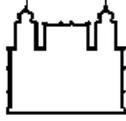


Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente
Cronicamente Doentes

**Avaliação do processo de conciliação de medicamentos e de educação em saúde na
alta hospitalar em um instituto nacional de referência do estado do Rio de Janeiro**

Ana Beatriz de Oliveira Leite e Bragança

**RIO DE JANEIRO - RJ
Março/2023**



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente
Cronicamente Adoecidos

Ana Beatriz de Oliveira Leite e Bragança

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Pós-graduação em
Residência Multiprofissional da
Saúde da Criança e do Adolescente
Cronicamente Adoecidos na
modalidade de Farmácia, como pré-
requisito para obtenção do título de
especialista em saúde da criança e
adolescente cronicamente
adoecidos

Orientadora: Diana Domingues da Camara Graça

RIO DE JANEIRO - RJ
Março/2023

CIP - Catalogação na Publicação

Bragança, Ana Beatriz de Oliveira Leite e Bragança.

Avaliação do processo de conciliação de medicamentos e de educação em saúde na alta hospitalar em um instituto nacional de referência do estado do Rio de Janeiro / Ana Beatriz de Oliveira Leite e Bragança Bragança. - Rio de Janeiro, 2023.

104 f.

Monografia (Residência Multiprofissional em Farmácia) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2023.

Orientadora: Diana Domingues da Camara Graça.

Bibliografia: f. 60-67

1. Pediatria. 2. Segurança do Paciente. 3. Serviço de Farmácia Hospitalar. 4. Conciliação de Medicamentos. 5. Educação em Saúde. I. Título.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Protocolos de segurança do paciente.....	22
Figura 2 - Categorias de ações prioritárias do desafio global de segurança do paciente medicação sem danos	23
Figura 3 - Processo de Cuidado.....	26
Figura 4 - Serviços clínicos providos por farmacêuticos aos pacientes, à família e à comunidade e as respectivas que necessidades de saúde que eles atendem	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de leitos por unidades de produção para pacientes internados e de altas hospitalares do ano de 2021	36
Tabela 2 - Caracterização da população do estudo.....	42
Tabela 3 - Relação dos medicamentos prescritos no período do estudo para os participantes entrevistados	42
Tabela 4 - Relação dos medicamentos prescritos na alta hospitalar período da pesquisa para os participantes entrevistados.....	44
Tabela 5 - Frequência de vias de administração nas prescrições de internação na DIP	45
Tabela 6 - Frequência de vias de administração nas prescrições de alta hospitalar	45
Tabela 7 - Relação dos medicamentos prescritos na alta de acordo com a RENAME 2022	46
Tabela 8 - Presença de discrepância por paciente.....	46
Tabela 9 - Classificação quanto à intencionalidade das discrepâncias.....	47
Tabela 10 - Frequência das discrepâncias quanto ao tipo de discrepância.....	47
Tabela 11 - Respostas dos responsáveis de acordo com seus respectivos entendimentos no momento da orientação de alta	47
Tabela 12 - Avaliação do conhecimento dos responsáveis após a orientação de alta por meio de entrevista telefônica.....	48

LISTA DE SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CIPE	Enfermaria de Cirurgia Pediátrica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CID	Código internacional de Doenças
DIPe	Doenças Infecciosas Pediátricas
EA	Eventos Adversos
EV	Endovenosa
EUA	Estados Unidos da América
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FEPAL	Formulário de Entrevista Pós-Alta Hospitalar
FCMAL	Formulário de Conciliação de Medicamentos na Alta Hospitalar
FOP	Formulário de Orientação ao Paciente
FRPAL	Formulário de Revisão de Prontuário de Alta Hospitalar
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministro
HPM	História Primária de Medicamentos
IFF	Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
IM	Intramuscular
MHPM	Melhor História Possível de Medicamentos
MPPA	Melhor Plano Possível de Alta

MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PUBMED	<i>National Library of Medicine</i>
RAM	Reações Adversas a Medicamentos
RPA	Recuperação Pós-Anestésica
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
UI	Unidade Intermediária
UPI Pediatria	Enfermaria de Pediatria
UPG	Unidades de Pacientes Graves
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI neonatal	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VO	Via Oral

Ana Beatriz de Oliveira Leite e Bragança. Avaliação do processo de conciliação de medicamentos e de educação em saúde na alta hospitalar em um instituto nacional de referência do estado do Rio de Janeiro. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Adoecidos), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2022.

RESUMO

Introdução: À medida que aumentam as taxas de doenças crônicas em pediatria, aumenta também proporcionalmente a quantidade de medicamentos utilizados para tratá-las. Estes pacientes são mais suscetíveis a erros de medicação. Uma estratégia para diminuir os erros de medicação é a utilização de farmacêuticos clínicos. Estes profissionais provêm serviços clínicos ao paciente, à família e à comunidade. A conciliação de medicamentos e a educação em saúde são dois dos serviços clínicos providos por farmacêuticos. **Objetivo:** Avaliar o processo de conciliação de medicamentos e de educação em saúde na alta hospitalar em um instituto nacional de referência do estado do Rio de Janeiro. **Método:** Trata-se de um estudo transversal observacional prospectivo. Realizou-se este estudo por meio das seguintes fontes de dados: revisão de prontuário, entrevistas semiestruturadas com participantes e/ou familiares, revisão de prescrições e receitas médicas, revisão de dados da farmácia clínica da instituição e orientação de participantes e/ou familiares. **Resultados:** Em todos os participantes conciliados, foram identificadas discrepâncias. Todas as discrepâncias identificadas no estudo (32) foram classificadas como intencional, das quais 25 (78,1%) eram de ação. Este grande número de discrepâncias de ação, pode estar relacionado, em parte, em razão da internação, no momento que o paciente vai para casa, a via preferencial deixa de ser intravenosa e passa a ser via oral. Durante a entrevista no momento da alta hospitalar, apenas três responsáveis não souberam responder uma (1,3%) das perguntas do questionário. O questionário aplicado no momento da alta hospitalar, foi aplicado também no contato via telefone, porém na ligação foi solicitado que o responsável explicasse como era feito em casa. Dos sete entrevistados, não foi possível o contato telefônico com 4 participantes. Apenas 3 participantes atenderam a ligação, dos quais 2 não souberam responder uma das perguntas. **Conclusão:** Este estudo identificou importantes achados, entre os quais, muitas discrepâncias intencionais. Isto demonstra que os pacientes no serviço não estiveram muito expostos ao risco de erros de medicação neste estudo. No serviço estudado a educação em saúde realizada pelos médicos pode ser considerada efetiva. Porém, mesmo assim, se considera importante a participação do farmacêutico neste processo, estabelecendo uma forma de priorizar os pacientes com maior risco para ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia. Mais estudos devem ser realizados em outros serviços pediátricos para ampliar o conhecimento sobre a conciliação de medicamentos e educação em saúde na população pediátrica.

Palavras-Chave: Pediatria, Segurança do Paciente, Serviço de Farmácia Hospitalar, Reconciliação de Medicamentos e Educação em Saúde.

Ana Beatriz de Oliveira Leite e Bragança. Evaluation of the process of reconciling medication and health education at hospital discharge in a national institute of reference in the state of Rio de Janeiro. Work of Completion of Residence (Multiprofessional Residency in the Health of Chronically Ill Children and Adolescents), National Institute of Health of Women, Children and Adolescents Fernandes Figueira - IFF, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2022.

ABSTRACT

Introduction: As the rates of chronic diseases in pediatrics increase, the number of drugs used to treat them also increases proportionally. These patients are more susceptible to medication errors. One strategy to reduce medication errors is the use of clinical pharmacists. These professionals provide clinical services to the patient, family, and community. Medication reconciliation and health education are two of the clinical services provided by pharmacists. **Objective:** To evaluate the process of reconciling medication and health education at hospital discharge at a national reference institute in the state of Rio de Janeiro. **Method:** This is a prospective observational cross-sectional study. This study was carried out using the following data sources: review of medical records, semi-structured interviews with participants and/or family members, review of prescriptions and medical prescriptions, review of data from the institution's clinical pharmacy, and guidance for participants and/or family members. **Results:** In all reconciled participants, discrepancies were identified. All discrepancies identified in the study (32) were classified as intentional, of which 25 (78.1%) were of action. This large number of action discrepancies may be related, in part, to the hospitalization, when the patient goes home, the preferred route ceases to be intravenous and becomes oral. During the interview at the time of hospital discharge, only three guardians were unable to answer one (1.3%) of the questions in the questionnaire. The questionnaire applied at the time of hospital discharge was also applied in the contact via telephone, but during the call the person in charge was asked to explain how it was done at home. Of the seven interviewees, telephone contact with 4 participants was not possible. Only 3 participants answered the call, of which 2 were unable to answer one of the questions. **Conclusion:** This study identified important findings, including many intentional discrepancies. This demonstrates that patients in the service were not very exposed to the risk of medication errors in this study. In the service studied, health education carried out by physicians can be considered effective. However, even so, the pharmacist's participation in this process is considered important, establishing a way of prioritizing patients at greater risk for the occurrence of problems related to pharmacotherapy. More studies should be carried out in other pediatric services to increase knowledge about the reconciliation of medications and health education in the pediatric population.

Key words: Pediatrics, Pharmacy Service, Hospital, Patient Safety, Medication Reconciliation, Health Education

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	II
LISTA DE TABELAS.....	IV
LISTA DE SIGLAS.....	V
RESUMO.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. JUSTIFICATIVA.....	14
3. OBJETIVOS.....	17
3.1. Objetivo geral.....	17
3.2. Objetivos específicos.....	17
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
4.1. Pediatria.....	18
4.2. Segurança do Paciente.....	20
4.2.1. ERROS DE MEDICAÇÃO.....	22
4.3. Farmácia Clínica.....	25
4.3.1. CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	28
4.3.2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	31
4.3.3. FARMÁCIA CLÍNICA EM PEDIATRIA.....	33
5. MÉTODOS.....	35
5.1. Desenho de estudo.....	35
5.2. Local de estudo.....	35
5.3. Período do estudo.....	36
5.4. Descrição da População.....	37
5.5. Coleta de dados.....	38
5.5.1. Instrumentos utilizados.....	38
5.5.2. Método propriamente dito.....	39
5.6. Aspectos éticos.....	40
5.7. Metodologia de análise de dados.....	41
6. RESULTADOS.....	42
7. DISCUSSÃO.....	50

7.1. Conciliação de medicamentos	53
7.2. Educação em saúde	54
7.3. Limitações.....	56
8. CONCLUSÃO.....	58
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICES	67
ANEXOS	79

1. INTRODUÇÃO

Na medida que as taxas de doenças crônicas em pediatria aumentam, a quantidade de medicamentos utilizados para as tratar também se elevam. Por outro lado, os ensaios clínicos para aprovação de medicamentos, solicitados por instituições que regulam os registros de medicamentos, como a *Food and Drug Administration* (FDA) dos Estados Unidos da América (EUA), se concentram na segurança e eficácia de medicamentos para uso em pacientes adultos (HORACE E AHMED, 2015).

Devido a esta ausência da realização de estudos em pacientes pediátricos, o uso de medicamentos nesta população se baseia em dados extrapolados de estudos em adultos. O problema que se coloca, neste cenário, é que pacientes pediátricos têm perfis fisiológicos e processos farmacocinéticos diferentes de pacientes adultos (HORACE E AHMED, 2015).

Some-se a isto o fato de que a referida falta de ensaios clínicos acarreta a falta de evidências científicas direcionadas para esta população e, conseqüentemente, a prescrição *off-label* por médicos. Neste contexto complexo, estes pacientes se tornam mais suscetíveis a erros de medicação (HORACE E AHMED, 2015).

Por definição, erro de medicação é um evento evitável, que pode ocorrer em qualquer etapa da farmacoterapia, que pode ou não trazer prejuízos ao paciente (CFF, 2010).

Uma estratégia para diminuir os erros de medicação é a utilização de farmacêuticos clínicos. Estes profissionais fornecem serviços clínicos ao paciente, à família e à comunidade (CFF, 2016).

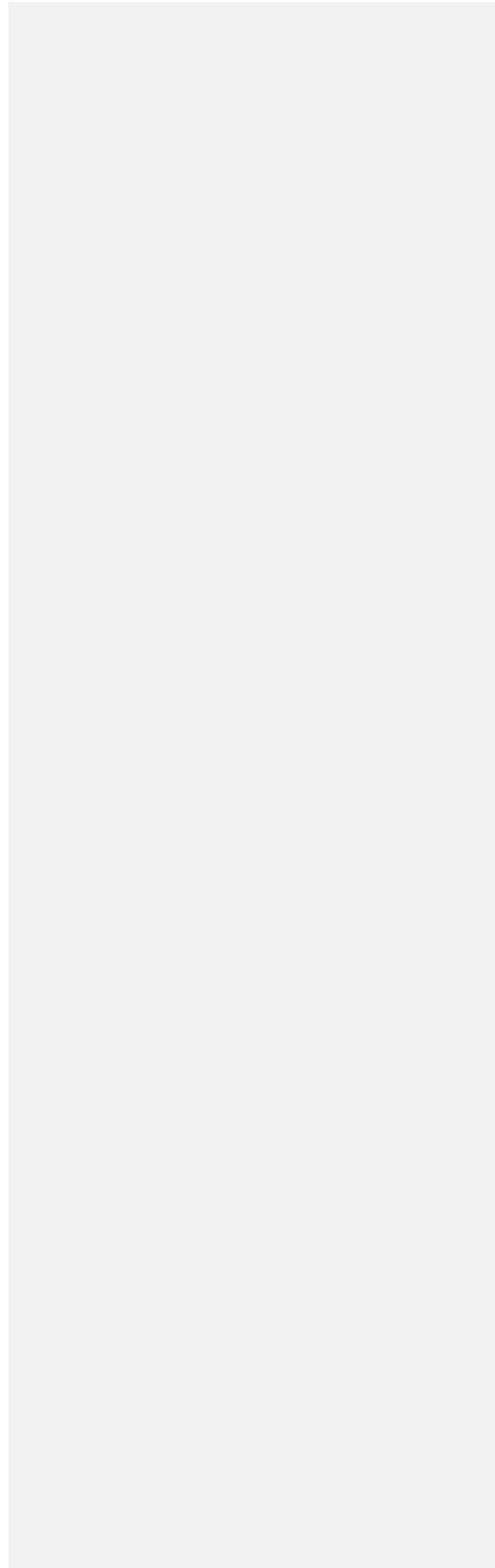
Um destes serviços é a conciliação de medicamentos. Ele tem como objetivo prevenir erros de medicação resultantes de discrepâncias de medicação. Por definição, conciliação medicamentosa é (CFF, 2016):

“um serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos (nome ou formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, dose, via de administração e frequência de uso, duração do tratamento) utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras. Este serviço é geralmente prestado quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, com o objetivo de diminuir as discrepâncias não intencionais” (CFF, 2016).

A educação em saúde é também um dos serviços clínicos providos por farmacêuticos. Trata-se de uma ferramenta utilizada para garantir o sucesso do tratamento farmacoterapêutico do paciente, além de aumentar a autonomia dos indivíduos no seu cuidado e melhorar o diálogo com os profissionais. Sendo assim, ela garante um cuidado em saúde de acordo com necessidades individuais, além de subsidiar informações para prevenção de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2012).

O trabalho executado pelo farmacêutico clínico se direciona para melhoria da terapia e diminuição dos riscos e dos custos relacionados ao uso de medicamentos. Além disso, a farmácia clínica pode viabilizar o uso seguro e racional de medicamentos, prevenir e monitorar possíveis erros de medicação, intervir e contribuir na prescrição de medicamentos de modo a alcançar resultados clínicos positivos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida e segurança do paciente (FERRACINI *et al.*, 2011).

Sendo assim, o objetivo do trabalho foi analisar o processo de conciliação de medicamentos e de educação em saúde na alta hospitalar em um instituto nacional de referência do estado do Rio de Janeiro.



2. JUSTIFICATIVA

Os pacientes pediátricos são mais suscetíveis a erros de medicação. Isto decorre da escassez de estudos quanto à segurança e eficácia de medicamentos na pediatria, que gera um conhecimento superficial acerca de alternativas farmacoterapêuticas. Neste cenário, grande parte das prescrições são fundamentadas em poucas evidências clínicas e/ou empirismo (ALCÂNTARA *et al.*, 2020).

Além disso, estes pacientes apresentam uma variação na massa corporal ao longo de seu crescimento. Esta variação potencializa a chance de erros de medicação que causam danos a crianças e neonatos (ALCÂNTARA *et al.*, 2020).

Vale esclarecer que, o potencial de dano de um erro de medicação, que ocorre no ambiente pós-alta hospitalar, é maior do que o que ocorre na admissão hospitalar. Isto acontece, pois, no ambiente hospitalar o monitoramento é mais frequente (FERNANDES *et al.*, 2020).

A alta hospitalar é considerada também um momento com elevada ocorrência de discrepâncias não intencionais. Vale lembrar que a conciliação de medicamentos é um serviço capaz de diminuir os erros de medicação decorrentes de discrepâncias. Afora isso, na alta hospitalar, este serviço permite também melhorar a adesão ao tratamento, reduzir a necessidade de atendimentos em emergência, assim como, diminuir as readmissões hospitalares (CFF, 2016/ MARQUES E LIEBER, 2014).

Para verificar o estado da arte da utilização da conciliação de medicamentos em pacientes pediátricos na alta hospitalar, realizou-se uma busca de artigos disponíveis na literatura em base de dados online. No primeiro momento foram utilizados os descritores “clinical pharmacy” AND “medication error” AND “reconciliation”, localizando uma amostra de 601 artigos indexados na *National Library of Medicine* (PUBMED), sendo a

grande maioria destes relacionados a pacientes adultos. Ao adicionar o descritor "*pediatric patients*" o número de publicações apresentadas foi reduzido para nove, destas nenhuma estava voltada para atividade de educação em saúde ou implantação da conciliação de medicamentos.

Desta forma, apesar de estar claro de que o uso da conciliação de medicamentos possui um fator benéfico para os pacientes, verifica-se que no Brasil, sua aplicabilidade, especialmente, em pacientes pediátricos, é baixa. O que torna necessário o aumento significativo de pesquisas e estudos sobre o tema.

No serviço estudado, foi realizado um estudo sobre conciliação de medicamentos na admissão hospitalar e na transferência interna (GRAÇA, 2015). Afora isso, este serviço clínico foi implementado nestes dois momentos.

Porém, a alta hospitalar não foi contemplada. Isto ocorreu, pois a alta hospitalar é um momento de alta complexidade para a pesquisa e para a implantação deste serviço, pois, usualmente, em hospitais no Brasil as altas hospitalares não são programadas (GRAÇA, 2015).

O interesse pessoal de estudar o tema surgiu após a participação no rodízio na farmácia de distribuição interna da instituição, onde se identificou a necessidade de demandas específicas em relação à distribuição de medicamentos para os pacientes pediátricos após a alta hospitalar. Afora isso, verificou-se a complexidade da farmacoterapia desses pacientes após a alta hospitalar, o que estimulou o desejo de estudar o processo de alta hospitalar, com a proposta de realizar a conciliação de medicamentos e a educação em saúde neste momento.

Em virtude desse cenário, realizar este estudo é relevante, pois, espera-se que o conhecimento obtido permita aumentar a integração do farmacêutico nas ações de saúde e compreender os fatores que podem interferir na conciliação na alta hospitalar, de modo

a viabilizar sua implantação e, melhorar assim, a qualidade do cuidado e a segurança do paciente na instituição estudada.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar o processo de conciliação de medicamentos e de educação em saúde na alta hospitalar em um instituto nacional de referência do estado do Rio de Janeiro.

3.2. Objetivos específicos

- Descrever o processo de alta hospitalar em relação ao uso de medicamentos;
- Medir e analisar as taxas de discrepâncias identificadas no momento da alta hospitalar;
- Analisar o processo de educação em saúde sobre o uso de medicamentos na alta hospitalar.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Pediatria

Quando se estuda pacientes pediátricos, se faz necessário entender que existe uma delimitação etária. Ela está subdividida da seguinte forma: recém-nascidos entre zero e um mês; lactentes um e 24 meses, pré-escolares dois e cinco anos; escolares seis e 11 anos; e adolescentes 12 e 18 anos (ISMP, 2017).

Vale explicar que, as variações anatômicas e bioquímicas-fisiológicas influenciam os mecanismos de absorção, distribuição, metabolização e excreção dos fármacos nesta população ao longo dos anos (SANTOS, 2009).

Dos mecanismos farmacocinéticos acima citados, o mais complexo é a metabolização de medicamentos por via hepática, quando comparadas aos metabolizados especialmente por via renal, que é semelhante em crianças e adultos (BARTELINK et al., 2006; GONÇALVES, 2006; ANDERSON; HOLFORD, 2008; DUARTE, 2008; SANTOS, 2009; ANDERSON; LYNN, 2009).

Isto decorre do fato de que os sistemas enzimáticos hepáticos, via citocromo P450, n-acetiltransferase e uridina difosfato glicuroniltransferase, dependem de maturação corporal. Essa questão é crítica, visto que, a metabolização dos fármacos e seus efeitos no organismo podem ser comprometidos, o que ocasiona um maior potencial toxicológico para as crianças (BARTELINK et al., 2006; GONÇALVES, 2006; ANDERSON; HOLFORD, 2008; DUARTE, 2008; SANTOS, 2009; ANDERSON; LYNN, 2009).

Ademais, a composição corporal destes pacientes sofre alterações durante todo o ciclo da vida. O organismo é composto majoritariamente por água; 80% do peso total de

um neonato é composto de água. Conforme o indivíduo se desenvolve, esse valor reduz, e chega a compor 55% do organismo. Tal modificação afeta a distribuição de medicamentos e indica a importância de ajuste e decisões acertadas de medicamentos hidrossolúveis em crianças quando comparadas aos adultos (SANTOS, 2009).

Afora isso, muitas vezes não são consideradas as variações farmacocinéticas da criança na redução linear das doses do adulto. Some-se a isto, a falta de conhecimento sobre importância da maturação na biodisponibilidade e resposta aos medicamentos. Todas estas questões impedem, em muitos casos, a definição de planos terapêuticos eficazes e seguros (SILVA, 2010).

Considerando o exposto acima, a população pediátrica não pode ser considerada como “adultos pequenos”, uma vez que reagem de forma diferente à resposta farmacológica esperada em adultos. Afora isso, considera-se que todos estes fatores contribuem para que as crianças sejam prejudicadas pelos efeitos dos medicamentos aprovados para os adultos (SANTOS, 2009).

Neste quadro, existem aspectos que podem aumentar a chance de ocorrência de erros na população pediátrica, são eles: a existência de poucos estudos clínicos com medicamentos de uso pediátrico; a falta de formas farmacêuticas disponíveis em dosagens e concentrações adequadas para a administração; a condição clínica do paciente; a necessidade de cálculo de doses individualizadas conforme idade por peso, em mg/kg, ou área de superfície corporal, em mg/m²; a necessidade de cálculos das diluições dos medicamentos; e a imaturidade hepática (ISMP, 2017; SANTOS, 2009).

Portanto, garantir uma assistência farmacêutica apropriada à população pediátrica é uma tarefa complexa. Isto se dá devido à ausência de medicamentos disponíveis para este grupo, além das demandas do cuidado pediátrico em si (BRASIL, 2017).

4.2. Segurança do Paciente

A publicação do relatório "Errar é Humano" no ano 2000 indicou a necessidade de se buscar responder as causas pelas quais eram toleradas as taxas de erros no cuidado de saúde em comparação com outras indústrias. Neste relatório, erros eram entendidos como desfechos indesejáveis, como o óbito ou incapacidades (KOHN *et al.*, 2000; SOUSA; MENDES, 2019).

Este relatório desencadeou uma mobilização mundial para promover a segurança e prevenir eventos adversos (EA) na área de saúde. Esta mobilização teve como objetivo garantir um sistema mais seguro para os pacientes (KOHN *et al.*, 2000; SOUSA; MENDES, 2019).

Neste sentido, em 2004, foi lançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a Aliança Global para Segurança do Paciente, atualmente denominada apenas de como Segurança do Paciente. Seu objetivo é facilitar o desenvolvimento de políticas e práticas em segurança do paciente e reduzir danos em saúde (BRASIL, 2000).

Segundo a OMS (2014), segurança do paciente é entendida como a diminuição do risco de dano desnecessário a um mínimo aceitável, atrelado ao cuidado de saúde. Vale ressaltar que a OMS ao longo dos anos empreendeu ações para melhorar a segurança do paciente no mundo (OMS, 2005; OMS, 2008; OMS, 2014).

Uma destas estratégias foi o lançamento de Desafios Globais de Segurança do Paciente. Estes desafios têm como objetivo identificar áreas de risco significativo para a segurança do paciente e fomentar o desenvolvimento de ferramentas e estratégias de prevenção de danos. Foram lançados ao longo dos anos desafios para prevenir danos para as seguintes metas: higienização de mãos, a segurança cirúrgica e medicação sem danos (OMS, 2005; OMS, 2008; OMS, 2017).

No Brasil, em 1º de abril de 2013, foi criado, pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da publicação da Portaria do Gabinete do Ministro (GM) nº 529/2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Em seguida, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013, com o intuito principal de aperfeiçoar a segurança dos pacientes atendidos pelas organizações de saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Faz parte do escopo de ações do PNSP, segundo as normativas acima, nos âmbitos dos serviços de saúde: implantar os núcleos e planos locais de segurança do paciente. Na área regulatória deve-se participar ativamente no sistema de notificações de incidentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Além disso, deve-se envolver o cidadão no campo do ensino, por meio de atividades de pós-graduação-educação permanente e especialização e de graduação. E por fim, deve-se aumentar a pesquisa em segurança do paciente (BRASIL, 2013a; SOUSA e MENDES, 2019).

Esse programa instituiu protocolos de segurança do paciente no contexto hospitalar, que são os seguintes: identificação do paciente, cirurgia segura, higienização das mãos, prevenção de quedas, segurança no uso de medicamentos e prevenção de lesões por pressão (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). Apesar da comunicação efetiva não fazer parte dos protocolos lançados pelo MS em 2013, atualmente ela compõe as seis metas consideradas prioritárias para garantir a segurança do paciente (figura 1) (BRASIL, 2019).



Figura 1 - Protocolos de segurança do paciente
Fonte: Projeto Paciente Seguro (Ministério da Saúde).

4.2.1. ERROS DE MEDICAÇÃO

Os erros de medicação podem acontecer em qualquer etapa do cuidado em que o medicamento esteja envolvido. Ademais, os erros que podem causar danos ao paciente podem ocorrer nas etapas de: prescrição, dispensação, armazenamento, preparação ou administração (GOEDECKE *et al.*, 2016). Vale destacar que, os encargos financeiros de uma instituição podem ser aumentados como consequência dos erros de medicação (DHAWANA *et al.*, 2015).

Erro de medicação é entendido como qualquer evento evitável que pode ocasionar no uso inadequado do medicamento, esse uso inadequado pode ou não causar danos ao paciente. Tal erro pode estar associado a prática profissional, produtos utilizados na área de saúde, procedimentos ou problemas de comunicação (CFF, 2010).

Em 2017, a OMS lançou o Desafio Global de Segurança do Paciente Medicação sem Danos, com o foco na proteção dos pacientes de danos decorrentes de erros de

medicação. Este desafio estabeleceu as três áreas prioritárias em que os pacientes se tornam mais vulneráveis: situações de alto risco, polifarmácia e transições de cuidados (figura 2) (OMS, 2017).



Figura 2 - Categorias de ações prioritárias do desafio global de segurança do paciente medicação sem danos

Fonte: Desafio global de segurança do paciente medicação sem danos (OMS,2017).

A polifarmácia é o uso de quatro ou mais medicamentos por um mesmo paciente. Essa utilização simultânea de medicamentos aumenta a possibilidade de reações adversas, de erros de medicação, de interações medicamentosas, além de dificultar a adesão ao tratamento. Vale ressaltar que, uma maior prevalência de doenças crônicas aumenta o número de medicamentos em uso pelo paciente (SECOLI, 2010; ISMP, 2018).

Outra área considerada prioritária de atuação são transições de cuidado. Estas referem-se às transferências de um paciente entre as instalações físicas ou profissionais de saúde. Essas transições aumentam a chance de ocorrência de erros de medicação, que podem ser sérios (ISMP, 2018).

Por fim, em relação às situações de alto risco, é importante explicitar que pacientes internados são mais suscetíveis a riscos de danos severos. Isto pode estar atrelado às condições clínicas mais agudas ou graves, a utilização de regimes de tratamento e medicamentos de alto risco. Junte-se a isto a situação clínica do paciente, que no caso de pediátricos podem ter um aumento nos riscos de EA. Este risco se agrava pela falta de

estudos clínicos sobre o uso de medicamentos nessa população. Além disso, deve ser considerado ainda o risco de intoxicação acidental nesses pacientes (ISMP, 2018).

4.2.1.1. Erros de medicação em pediatria

O cenário de uma unidade hospitalar pediátrica é um ambiente de alto risco para erros de medicação. Os erros de medicação em pacientes pediátricos são três vezes mais prováveis de causar danos do que em pacientes adultos (BENJAMIN *et al.*, 2018; KOUMPAGIOTI *et al.*, 2014).

As etapas de prescrição e administração de medicamentos são momentos cruciais e de maior índice de erro na pediatria. Isto acontece devido a diversos aspectos (BENJAMIN *et al.*, 2018; KOUMPAGIOTI *et al.*, 2014).

O primeiro destes aspectos é o uso de medicamentos *off-label* nestes pacientes. Isto se dá devido à ausência de estudos nesta população, o que ocasiona a falta de dosagens estabelecidas e favorece o surgimento de erros de dose ou de frequência (BOWER *et al.*, 2015).

Além disso, existem diferenças farmacocinéticas de pacientes pediátricos em relação aos pacientes adultos, que apresentam variações de acordo com a idade na absorção, metabolismo e excreção dos medicamentos. Estas variações aumentam a vulnerabilidade das crianças em relação ao risco de sobredose (SOE *et al.*, 2006).

Some-se a isto, o fato de que a utilização de medicamentos na pediatria demanda cálculos complexos. Estes cálculos se baseiam no peso, idade, área de superfície corporal e a condição clínica do paciente, o que individualiza a dose (HUYNH *et al.*, 2015).

É importante esclarecer que faltam formulações pediátricas de medicamentos no mercado. Neste sentido, o MS, em outubro de 2015, instituiu o Grupo de Trabalho de

Assistência Farmacêutica em Pediatria, com o intuito de identificar as necessidades para esta população. Este grupo identificou, entre outras questões, a necessidade de medicamentos em formas farmacêuticas apropriadas às crianças (BENJAMIN *et al.*, 2018; BRASIL, 2017).

Esta população também se apresenta vulnerável a um risco aumentado de erro de medicações quando são clinicamente complexos, pois, muitas vezes estão em uso de polifarmácia. Isto ocorre também quando as crianças estão em unidades de terapia intensiva (UTI), dada a criticidade de seu quadro e de medicamentos de alto risco (BENJAMIN *et al.*, 2018; GLANZMANN *et al.*, 2015).

Outra frequente causa de erros de medicação em crianças são as discrepâncias não intencionais não documentadas. Estas discrepâncias são modificações na prescrição médica entre o histórico de uso de medicamentos e as prescrições que podem ocorrer entre os pontos de transição de cuidados (ALCÂNTARA *et al.*, 2020).

Por fim, a população pediátrica apresenta, em relação aos adultos, capacidade de comunicação menos desenvolvida. Isto limita o retorno aos profissionais de saúde de erros envolvendo medicamentos (KAUSHAL *et al.*, 2001).

Desta maneira, existem evidências da importância da utilização de estratégias de prevenção específicas para reduzir os erros de medicação, que são considerados evitáveis, em pacientes pediátricos (NASERALALLAH *et al.*, 2020).

4.3. Farmácia Clínica

Farmácia clínica é um ramo da farmácia voltado à ciência e a prática do uso racional de medicamentos, onde os profissionais farmacêuticos prestam assistência ao

paciente, com o objetivo de otimizar a terapia medicamentosa, proporcionar saúde e bem-estar e prevenir doenças (CFF, 2013).

O cuidado farmacêutico é o modelo de prática profissional da Farmácia Clínica. Este modelo de prática é semelhante ao que é realizado pelos demais trabalhadores da saúde e tem como base “o método científico, que oferece os fundamentos para várias abordagens de resolução de problemas”. Ele é composto das seguintes etapas: acolhimento ou identificação da demanda; identificação de necessidade(s) de saúde do paciente, família ou comunidade; planejamento e realização de intervenção(ões) e avaliação dos resultados da(s) intervenção(ões) (Figura 3) (CFF, 2016).



Figura 3 - Processo de Cuidado

Fonte: Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual (CFF, 2016).

É importante destacar que, o farmacêutico clínico também precisa registrar o processo de atendimento, e nele deve conter as condutas estabelecidas. Afora isso, ele pode elaborar documentos direcionados ao paciente e seus familiares, e quando necessário a outro profissional ou serviço de saúde (CFF, 2016).

É necessário explicar que o processo de cuidado do farmacêutico se dá por meio de serviços clínicos fornecidos por farmacêuticos aos pacientes, à família e à comunidade. Desta forma, este farmacêutico pode prover os seguintes serviços clínicos: rastreamento em saúde, educação em saúde, manejo de problemas de saúde autolimitados, dispensação, monitorização terapêutica de medicamentos, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico. Estes serviços precisam ser garantidos de acordo com as condições clínicas do paciente (CFF, 2016).

A figura 4 apresenta os diferentes serviços clínicos fornecidos por farmacêuticos aos pacientes, à família e à comunidade e as respectivas necessidades de saúde que eles atendem.



Figura 4 - Serviços clínicos providos por farmacêuticos aos pacientes, à família e à comunidade e as respectivas que necessidades de saúde que eles atendem

Fonte: Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual (CFF, 2016).

4.3.1. CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Um dos mecanismos para prevenção de erros de medicação é a utilização da conciliação de medicamentos. Isto decorre do fato de que a segurança do paciente pode ser afetada em função das discrepâncias que ocorrem nos pontos de cuidado (HUYNH *et al.*, 2013).

Estudos evidenciam que 60% dos pacientes já vivenciaram ao menos uma discrepância não intencional. A OMS incluiu em 2006 a conciliação de medicamentos como um dos cinco padrões de segurança do paciente, denominado “5s elevados”, para conseguir diminuir os erros de medicação (HUYNH *et al.*, 2013).

A conciliação de medicamentos é um serviço em que se cria uma lista constando todas as informações sobre medicamentos que o paciente utiliza. A criação da lista dos medicamentos pode ter como base as seguintes fontes de informação: paciente, cuidador, registros hospitalares, prestadores de cuidados de saúde e farmacêuticos comunitários. Quando estas fontes de informação são completas, adequadas e precisas se obtém uma lista precisa e completa de medicamentos em uso pelo paciente (HUYNH *et al.*, 2013; GEORGE, *et al.*, 2019; GONZÁLEZ *et al.*, 2020).

Em qualquer que seja o momento da conciliação de medicamentos é possível identificar discrepâncias. Segundo Pippins (2008), por definição, discrepância é entendida como qualquer divergência na comparação entre as prescrições do paciente quando ele passa por alguma transição de cuidado (HUYNH *et al.*, 2013; PIPPINS *et al.*, 2008).

As discrepâncias podem ser classificadas como:

- Discrepância intencionais documentadas: o médico optou por fazer alguma alteração voluntária na prescrição no paciente (MOGHLI *et al.*, 2020; STARK *et al.*, 2019);
- Discrepância intencionais não documentadas: o prescritor realiza modificações na prescrição, mas não documenta claramente (MOGHLI *et al.*, 2020; STARK *et al.*, 2019);
- Discrepância não intencional: o médico alterou a prescrição acidentalmente. As discrepâncias não intencionais são consideradas erros de medicação (MOGHLI *et al.*, 2020; STARK *et al.*, 2019);

Vale apresentar três importantes conceitos da conciliação de medicamentos. O primeiro deles é a melhor história possível de medicamentos (MHPM). A MHPM é um histórico de medicamentos criado por meio de um processo sistemático de entrevista do paciente/família e pela revisão de pelo menos uma outra fonte confiável de informação, de modo a obter e verificar todo o uso de medicamentos de um paciente, prescritos ou não. Essa lista completa conta com o nome do medicamento, dose, via e frequência de uso (SAFER HEALTHCARE, 2011).

A MHPM difere da história primária de medicamentos (HPM). A HPM consiste em uma história preliminar, que pode não conter várias fontes de informação, o que a torna menos abrangente em relação à melhor história possível de medicamentos (SAFER HEALTHCARE, 2011).

Outro último conceito importante é o melhor plano possível de alta (MPPA). Este plano deve conter uma relação confiável e atualizada com os medicamentos que o paciente vai utilizar após a desospitalização. Ele pode dar origem a um documento com as informações sobre os medicamentos em uso pelo paciente para o próximo prestador de cuidados (SAFER HEALTHCARE, 2011).

O MPPA deve dar origem a uma lista de medicamentos. Esta lista deve ser informada, por meio de um processo sistemático, ao paciente ou cuidador, ao médico, à farmácia, à instituição em que o paciente ficou internado, ao prestador de cuidados em domicílio, ao estabelecimento ou serviço de cuidados alternativos. Posteriormente, essa lista pode ser comparada com as prescrições em todos os pontos de cuidado (SAFER HEALTHCARE, 2011; HUYNH *et al.*, 2013; PIPPINS *et al.*, 2008).

A conciliação de medicamentos realizada na alta hospitalar tem como objetivo assegurar que todas as discrepâncias sejam solucionadas antes da alta do paciente. Isto se dá por meio da comparação da prescrição do paciente antes da internação e da prescrição anterior à alta hospitalar, com os medicamentos prescritos na alta (SAFER HEALTHCARE, 2011).

O momento da conciliação de alta conta com quatro passos. O primeiro passo é a criação do MPPA. Para criá-lo se faz a revisão da ordem de administração das últimas 24 horas que antecederam a alta. Além disso, se compara a lista obtida com os medicamentos presentes na MHPM coletada na admissão hospitalar. Ambas as informações obtidas são registradas no MPPA (SAFER HEALTHCARE, 2011).

O segundo passo é a identificação de todas as discrepâncias entre a MHPM, MPPA e a receita médica de alta que devem ser registradas no MPPA. O próximo passo é realização de uma intervenção junto ao médico prescritor para esclarecimento das discrepâncias identificadas, caso existam, e o registro no MPPA. Nesta etapa o médico, quando necessário, realiza ajustes e faz novas receitas médicas de alta (SAFER HEALTHCARE, 2011).

O quarto e último passo, consiste na comunicação ao paciente, bem como aos seus cuidadores e/ou familiares do MPPA. Nesta etapa deve-se realizar uma educação em

saúde por meio de um processo sistemático e em seguida deve-se realizar a avaliação do conhecimento do paciente, cuidador e/ou familiar acerca da farmacoterapia.

No quarto passo, pode-se também realizar a orientação quanto ao surgimento de reações adversas a medicamentos (RAM) e quais condutas tomar em caso de dúvidas envolvendo o medicamento. Quando aplicável, pode-se encaminhar o paciente para acompanhamento farmacêutico. Por fim, deve-se documentar o MPPA e entregar uma lista de medicamentos para que o paciente possa apresentar quando estiver sob o cuidado de qualquer profissional da saúde (SAFER HEALTHCARE, 2011).

É fundamental a comunicação de quaisquer mudanças realizadas no momento da alta, com a finalidade de redução dos erros de medicação que eventualmente possam resultar em uma nova hospitalização. Nesse momento da alta hospitalar, é possível reduzir as discrepâncias por meio da participação do farmacêutico clínico (HUYNH *et al.*, 2016).

Alguns países desenvolvidos incorporaram a conciliação de medicamentos como área prioritária para iniciativa e metas nacionais de segurança do paciente em pacientes adultos. Porém, eles excluem crianças menores de 16 anos, com isso, estes tipos de erros são mais frequentes em crianças (HUYNH *et al.*, 2013).

4.3.2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Segundo o MS, a educação em saúde é definida como:

“Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde; conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2012).

Três segmentos estão envolvidos nas atividades de educação em saúde. O primeiro destes segmentos são os profissionais de saúde. Eles entendem a importância da promoção e da prevenção da saúde que são tão importantes quanto as práticas curativas. O segundo segmento é composto pelos gestores, que são muito importantes para apoiarem esses profissionais. E o último segmento é o usuário, que precisa aumentar seus conhecimentos e autonomia nos cuidados, individual e coletivamente (FALKENBERG, MENDES, MORAES *et al.*, 2014).

Uma vez que esta prática está atrelada à aprendizagem para garantir a saúde, é essencial que ela seja direcionada a atender a população conforme a sua realidade. Isto é relevante, pois, a educação em saúde provoca conflito nos indivíduos, o que leva cada um a repensar sua cultura e modificar sua realidade (OLIVEIRA e GONÇALVES, 2004).

No cenário da integralidade dos cuidados de pessoas e grupos, em que se entende o usuário como um sujeito histórico, social e político, articulado à sociedade, meio ambiente e contexto familiar, se intensifica a necessidade de formular estratégias de educação em saúde. Estas estratégias devem ser usadas como uma ferramenta produtora de um conhecimento coletivo, que traduz no indivíduo sua autonomia para cuidar de si, da família e do coletivo (MACHADO *et al.*, 2007).

Para alcançar a capacitação do paciente com relação ao seu tratamento, faz-se o uso da educação do paciente. Essa prática torna o paciente mais independente e seguro para um maior envolvimento nas decisões relacionadas com o seu cuidado e tratamento. É importante ressaltar que, a condução do processo de educação em saúde e aconselhamento dos pacientes pode variar de acordo com a demanda do usuário e características do ambiente (THOMAS *et al.*, 2019).

Algumas atividades podem ser executadas para facilitar a execução dessa prática. Dentre estas atividades importantes de serem executadas, pode-se citar: estabelecer

relacionamento com a comunicação eficaz; se comunicar utilizando o nome do paciente em atendimento; se apresentar, informando a profissão e o propósito do contato; fazer o uso de escuta ativa e garantir um bom contato visual; e notar linguagens corporais para reações (THOMAS *et al.*, 2019).

Ademais, na orientação relacionada a medicamentos, pode-se proporcionar demonstrações para preencher lacuna de conhecimento, como por exemplo, realizar a marcação de volumes em seringas e demonstrar a utilização de inaladores. Pode-se também identificar barreiras e criar estratégias para superá-las, assim como, avaliar o conhecimento do paciente e sua capacidade de entender o tratamento e apoiar e incentivá-lo a fazer uso de *feedback* (THOMAS *et al.*, 2019).

No momento da alta hospitalar, o farmacêutico tem um papel de fornecer informações sobre os medicamentos a serem utilizados, para auxiliar os pacientes e/ou cuidadores a compreenderem melhor o seu tratamento e seu estado de saúde. Para pacientes pediátricos, o farmacêutico precisa otimizar a farmacoterapia em conjunto com a família, para identificar barreiras e fornecer educação, bem como estratégias para esses pacientes aceitarem bem seus medicamentos (TESKEY *et al.*, 2019).

4.3.3. FARMÁCIA CLÍNICA EM PEDIATRIA

Aos farmacêuticos clínicos pediátricos é conferido, pela Joint Commission, um importante papel nas iniciativas de segurança de medicamentos na pediatria. O avanço da farmácia clínica em pediatria é de responsabilidade dos farmacêuticos clínicos pediátricos, que devem estar dispostos a realizar educação em saúde em uma variedade de ambientes didáticos e experimentais (BHATT-MEHTA *et al.*, 2012).

Os pacientes pediátricos possuem características que os diferem dos adultos, nesse sentido, a intervenção farmacêutica poderá ser decisiva para a efetividade ou falha das terapêuticas. A farmacoterapia em crianças muitas vezes pode ser imprevisível, a resposta pode variar entre crianças da mesma idade, ou então, para a mesma criança em momentos diferentes do seu desenvolvimento. Para a garantia do sucesso terapêutico nesta população, é fundamental a compreensão dos mecanismos responsáveis por essa variabilidade, além de considerá-los no desenvolvimento de um plano farmacológico (AFONSO, 2013).

5. MÉTODOS

5.1. Desenho de estudo

Trata-se de um estudo transversal observacional prospectivo voltado para avaliar o processo de conciliação de medicamentos e de educação em saúde na alta hospitalar em um instituto nacional de referência do estado do Rio de Janeiro.

Realizou-se este estudo por meio das seguintes fontes de dados: revisão de prontuário, entrevistas semiestruturadas com participantes e/ou familiares, revisão de prescrições e receitas médicas, revisão de dados da farmácia clínica da instituição e orientação de participantes e/ou familiares

5.2. Local de estudo

Realizou-se este estudo em uma unidade de produção de pacientes internados na Área de Atenção Clínica à Criança e ao Adolescente do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), localizado no município do Rio de Janeiro. O instituto tem 116 leitos e realiza anualmente 3.375 altas hospitalares.

A unidade de produção para pacientes em regime de internação pediátrica pesquisada foi a enfermaria de Doenças Infecciosas Pediátricas (DIPE). Essa enfermaria tem atualmente dez (8,62%) leitos e realizou 188 (5,57%) altas hospitalares da instituição no ano de 2021.

A Tabela 1 apresenta o número de leitos por unidades de produção para pacientes internados e de altas hospitalares do ano de 2021.

Tabela 1 - Número de leitos por unidades de produção para pacientes internados e de altas hospitalares do ano de 2021

Unidade de internação	Leitos N (%)	Altas N (%)
AC	14 (12,1%)	823 (24,38%)
CIPE	12 (10,34%)	411 (12,18%)
DIPe	10 (8,62%)	188 (5,57%)
Gestante	12 (10,34%)	454 (13,45%)
Ginecologia	7 (6,03%)	552 (16,35%)
RPA	4 (3,45%)	318 (9,42%)
UPG	6 (5,17%)	14 (0,41%)
Unidade intermediária neonatal	8 (6,9%)	169 (5%)
UI	5 (4,31%)	5 (0,15%)
UPI	18 (15,52%)	239 (7,1%)
Neocirúrgica	6 (5,17%)	46 (1,36%)
UTI neonatal	14 (12,1%)	156 (4,62%)
Total	116	3.375

Sigla: AC - Alojamento Conjunto; CIPE - Enfermaria de Cirurgia Pediátrica; DIPe - Enfermaria de Doenças Infecciosas Pediátricas; RPA - Hospital Dia; UPG - Unidades de Pacientes Graves; UI - Unidade Intermediária; UPI Pediatria- enfermaria de pediatria; UTI neonatal – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Fonte: Elaboração própria com base em dados administrativos do hospital.

5.3. Período do estudo

Realizou-se o estudo entre agosto de 2021 a março de 2023, levando em consideração a elaboração do projeto, a submissão do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos do IFF/FIOCRUZ para aprovação, o tempo total de coleta, de análise de dados e de redação do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR).

Todos os responsáveis pelos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para consentirem a entrevista e a utilização dos dados da criança (Apêndice C). Ademais, todos os pacientes com idade entre 12 e 18 anos assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice A). Foi garantido o anonimato a todos os participantes do estudo em idade escolar e com capacidade de entender e assentir

O período de inclusão durou três meses e aconteceu entre maio e agosto de 2022.

5.4. Descrição da População

A população deste estudo foram crianças e adolescentes internados na unidade de produção para pacientes em regime de internação na DIPE da Área de Atenção Clínico à Criança.

Incluiu-se no estudo:

- Pacientes menores de 18 anos internados que receberam alta hospitalar da unidade de produção incluída no estudo, desde que em sua receita médica conste pelo menos um medicamento de uso contínuo e seus responsáveis legais estivessem presentes;

Excluiu-se do estudo:

- Pacientes que não assinaram o TALE (Apêndice A ou B) e/ou TCLE (Apêndice C) e pacientes que receberam alta hospitalar durante os finais de semana e feriados.

5.5. Coleta de dados

O trabalho de campo foi desenvolvido pela pesquisadora (farmacêutica residente) do estudo em cinco dias da semana de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00 horas, no decorrer dos meses de maio a agosto de 2022.

Todos os pacientes que cumpriram os critérios de inclusão/exclusão e consentiram/assentiram com os termos apresentados foram convidados a participar do estudo.

Para identificar os pacientes que tiveram alta hospitalar, visitou-se a enfermaria incluída na pesquisa e a pesquisadora participou dos rounds multidisciplinares.

Nesse estudo, o participante é o paciente, mas realizou-se as entrevistas com o responsável, posto que os pacientes são pediátricos. Porém, quando os pacientes tinham idade escolar e capacidade de entender, eles também foram entrevistados.

5.5.1. Instrumentos utilizados

Utilizou-se os seguintes instrumentos:

- Formulário de Revisão de Prontuário de Alta Hospitalar (FRPAL) (Apêndice D);
- Formulário de Conciliação de Medicamentos na Alta Hospitalar (FCMAL) (Anexo A);
- Cartilha de Orientação sobre o Uso de Medicamentos (Anexo B);
- Formulário de Orientação ao Paciente (FOP) (Anexo C);
- Formulário de Entrevista Pós-Alta Hospitalar (FEPAL) (Apêndice E).

5.5.2. Método propriamente dito

Para atender aos objetivos específicos do estudo realizou-se diferentes etapas. Para atender o primeiro objetivo específico de descrever o processo de alta hospitalar em relação ao uso de medicamentos, a pesquisadora realizou revisão de prontuário para avaliar como é registrado o processo de alta hospitalar dos participantes do estudo. As informações foram registradas no FRPAL (Apêndice D). Esta etapa teve duração de aproximadamente 30 minutos.

Para atender o segundo objetivo específico, medir e avaliar as taxas de discrepâncias identificadas no momento da alta hospitalar, a pesquisadora realizou a conciliação de alta hospitalar, por meio da comparação entre os dados da farmácia clínica do instituto, a prescrição médica antes da alta hospitalar e a receita médica de alta hospitalar e depois classificou as discrepâncias identificadas.

Quando se identificou discrepância entre os medicamentos, que pudessem causar danos aos participantes do estudo, estas foram esclarecidas por meio de comunicação pessoal com o médico de forma a evitar que atingissem os participantes do estudo. Todas as informações foram registradas no FCMAL (Anexo A). Esta etapa da entrevista teve duração de aproximadamente 30 minutos.

Em seguida, a pesquisadora realizou a educação em saúde do uso de medicamentos com o auxílio da cartilha de Orientação sobre o Uso de Medicamentos (Anexo B) e o FOP (Anexo C) e entregou para o participante. Ainda, com relação à educação em saúde, a pesquisadora preencheu (em duas vias) o FOP (Anexo C) com as informações sobre os medicamentos em uso pelo participante. O uso de duas vias se justifica, pois, uma via foi entregue ao participante e a outra ficou com a pesquisadora

Comentado [1]: A Simone sinalizou que não viu esses resultados

para que as informações fossem checadas no contato pós-alta. Esta etapa da entrevista teve duração de aproximadamente 30 minutos.

Para avaliar o processo de educação em saúde, a pesquisadora preencheu (em duas vias novamente) o FEPAL (Apêndice E) com as orientações que o participante recebeu na alta hospitalar. Duas semanas após a alta hospitalar, a pesquisadora ligou para os pacientes para verificar a assertividade da orientação ao participante, com o apoio do FEPAL (Apêndice E). Esta etapa da entrevista teve duração de aproximadamente dez minutos.

5.6. Aspectos éticos

O estudo passou por avaliação do CEP do IFF/FIOCRUZ a conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12.

Os cuidados éticos e as exigências da resolução foram adotados. Dessa forma, a metodologia empregada foi planejada visando proporcionar condições que não gerassem efeitos negativos aos participantes e, pelo contrário, fossem capazes de proporcionar maior conhecimento sobre o uso seguro de medicamentos.

O presente trabalho foi submetido ao CEP do Instituto Fernandes Figueira, sendo aprovado em 28/04/2022 pelo CEP IFF (56903822.8.0000.5269).

A pesquisa só foi iniciada após a aprovação do CEP e manteve a confidencialidade dos dados coletados no decorrer do estudo, com o objetivo de preservar o sigilo das informações e o anonimato dos sujeitos da pesquisa.

Todos os responsáveis pelos participantes menores de 18 anos assinaram o TCLE (Apêndice C e D). Os pacientes entre 12 e 18 anos incompletos que tinham ciência do seu diagnóstico assinaram o TALE (Apêndice A ou B), sendo o mesmo apresentado em

linguagem apropriada para sua faixa etária a fim de que pudessem decidir por participar ou não do estudo. A coleta de dados epidemiológicos e clínicos somente foi efetuada após a assinatura do TCLE e/ou do TALE.

Quando foram identificadas situações que poderiam causar danos aos participantes do estudo, a pesquisadora solucionou as discrepâncias de medicamentos com os médicos e realizou a orientação dos pacientes, de modo a garantir a qualidade do cuidado e a segurança dos participantes do estudo

5.7. Metodologia de análise de dados

Realizou-se as seguintes análises estatísticas: proporções e médias, para medir e avaliar as taxas de discrepâncias identificadas no momento da alta hospitalar. Também foram realizados cálculos de frequência absoluta e relativa.

6. RESULTADOS

O trabalho foi desenvolvido de cinco de maio a primeiro de agosto de 2022. Nesse período, a pesquisadora incluiu sete (20,6%) participantes no estudo.

O Código Internacional de Doenças (CID) não se repetiu para nenhum dos participantes entrevistados. Mais da metade dos indivíduos participantes da pesquisa é parda, apenas dois participantes brancos. Dos sete participantes, quatro eram do sexo masculino e três do sexo feminino (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização da população do estudo

Participante	CID	COR/ETNIA	SEXO
Participante 1	N47	Branca	Masculino
Participante 2	G35	Parda	Feminino
Participante 4	E84.9	Parda	Masculino
Participante 5	G91.0	Parda	Feminino
Participante 6	N39.0	Parda	Masculino
Participante 7	J12.8	Branca	Masculino
Participante 8	J15.9	Parda	Feminino

Sigla: CID - Código internacional de Doenças.

Fonte: Elaboração própria.

O medicamento dipirona foi prescrito para todos os pacientes durante a internação sete (22,6%). A Ondansetrona foi muito encontrada em quatro (12,9%) das sete prescrições estudadas (Tabela 3).

Tabela 3 - Relação dos medicamentos prescritos no período do estudo para os participantes entrevistados

Medicamento	via de administração	n	%
Gentamicina 40 mg/mL (solução injetável)	IM	1	3,2

Ácido valpróico 250 mg/5 mL (xarope)	VO	1	3,2
Lacutolona 667 mg/mL (xarope)	VO	1	3,2
Dipirona 500 mg/mL (solução injetável)	EV	7	22,6
Ondansetrona 2 mg/mL (solução injetável)	EV	4	12,9
Clister glicerinado 12% (solução retal)	retal	1	3,2
Oxido de zinco + associações (pomada)	tópica	2	6,4
Amoxicilina + clavulanato 1,2 g/20 mL (pó para solução injetável)	EV	1	3,2
Vancomicina 500 mg/10mL (solução injetável)	EV	1	3,2
Cetorolaco 30 mg/mL (solução injetável)	EV	1	3,2
Cetoconazol 2% (creme)	tópica	1	3,2
Simeticona 75 mg/mL (emulsão oral)	VO	1	3,2
Ciprofloxacino 500 mg (comprimido)	VO	1	3,2
Fenitoína 100 mg (comprimido)	VO	1	3,2
Fenobarbital 40 mg/mL (solução oral)	VO	1	3,2
Metilprednisolona 500 mg/8 mL (pó para solução injetável)	EV	1	3,2
Mesilato de doxazosina 2 mg (comprimido)	VO	1	3,2
Ducosato de sódio 60 mg + bisacodil 5 mg (comprimido)	VO	1	3,2
Cefepime 1g/10 mL (pó para solução injetável)	EV	1	3,2
Oxibutinina 5 mg (comprimido)	VO	1	3,2
Citrato de sódio 1 meq/mL (solução oral)	VO	1	3,2
Ceftazidima 1 G/10 mL (pó para solução injetável)	EV	1	3,2
Amicacina 250 mg/mL (solução injetável)	EV	1	3,2
N-acetilcisteína 200 mg (granulado)	VO	1	3,2
Vitamina Dekas (cápsula)	VO	1	3,2
Pancreatina 10.000 UI (cápsula)	VO	1	3,2

Omeprazol 40mg/10 mL (pó para solução injetável)	EV	1	3,2
Salbutamol 100 mcg/jato (aerossol)	inalatória	1	3,2
Fluticasona + salmeterol 25/125 mcg (aerossol)	inalatória	1	3,2
Alfadornase 2,5 mg/2,5 mL (solução para inalação)	inalatória	1	3,2
NaCl 7% (solução)	inalatória	1	3,2

Fonte: Elaboração própria.

Com relação aos medicamentos presentes nas receitas de alta hospitalar, apenas o sulfato ferroso dois (6,4%) foi prescrito para mais de um paciente (Tabela 4).

Tabela 4 - Relação dos medicamentos prescritos na alta hospitalar período da pesquisa para os participantes entrevistados

Medicamento	via de administração	n	%
Vitamina D 200 UI/gota (solução oral)	VO	1	4,5%
Sulfato Ferroso 125 mg/mL (solução oral)	VO	2	9%
Cefalexina 250 mg/5 mL (suspensão oral)	VO	1	4,5%
Ciprofloxacino 500 mg (comprimido)	VO	1	4,5%
Fenitoína 100 mg (comprimido)	VO	1	4,5%
Fenobarbital 40 mg/mL (solução oral)	VO	1	4,5%
Mesilato de doxazosina 2 mg (comprimido)	VO	1	4,5%
Ducosato de sódio 60 mg + bisacodil 5 mg (comprimido)	VO	1	4,5%
Oxibutinina 5 mg (comprimido)	VO	1	4,5%
Citrato de sódio 1 meq/mL (solução oral)	VO	1	4,5%
N-acetilcisteína 200 mg (granulado)	VO	1	4,5%
Vitamina Dekas (cápsula)	VO	1	4,5%
Pancreatina 10.000 UI (cápsula)	VO	1	4,5%
Omeprazol 2 mg/mL (solução oral)	VO	1	4,5%
Salbutamol 100 mcg/jato (aerossol)	inalatória	1	4,5%
Fluticasona + salmeterol 25/125 mcg (aerossol)	inalatória	1	4,5%
Alfadornase 2,5 mg/2,5 mL (solução para inalação)	inalatória	1	4,5%

Salina 7% (solução)	inalatória	1	4,5%
Sulfametoxazol + trimetoprima 400 mg + 80 mg (comprimido)	VO	1	4,5%
Sulfametoxazol + trimetoprima 40 mg/mL + 8 mg/mL (suspensão oral)	VO	1	4,5%
Amoxicilina 250 mg/5 mL (pó para suspensão oral)	VO	1	4,5%

Fonte: Elaboração própria.

Na prescrição médica de internação, a via endovenosa foi a mais frequente sendo identificada 19 (46,3%) medicamentos, seguida da via oral com 13 (31,7%) medicamentos (Tabela 5).

Tabela 5 - Frequência de vias de administração nas prescrições de internação na DIP

Via de administração	N	%
Via oral	13	31,7
Via endovenosa	19	46,3
Via intramuscular	1	2,4
Via retal	1	2,4
Tópico	3	7,3
Inalatória	4	9,7

Fonte: Elaboração própria.

A via oral foi a mais frequente nas receitas médicas de alta dos pacientes entrevistados na receita de alta (Tabela 6).

Tabela 6 - Frequência de vias de administração nas prescrições de alta hospitalar

Via de administração	N	%
Via oral	20	83,3
Inalatória	4	16,6

Fonte: Elaboração própria.

A maior parte dos medicamentos prescritos 11 (52,4%) pertencem ao componente básico e uma pequena parte, dois (9,5%) fazem parte do componente especializado. Menos da metade dos medicamentos, oito (38,1%) não foram encontrados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (Tabela 7).

Tabela 7 - Relação dos medicamentos prescritos na alta de acordo com a RENAME 2022

Classificação na RENAME	N	%
Componente básico	11	52,4
Componente especializado	2	9,5
Não localizado na RENAME	8	38,1

Fonte: Elaboração própria.

Em todos os participantes conciliados, foram identificadas discrepâncias (Tabela 8).

Tabela 8 - Presença de discrepância por paciente

Número da prescrição	N
Participante 1	4
Participante 2	2
Participante 4	5
Participante 5	2
Participante 6	7
Participante 7	7
Participante 8	4

Fonte: Elaboração própria.

Todas as discrepâncias identificadas no estudo foram classificadas como intencional (Tabela 9).

Tabela 9 - Classificação quanto à intencionalidade das discrepâncias

Discrepância	n	%
Intencional	31	100%
Intencional não documentada	0	0
Não intencional	0	0

Fonte: Elaboração própria.

Observou-se um número expressivo de discrepâncias por ação 26 (83,87%) (Tabela 10).

Tabela 10 - Frequência das discrepâncias quanto ao tipo de discrepância

Tipo de Erro	N	%
Omissão	0	-
Ação	26	83,87
Diferença de dose	2	6,45
Diferença de via	1	3,22
Diferença de frequência de uso	1	3,22
Medicamento diferente	1	3,22

Fonte: Elaboração própria.

Durante a entrevista no momento da alta hospitalar, apenas três responsáveis não souberam responder uma (1,3%) das perguntas do questionário. Nenhuma criança da pesquisa estava usando sonda, o que justifica o “não se aplica” a todas elas, indicado na pergunta 8 (tabela 11).

Tabela 11 - Respostas dos responsáveis de acordo com seus respectivos entendimentos no momento da orientação de alta

Pergunta	Sim	Não	Não se aplica
----------	-----	-----	---------------

1) Você sabe como deve dar medicamentos em frascos de solução oral?	2 (2,6%)	0	5 (6,5%)
2) Você sabe como deve dar medicamentos em frascos de suspensão oral?	2 (2,6%)	0	5 (6,5%)
3) Você sabe como deve dar medicamentos em frascos com pó para solução ou suspensão oral?	3 (3,9%)	0	4 (5,2%)
4) Você sabe como dar medicamentos por meio de dispositivos de administração oral?	2 (2,6%)	0	5 (6,5%)
5) Você sabe como deve dar comprimidos ou cápsulas na forma de solução oral?	3 (3,9%)	1 (1,3%)	3 (3,9%)
6) Você sabe o que fazer se a criança cuspir ou vomitar depois de tomar um antibiótico?	2 (2,6%)	0	5 (6,5%)
7) Você sabe como deve fazer caso esqueça de dar um antibiótico?	2 (2,6%)	2 (2,6%)	3 (3,9%)
8) Você sabe o que deve fazer se a criança estiver com sonda?	0	0	7 (9%)
9) Você sabe como cuidar do nebulizador após usar o medicamento?	1 (1,3%)	0	6 (7,8%)
10) Você sabe como cuidar do inalador após usar o medicamento?	1 (1,3%)	0	6 (7,8%)
11) Você sabe como dar medicamento por meio de seringa?	2 (2,6%)	0	5 (6,5%)

Fonte: Elaboração própria.

O questionário aplicado no momento da alta hospitalar, foi aplicado também no contato via telefone, porém na ligação foi solicitado que o responsável explicasse como era feito em casa. Dos sete entrevistados inicialmente, não foi possível o contato telefônico com quatro participantes, apenas três atenderam a ligação. Dos quais, dois participantes não souberam responder uma das perguntas (Tabela 12).

Tabela 12 - Avaliação do conhecimento dos responsáveis após a orientação de alta por meio de entrevista telefônica

Pergunta	Sim	Não	Não se aplica
1) Você sabe como deve dar medicamentos em frascos de solução oral?	2 (6%)	0	1 (3%)
2) Você sabe como deve dar medicamentos em frascos de suspensão oral?	1 (3%)	0	2 (6%)
3) Você sabe como deve dar medicamentos em frascos com pó para solução ou suspensão oral?	2 (6%)	0	1 (3%)
4) Você sabe como dar medicamentos por meio de dispositivos de administração oral?	1 (3%)	0	2 (6%)
5) Você sabe como deve dar comprimidos ou cápsulas na forma de solução oral?	0	0	3 (9%)

6) Você sabe o que fazer se a criança cuspir ou vomitar depois de tomar um antibiótico?	0	1 (3%)	2 (6%)
7) Você sabe como deve fazer caso esqueça de dar um antibiótico?	0	1 (3%)	2 (6%)
8) Você sabe o que deve fazer se a criança estiver com sonda?	0	0	3 (9%)
9) Você sabe como cuidar do nebulizador após usar o medicamento?	1 (3%)	0	2 (6%)
10) Você sabe como cuidar do inalador após usar o medicamento?	1 (3%)	0	2 (6%)
11) Você sabe como dar medicamento por meio de seringa?	1 (3%)	0	2 (6%)

Fonte: Elaboração própria.

7. DISCUSSÃO

Identificou-se neste estudo uma população heterogênea no que diz respeito ao CID. Com relação aos medicamentos identificados no estudo na prescrição anterior e na receita posterior a alta hospitalar, é possível visualizar também uma heterogeneidade nos medicamentos prescritos, o que coaduna com a diversidade dos CID.

O presente estudo identificou apenas duas prescrições de alta que possuíam quatro ou mais medicamentos, dos quais um era paciente portador de fibrose cística. Segundo a definição da OMS, é considerado polifarmácia o uso de quatro ou mais medicamentos (OMS, 2017). Silva et al. (2016) identificam algumas consequências do uso de polifarmácia: automedicação, interação medicamentosa, RAM e a complexidade do tratamento farmacológico (SILVA *et al.*, 2016).

A classe de medicamentos mais prescrita nas receitas de alta hospitalar, foi antibiótico. Das sete prescrições estudadas, 71,4% continham antibiótico. Apenas dois pacientes não tiveram a antibioticoterapia prescrita para casa. Os antibióticos, no cenário da pediatria, estão entre as classes de medicamentos mais utilizadas para tratamentos de infecções do trato respiratório e urinário, pele e tecidos moles (ALVES, 2019).

A continuidade do tratamento em casa facilita a alta hospitalar, e com isso o tempo de internação é diminuído, além também da redução das consequências negativas da separação da criança do seio familiar e ambiente social. Nesse sentido, os cuidadores se tornam responsáveis pela continuidade do tratamento a ser seguido em casa (ALVES, 2019).

Por serem pacientes internados, a via endovenosa foi a mais frequente nas prescrições anteriores a alta. Isto decorre do fato de que a via endovenosa é a primeira

opção durante emergências por apresentar efeito mais rápido. (MEDEIROS E OLIVEIRA, 2020).

No presente estudo observou-se que 83,3% dos medicamentos prescritos na receita de alta hospitalar foram de uso oral. Esta via é usual, mas, ainda assim, demanda orientações específicas quanto aos cuidados no armazenamento e administração, que podem não ser mencionados no momento da alta hospitalar.

É importante explicar que, a via mais utilizada em crianças é a via oral, por conta da facilidade, conforto e por ser indolor. Porém, os medicamentos de uso oral não são a primeira escolha em emergências, devido a sua absorção imprevisível e relativamente lenta (MEDEIROS E OLIVEIRA, 2020).

Outra via de administração identificada nas prescrições de alta dos pacientes, foi a via inalatória, representando 16,6% de todos os medicamentos prescritos. Essa via foi observada apenas na prescrição da criança portadora de fibrose cística, que utiliza medicamentos inalatórios para dilatar os brônquios, melhorar a ventilação pulmonar e para facilitar a eliminação do muco, que geralmente apresenta uma característica espessa nessa patologia.

A administração de medicamentos por via inalatória é a mais indicada no tratamento das doenças que comprometem o sistema respiratório, quando levado em consideração as outras vias de administração. Outro ponto positivo da via inalatória em relação às demais, é o fato desta via apresentar melhor relação de custo-benefício, em por conta da ação direta dos medicamentos sobre a mucosa respiratória, o que possibilita o efeito máximo com concentrações pequenas (CHONG-SILVA *et al.*, 2020).

A acessibilidade dos medicamentos é um fator que interfere no tratamento dos pacientes. De todos os medicamentos prescritos na alta hospitalar, mais da metade dos medicamentos prescritos pertencem ao componente básico e uma pequena parcela está

presente no componente especializado. Porém 38,1% não foram encontrados na RENAME, o que pode acarretar prejuízo no tratamento e ter como consequência a interrupção do mesmo pela dificuldade no acesso.

De acordo com Coelho *et al.* (2013), a RENAME está de forma progressiva, incluindo medicamentos, bem como formulações de medicamentos para uso em crianças. Mas ainda assim, é observada, por meio de trabalhos recentes, uma falta de acesso a formulações adaptadas de acordo com a idade em unidades públicas, e ainda, inexistência de algumas formulações fundamentais no mercado farmacêutico brasileiro.

Uma pequena parte (15%) dos medicamentos prescritos na alta hospitalar, foi prescrita na forma de comprimido, sendo necessária a mudança da forma farmacêutica (derivação farmacêutica). Uma realidade da prática em pediatria é a necessidade de adaptar medicamentos disponíveis apenas sob a forma farmacêutica e/ou concentrações indicadas para os adultos. A estratégia desenvolvida pelos profissionais de saúde é a preparação extemporânea a partir de formulações farmacêuticas disponíveis, normalmente por meio da trituração de comprimidos e abertura de cápsulas (MARINHO E CABRAL, 2014).

Tanto para os medicamentos na forma de suspensão ou solução, quanto para medicamentos na forma de comprimido e depois de derivado, fez-se necessário o uso de seringas dosadoras para a administração do medicamento. Tal prática demanda treinamento e orientação de uso por parte dos profissionais da saúde para os pacientes e seus responsáveis a fim de reduzir erros de dose na administração dos medicamentos.

7.1. Conciliação de medicamentos

Todas as discrepâncias identificadas neste estudo foram classificadas como intencionais. Outro estudo identificou que em um total de 223 conciliações realizadas na alta hospitalar, 181 (45,4%) foram intencionais e documentadas enquanto 21 (5,3%) foram intencionais não documentadas. É possível identificar uma prevalência de discrepância intencional na alta hospitalar (LIRA, 2020).

Neste estudo, a grande presença de discrepâncias intencionais pode estar relacionada, em parte, ao fato de que durante a internação, foram prescritos medicamentos se necessário, que na prescrição de alta não se fizeram presentes, como por exemplo a Dipirona e a Ondansetrona, que fazem parte da grande maioria das prescrições de internação e que não estavam presentes na receita de alta hospitalar.

Este grande número de discrepâncias de ação, pode estar relacionado, em parte, em razão da internação, no momento que o paciente vai para casa, a via preferencial deixa de ser intravenosa e passa a ser via oral. Outro estudo sobre conciliação medicamentosa na alta hospitalar identificou que a substituição da via de administração está associada à condição clínica do paciente (OLIVEIRA, *et al.*, 2018).

Outro exemplo de discrepância de via identificada neste estudo se deu pela troca, pelo profissional prescritor, de antibióticos intravenosos de uso hospitalar, por antibióticos disponíveis para uso oral para dispensação na farmácia ambulatorial da instituição ou até mesmo em drogarias, para que seja possível realizar a sequência do tratamento.

Em três casos ocorreram as seguintes trocas de antimicrobianos: de Cefepime injetável para Cefalexina na forma de suspensão oral; de gentamicina injetável para

Sulfametoxazol + Trimetoprima comprimido; e Amoxicilina + Clavulanato injetável para amoxicilina oral na forma de pó para suspensão oral.

7.2. Educação em saúde

Este estudo identificou uma população bem orientada com relação à farmacoterapia a ser realizada em casa. A grande maioria dos participantes informou saber as condutas a serem seguidas referentes aos medicamentos, bem como o manuseio e cuidado com os dispositivos quando utilizados.

É importante esclarecer que todas as orientações de alta foram realizadas pelo profissional médico, por meio da receita médica e orientação verbal. Não foi registrado em prontuário nenhuma dúvida do responsável ou intervenção realizada.

Várias intervenções foram realizadas pela pesquisadora. Por exemplo, para um participante foi prescrito para utilizar em casa Sulfametoxazol + Trimetoprima suspensão oral, porém a mãe informou que o medicamento estava em falta na forma de suspensão (forma prescrita para a criança no momento da alta), foi feito o contato com a equipe médica, que alterou a forma farmacêutica para comprimido e a médica realizou a orientação quanto ao uso e disponibilizou algumas seringas para a mãe. Ainda com relação ao mesmo paciente, foi prescrito comprimido de Oxibutinina, mas a mãe informou fazer xarope de Oxibutinina em casa. Foi feito contato com a equipe médica e a educação em saúde foi realizada tanto pela equipe médica quanto pela pesquisadora para orientar também quanto ao uso do medicamento.

Um estudo sobre o preparo para a alta hospitalar contando com uma equipe multiprofissional sem incluir o profissional farmacêutico atestou que o planejamento de alta hospitalar dividido entre a equipe multiprofissional de saúde, garante o entendimento

do tratamento a ser realizado em casa por meio de uma abordagem dialógica com a finalidade de garantir o empoderamento do responsável pela farmacoterapia do paciente (DELMIRO *et al.*, 2020). De acordo com Conselho Federal de Farmácia (2016), a educação em saúde faz parte dos serviços inerentes ao profissional farmacêutico, essa estratégia permite a criação da autonomia para a manutenção da saúde, a cura ou o controle de condições de saúde do indivíduo (DELMIRO *et al.*, 2020; CFF, 2016).

No momento da alta, foram identificadas poucas dúvidas dos cuidadores com relação à administração dos medicamentos. As dúvidas identificadas foram com relação a administração de medicamentos por dispositivos de administração oral (1,3%) e a conduta em caso de esquecimento de alguma dose do antibiótico (2,6%). Essas dúvidas indicam a necessidade do profissional farmacêutico no momento da alta hospitalar para orientar os pacientes quanto às dúvidas relacionadas aos medicamentos. Não foi possível avaliar se o responsável saberia explicar como tem feito a administração em casa pois as tentativas de ligação não tiveram sucesso.

Um trabalho realizado em um hospital público geral de ensino em Belo Horizonte, os residentes de farmácia sugeriram a realização do referenciamento farmacoterapêutico dos pacientes. Este referenciamento teve como objetivo auxiliar na segurança da terapia medicamentosa no momento da transição do cuidado e a realização de contato telefônico após a alta hospitalar. Esse estudo constatou que a orientação farmacêutica realizada na alta hospitalar e no contato após a alta ajudam a promover a melhoria da educação em saúde, segurança e acessibilidade no uso dos medicamentos (FIGUEIREDO *et al.*, 2016).

Percebeu-se, por meio da ligação, que podem surgir dúvidas, inexistentes no momento da entrevista no ato da alta hospitalar, nos cuidadores quanto à farmacoterapia realizada em casa. Porém de uma forma geral os responsáveis são bem orientados quanto ao uso dos medicamentos sob sua responsabilidade

Ao realizar contato telefônico, a mãe de um dos participantes do estudo informou que o bebê estava com dificuldade com O Sulfato Ferroso, pois logo após a administração, a criança vomitava. Nesse caso, foram realizadas outras formas de contato para o acompanhamento e a mãe informou que começou administrar a Cefalexina, usada pelo paciente de forma profilática, logo após o ferro e que a criança parou de vomitar com essa estratégia. Não foi encontrada nenhuma interação medicamentosa entre o Sulfato Ferro e a Cefalexina.

Em outro caso, no momento da alta a mãe informou não ter dúvida de como agir caso a criança vomitasse após o antibiótico, ou se esquecesse de administrar. Entretanto, na ligação a mãe não soube explicar como agir caso alguma dessas situações acontecesse.

Outro participante, portador de Fibrose Cística, na entrevista telefônica a mãe demonstrou ser bem orientada com relação à farmacoterapia do paciente.

Nas entrevistas telefônicas, quando solicitados para descrever como agir de acordo com as perguntas, a dúvida sobre como fazer caso esquecesse de dar alguma dose do antibiótico ainda se fez presente para um participante e ainda, não ficou claro para todos os cuidadores o que fazer caso a criança cuspa ou vomite após a administração do antibiótico, sendo dúvida de outro participante do estudo. É importante destacar que essas dúvidas foram de duas mães que no momento da alta informaram não ter nenhuma dúvida, o que indica a necessidade de um acompanhamento após a alta hospitalar.

7.3. Limitações

Inicialmente este trabalho seria realizado na DIPE e UPI Pediatria. Porém a UPI Pediatria apresenta algumas questões particulares, como por exemplo: em um dia do período de estudo tiveram três altas sociais de pacientes portadores de fibrose cística por

conta do óbito de outra paciente com fibrose cística. Ou seja, os pacientes não estavam recebendo alta por condição clínica, mas por uma questão social.

Ainda na UPI pediatria, em outro dia foi informado pelo médico que à tarde teria uma alta, porém após o round a alta foi adiada sem data estabelecida. Essa situação é bem frequente, pois a pediatria interna pacientes que são acompanhados por outros médicos, o que dificulta a informação prévia e precisa quanto às condutas com o paciente. Neste contexto optou-se por realizar o estudo somente na DIP.

Este estudo apresentou uma grande perda de pacientes. No período de estudo tiveram alta da unidade estudada 64 pacientes. O pequeno número de participantes se deve a diversos fatores: altas realizadas nos finais de semana e feriado, altas realizadas quando a pesquisadora estava em algum cenário externo e a comunicação ainda muito tímida entre enfermagem e farmácia sobre as altas hospitalares.

Um estudo de conciliação de medicamentos na admissão hospitalar e transferência interna mostra que o momento da alta hospitalar tem o risco aumentado para perdas de pacientes (GRAÇA, 2015).

Segundo Lupatini (2014), a alta hospitalar é vista como um processo desafiador, que impacta tanto o paciente quanto os profissionais da área da saúde, especialmente por significar uma situação minuciosa na transferência de cuidados.

8. CONCLUSÃO

Este estudo identificou importantes achados, entre os quais, muitas discrepâncias intencionais. Isto demonstra que os pacientes no serviço estão possivelmente expostos a menos risco de erros de medicação. Ademais, identificou-se que no serviço estudado a educação em saúde realizada pelos médicos pode ser considerada efetiva. Porém, mesmo assim, se considera importante a participação do farmacêutico neste processo, estabelecendo uma forma de priorizar os pacientes com maior risco para ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia.

Mais estudos devem ser realizados em outros serviços pediátricos para ampliar o conhecimento sobre a conciliação de medicamentos e educação em saúde na população pediátrica.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABU FARHA, R. *et al.* The prevalence and clinical seriousness of medication discrepancies identified upon hospital admission pediatric patients. **BMC Health Services Research**, v.18, n. 966, 2018.

AFONSO, A. M. M. **Farmácia Clínica em Pediatria**. 2013. 102 p. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas-Universidade do Algarve, Portugal, 2013.

AL RAIISI, F. *et al.* Clinical pharmacy practice in the care of Chronic Kidney Disease patients: a systematic review. **International Journal of Clinical Pharmacy**, n. 42, p. 630-666, 2019.

ALCÂNTARA, T. S. *et al.* Prevalence of medication discrepancies in pediatric patients transferred between hospital wards. **International Journal of Clinical Pharmacy**, n.43, p. 909-917, 2020.

ALVES, L. L. *et al.* Preparo de alta de familiares de crianças em uso de antibiótico: contribuições da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2019. <<https://www.scielo.br/j/ean/a/mJJWhvWb6hJkrJZwC8GR3XS/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 24/01/2023.

ANDERSON, B. J.; HOLFORD, N. H. G. Mechanism-based concepts of size and maturity in pharmacokinetics. **Annual Review of Pharmacology and Toxicology**, v. 48, p. 302-332, 2008.

ANDERSON, G. D.; LYNN, A. M. Optimizing pediatric dosing: a developmental pharmacologic approach. **Pharmacotherapy**, v. 29, p. 680-690, 2009.

BARTELINK, I. H. *et al.* Guidelines on pediatric dosing on the basis of developmental physiology and pharmacokinetic considerations. **Clinical Pharmacokinetics**, v. 45, p. 1077-1097, 2006.

BENJAMIN, L. *et al.* Pediatric Medication Safety in the Emergency Department. **Pediatrics**, v. 141, n.3, 2018.

BHATT-MEHTA V. *et al.* Recommendations for meeting the pediatric patient's need for a clinical pharmacist: a joint opinion of the Pediatrics Practice and Research Network of the American College of Clinical Pharmacy and the Pediatric Pharmacy Advocacy Group. **Pharmacotherapy**. v. 33, n. 2, p. 243-51, 2013.

BLAGBURN, J. et al. Person-centered pharmaceutical care reduces emergency readmissions. **European Journal of Hospital Pharmacy**, v. 23, n. 2, p. 80–85, 2015.

BOWER, R.; JACKSON, C.; MANNING, J. C. Interruptions and medication administration in critical care. **Association of Critical Care Nurses**, v. 20, n. 4, p. 183-195, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Projeto de Terminologia da Saúde**. Brasília, 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde – MS. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013, 2013a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/legislacoes-recentes/legislacoes/gm/118487-529.html>>. Acesso em: 08 nov. 2022.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada n. 36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 08 nov. 2022.

_____. Ministério da Saúde – MS. Portaria n. 1.377, de 09 de julho de 2013. **Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jul. 2013, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 08 nov. 2022.

_____. Ministério da Saúde – MS. Portaria n. 2.095, de 24 de setembro de 2013. **Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 set. 2013, 2013d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 08 nov. 2022.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica em Pediatria no Brasil: recomendações e estratégias para a ampliação da oferta, do acesso e do Uso Racional de Medicamentos em crianças. **Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Segurança do paciente conhecendo os riscos nas organizações de saúde.** Brasília, 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto Paciente Seguro.** Disponível em: <<http://www.iepmoinhos.com.br/pacienteseguro/index.php#contato>>. Acesso em: 08 nov. 2022.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Síntese de evidências para políticas de saúde Adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas.** Brasília, 2016.

CANADIAN PATIENTE SAFETY INSTITUTE. **Medication Reconciliation in Acute Care Getting Started Kit.** Quebec, 201. Disponível em: <[https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Documents/Interventions/Medication%20Reconciliation/Acute%20Care/MedRec%20\(Acute%20Care\)%20Getting%20Started%20Kit.pdf](https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Documents/Interventions/Medication%20Reconciliation/Acute%20Care/MedRec%20(Acute%20Care)%20Getting%20Started%20Kit.pdf)> Acesso em: 14/11/2021.

CHONG-SILVA, Debora Carla et al. **Guia prático da aerossolterapia na criança e no adolescente: documento conjunto da associação brasileira de alergia e imunologia e sociedade brasileira de pediatria.** Arq Asma Alerg Imunol. 2020. Disponível em: <http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1121>. Acesso em: 25/01/2023.

COELHO, H. L. L. et al. A critical comparison between the World Health Organization list of essential medicines for children and the Brazilian list of essential medicines (Rename). **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 2, p. 717-178, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Programa de suporte ao cuidado farmacêutico na atenção à saúde- PROFAR.** Brasília, 2016.

CONSELHO FEDERAL FARMÁCIA. Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013. **Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013.

CONSELHO FEDERAL FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade contextualização e arcabouço conceitual**. Brasília, 2016.

CONSELHO FEDERAL FARMÁCIA. **Erros de medicação**. Pharmacia Brasileira. 2010.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.

DELMIRO, A. R. C. A. et al. Equipe multiprofissional no preparo para a alta hospitalar de crianças com condições crônicas. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, 2020. <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/50418/751375150603>>. Acesso em: 28/01/2023.

DHAWAN, I. et al. Medication errors in anesthesia: unacceptable or unavoidable?. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 67, n. 2, p. 184–192, 2017.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19 n. 3, 2014.

FERNADES, B.D. et al. Pharmacist-led medication reconciliation at patient discharge: A scoping review. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 16, n. 5, p. 605-613, 2020.

FERRACINI, F.T. et al. Implantação e evolução da farmácia clínica no uso racional de medicamentos em hospital terciário de grande porte. **Journal Einstein**, São Paulo, v. 9, n. 4, 2011.

FIGUEIREDO, T. et al. Análise das intervenções realizadas na alta hospitalar de idosos acompanhados em serviço de orientação e referenciamento farmacoterapêutico. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, vol. 19, n.3, p. 376-384, jul. 2016.

GEORGE, D. et al. Effectiveness of a pharmacist-led quality improvement program to reduce medication errors during hospital discharge. **Pharmacy Practice**, v. 17, n. 3, 2019.

GLANZMANN, C. et al. Analysis of medication prescribing errors in critically ill children. **European Journal of Pediatrics**, v. 174, n. 10, p. 1347–1355, 2015.

GOEDECKE, T. et al Medication Errors: New EU Good Practice Guide on Risk Minimisation and Error Prevention. **Drug Safety**, v. 39, n. 6, p. 491–500, 2016.

GONÇALVES, A. C. S. **Análise da adequação das apresentações farmacêuticas de antimicrobianos sistêmicos para crianças e adolescentes: estudo em dois hospitais de ensino**. 2006. 65 p. Monografia (Especialização em Vigilância e Controle da Infecção Hospitalar) –Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

GONZÁLEZ, C. et al. Reduction of reconciliation errors in chronic pediatric patients through an educational strategy. **Anales de Pediatría** (English Edition), v. 94, n. 4, p. 238–244, 2021.

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**. Tese (Mestrado em Ciências na área da Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro, p. 193, 2015.

HORACE, A. E., AHMED, F. Polypharmacy in pediatric patients and opportunities for pharmacists' involvement. **Integrated Pharmacy Research Practice**, v. 4, p. 113-126, 2015.

HUYNH, C. An evaluation of paediatric medicines reconciliation at hospital discharge into the community. **International Journal of Pharmacy Practice**, v. 24, n. 3, p. 196–202, 2015.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS - ISMP. **Desafio global de segurança do paciente: medicação sem danos**.2017.

JOHNSON, A., GUIRGUIS, E., GRACE, Y. Preventing medication errors in transitions of care: A patient case approach. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 55, n. 2, p. 264–276, 2015.

KAUSHAL, R.; BARKER, K. N.; BATES, D. W. How Can Information Technology Improve Patient Safety and Reduce Medication Errors in Children's Health Care? **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 155, n. 9, 2001.

KOHN, L. T. et al. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**.Institute of Medicine,2000.

KOUMPAGIOTI, D. et al. Evaluation of the medication process in pediatric patients: a meta-analysis. **Jornal De Pediatría (Rio J)**, v. 90, n. 4, p.344-355, 2014.

LIRA, A. R. P. **Reconciliação de medicamentos e revisão da farmacoterapia a pacientes pediátricos hospitalizados**. 2020, 96 p. Dissertação (Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia) - Universidade Federal de Minas Gerais.

LUPATINI, Evandro de Oliveira. **Conhecimento dos pacientes de um hospital de ensino a respeito dos medicamentos prescritos na alta hospitalar**. Tese (Pós-graduação em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, p.134, 2014.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MARINHO, R. N. A.; CABRAL, C. H. K. Estudo de Adaptações de Formulações Farmacêuticas em um Hospital Universitário Pediátrico. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 5, n. 3, p. 12-17, 2014.

MARQUES, L. F. G; LIEBER, N. S. R. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, 2014.

MEDEIROS I. A. S; OLIVEIRA F. S; Farmacoterapia pediátrica: as particularidades da utilização de fármacos em pediatria. **Revista Saúde & Ciência online**, v.9, n. 3, p. 117-133, 2020.

MOGHLI, M. A.; FARHA, R. A.; HAMMOUR, K. A. Medication discrepancies in hospitalized cancer patients: Do we need medication reconciliation?. **Journal of Oncology Pharmacy Practice**, 2020.

NASERALALLAH, L. M. et al. An Impact of pharmacist interventions on medication errors in hospitalized pediatric patients: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Clinical Pharmacy**, 2020.

OLIVEIRA H. M.; GONÇALVES M. J. F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 6, 2004.

OLIVEIRA, M. E. C. et al. Discrepância de conciliação medicamentosa na emergência de um hospital público do estado da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42 n. Supl. 1 (2018).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cirurgias Seguras Salvam Vidas**. Brasília, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Higienização das Mãos na Prestação Assistência à Saúde**. Brasília, 2005.

PAULINO, E. et al. Dispensing Process, Medication Reconciliation, Patient Counseling, and Medication Adherence. **Clinical Pharmacy Education, Practice and Research**, p. 109–120, 2019.

PIPPINS, J. R. et al. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. **Journal of General Internal Medicine**, v. 23, n. 9, p. 1414-1422, 2008.

SANTOS, C. O. et al. Reconciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de sistema eletrônico. **Saúde Debate**, v. 43, n. 121, 2019.

SANTOS, L. **Medicamentos potencialmente perigosos, não aprovados e de uso off label em prescrições pediátricas de um hospital universitário**. 2009, 75 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) –Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

SAFER HEALTHCARE NOW. Medication Reconciliation in Acute Care Getting Started Kit [Internet]. Quebec: **Safer Healthcare Now**, p. 102, 2011.

SECOLI, S.R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, 2010.

SILVA, A. E. B. C; CASSIANI, S. H. B. ERROS DE MEDICAÇÃO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: tipo, causas, sugestões e providências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 6, p. 671-674, 2004.

SILVA, Laryssa Mirelle Da et al. **Causas e consequências da polifarmácia no paciente idoso: uma revisão bibliográfica**. Anais I CONBRACIS. Campina Grande: Realize Editora, 2016. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/19040>>. Acesso em: 24/01/2023.

SILVA, P. **Farmacologia**. 8. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SOE, A. et al. Interventions for reducing medication errors in children in hospital. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2006.

STARK, H. E. et al. Implementing a sustainable medication reconciliation process in Australian hospitals: The World Health Organization high 5s project. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, 2019.

STEMER, G., LEMMENS-GRUBER, R. The clinical pharmacist's contributions within the multidisciplinary patient care team of an intern nephrology ward. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 33, n. 5, p. 759–762, 2011.

TAVARES, E. O. et al. Fatores associados à intoxicação infantil. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 31-37, 2013.

TESKEY, S. B., MEJIA, A. B. Pediatric Pharmacy Practice. **University of Toronto**, Toronto, 2019.

WEBER, L.A.F. et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v.22, n. 3, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication Safety in High-risk Situations**. Geneva, 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES ENTRE 12 E 18 ANOS) (TALE)



1

TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO – CRIANÇAS/ ADOLESCENTES **ENTRE 12 E 18 ANOS**

Título do projeto: Avaliação do processo de conciliação de medicamentos e educação em saúde na alta hospitalar em um instituto nacional de referência do estado do Rio de Janeiro.

Instituição: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

Pesquisador responsável: Ana Beatriz de Oliveira Leite e Bragança

Assentimento informado para _____

Você que tem remédios para usar após ir para casa está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre o uso de medicamentos e educação em saúde na alta hospitalar em um instituto nacional de referência do estado do Rio de Janeiro.

Estamos convidando você e todas as crianças e adolescentes entre 12 e 18 anos que vão usar remédios em casa para participar desta pesquisa. Discutimos esta pesquisa com seus pais ou responsáveis e eles sabem que também estamos conversando com você para ver se você concorda em participar da pesquisa. Seus pais ou responsáveis também irão assinar um documento como este.

Você pode discutir qualquer coisa deste documento com seus pais, amigos ou qualquer um com quem você se sentir a vontade de conversar. Pode haver algumas palavras que não entenda ou coisas que você queira que eu explique mais detalhadamente porque você ficou interessado ou preocupado. Por favor, peça a qualquer momento e eu explicarei.

TCLE versão: 02 Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do participante _____



Durante a pesquisa, você deverá fazer entrevistas (antes de ir para casa e por ligação para o seu celular ou do seu responsável) e vai receber uma orientação sobre o uso dos remédios que você usa.

Não falaremos para outras pessoas que você está nesta pesquisa e também não daremos nenhuma informação sobre você para qualquer um que não trabalhe na pesquisa. Os resultados dos seus exames estarão no seu prontuário.

As informações sobre você serão coletadas na pesquisa e ninguém, exceto os investigadores poderão ter acesso a elas. É possível que aconteça o risco de quebra de confidencialidade, mas, para evitar isso, você será identificado(a) por um número que somente eu e os pesquisadores da minha equipe saberemos e manteremos em sigilo.

Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação.

A divulgação do resultado da pesquisa será realizada através de devolutiva aos participantes, quando encerrado o projeto. Esta ocorrerá por meio de contato telefônico, plataforma digital (Whatsapp) ou endereço eletrônico, de acordo com a escolha do participante.

Depois, iremos falar com mais cientistas e outros profissionais, sobre a pesquisa. Faremos isto escrevendo e compartilhando relatórios e indo para as reuniões com pessoas que estão interessadas no trabalho que fazemos.

Este documento será emitido em duas vias, uma para o pesquisador e outra para você.

Eu entendi que a pesquisa é sobre o uso de medicamentos e educação em saúde na alta hospitalar em um instituto nacional de referência do estado do Rio de Janeiro, e concordo em participar.

TCLE versão: 02 Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do participante _____



Eu entendi que farei entrevistas (antes de ir para casa e por ligação para o meu celular ou do meu responsável) e vou receber uma orientação sobre o uso dos remédios que eu uso.

Assinatura da criança/adolescente: _____

Assinatura dos pais/responsáveis: _____

Ass. Pesquisador: _____

Dia/mês/ano: _____

APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA CRIANÇAS ATÉ 12 ANOS) (TALE)



1

TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO

Título do projeto: Avaliação do processo de conciliação de medicamentos e educação em saúde na alta hospitalar em um instituto nacional de referência do estado do Rio de Janeiro.

Instituição: 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

Pesquisador responsável: Ana Beatriz de Oliveira Leite e Bragança

Nome do sujeito de pesquisa _____

Número do prontuário _____

Assentimento informado para crianças até 12 anos

Você está cuidando da sua saúde e precisa tomar remédios.

Vamos ajudar a encontrar a melhor forma de cuidar de pessoas que também precisam usar remédios?

Estamos convidando você e todas as crianças e adolescentes entre 6 e 12 anos que tomam pelo menos um remédio para esta pesquisa.



Você quer?

TCLE versão: 02 Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do participante _____



2

Seus pais sabem que estamos lhe convidando e eles também vão assinar um papel



concordando.

Se quiser conversar com outras pessoas antes de assinar, OK! Você não precisa assinar



agora!



Você tem dúvidas? Pode perguntar que eu respondo!

Na pesquisa, você deverá fazer os seguintes exames (se for o caso):

Neste ponto, o pesquisador deve informar que procedimentos serão realizados ao longo da pesquisa, em linguagem compreensível para a faixa etária de até 12 anos.

Só quem trabalha na pesquisa vai saber das suas informações. Você terá um número ao

~~M~~aria → 1

~~J~~oão → 2

invés de seu nome.



3

Só nós, os investigadores, saberemos qual é o seu número e manteremos em segredo.



Os resultados dos seus exames estarão no seu prontuário.

No final da pesquisa, vamos contar para você e seus pais o que aprendemos com a pesquisa e como ela lhe ajudou. Depois, nós vamos dizer para outros médicos tudo o que aprendemos, escrevendo em revistas para médicos e em reuniões de médicos.

Eu entendi que a pesquisa é sobre uma pesquisa sobre o uso de medicamentos e educação em saúde na alta hospitalar em um instituto nacional de referência do estado do Rio de Janeiro, e concordo em participar.

Eu entendi que farei entrevistas (antes de ir para casa e por ligação para o meu celular ou do meu responsável) e vou receber uma orientação sobre o uso dos remédios que eu uso.

Assinatura da criança/adolescente: _____

Assinatura dos pais/responsáveis: _____

Ass. Pesquisador: _____

Dia/mês/ano: _____

TCLE versão: 02 Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do participante _____

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO E ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EM USO DE MEDICAMENTOS EM UM INSTITUTO NACIONAL DE REFERÊNCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador Responsável: Ana Beatriz de Oliveira Leite e Bragança

Orientador: Diana Domingues da Camara Graça

Contato: ana.braganca@iff.fiocruz.br Tel.: (21) 2554-1723/ (21) 97140-9841

Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716 - Flamengo, Rio de Janeiro – RJ

Nome/sujeito: _____ Prontuário: _____

Prezado responsável pelo participante,

Seu (sua) filho (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Avaliação do processo de conciliação de medicamentos e educação em saúde na alta hospitalar em um instituto nacional de referência do estado do Rio de Janeiro”, pois seu filho usará remédios após ir para casa.

A finalidade do estudo é avaliar o processo de conciliação de medicamentos e educação em saúde na alta hospitalar em um instituto nacional de referência do estado do Rio de Janeiro de pacientes pediátricos em uso de medicamentos neste hospital, identificando e corrigindo diferenças que possam existir e verificando as características o que facilitam que estas diferenças ocorram.

TCLE versão: 02 Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do participante _____



2

Você e/ou seu(sua) filho(a) irão responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto (antes de ir para casa e por ligação para o seu celular ou do seu filho) e irão receber uma orientação sobre o uso dos remédios que ele usa.

Os participantes do estudo serão acompanhados em um intervalo de 15 (quinze dias) na Farmácia do Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira por 1 (uma) profissional farmacêutica.

Além disso, essa profissional farmacêutica estará disponível para tirar dúvidas a qualquer momento no decorrer da coleta do estudo, que irá durar 4 (quatro) meses, e após a finalização da coleta, por meio dos seguintes contatos: Tel.: (21) 97140-9841 ou (21) 2554-1723 e-mail: ana.braganca@iff.fiocruz.br.

Poderão ser verificadas informações sobre história de medicamentos do(a) seu(sua) filho(a): no prontuário médico dele(a) e na prescrição médica dele(a).

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

É possível que aconteça o risco de quebra de confidencialidade, mas, para evitar isso, você e seu (sua) filho(a) serão identificados por um número que somente eu e os pesquisadores da minha equipe saberemos.

As informações obtidas neste estudo poderão ser úteis para beneficiar outras crianças em uso de medicamentos.

Os indivíduos participantes do estudo terão orientação farmacêutica em relação ao uso de seus medicamentos, a fim de aperfeiçoar o processo e reduzir erros. Não há benefício financeiro. Os principais benefícios desta pesquisa são para o progresso da ciência. Sua participação ajudará a melhorar a orientação dos responsáveis quanto à utilização dos medicamentos.

TCLE versão: 02 Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do participante _____



3

A sua participação e de seu (sua) filho(a) nesta pesquisa é voluntária e que poderá abandonar ou retirar a sua participação e de seu (sua) filho(a) do estudo a qualquer momento, sem que isto cause qualquer prejuízo no tratamento ou acompanhamento nesta instituição. O investigador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem-estar.

Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação.

Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pela pesquisadora do estudo.

A divulgação do resultado da pesquisa será realizada através de devolutiva aos participantes quando encerrado o projeto. Esta ocorrerá por meio de contato telefônico, plataforma digital (WhatsApp) ou endereço eletrônico, de acordo com a escolha do participante.

A sua participação/do seu filho(a) não implicará em custos adicionais e não haverá nenhuma forma de pagamento. Seu(sua) filho (a) e você não terão qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos no estudo. Você e seu(sua) filho (a) têm direito a ressarcimento de gastos decorrentes da pesquisa, assim como também é garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessária (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefones: (21) 2554-1730 /fax: (21) 2552-8491).



4

Sujeito de pesquisa:

Na qualidade de responsável legal, eu, _____,
como _____ (grau de parentesco) autorizo voluntariamente a
participação do meu filho/a nesta pesquisa.

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura _____

Data _____

Telefone _____

Testemunha:

Nome _____

Documento _____

Endereço/telefone _____

Assinatura _____

Data _____

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Nome _____

Assinatura _____

APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO DE ALTA HOSPITALAR (FRPAL)

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 de Alta Hospitalar



Iniciais do Participante: _____ N° do Registro na pesquisa: _____ Enfermaria do participante: _____

Diagnósticos de admissão e de base: _____

Alta: Data: ____/____/____ e Hora: ____ Coleta da MHPM: Data: ____/____/____ e Hora: ____

Coleta da história primária de medicamentos em uso pelos participantes (HPPM)				
N°	Dado	Tipo		
1	Foi realizada orientação de alta	() Sim () Não		
2	Categoria profissional/ especialidade do profissional que realizou a orientação de alta	() Médico	() Enfermeiro	() Outros:
N°	Dado	Número		
2	Número de medicamentos que o participante estava usando			
3	Informações registradas sobre os medicamentos em uso pelo participante antes da alta			
3.1	nome			
3.2	dose			
3.3	frequência de uso			
3.4	via de administração			
N°	Dado	Marque		
4	Meio utilizado pelo profissional que realizou a orientação de alta Método verbal Receituário Resumo de alta Outros:	(NA) () () () ()	(NA) () () () ()	(NA) () () () ()
5	Horário da alta			
6	Horário da orientação de alta			
N°	Dado	Tipo		
7	Foi realizada a evolução da orientação de alta no prontuário	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
N°	Dado	Tipo		
8	Foi registrada pelo profissional que realizou a orientação alguma dúvida do participante?	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
8.1	Se sim, qual?			
N°	Dado	Tipo		
9	Foi registrada pelo profissional alguma intervenção realizada junto ao participante?	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
9.1	Se sim, qual?			

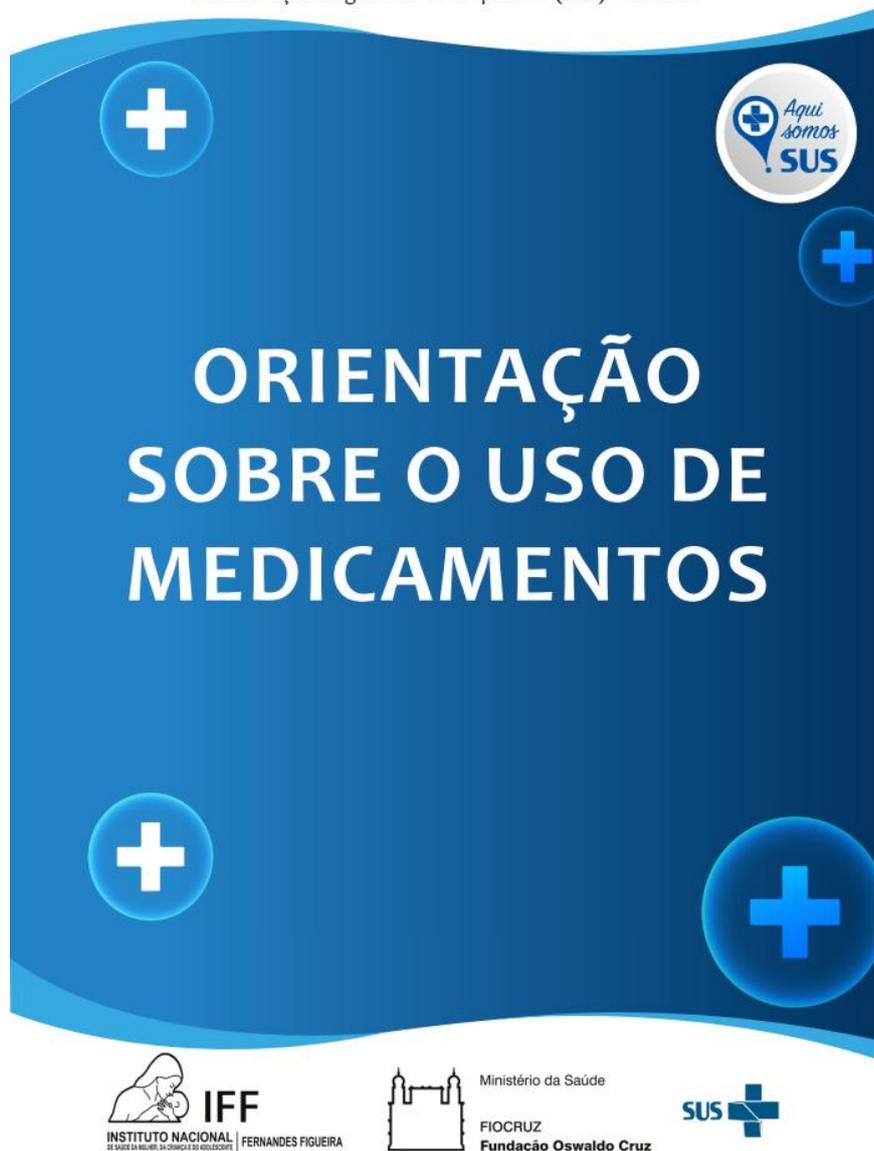
Revisão de Prontuário: Data: ____/____/____ e Hora: ____ Pesquisador: _____

APÊNDICE E - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA PÓS-ALTA HOSPITALAR (FEPAL)

COORDENAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DE FARMÁCIA Serviço de Farmácia Clínica		
 <small>Ministério de Saúde</small> FIOCRUZ <small>Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior</small>	 IFF <small>INSTITUTO NACIONAL DE FARMACIA</small>	Formulário de Entrevista Pós-Alta Hospitalar (FEPAL)
Iniciais do Participante: _____ Numero do Participante na pesquisa: _____		
Pergunta	Orientado (Sim/Não/Não se aplica)	Paciente soube explicar (Sim/Não/Não se aplica)
Você sabe com deve dar medicamentos em frascos de solução oral?		
Você sabe com deve dar medicamentos em frascos de suspensão oral?		
Você sabe com deve dar medicamentos em frascos com pó para solução ou suspensão oral?		
Você sabe com deve dar medicamentos por meio de dispositivos de administração oral?		
Você sabe com deve dar comprimidos ou cápsulas na forma de solução oral?		
Você sabe o que fazer se a criança cuspir ou vomitar depois de tomar um antibiótico?		
Você sabe como deve fazer caso esqueça de dar um antibiótico?		
Você sabe o que deve fazer se a criança estiver com sonda?		
Você sabe como cuidar do nebulizador após usar o medicamento?		
Você sabe como cuidar do inalador após usar o medicamento?		
Você sabe como dar medicamento por meio de seringa?		
Orientação: Data: ____/____/____ e Hora: _____ Farmacêutico Responsável: _____		
Ligação: Data: ____/____/____ e Hora: _____ Farmacêutico Responsável: _____		

ANEXO B - CARTILHA DE ORIENTAÇÃO SOBRE O USO DE MEDICAMENTOS

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz)
Coordenação Diagnóstica e Terapêutica (CDT) - Farmácia



**ORIENTAÇÃO
SOBRE O USO DE
MEDICAMENTOS**

IFF
INSTITUTO NACIONAL
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
FERNANDES FIGUEIRA

Fiocruz
Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz

SUS

EXPEDIENTE

ORGANIZAÇÃO

Diana Domingues da Camara Graça
Luciana Moutinho del Estal

ELABORAÇÃO

Ana Beatriz de Oliveira Leite e Bragança
Diana Domingues da Camara Graça
Taylana de Souza Cezarino

Tayná Silva dos Santos
Thais Helena Nascimento de Oliveira
Thais Oliveira Lucena

REVISÃO DE CONTEÚDO

André Rodrigues Pinto
Bruna Proença Pachá Lacerda
Diana Domingues da Camara Graça

Leticia Lemme
Luciana Moutinho del Estal
Simone Cristina Rodrigues de Carvalho
Caetano

APOIO

Carlos Roberto Pinto Pereira
Christine Pereira Gonçalves
Danielle Bonotto Cabral Reis
Fernanda Correia Simões

Lívia Almeida de Menezes
Rosa Maria Oliveira da Conceição
Roseli da Fonseca Rocha
Tatiana de Oliveira Gomes

REVISÃO

Everton Lima

DESIGN GRÁFICO

Fernanda Canalonga Calçada

FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE (ICICT/FIOCRUZ)
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA (BibSMC)

Orientação sobre o uso de medicamentos. – Rio de Janeiro: Fiocruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), 2021.
24 p. : il.

1. Educação em Saúde. 2. Pediatria. 3. Segurança do Paciente. 4. Uso de Medicamentos. 5. Preparações Farmacêuticas. 6. Resíduos. I. Graça, D.D.C. II. Estal, L.M. III. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. IV. Título.

Rio de Janeiro, dezembro de 2021

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Civil:	
Nome Social:	
Número do prontuário:	Data de nascimento:
	/ /

REGISTRO DE ORIENTAÇÕES

Data de orientação:	
Responsável pela orientação:	
Assinatura responsável do paciente:	

Data de orientação:	
Responsável pela orientação:	
Assinatura responsável do paciente:	

Data de orientação:	
Responsável pela orientação:	
Assinatura responsável do paciente:	

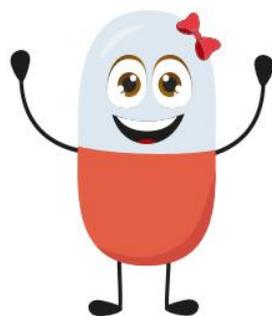
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz)
 Av. Rui Barbosa, 716 - Flamengo - Rio de Janeiro/RJ Cep: 22250-020
 Coordenação Diagnóstica e Terapêutica (CDT) - Farmácia
 Telefone: (21) 2554-1723

SUMÁRIO

O que são medicamentos?	5
O que é o uso racional de medicamentos?	5
O que é o uso seguro de medicamentos?	5
Você já ouviu falar em automedicação?	6
Como posso ajudar?	7
Como guardo os medicamentos?	11
Como eu devo dar medicamentos?	13
Como eu devo dar medicamentos em frascos de solução oral?	14
Como eu devo dar medicamentos em frascos de suspensão oral?	15
Como eu devo dar medicamentos em frascos com pó para solução ou suspensão oral?	15
Como eu devo dar medicamentos por meio de dispositivo de administração oral?	16
Como eu devo fazer para dar comprimidos ou cápsulas na forma de solução oral?	17
O que faço se a criança cuspir ou vomitar depois de tomar um antibiótico?	20
O que faço se eu esquecer de dar um antibiótico?	20
Sobre outros tipos de medicamento, questione ao médico ou ao farmacêutico como você deve fazer caso a criança cuspa ou vomite ou você esqueça	20
O que faço se a criança estiver com sonda?	20
Como devo cuidar do meu nebulizador após usar meu medicamento?	21
Como devo cuidar do meu inalador após usar meu medicamento?	21
Como eu devo dar medicamentos por meio de seringa?	22
Informações importantes:	23
Como descarto medicamentos?	24

O QUE SÃO MEDICAMENTOS?

Medicamentos são produtos que podem ser utilizados na prevenção, no tratamento e diagnóstico de algumas doenças ou no alívio de sintomas (Ministério da Saúde, 2015).



O QUE É O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS?

Considera-se que uso racional de medicamentos é garantido quando “os pacientes recebem os medicamentos apropriados à sua condição clínica, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo possível para si e para a comunidade” (OMS, 1985).

O QUE É O USO SEGURO DE MEDICAMENTOS?

Uso Seguro de Medicamentos é definido como “ausência de dano acidental ou evitável durante o uso de medicamentos. A utilização segura engloba atividades de prevenção e minimização dos danos provocados por eventos adversos que resultam do processo de uso dos medicamentos” (OMS, 2011).

6

VOCÊ JÁ OUVIU FALAR EM AUTOMEDICAÇÃO?

A automedicação é a utilização de medicamentos por conta própria para tratar sinais e sintomas de algum dano ou doença, sem orientação médica ou farmacêutica (BVS, 2015). Não dê medicamentos indicados por outras pessoas, como amigos, vizinhos e parentes, mesmo que elas digam que tiveram os mesmos sintomas ou sinais que você.

**CUIDADO!**

- Doenças diferentes podem ter sintomas ou sinais parecidos ou até iguais. Por isso, medicamentos indicados por outras pessoas podem prejudicar ainda mais a saúde;
- Nem todo medicamento para adultos pode ser usado por crianças. Somente dê medicamentos de adultos a crianças se tiver sido orientado pelo médico ou pelo farmacêutico.

COMO POSSO AJUDAR?

Durante o contato com o médico:

Comente com o médico se a criança tem alergia a algum medicamento ou se existem medicamentos que ela não consegue utilizar (como, comprimidos grandes) e todos os medicamentos que ela já utiliza.

Não se esqueça de dizer ao médico sobre os problemas que a criança já teve por causa de um medicamento (exemplo: dor de cabeça, enjoo, tontura, manchas na pele, tosse, entre outros).

Pergunte sobre os medicamentos que serão usados, para que eles servem e como devem ser usados.

Não deixe de perguntar ao médico quais sinais podem ser preocupantes e que você deve prestar atenção e o que você deve fazer se eles acontecerem.

Tire todas as dúvidas com seu médico sobre seu tratamento, incluindo dúvidas sobre o que está escrito na receita médica.



8

Durante o contato com o farmacêutico:

Tire suas dúvidas sobre os medicamentos que a criança vai usar, como a dose, quantas vezes se deve usar por dia, por quanto tempo, em quais horários deve usar, se pode ser utilizado antes ou após as refeições e sobre como guardar o medicamento.

Aproveite este momento para saber sobre os possíveis efeitos indesejáveis que o medicamento pode causar e como fazer para evitar que eles ocorram.

Pergunte também o que fazer caso a criança tome uma dose exagerada.



Na farmácia:

Todos os medicamentos com tarja (vermelha ou preta) na embalagem, só podem ser retirados com receita, pois são mais perigosos e podem causar danos à sua saúde.



Para alguns desses medicamentos as receitas ficam nas farmácias, pois podem causar dependência física e/ou psíquica ou são antibióticos.

Os medicamentos sem tarja vermelha ou preta na embalagem são de venda livre ou isentos de prescrição. Mesmo assim, eles oferecem riscos e o seu uso deve ser orientado por um médico ou um farmacêutico.

10

Ao receber, confira se o medicamento está na receita médica.

ATENÇÃO!

Verifique na embalagem a data de validade do medicamento. Não use/dê medicamentos vencidos, pois eles podem não fazer efeito e até prejudicar a saúde.



COMO GUARDO OS MEDICAMENTOS?

Ao receber, solicite ao farmacêutico orientações sobre como guardar os medicamentos.



Guarde os medicamentos protegidos da luz, da umidade, do calor e longe de produtos de limpeza e alimentos. Não deixe os medicamentos no banheiro, na cozinha ou no carro (Instituto de Tecnologia em Frmacos, 2013)



Alguns medicamentos devem ser guardados em temperaturas específicas, como por exemplo, os que devem ser armazenados em geladeira.



12

CUIDADO!

- Não troque nem guarde um medicamento na caixa de outro;
- Não amasse ou corte as cartelas dos medicamentos para não perder suas informações ou dificultar sua identificação;
- Não reutilize frascos ou recipientes vazios de medicamentos para outros fins e nem use outros recipientes para guardar medicamentos;
- Oriente as crianças quanto ao perigo do uso de medicamentos e para que não confundam medicamentos com doces ou balas, por exemplo.

**ATENÇÃO!**

Mantenha sempre os medicamentos fora do alcance de crianças e de animais.

COMO EU DEVO DAR MEDICAMENTOS?

Dê sempre os medicamentos conforme a receita médica, as informações da bula e as orientações do médico ou do farmacêutico.

Verifique na prescrição se o medicamento é de uso interno (comprimidos, cápsulas, supositórios, soluções...) ou de uso externo (pomadas, cremes...).

Siga os cinco certos da administração de medicamentos em casa: paciente certo, medicamento certo, via certa, dose certa e horário certo.



14**COMO EU DEVO DAR MEDICAMENTOS SÓLIDOS ORAIS?**

No caso de comprimidos e cápsulas, sempre dê os medicamentos pela boca com um copo de água (Instituto de Tecnologia em Fármacos, 2013).

**COMO EU DEVO DAR MEDICAMENTOS EM FRASCOS DE SOLUÇÃO ORAL?**

Abra o frasco e registre a data de abertura.

Em caso de medicamentos em gotas, pingue o número de gotas prescrito pelo médico em uma copinho ou uma colher e dê pela boca.



Em caso de administração por meio de copinho, transfira a quantidade de solução prescrita pelo médico, do frasco para o copinho e dê o medicamento para o paciente.

Em caso de administração por meio de dispositivos de administração oral, siga os cuidados descritos para dispositivo de administração oral.

CUIDADO!

Nunca dê uma dose diferente da prescrita pelo médico.

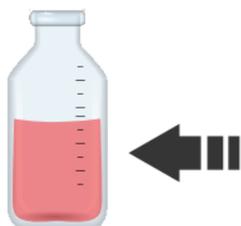
COMO EU DEVO DAR MEDICAMENTOS EM FRASCOS DE SUSPENSÃO ORAL?

Agite antes de usar.

Siga as regras de dar o medicamento da página anterior.

COMO EU DEVO DAR MEDICAMENTOS EM FRASCOS COM PÓ PARA SOLUÇÃO OU SUSPENSÃO ORAL?

Prepare a solução ou suspensão com água filtrada.



Preencha o frasco até o local indicado e/ou informado pelo farmacêutico.

Agite até que o medicamento seja completamente dissolvido e siga as regras de dar o medicamento da página anterior.

ATENÇÃO!

Alguns medicamentos, após serem abertos ou preparados, têm um validade menor e/ou podem mudar a temperaturas em que devem ser guardados. Por isso, feche bem a embalagem após seu uso e respeite o prazo de uso e o local de guardar informado pelo farmacêutico.

16**COMO EU DEVO DAR MEDICAMENTOS POR MEIO DE DISPOSITIVO DE ADMINISTRAÇÃO ORAL?**

Caso seu medicamento precise ser administrado por meio de dispositivo de administração oral, você irá receber um treinamento sobre como manipular o seu medicamento dos enfermeiros e farmacêuticos.

Aspire a quantidade em mL prescrita pelo médico e dê o medicamento para o paciente.

CUIDADO!

- Nunca dê uma dose diferente da prescrita pelo médico;
- O volume de um medicamento fica em diferentes posições, de acordo com o tamanho do dispositivo de administração oral.



Todos os dispositivos de administração oral da foto acima têm o volume de 1,0 mL.

COMO EU DEVO FAZER PARA DAR COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS NA FORMA DE SOLUÇÃO ORAL?

Antes de dar, você deve seguir algumas regras para preparar estes medicamentos:

- Antes de preparar, higienizar as mãos com água corrente e sabão e seque com toalha;



- Lave e seque os materiais que serão utilizados;
- Prepare o medicamento em local limpo;
- Coloque guardanapo ou papel toalha onde será realizada a preparação;

ATENÇÃO!

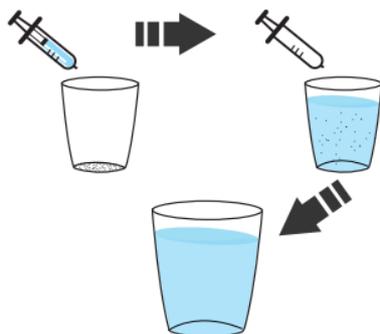
Não prepare o medicamento na cozinha ou no banheiro.

18

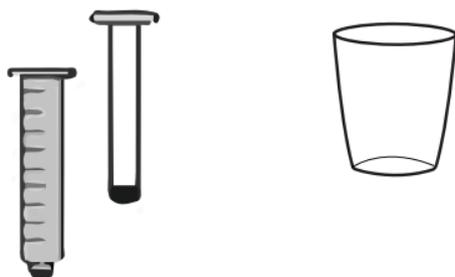
- Em um recipiente limpo e seco, triture o comprimido ou abra a cápsula do medicamento;



- Adicione a quantidade de água filtrada indicada na receita, por meio de dispositivo de administração oral, e agite de forma a dissolver o conteúdo;
- Se necessário, misture com o auxílio de uma colher limpa;



- Lave bem o recipiente e o dispositivo de administração oral com água e sabão.



ATENÇÃO!

- Certifique-se que o medicamento está completamente dissolvido, ou seja, sem nenhum pedacinho ou bolinha no líquido;
- Em caso de administração por meio de dispositivos de administração oral, siga os cuidados descritos para dispositivo de administração oral;
- Não guarde o medicamento dissolvido para utilizar depois;
- Não esqueça de lavar o dispositivo de administração oral por dentro;
- Lave bem o dispositivo de administração oral com água;
- Deixe todo o material escorrendo e secando;
- Depois de seco, guarde o material dentro de um recipiente com tampa;
- Para prevenir o aparecimento de formigas, guarde todo material (dispositivo de solução oral e recipiente) dentro da geladeira.



20**O QUE FAÇO SE A CRIANÇA CUSPIR OU VOMITAR DEPOIS DE TOMAR UM ANTIBIÓTICO?**

Se isso acontecer em **menos** de 2 horas, dê uma nova dose.
Se isso acontecer em **mais** de 2 horas, dê apenas a dose do horário seguinte.

**O QUE FAÇO SE EU ESQUECER DE DAR UM ANTIBIÓTICO?**

Se lembrar **próximo** ao horário que esqueceu, dê o medicamento assim que lembrar e manter a próxima dose no horário normal.

Se lembrar **longe** do horário esquecido, dê apenas a dose do horário seguinte (Instituto de Tecnologia em Fármacos, 2013).

CUIDADO!

Sobre outros tipos de medicamento, questione ao médico ou ao farmacêutico como você deve fazer caso a criança cuspa ou vomite ou você esqueça. Nunca dê junto duas doses do mesmo medicamento.

Lave a sonda depois de administrar o medicamento, para evitar de entupir.

ATENÇÃO!

Não misture medicamentos com a dieta a não ser que o seu farmacêutico te oriente a fazer isso.

COMO DEVO CUIDAR DO MEU NEBULIZADOR APÓS USAR MEU MEDICAMENTO?

- Após o uso, faça a limpeza da boca e desmonte o nebulizador desencaixando todas as peças;
- Lave bem com água e sabão ou detergente neutro e deixe secar ou seque com papel toalha;
- Somente após a secagem completa, monte o nebulizador para deixá-lo pronto para uso.

ATENÇÃO!

Somente nebulize medicamentos juntos se tiver sido orientado pelo farmacêutico.

COMO DEVO CUIDAR DO MEU INALADOR APÓS USAR MEU MEDICAMENTO?

- Após o uso, faça a limpeza da boca e remova o reservatório metálico e/ou espaçador do inalador;
- Lave apenas a parte plástica do inalador e/ou o espaçador com água e sabão ou detergente neutro e deixe secar escorrendo ou seque com papel toalha;
- Somente após a secagem completa, monte a bombinha para deixá-la pronta para uso.



De vez em quando, coloque o reservatório em um copo de água filtrada, se ele boiar está vazio e deve ser substituído e se afundar está cheio e pode ser usado.



22**COMO EU DEVO DAR MEDICAMENTOS POR MEIO DE SERINGA?**

Caso o medicamento deva ser administrado por via subcutânea ou intramuscular, por meio de seringa, você irá receber um treinamento na administração do medicamento sobre a manipulação das seringas e a administração por estas vias dos enfermeiros e farmacêuticos.

CUIDADO!

O volume de um medicamento fica em diferentes posições, de acordo com o tamanho da seringa.



Todas as seringas da foto acima têm o volume de 1,0 mL.

CUIDADO!

Nunca dê uma dose diferente da prescrita pelo médico.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**ATENÇÃO!**

- O alívio dos sinais ou sintomas não significa a cura da doença. Por isso, parar o tratamento antes do prazo informado na receita, pelo médico ou pelo farmacêutico pode resultar em agravamento da doença;
- Em caso de dúvidas, não utilize a internet. Entre em contato com o médico ou o farmacêutico;
- Caso observe algum sintoma indesejado, relate imediatamente ao médico que lhe receitou e/ou ao farmacêutico que te forneceu o medicamento;
- Caso observe algo diferente no medicamento (como: cor e cheiro alterados, falta de algum comprimido na embalagem, entre outros), informe ao farmacêutico que te forneceu o medicamento.



ANEXO C - FORMULÁRIO DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE (FOP)

 Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz		 IFF INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA		 SUS	
COORDENAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DE FARMÁCIA Serviço de Farmácia Clínica Formulário de Orientação ao Paciente					
Nome do Paciente: _____		Número de Prontuário: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
Horário de administração	Medicamento	Quanto devo tomar?	Pra que uso?	Pode tomar com comida?	Como Guardo?

Atenção: esse esquema é baseado na sua prescrição atual (____/____/____) e pode ser alterado ao longo de suas consultas médicas. Em caso de ajustes, avale junto com seu médico ou com a equipe de farmácia clínica o melhor horário de uso.
 Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) - Av. Rui Barbosa, nº 716 - 2º Andar, Farmácia, Rio de Janeiro, RJ.