de anamnese das enfermarias estudadas

## I. Formulário de admissão da enfermaria de pediátrica

Ministério da Saúde		<b>ADMISSÃO PEDIATRIA</b>			
 <b>FIOCRUZ</b> Fundação Oswaldo Cruz				<b>IFF</b> Instituto Fernandes Figueira	
I - NOME _____		Prontuário _____			
Admissão em ____/____/____ às ____ h ____ m.		Enfermaria _____		Leito _____ Origem _____	
Informante _____		Responsável _____			
II - QUEIXA PRINCIPAL _____					
III - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (é importante deixar que o paciente ou responsável relate a história e ir conduzindo de forma objetiva a anamnese, tentando estabelecer como se inicia a doença, e sua forma evolutiva; a cronologia dos sinais e sintomas, bem como suas características; os tratamentos administrados, e a resposta aos mesmos e as condições de saúde prévia ao evento atual)					
_____					
_____					
_____					
_____					
_____					
IV - HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA (assinale a patologia progressa e descreva a sua cronologia, freqüência, evolução e local do atendimento)					
1 - DIP	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	cmv - hepatite - toxoplasmose - mononucleose - varicela - herpes - hiv - tuberculose - micose - piodermita			
2 - Alergia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	rinite - asma - dermatite atópica - urticária - alergia alimentar - picada de inseto - droga			
3 - Vias aéreas	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	amigdalite - pneumonia - bronquiolite - otite - sinusite - laringite - fibrose cística - displasia bp - bronquiectasia			
4 - G. Intestinal	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	dianéia - verminose - enterorragia - fissura anal - refluxo gastroesofágico - prolapso retal - constipação			
5 - Nefrourológica	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	refluxo vesico-ureteral - itu - disfunção miccional - uropatia obstrutiva - insuficiência renal - glomerulopatia			
6 - Neurológica	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	convulsão - tumor - hidrocefalia - hemorragia - ecpn - ataxia - mielomeningocele - derivação			
7 - Outras doenças	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	8 - Acidente <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	9 - Cirurgia <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	10 - Internação <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
_____					
_____					
_____					
_____					
V - HISTÓRIA FAMILIAR (assinale a patologia familiar e descreva o grau de parentesco com a criança)					
1 - Otorrinolaringológica e Oftalmológica	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	surdéz - mudéz - cegueira - catarata - glaucoma - miopia			
2 - Imunológica e Pneumológica	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	atopia - angioedema - imunodeficiência - fibrose cística - tuberculose			
3 - Cardiológica e Reumatológica	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	coronariopatia - hipertensão - doença muscular - colagenose			
4 - Gastroenterológica e Hematológica	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	polipose - hepatopatia - constipação - hemofilia - anemia hemolítica			
5 - Nefrológica e Dermatológica	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	cisto - nefrite - litíase - hematuria - esclerose tuberosa - iclíose			
6 - Endocrinológica	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	diabetes - tireóide - obesidade - dislipidemia - nanismo - malformação			
7 - Neurológica	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	enxaqueca - epilepsia - retardo psicomotor - coreia - acidente vascular cerebral			
8 - Tumores <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	9 - Óbitos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Consanguineidade dos pais _____ Irmãos _____ ♂ _____ ♀ _____			
_____					
_____					
_____					





**HISTÓRIA FISIOLÓGICA**

Alimentação Idade de desmame \_\_\_\_\_ m, Início leite de vaca \_\_\_\_\_ m, Início alimento sólido \_\_\_\_\_ m, Aderção da dieta  S  N

Alimentação atual \_\_\_\_\_

Vacinação em dia  S  N Qual? \_\_\_\_\_ Outra imunização  S  N Qual? \_\_\_\_\_

Reação vacinal \_\_\_\_\_

Desenvolvimento Sustentou a cabeça \_\_\_\_\_ m, Sentou \_\_\_\_\_ m, Engatinhou \_\_\_\_\_ m, Ficou em pé \_\_\_\_\_ m, Andou \_\_\_\_\_ m, Falou \_\_\_\_\_ m

Micção \_\_\_\_\_ m, Evacuação \_\_\_\_\_ m, 1ª dentição \_\_\_\_\_ m, 2ª dentição \_\_\_\_\_ m. Obs \_\_\_\_\_

Crescimento Curva normal  S  N Anormalidade \_\_\_\_\_ a partir de que idade \_\_\_\_\_

Escolaridade Série escolar \_\_\_\_\_, escolaridade materna \_\_\_\_\_, escolaridade paterna \_\_\_\_\_

Dificuldade de aprendizado  S  N qual? \_\_\_\_\_ Nº de repetências \_\_\_\_\_

Anormalidade do sono  S  N irregular - agitado - terror noturno - sonambulismo - ronco - insônia. Obs \_\_\_\_\_

Medicações Habituais (nome, dose, intervalo da dose e indicação) \_\_\_\_\_

**- HISTÓRIA GESTACIONAL, PERINATAL E NEONATAL**

Fez pré-natal  S  N Início no \_\_\_\_\_ mês, nº de consultas \_\_\_\_\_ Local \_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo \_\_\_\_\_

Gesta \_\_\_\_\_, Para \_\_\_\_\_, Aborto \_\_\_\_\_ e Espontâneo \_\_\_\_\_ Gestações anteriores \_\_\_\_\_

1 - Exame na gravidez  S  N glicemia - hepatite - TORCH - lues - HIV - US - RX - outro Normal  S  N

2 - Problema na gravidez  S  N hemorragia - leucorréia - diabetes - vírus - hipertensão - toxemia - outro

3 - Uso de drogas na gravidez  S  N álcool - antibiótico - fumo - anticoncepcional - anti-hipertensivo - outra

4 - Parto  normal  cesáreo  fórceps  outro Apresentação  cefálica  pélvica  cônica  outra S.fetal  S  N

5 - Peso \_\_\_\_\_ g, Comprimento \_\_\_\_\_ cm, P.cefálico \_\_\_\_\_ cm, Apgar 1º \_\_\_\_\_, Apgar 5º \_\_\_\_\_ e Apgar 10º \_\_\_\_\_

6 - Doença neonatal  S  N cianose - asfixia - infecção - convulsão - dispnéia - icterícia - dificuldade de mamar - hipotonia - outra

7 - Intervenção no período neonatal  S  N assistência ventilatória - transfusão - fototerapia - antibiótico - cateterismo - outra

**II - HISTÓRIA SÓCIO-ECONÔMICA FAMILIAR**

Moradia de \_\_\_\_\_, quartos \_\_\_\_\_  sala  cozinha  banheiro Saneamento básico  S  N

Moram na casa \_\_\_\_\_ Utensílios  filtro  fogão  geladeira

Criança tem quarto próprio  S  N Espaço para recreação  S  N Mora em zona endêmica  S  N

**- REVISÃO DE SINTOMAS (assinale os sintomas que apresentem frequência importante, e relevantes e descreva abaixo de acordo com a numeração)**

1 - Gerais  S  N anorexia - perda de peso - adinamia - depressão - mal estar - polidipsia - bulimia - visão - audição - olfato - gustação

2 - Cabeça e pescoço  S  N dor ocular - fotofobia - prurido ocular - otalgia - otorrêa - coriza - prurido nasal - epístaxe - rouquidão

3 - Cardiocirculatório e pulmonar  S  N tosse - dispnéia - dor torácica - hemoptise - palpitação - precordialgia - dispnéia aos esforços

4 - Digestivo  S  N dor abdominal - constipação - enterorragia - flatulência - vômito - diarreia - epigastralgia

5 - Genito-urinário  S  N dor lombar - urge-frequência - incontinência - hematuria - disúria - leucorréia - polúria - entrese noturna

6 - Locomotor e neuro-endócrino  S  N artralgia - mialgia - fraqueza muscular - cervicalgia - dor óssea - cefaléia - câimbra - convulsão

7 - Pele e fâneros  S  N queda de cabelo - edema - hipertricrose - equimose - mancha hiperocrômica - estría - alteração ungueal

7 - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL \_\_\_\_\_

I - IMPRESSÃO DO CASO

Doença  aguda  sub-aguda  crônica Provável causa  infecciosa  inflamatória  degenerativa  congênita  auto-imune

Possíveis complicações \_\_\_\_\_

Problemas encontrados e que necessitam de atenção específica  história fisiológica  nutricional  social  psicológico

Descrição dos problemas \_\_\_\_\_

V - EXAMES SOLICITADOS

VI - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (realizada pelo serviço de nutrição no momento da primeira avaliação, com a data e identificação profissional)

A - Alterações metabólicas e funcionais

náuseas  vômitos  constipação  diarreia  anorexia  alergia alimentar  intolerância alimentar  alteração de ingestão

Obs \_\_\_\_\_

B - Avaliação nutricional antropométrica

P \_\_\_\_\_, A \_\_\_\_\_, PC \_\_\_\_\_, PI \_\_\_\_\_, P/E \_\_\_\_\_, E/I \_\_\_\_\_, IMC \_\_\_\_\_, CB \_\_\_\_\_, CMB \_\_\_\_\_, PCT \_\_\_\_\_

Edema  S  N Estado nutricional \_\_\_\_\_ (desnutrição - D, risco nutricional - RN, eutrófico - E, sobrepeso - S)

C - Terapia nutricional

Via de administração  ostomia  SNG  SNE  oral Consistência da dieta  normal  branda  pastosa  semi-líquida  líquida

Fórmula \_\_\_\_\_, Volume fracionado \_\_\_\_\_ ml

VET \_\_\_\_\_ cal \_\_\_\_\_ kg/d, PTN \_\_\_\_\_ g/kg/d, CHO \_\_\_\_\_ %, LIP \_\_\_\_\_ %, Ingesta hídrica \_\_\_\_\_ m

Ingesta total VO \_\_\_\_\_ ml, TN \_\_\_\_\_ ml, VET total \_\_\_\_\_ cal \_\_\_\_\_ kg/d, PTN \_\_\_\_\_ g/kg/d, CHO \_\_\_\_\_ %, LIP \_\_\_\_\_ %

Obs \_\_\_\_\_



Avaliação em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

VI - CONDUTA TRAÇADA

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

RESIDENTE RESPONSÁVEL (assinatura e carimbo) \_\_\_\_\_

## II. Formulário de readmissão da enfermaria de pediátrica

	Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz	<b>READMISSÃO</b>	 Instituto Fernandes Figueira
I - NOME _____		Prontuário _____	Enf _____ Leito _____
Informante _____		Responsável _____	
II - QUEIXA PRINCIPAL _____			
III - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (é importante descrever que o paciente ou responsável relate a história e ir conduzindo de forma objetiva a anamnese, tentando estabelecer como se inicia a doença, e sua forma evolutiva; a cronologia dos sinais e sintomas, bem como suas características; os tratamentos administrados, e a resposta aos mesmos e as condições de saúde prévias ao evento atual).			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			
IV - HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA (atualização dos dados desde à última internação, descrevendo a sua cronologia, frequência e evolução)			
_____			
V - DOENÇA DE BASE (descrever as doenças crônicas ou patologias básicas do paciente. Ex. Fibrose cística, ECNP, Amold Chiari e etc)			
_____			
VI - HISTÓRIA FAMILIAR (atualização dos dados desde à última internação, descrevendo o grau de parentesco com a criança)			
_____			
VII - HISTÓRIA FISIOLÓGICA (atualização dos dados desde à última internação, com a descrição de possíveis anomalias)			
Alimentação atual _____		Adequação protéico-calórica <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Vacinação, desenvolvimento psicomotor, controle de esfínteres, dentição, crescimento, escolaridade e sono _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Observações _____			
_____			
Medicações Habituais (nome, dose, intervalo da dose e indicação) _____			
_____			
VIII - HISTÓRIA SÓCIO-ECONÔMICA FAMILIAR (avaliar modificações na situação sócio-econômica desde a última internação)			
- Houve modificação nas condições de moradia, saneamento, zona endêmica, composição familiar e renda familiar? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Outs _____			

01 - Feseo \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Relação P/A \_\_\_\_\_ PC \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ % PA \_\_\_\_\_ T. ex \_\_\_\_\_

02 - Inspeção  S  N      03 - Crâneo  S  N      04 - Olhos  S  N      05 - Nariz  S  N

06 - Boca  S  N      07 - Orelha  S  N      08 - Pescoço  S  N      09 - Gânglios  S  N

10 - Tórax  S  N      11 - Abdome  S  N      12 - Períneo  S  N      13 - Genitália  S  N

14 - S. Nervoso  S  N      15 - Pele  S  N      16 - Aparelho locomotor  S  N

X - DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES DO EXAME FÍSICO (colocar o número correspondente e detalhar as alterações encontradas)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL \_\_\_\_\_

0 - IMPRESSÃO DO CASO (Se é caráter agudo, subagudo, ou crônico? Se é de origem infecciosa, inflamatória, degenerativa, congênita ou auto-imune?)

Caráter da doença \_\_\_\_\_

Possíveis complicações \_\_\_\_\_

Problemas encontrados e que necessitam de atenção específica  fisiológico  nutricional  fisiológico  nutricional

Descrição dos problemas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IV - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (realizada pelo serviço de nutrição no momento da primeira avaliação, com a data e identificação profissional)

A - Alterações metabólicas e funcionais

náuseas  vômitos  constipação  diarreia  anorexia  alergia alimentar  intolerância alimentar  alteração de ingestão

Obs \_\_\_\_\_

B - Avaliação nutricional antropométrica

P \_\_\_\_\_, A \_\_\_\_\_, PC \_\_\_\_\_, PI \_\_\_\_\_, PIE \_\_\_\_\_, EI \_\_\_\_\_, IMC \_\_\_\_\_, CB \_\_\_\_\_, CMB \_\_\_\_\_, PCT \_\_\_\_\_

Edema  S  N      Estado nutricional \_\_\_\_\_ (desnutrição - D, risco nutricional - RN, eutrófico - E, sobrepeso - S)

C - Terapia nutricional

Via de administração  ostomia  SNG  SNE  oral      Consistência da dieta  normal  branda  pastosa  semi-líquida  líquida

Fórmula \_\_\_\_\_, Volume fracionado \_\_\_\_\_ ml

VET \_\_\_\_\_ cal \_\_\_\_\_ kg/d,      PTN \_\_\_\_\_ g/kg/d, CHO \_\_\_\_\_ %, LIP \_\_\_\_\_ %, Ingesta hídrica \_\_\_\_\_ ml

Ingesta total - VO \_\_\_\_\_ ml, TN \_\_\_\_\_ ml, VET total \_\_\_\_\_ cal \_\_\_\_\_ kg/d, PTN \_\_\_\_\_ g/kg/d, CHO \_\_\_\_\_ %, LIP \_\_\_\_\_ %

Obs \_\_\_\_\_

Avaliação em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Assinatura e carimbo \_\_\_\_\_

III - EXAMES SOLICITADOS \_\_\_\_\_

IV - CONDUTA TRAÇADA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Assinatura e carimbo \_\_\_\_\_

### III. Formulário de readmissão dos pacientes de osteogênese imperfeita da enfermaria de pediátrica

FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz		READMISSÃO		IFF Instituto Fernando Figueira	
I - NOME _____		Frontuário _____		Enf _____ Leito _____	
Informante _____		Responsável _____			
II - QUEIXA PRINCIPAL _____					
III - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (a leiteria detalhar que o paciente ou responsável relate a história e a condução de forma rotineira e anamnese, história autopercebida como se inicia o doente, a sua forma evolutiva, a cronologia dos sinais e sintomas, bem como suas características, os tratamentos administrados e a resposta aos mesmos e as condições de saúde antes do evento atual)					
PACIENTE DE _____ ANOS COM DIAGNOSTICO DE OSTEOGÊNESE IMPERFEITA, DIAGNOSTICADO AOS _____ DE IDADE, APRESENTANDO ATE O MOMENTO _____ FRATURAS, SENDO A ULTIMA EM _____					
NO MOMENTO ENCONTRA-SE NO _____ CICLO DE PAMIDRONATO					
IV - HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA (atualização dos dados desde a última internação, descrevendo e sua cronologia, incidências e evolução)					
V - DOENÇA DE BASE (descrever as doenças crônicas ou patologias básicas do paciente. Ex: Fibrose cística, ECHP, Anemia Chfan e etc)					
OSTEOGÊNESE IMPERFEITA					
VI - HISTÓRIA FAMILIAR (atualização dos dados desde a última internação, descrevendo o grau de parentesco com o paciente)					
HISTORIA FAMILIAR ( ) POSITIVA					
( ) NEGATIVA					
VII - HISTÓRIA FISIOLÓGICA (atualização dos dados desde a última internação, com a descrição de possíveis anormalidades)					
Alimentação atual _____ PRÓPRIA PARA IDADE _____ Adequação protéico-calórica <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N					
Vacinação, desenvolvimento psicomotor, controle de esfínteres, dentição, crescimento, escolaridade e sono <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N					
Observações _____					
Medicações Habituais (nome, dose, intervalo da dose e indicação)					
CARBONATO DE CALCIO _____ MG/DIA + PROTOVIT					
VIII - OUTROS (descrever condições familiares, ambientais, sociais, etc, que possam interferir no tratamento)					
IX - OBSERVAÇÕES (descrever condições de saúde, exames, etc, que possam interferir no tratamento)					

01 - Inspeção	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	03 - Crânio	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	04 - Ombros	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	05 - Nariz	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
06 - Boca	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	07 - Orelha	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	08 - Pescoço	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	09 - Gânglios	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
10 - Tórax	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	11 - Abdome	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	12 - Períneo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	13 - Genitália	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
14 - S. Nervoso	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	15 - Pele	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	16 - Aparelho locomotor	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		

X - DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES DO EXAME FÍSICO (colocar o número correspondente e detalhar as alterações encontradas)

---



---



---



---



---

- DIAGNÓSTICO PROVÁVEL **OSTEOGÊNESE IMPERFEITA**

IMPRESSÃO DO CASO (Se o caráter agudo, subagudo, ou crônico? Se é de origem infecciosa, inflamatória, degenerativa, congênita ou auto-imune?)

Caráter da doença **CRÔNICO**

Possíveis complicações **FRATURAS**

Problemas encontrados e que necessitam de atenção específica  fisiológico  nutricional  fisiológico  nutricional

Descrição dos problemas

---



---

/ - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (realizada pelo serviço de nutrição ao momento da primeira avaliação, com a data e identificação profissional)

A - Alterações metabólicas e funcionais

glicose  glicose  glicose  glicose  glicose  glicose  glicose  glicose  glicose  glicose

B - Avaliação nutricional antropométrica

P \_\_\_\_\_, A \_\_\_\_\_, PC \_\_\_\_\_, PI \_\_\_\_\_, PVE \_\_\_\_\_, EI \_\_\_\_\_, IMC \_\_\_\_\_, CB \_\_\_\_\_, CMB \_\_\_\_\_, PCT \_\_\_\_\_

Êtnea  S  N Estado nutricional \_\_\_\_\_ (desnutrição - D, risco nutricional - RN, eutrófico - E, sobrepeso - S)

C - Terapia nutricional

Via de administração  entoma  SNG  SNE  oral Consistência da dieta  normal  branda  pastosa  semi-líquida  líquida

Formula \_\_\_\_\_, Volume fracionado \_\_\_\_\_ ml

VPT \_\_\_\_\_ cal \_\_\_\_\_ g/glt, CHO \_\_\_\_\_ % LIP \_\_\_\_\_ %, ingestão hídrica \_\_\_\_\_ ml

Ingesta total VET \_\_\_\_\_ ml, TET \_\_\_\_\_ ml, VET total \_\_\_\_\_ cal \_\_\_\_\_ kJ/glt, CHO \_\_\_\_\_ % LIP \_\_\_\_\_ %

usc

Avaliação em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura e carimbo \_\_\_\_\_

- EXAMES SOLICITADOS

**HEMOGRAMA / CALCIO TOTAL / MAGNESIO / POTASSIO / CREATININA**

**FOSFATASE ALCALINA / FOSFORO / CALCIO IÔNICO / EAS**

**PAMIDRONATO DE SODIO \_\_\_\_\_ MG/KG/DIA**

**CARBONATO DE CALCIO \_\_\_\_\_ MG/DIA + PROTOVIT**





- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	AIH	TP	CID
- DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	AIH	TP	CID
- TIPO DE SAÍDA:			
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Característica própria da doença ou Cronicidade		
<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> Melhorado	PERMANÊNCIA > 30 DIAS:	<input type="checkbox"/> Intercorrência
<input type="checkbox"/> A pedido	<input type="checkbox"/> Social ou impossibilidade de convívio familiar		
Outro Motivo:			
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	<input type="checkbox"/> Interna	Especialidade/Local:	
	<input type="checkbox"/> Externa	Especialidade/Local:	
<input type="checkbox"/> ÓBITO	Necrópsia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Menos de 48 horas após a internação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
- ORIENTAÇÃO DE ALTA (importante para que se tenha ciência dos cuidados necessários após a alta)			
Exames pendentes:			
Prescrição médica:			
Orientação quanto aos cuidados:			
Encaminhamento:			

## V. Formulário de anamnese pacientes de Fibrose Cística

Ministério da Saúde  
FUNDAÇÃO COORDENADORIA GERAL  
Instituto Fernandes Figueira

Data: / /

### Nome do paciente, idade

O paciente acima é portador de FIBROSE CÍSTICA (CID10 \_\_\_\_\_), e colonizado por \_\_\_\_\_. Indicamos hospitalização pois encontra-se em fase de agudização respiratória segundo os seguintes critérios:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> aumento de secreção respiratória | <input type="checkbox"/> piora em imagem radiológica |
| <input type="checkbox"/> aumento de esforço respiratório  | <input type="checkbox"/> ↓ PFR                       |
| <input type="checkbox"/> piora na ausculta pulmonar       | <input type="checkbox"/> ↓ Sat O <sub>2</sub>        |
| <input type="checkbox"/> perda de peso                    | <input type="checkbox"/> outros _____                |

### Conduta sugerida na internação:

#### 1) *Avaliação Laboratorial:*

- Rx de tórax em PA e perfil
- Escarro (cultura e TSA): piogênicos, fungos e BK
- Gasometria arterial
- Saturação de O<sub>2</sub>
- Hemograma completo, TAP, PTT, bioquímica, prova de função hepática
- EPF
- EAS
- Avaliação nutricional, incluindo peso 2x/semana
- USG Abdominal
- Prova de função respiratória, incluindo prova BD
- Avaliação cardiológica

#### 2) *Terapêutica:*

- Antibioticoterapia:** duração: \_\_\_\_\_ dias  
.baseada no último escarro (data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)
- esquema sugerido: {  

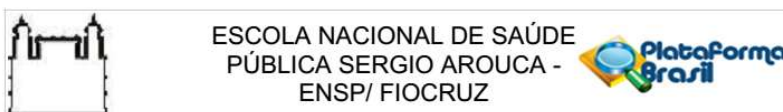
_____	dose: _____	mg/Kg/dia
_____	dose: _____	mg/Kg/dia
_____	dose: _____	mg/Kg/dia
- B<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ apres: \_\_\_\_\_; dose: \_\_\_\_\_ jatos, \_\_\_\_\_ x/dia
- Dornase-alfa: \_\_\_\_\_ 1x/dia
- Suplementação de enzimas e vitaminas ADEK
- Fisioterapia respiratória: \_\_\_\_\_ x/dia
- Suporte nutricional adequado para FC
- Suplementação de O<sub>2</sub> de acordo com sat O<sub>2</sub> /gasometria

→ Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, Tel: 2553 0052 - R: 5227/5229

Equipe de Pneumologia /IFF

## ANEXO B – Parecer dos comitês de ética em pesquisa (CEP)

### I. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação das discrepâncias na reconciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro

**Pesquisador:** Diana Domingues da Camara Graça

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 24520013.6.0000.5240

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 481.598

**Data da Relatoria:** 04/12/2013

##### Apresentação do Projeto:

Projeto de Diana Domingues da Camara Graça, orientado por Walter Vieira Mendes Júnior, qualificado em 7/11/2013 com financiamento próprio.

O projeto de pesquisa será desenvolvido na área de Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde, mais especificamente no eixo temático Avaliação em saúde - Avaliação de sistemas e serviços de saúde. Essa pesquisa está voltada para a avaliação de eventos adversos à pacientes internados e se insere no campo de segurança do paciente.

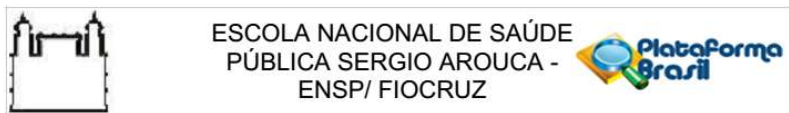
##### Métodos:

Para avaliar como o processo de reconciliação medicamentosa é realizado: será realizada uma revisão retrospectiva a partir dos prontuários dos participantes do estudo utilizando um instrumento para coleta de dados adaptado. Será realizada uma combinação de métodos, conforme o momento da reconciliação:

Na admissão hospitalar as taxas de discrepâncias serão medidas através das seguintes etapas:

1)Entrevista com o responsável pelo participante, visto que se trata de pacientes pediátricos - para

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 481.598

obtenção da melhor história possível de medicamentos em uso (MHPM) antes da admissão hospitalar, utilizando dois instrumentos adaptados.

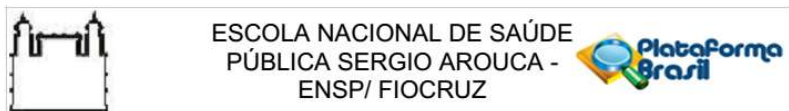
2) As informações colhidas durante a entrevista com o responsável pelo participante serão confirmadas e/ou completadas utilizando o prontuário médico do participante, observando os dados no momento da prescrição médica. Também serão analisados dados administrativos do hospital e verificação de rótulos de frascos de medicamentos do participante trouxe de casa para o hospital no momento da admissão hospitalar.

Na transferência interna as informações constantes na MHPM serão comparadas com prescrição médica anterior e posterior da transferência interna, utilizando um instrumento adaptado.

Em ambas as etapas, a presença de interações medicamentosas entre os medicamentos será avaliada através de literatura pertinente; as discrepâncias, interações medicamentosas e erros de medicação identificados, que possam causar danos aos participantes do estudo, serão esclarecidos através de contato com o médico pessoalmente de forma a evitar que atinjam os participantes do estudo; as discrepâncias e interações medicamentosas, assim como suas classificações e resoluções, serão registradas nos instrumentos validados.

Antes de ser empregado na avaliação do processo existente os instrumentos adaptados serão validado por um painel de três especialistas. Os especialistas serão farmacêuticos com experiência na área de reconciliação medicamentosa e segurança do paciente. Para identificar alguns dos fatores contribuintes para a ocorrência de identificadas na admissão hospitalar ou na transferência interna será realizada uma análise estatística para verificar a associação entre as discrepâncias e diferentes variáveis. Para finalizar o processo de coleta das taxas de discrepâncias identificadas na reconciliação medicamentosa será estabelecido o prazo de no máximo 24 horas, a partir da transição de cuidado, ou, antes da próxima dose de um medicamento que apresente discrepância ou interação medicamentosa, de modo a evitar que discrepâncias, interações medicamentosas e erros de medicação, que possam causar danos, atinjam os participantes do estudo. Todas as informações obtidas serão registradas em um banco de dados para serem usadas nas análises de dados. A adequação do método de reconciliação medicamentosa empregado na transição de cuidado, objetivo geral, e os aspectos do processo de reconciliação medicamentosa permitem melhorar a precisão das prescrições médicas, quarto e último objetivo específico, para pacientes pediátricos em condições médicas complexas, serão analisados e definidos a partir das análises dos demais objetivos específicos. A abordagem aos responsáveis pelos participantes de estudo e

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 481.598

aos participantes de estudo se dará de através de contato individual. O ambiente onde será realizada esta abordagem e a coleta dos termos de consentimento livre esclarecido será feito em sala de procedimentos, não ocorrendo, portanto, no leito do participante, garantindo assim a privacidade de ambos.

**Análise de Dados:**

Serão realizadas análises qualitativas: sendo avaliada a adequação do método de reconciliação medicamentosa empregado na transição de cuidado e os aspectos do processo existente que permitem melhorar da precisão das prescrições médicas para pacientes pediátricos. Poderão ser realizadas análises estatísticas: sendo calculadas proporções, médias, desvios padrões, quartis; realizada a regressão logística para determinar a associação entre as discrepâncias identificadas e os fatores contribuintes.

**Critério de Inclusão:**

Todos os pacientes menores de 18 anos internados admitidos e transferidos internamente no hospital serão incluídos no estudo num período de 5 meses

**Critério de Exclusão:**

Serão excluídos do estudo pacientes que não utilizavam medicamentos no momento da internação; os que ficaram internados por menos de 24 horas no hospital pesquisado; os que foram transferidos internamente sem terem sido incluídos no estudo na etapa de admissão hospitalar; e os entraram e saíram durante os finais de semana

Tamanho da Amostra no Brasil: 50

**Objetivo da Pesquisa:**

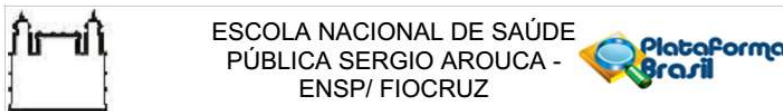
**Objetivo Primário:**

Avaliar as discrepâncias e os fatores contribuintes identificados no processo de reconciliação medicamentosa existente na admissão hospitalar e na transferência interna de pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Rio de Janeiro

**Objetivo Secundário:**

Avaliar como o processo de reconciliação medicamentosa é realizado. Medir as taxas de discrepâncias identificadas na admissão hospitalar ou na transferência interna. Identificar alguns dos fatores contribuintes para a ocorrência de identificadas na admissão hospitalar ou na transferência interna. Identificar que aspectos do processo de reconciliação medicamentosa permitem melhorar a precisão das prescrições médicas de pacientes pediátricos.

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 481.598

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Tipos de riscos envolvidos neste projeto de estudo: Riscos Físicos: Existe a possibilidade de durante a coleta de taxas de discrepâncias na admissão hospitalar ou transferência interna serem identificadas: discrepâncias, interações medicamentosas e erros de medicação, que caso atinjam os participantes do estudo, possam causar danos físicos. Para minimizar este risco discrepâncias, interações medicamentosas e erros de medicação identificados serão esclarecidos através de contato com o médico pessoalmente de forma a evitar que atinjam os participantes do estudo; Riscos psicológicos: Existe a possibilidade de que os participantes se tornem emocionalmente perturbados, com medo ou ansiedade por participar do estudo. Para minimizar este risco, será deixada clara a todos os participantes a possibilidade de eles pularem perguntas e/ ou interromperem a entrevista se ficarem angustiados.

**Benefícios:**

"O benefício indireto é que a realização deste estudo contribuirá para a melhoria da qualidade dos processos de coleta de história medicamentosa na instituição, pois ajudará a identificar que aspectos da maneira como é coletada, registrada e comunicada a história de medicamentos permitirão melhorar a precisão das prescrições médicas o de cuidado dos pacientes pediátricos. Além disso, contribuirá para produção de conhecimentos importantes para o campo da segurança do paciente e da qualidade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, para o campo da saúde coletiva no Brasil".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Protocolo de pesquisa apresenta os elementos necessários para apreciação ética.

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

Apresentou:

Projeto de Pesquisa na íntegra;

Formulário de Encaminhamento;

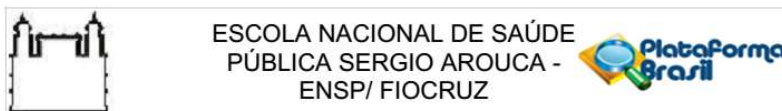
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Termo de Assentimento dos participantes;

Instrumentos de coleta de dados;

Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável;

Termos de anuência das instituições coparticipantes.

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 481.598

**Recomendações:**

Não há.

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

Não existem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP/ENSP se encontra disponível em [www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica).

RIO DE JANEIRO, 06 de Dezembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Ângela Fernandes Esher Moritz**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

## II. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)

INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação das discrepâncias na reconciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Estado do Rio de Janeiro

**Pesquisador:** Diana Domingues da Camara Graça

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 24520013.6.3001.5269

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 605.098-0

**Data da Relatoria:** 12/12/2013

#### Apresentação do Projeto:

Projeto voltado para a avaliação de eventos adversos à pacientes internados e se insere no campo de segurança do paciente. Pesquisador pretende avaliar como a reconciliação de medicamentos pode contribuir no processo de medicação (prescrição, distribuição e administração). Uma das etapas do projeto é a análise dos fatores que atuam na etapa de reconciliação, permitindo uma discussão mais ampla sobre estes fatores e de como se correlacionam com os eventos adversos relacionados a um erro no sistema de medicação.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as discrepâncias e os fatores contribuintes identificados no processo de reconciliação medicamentosa existente na admissão hospitalar e na transferência interna de pacientes pediátricos em um hospital público especializado no Rio de Janeiro

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto avaliado pelo CEP/ENSP quanto a adequação dos riscos e benefícios.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Protocolo de pesquisa apresenta os elementos necessários para apreciação ética.

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

Condições éticas do TCLE avaliadas pelo CEP proponente

**Endereço:** RUJ BARBOSA, 716  
**Bairro:** FLAMENGO **CEP:** 22.250-020  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2554-1730 **Fax:** (21)2552-8491 **E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br



INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS



Continuação do Parecer: 605.098-0

**Recomendações:**

Projeto encontra-se adequado do ponto de vista ético para ser realizado na instituição co-participante.

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

Pesquisador deve atender exigências do CEP quanto a apresentação dos relatórios solicitados.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

RIO DE JANEIRO, 12 de Abril de 2014

---

Assinador por:  
maria elisabeth lopes moreira  
(Coordenador)

Este parecer reemitido substitui o parecer número 605098 gerado na data 17/12/2013 11:39:12, onde o número CAAE foi alterado de 24520013.6.0000.5240 para 24520013.6.3001.5269.

Endereço: RUI BARBOSA, 716  
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8491 E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br