



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 3.607, de 17/10/05, D.O.U. nº 202, de 20/10/2005

ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Beatriz Alves Alvim

IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM HOSPITAIS

**Palmas-TO
2015**

Beatriz Alves Alvim

**IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA
RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM HOSPITAIS**

Monografia apresentada com requisito parcial da disciplina TCC em Ciências Farmacêuticas do Curso de Farmácia do Centro Universitário Luterano de Palmas, sob orientação da Prof^a. Me. Márcia Germana Alves de Araújo Lobo.

**Palmas-TO
2015**

Beatriz Alves Alvim

**IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA
RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM HOSPITAIS**

Monografia apresentada com requisito parcial da disciplina TCC em Ciências Farmacêuticas do Curso de Farmácia do Centro Universitário Luterano de Palmas, sob orientação da Prof^a. Me. Márcia Germana Alves de Araújo Lobo.

Aprovada em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Me. Márcia Germana Alves de Araújo Lobo (Orientadora)
Centro Universitário Luterano de Palmas

Prof^a. Me. Elisângela Luiza Vieira L. B. dos Santos
Centro Universitário Luterano de Palmas

Prof^a. Me. Áurea Welter
Centro Universitário Luterano de Palmas

**Palmas-TO
2015**

*Dedico em especial aos meus pais Waldir e
Rozirene, a minha filha Júlia, a minha irmã
Patrícia e toda à minha família.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida. Obrigado por iluminar o meu caminho. Minha vida tem sido marcada por realizações diárias, que às vezes não dou o devido valor, mas eu sei que a graça de Deus se faz presente em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais que sempre me apoiaram e esperaram pacientemente por esse momento. Minha formatura é dedicada a vocês, que há muito sorriram ao meu primeiro choro e choraram ao meu primeiro sorriso. Muitas vezes trabalharam dobrado, sacrificando seus sonhos em favor dos meus. Para vocês que me ajudaram a superar as minhas decepções e aplaudiram minhas conquistas. Não somente pais, mas verdadeiros amigos! Vocês me ensinaram a dizer “obrigado”, mas não avisaram que neste dia não haveria palavras... e, hoje, só posso dizer: pai, mãe, amo vocês!

Quero agradecer também à minha filha Júllia que embora não tivesse conhecimento disto (do TCC) iluminou de maneira especial os meus pensamentos, a quem eu rogo todas as noites por fazer parte da minha vida.

A minha irmã Patrícia que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades.

A minha orientadora Prof^ª. Me. Márcia Germana Alves de Araújo Lobo que na hora do desespero me estendeu a mão e ajudou-me com esse desafio. Obrigada pelos ensinamentos, atenção, amizade e dedicação ao longo deste período.

Meus sinceros e singelos agradecimentos aos membros da banca Prof^ª. Me. Elisângela Luiza Vieira L. B. dos Santos e Prof^ª. Me. Áurea Welter, pela disponibilidade de participar e pelas contribuições pessoais acerca da monografia. Fico imensamente lisonjeada por fazerem parte de um começo de uma nova era em minha vida e por participarem de momento tão especial para mim.

A todos os meus professores que são os maiores responsáveis por eu estar concluindo esta etapa da minha vida, compartilhando a cada dia os seus conhecimentos conosco.

Aos meus familiares por me ajudarem, direta ou indiretamente, nesta minha etapa.

E por fim, a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

RESUMO

ALVIM, Beatriz Alves. **Importância da implantação e desenvolvimento da reconciliação medicamentosa em hospitais**. 2015. 39 f. Monografia (Graduação em Farmácia). Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas-TO.

A Reconciliação Medicamentosa (RM) é um processo formal no qual os profissionais de saúde, especialmente, os farmacêuticos trabalham em conjunto com os pacientes, familiares e prestadores de cuidado no intuito de que se transmitam informações seguras e de qualidade sobre a terapêutica do paciente. Essa ferramenta é a chave para reduzir as discrepâncias identificadas, prevenindo a ocorrência de eventos adversos (EAs), pois possibilita a identificação e comparação de todos os medicamentos utilizados em domicílio antes da internação hospitalar com aqueles prescritos no decorrer da internação. Embora considerada como um processo simples em termos de conceito, sua implantação de forma confiável é complexa, devendo ser, portanto, executada por fases. Trata-se de uma revisão de literatura que teve como objetivo a apresentação da implantação e o desenvolvimento da RM por farmacêuticos que atuam em hospitais, descrever as etapas e as dificuldades para implantação e desenvolvimento da RM; destacar o impacto das intervenções na farmacoterapia do paciente internado; reforçar a importância da orientação farmacêutica ao paciente em alta hospitalar. Os resultados evidenciam que as etapas da RM vão desde a coleta da história de medicação, organização dos dados obtidos e intervenções realizadas até a comunicação destas informações ao paciente e/ou cuidadores. Os erros de medicação (EM) ocorrem frequentemente nos períodos de transição (admissão, internação e alta). Em relação às intervenções realizadas, o farmacêutico tem a participação ativa em ações como tomadas de decisão, sugestão de terapia medicamentosa dos pacientes, bem como na avaliação dos resultados. A escolaridade limitada dos pacientes é uma das barreiras à RM identificadas. Assim, para o sucesso deste processo é necessário a presença do farmacêutico, de modo a aprimorar a adesão do paciente à terapêutica, reduzir os EM e, por conseguinte, a readmissão hospitalar relacionada ao seu uso inadequado.

Palavras-chave: Erros de Medicação. Reconciliação Medicamentosa. Orientação farmacêutica. Segurança do Paciente.

LISTA DE SIGLAS

- AF** - Atenção Farmacêutica
- AMSP** - Aliança Mundial para Segurança do Paciente
- ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- ASHP** - Associação Americana de Farmacêuticos do Sistema de Saúde
- BPMH** - Best Possible Medication History
- CIM** - Centros de Informação sobre Medicamentos
- EAs** - Eventos Adversos
- EM** - Erros de medicação
- EUA** – Estados Unidos da América
- HUOP** - Hospital Universitário do Oeste do Paraná
- IHI** - *Institute of Health Improvement*
- JCI** - *Joint Commission International*
- LILACS** - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MS** - Ministério da Saúde
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- PA** - Planejamento de alta
- PNSP** - Programa Nacional de Segurança do Paciente
- RA**s - Reações Adversas
- RDC** - Resolução da Diretoria Colegiada
- RM** - Reconciliação Medicamentosa
- RT** - Reconciliação Terapêutica
- SBRAFH** - Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde
- SciELO** - Scientific Electronic Library Online

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo geral	11
2.2 Objetivos específicos	11
3 MATERIAL E MÉTODOS	12
4 REFERENCIAL TEÓRICO	13
4.1 Segurança do Paciente	13
4.1.2 Erros de Medicação.....	15
4.2 Conceito de Reconciliação Medicamentosa (RM).....	16
4.3 Implantação da Reconciliação Medicamentosa	18
4.3.1 Etapas para a implantação.....	18
4.4 Operacionalização da Reconciliação Medicamentosa	21
4.4.1 Informação para Pacientes em Alta Hospitalar	24
4.5 Intervenções Farmacêuticas	26
4.6 Barreiras à Reconciliação Medicamentosa	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

A Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH) conceitua farmácia hospitalar como uma unidade clinicamente, administrativamente e economicamente gerida por um profissional farmacêutico, vinculada hierarquicamente à direção do hospital e incorporada de forma funcional às demais unidades administrativas e de assistência ao paciente (FERRACINI; BORGES FILHO, 2012).

Nesse sentido, a farmácia hospitalar tem por finalidade garantir a qualidade na assistência proporcionada ao paciente por meio do uso seguro e racional de medicamentos e correlatos, para tanto, deve haver farmacêuticos capacitados e em número suficiente para um bom funcionamento da Assistência Farmacêutica (ROSSATO, 2008).

Portanto, a Assistência Farmacêutica é um conjunto de atividades relacionadas aos medicamentos, que envolve desde a pesquisa, desenvolvimento até a produção de medicamentos e insumos, bem como a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantindo a qualidade dos produtos e serviços, além do acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados efetivos e da melhoria da qualidade de vida da população (CAVALLINI; BISSON, 2010; BRASIL, 2014).

Por outro lado, a Atenção Farmacêutica (AF) é conceituada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um conjunto de práticas clínicas do profissional farmacêutico, no qual o paciente é o beneficiário direto. Compreende atitudes, comportamentos, compromissos, inquietudes, valores éticos, funções e as habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com objetivo de alcançar resultados terapêuticos otimizados e seguros (OMS, 1993; ARANTES, 2008).

Neste enfoque, a prestação de serviços essenciais de Farmácia Clínica consiste em avaliar as prescrições médicas quanto às reações adversas (RAs), interações medicamentosas, via de administração, ajustes de acordo com a função renal, dentre outros. A partir de 2002, teve início o desenvolvimento da (RM) que envolve o aconselhamento farmacêutico ao paciente na alta hospitalar, avaliação dos medicamentos trazidos de casa e a participação nas visitas multiprofissionais aos pacientes internados. Ressalta-se que o aprimoramento de equipes de

farmacêuticos clínicos diminuí a questão da incidência de RAs e eventos adversos (EAs) medicamentosos em pacientes hospitalizados (NOVAES et al., 2009; FERRACINI et al., 2011).

Constitui-se em um EA as complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base. Dentre os diversos tipos de EAs, um dos mais rotineiros são os erros de medicação (EM), que além passível de ser evitado, podendo intercorrer em qualquer etapa do sistema de medicação, bem como, todos os profissionais da equipe multidisciplinar estão sujeitos a erros (SILVA et al., 2011). Os EAs afetam em média 10% das admissões hospitalares, consistem um dos mais relevantes desafios para o aperfeiçoamento da qualidade na área da saúde (LEITÃO et al., 2013).

Mais da metade dos EAs ocorridos em hospitais são resultados dos EM, portanto, a reconciliação de medicamentos tem capacidade de interceptar e corrigir 75% das discrepâncias clinicamente importantes, antes que ocorra dano ao paciente (MEGUERDITCHIAN et al., 2013; FERRAZ, 2015; VIRA; COLQUHOUN; ETCHELLS, 2006).

A implantação da RM, ainda é uma realidade que não abrange uma parcela significativa dos serviços de saúde brasileiros, portanto, sua implantação precisa ser incrementada no intuito de possibilitar a adequação deste importante processo que contribui para prevenção de EM e, conseqüentemente, com a diminuição de readmissões hospitalares, uma realidade das instituições brasileiras (FRIZON et al., 2014).

Uma das etapas da RM é a intervenção farmacêutica que é uma ferramenta eficaz na detecção e prevenção de EAs, bem como na promoção da integração do serviço de farmácia à equipe multiprofissional, pacientes e seus familiares (NUNES et al., 2008).

A relevância do presente trabalho consiste em contribuir para a segurança dos pacientes, visando a redução dos EAs através da RM, além de destacar a importância da eficiência do trabalho da equipe multidisciplinar, justificando assim, à presença ininterrupta do farmacêutico no ambiente hospitalar, garantindo também o uso racional de medicamentos, além da redução de custo hospitalar com o paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Apresentação da implantação e o desenvolvimento da Reconciliação Medicamentosa por farmacêuticos que atuam em hospitais.

2.2 Objetivos específicos

- Apresentar os conceitos da Reconciliação Medicamentosa;
- Descrever as etapas e as dificuldades para implantação e desenvolvimento da Reconciliação Medicamentosa;
- Destacar o impacto das intervenções na farmacoterapia do paciente internado;
- Reforçar a importância da orientação farmacêutica ao paciente em alta hospitalar.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma revisão bibliográfica de literatura científica, cujo propósito foi reunir e sintetizar o conhecimento pré-existente sobre a temática proposta, acessando as bases eletrônicas de dados do Google Acadêmico, LILACS e SciELO. Também foram pesquisadas teses, dissertações, artigos e livros relacionados ao tema.

As palavras-chave utilizadas para a presente pesquisa foram: “erros de medicação”, “reconciliação medicamentosa”, “segurança do paciente”, “orientação farmacêutica”; a busca foi limitada ao período de 2005 a 2015.

A partir do levantamento inicial, que resultou em uma grande variedade de artigos, foram selecionadas referências em função da pertinência e atualidade, cujo conteúdo foi analisado e utilizado de forma a fornecer subsídios dentro da área em estudo.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Segurança do Paciente

A segurança do paciente associada ao cuidado em saúde é tema de interesse dos próprios pacientes e seus cuidadores, profissionais e instituições de saúde, de ensino e pesquisa, e organizações governamentais e não-governamentais. É entendida por Runciman et al. (2009) como a redução do risco, podendo ser um agente ou ação com potencial para causar danos ao paciente.

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente (AMSP), lançada em 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de facilitar o desenvolvimento de políticas e práticas para a segurança do paciente, recomendou aos países atenção ao tema (MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014a).

Recentemente, um importante passo nessa direção foi dado pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº. 529/2013 (BRASIL, 2013a) que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que consiste no desenvolvimento de seis protocolos básicos, definidos pela OMS, para evitar danos aos pacientes hospitalizados, são eles:

1. Identificar corretamente os pacientes, usando nome completo e data de nascimento;
2. Melhorar a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, devendo para tanto anotar na íntegra prescrição completa ou resultado de exames fornecidos de forma verbal ou por telefone;
3. Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos de alta vigilância, identificando local, rotulagem e armazenagem dos mesmos;
4. Assegurar cirurgias em local de intervenção, procedimento e paciente corretos, através de check list documentado no prontuário do paciente para a correta identificação do local da intervenção cirúrgica;
5. Realizar a técnica correta de higienização das mãos para reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde;
6. Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas e úlceras por pressão.

Desenvolvido em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), esses protocolos são componentes obrigatórios na promoção e apoio a implementação de iniciativas no que se refere à instituição de ações para a segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde no Brasil, conforme preconiza a RDC nº. 36/2013 (BRASIL, 2013b), sobretudo, o uso racional e seguro de medicamentos.

A Portaria nº. 2.095/2013 (BRASIL, 2013c), por meio do anexo 03 que estabelece o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, preconiza que a administração é a última barreira para evitar um erro de medicação, cuja prática segura é um processo multi e interdisciplinar que exige conhecimento técnico e prático e envolve tradicionalmente os cinco certos, sendo recentemente introduzido mais dois certos, configurando-se assim nos sete certos: paciente certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; documentação (registro) certa e razão certa.

A dimensão dos erros relacionados à administração de medicamentos justifica a implantação destes procedimentos. Em 2006 foi realizado um estudo em quatro hospitais brasileiros, no qual evidenciou-se que 1,7% dos medicamentos administrados foram diferentes dos prescritos, 4,8% das doses diferiram das prescritas, 1,5% em vias das prescritas, 0,3% recebeu medicamentos não autorizados ou não prescritos, 2,2% foram administrados uma hora antes do previsto e 7,4% mais de uma hora depois do previsto (BRASIL, 2013c).

A ocorrência crescente de casos documentados de EAs no cuidado à saúde tem suscitado um debate sobre a segurança do paciente em âmbito internacional. No entanto, há um consenso entre os estudiosos do tema que os números relatados de EA sejam uma estimativa muito aquém do valor real do problema, causada principalmente pela subnotificação e omissão de relato de eventos, informações cruciais e indispensáveis para a implementação de medidas preventivas (MENDES et al., 2005).

Foram publicados alguns estudos, que tem auxiliado a compreender a dimensão do problema e importância do manejo dos riscos associados ao uso de medicamentos. Mendes et al., (2005)

Revisou nove estudos publicados nos EUA, Austrália, Nova Zelândia, França, Inglaterra, Dinamarca e Canadá, cuja incidência de EAs variou de 2,9% a 16,6% por 100 pacientes admitidos em hospitais alvos dos estudos revisados. Quanto a área

clínica de ocorrência dos EAs por estudo, verificou-se 19,4% dos EM em Nova York, 19,3% no Colorado, 12,3% na Nova Zelândia e 23,6% no Canadá.

Vries et al., (2008) realizaram uma revisão de literatura que inclui oito estudos dos EUA, Canadá, Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia, onde a incidência média geral de EAs entre os pacientes foi de 9,2%, cuja média de EAs considerados evitáveis foi de 43,5%. Ressalta-se que 15,1% dos EAs estavam relacionados a EM. Cerca de 80% dos EAs foram detectados no hospital e 15% fora dele, antes da admissão ou após alta hospitalar. Com relação aos desfechos, 56,3% dos EAs foram considerados leves, 7% resultaram em incapacidade permanente, e 7,4% dos eventos causaram a morte dos pacientes.

4.1.2 Erros de Medicação

Erro de medicação (EM) é conceituado como um evento adverso evitável, ocorrido em qualquer fase da terapia medicamentosa que, de fato ou potencialmente, pode ou não causar danos ao paciente, não importando se esse medicamento encontra-se sob o controle de profissionais de saúde, do paciente ou do consumidor (KAWANO et al., 2006).

Esses eventos podem ter como causa o uso inapropriado de medicamentos, cujo dano sofrido pelo paciente que determinará a existência real do erro. Ressalta-se, no entanto, que todos os erros devem ser investigados, pois podem ocasionar EAs dependendo da conjunção de fatores que atuam em circunstâncias específicas de utilização de medicamentos. O conhecimento e a informação são importantes aliados na prevenção desses erros (MIASSO et al., 2006).

No âmbito hospitalar, os EM são tidos como clinicamente relevantes, cujas ocorrências estão cada vez mais evidentes e inaceitáveis, imputando custos relevantes ao sistema de saúde. Esses erros possuem importante peculiaridade que é a possibilidade de prevení-los, assim, medidas precisam ser tomadas para mudar esse cenário.

Kawano et al. (2006) descrevem que tais erros podem estar correlacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos e problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomenclatura, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento relacionados ao uso de medicamentos.

Ressalta-se a importância da comunicação, pois os pacientes internados podem ser atendidos por diferentes tipos de profissionais, dentre eles, médicos, enfermeiros e farmacêuticos, refletindo seu movimento em sítios assistenciais diversificados, além de sua transferência para outros setores no âmbito do ambiente hospitalar (THOMPSON-MOORE; LIEBL, 2012).

Portanto, a inexistência de um sistema integrado de informações nos diferentes níveis de atendimento à saúde do paciente, favorece o aumento dos EM, ocorrendo com maior frequência nos períodos de transição, ou seja, entre a admissão, internação e alta hospitalar, cuja causa principal é a transferência incorreta ou incompleta de informações. Esses erros podem afetar também pacientes após a alta hospitalar, no entanto, podem ser evitados com a participação ativa do farmacêutico (HAGA; BONELLA, 2012; BARNSTEINER, 2005; RAGAZZI, 2008).

O farmacêutico tem um importante papel na diminuição dos EM e, ao aproximar-se da equipe multiprofissional, pode colaborar de forma significativa com a promoção do uso racional dos medicamentos, diminuindo os EAs relacionados a eles. Atualmente, a ferramenta utilizada para auxiliar esta atividade é o desenvolvimento da RM (FERRACINI; BORGES FILHO, 2012).

4.2 Conceito de Reconciliação Medicamentosa (RM)

O conceito de RM surgiu em 2002 nos Estados Unidos e, em 2003, a *Joint Commission International (JCI)* (organismo de acreditação de unidades de saúde baseada nos Estados Unidos), incluiu a mesma como um dos objetivos para melhorar a segurança do paciente (CIM, 2013).

A RM é um processo formal no qual os profissionais de saúde trabalham em conjunto com os pacientes, familiares e prestadores de cuidado no intuito de que se transmita informações seguras e de qualidade sobre a terapêutica habitual do doente (CIM, 2013).

Também chamada de Reconciliação Terapêutica (RT) em Portugal e Espanha, cujos primeiros projetos surgiram em 2010 e atualmente, há vários hospitais em fase ativa de implementação ou desenvolvendo metodologia para sua implementação (AFONSO, 2015).

Segundo Viana (2014), apesar deste processo não estar ainda padronizado na Europa, já é realizado de forma rotineira nos hospitais do Canadá. Nos EUA, uma pesquisa realizada em 2006 revelou que para atender a requisitos exigidos no processo de acreditação hospitalar, cerca de 70% dos hospitais realizavam a RM, isso demonstra o impacto e o valor que um padrão de acreditação pode ter para acelerar a adoção desta prática em hospitais, podendo ser uma estratégia a ser utilizada no Brasil.

Segundo Moriel et al., (2008), a RM consiste na adequação do plano farmacoterapêutico a partir da comparação entre a lista exata e completa de medicamentos que o paciente estava utilizando previamente e a prescrição farmacoterapêutica na transição do atendimento (admissão hospitalar, mudança de médico prescritor, alta hospitalar). Portanto, deve ser realizada reconciliação sempre que novos medicamentos são prescritos ou são refeitas prescrições já existentes, incluindo mudanças de setor, serviço, médico ou nível de atendimento (MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIEBER, 2014a).

A RM possibilita a identificação e comparação de todos os medicamentos utilizados em domicílio antes da internação hospitalar com aqueles prescritos no decorrer da internação. Durante esse processo, são identificados possíveis erros, inconsistências e interações medicamentosas, o que possibilita discussões para a melhoria da assistência ao paciente. Resumidamente, o objetivo é reunir informação sobre medicamentos, como dose, via de administração, posologia, toxicidade e outros, além de promover intervenções pertinentes (ANACLETO et al., 2010; FERRAZ, 2015).

Essa ferramenta é a chave para reduzir as discrepâncias identificadas, prevenindo a ocorrência de EAs, pois, deve-se rever o histórico de medicamentos do paciente, no decorrer de todo processo de transição de cuidado no âmbito hospitalar (VELHO, 2011).

Este processo exige uma revisão sistemática e exaustiva de toda a terapêutica habitual e é definido como *Best Possible Medication History* (BPMH) para garantir que os medicamentos que são adicionados, alterados ou interrompidos, no hospital, sejam cuidadosamente avaliados (ISMP, 2012; VIANA, 2014).

4.3 Implantação da Reconciliação Medicamentosa

A RM embora considerada como um processo simples em termos de conceito, sua implantação de forma confiável é complexa, desta forma, recomenda-se que seja executada por fases, de preferência a partir da admissão, garantindo assim, que o processo funcione antes de implementá-lo nas demais interfaces dos serviços de saúde.

4.3.1 Etapas para a implantação

O processo de coleta, organização e comunicação de informações em relação aos medicamentos usados pelos pacientes não é simples. Segundo Ketchum; Grass; Padwojski (2005), para a implementação de um programa de reconciliação de medicamentos, recomenda uma sequência de 8 passos:

1. Organização de equipe multiprofissional para desenvolvimento e avaliação da reconciliação de medicamentos, que poderá incluir um farmacêutico, um médico e um enfermeiro. Geralmente, essas três categorias de profissionais estão envolvidas na obtenção da história de medicação do paciente, porém, há pouco consenso sobre o papel e as responsabilidades de cada profissional com relação ao processo de RM nos hospitais, que deve ser bem definido, dependendo dos recursos de cada instituição (BARNSTEINER, 2008).

2. Padronização de instrumentos utilizados, como elaboração de questionário para obtenção de informações dos medicamentos usados pelos pacientes nos pontos de transição, ou seja, na admissão, internação e alta. O registro médico eletrônico poderia garantir a integridade e a rapidez no processo de captura dos dados e, por conseguinte, a transferência de informação relevante a RM, aumentando a probabilidade de que estas informações estariam disponíveis para o atendimento médico do paciente.

A falta de padronização do processo utilizado gera muitas vezes a duplicação dos dados coletados, onde dois ou mais profissionais podem obter a mesma história de medicação, ou ainda, documentá-los em locais diferentes, além de raramente comparar e resolver quaisquer discrepâncias entre os dois históricos (BARNSTEINER, 2008).

Uma RM eficiente pode prevenir muitos erros de prescrição e administração, pois, as falhas neste processo podem ser agravadas pela prática das prescrições repetidas que são explicitamente proibidas pelos padrões de regulação de medicamentos da *Joint Commission* (COOPER; CLAYTON; STOCK, 2012).

3. Definição de profissionais específicos para a reconciliação dos medicamentos no momento da admissão, transferência e alta hospitalar, com tempo suficiente para realizar tal processo, visando assegurar a exatidão da lista de medicamentos utilizados. Na implantação da prática de RM, os farmacêuticos são os profissionais especialmente adequados para obter histórias de medicação e reconciliar discrepâncias, devido à sua formação, experiência e conhecimentos em farmacologia e habilidades para orientar pacientes (KRIPALANI et al., 2007).

4. Fornecer treinamento aos enfermeiros, farmacêuticos e médicos em reconciliação de medicamentos. Discrepâncias não intencionais entre medicamentos de uso prévio e os prescritos na internação são comuns e clinicamente relevantes, sendo potencialmente o maior causador de EAs. Os profissionais envolvidos na RM devem ser treinados e estarem constantemente atentos para evitar possíveis erros de omissão e duplicação (MATIAS, 2011).

As intervenções sobre as discrepâncias impactam positivamente na interceptação e correção do erro, pois, sua redução, acompanhada da orientação ao paciente e acompanhamento farmacêutico, está intrinsecamente interligada a menores taxas de EAs, por conseguinte reduz a necessidade de atendimento de emergência ou admissão hospitalar relacionada ao uso de medicamentos (MATIAS, 2011).

5. Verificação minuciosa do histórico de utilização de medicamentos, conferindo-os, conversando com pacientes, familiares e cuidadores, revendo os registros provenientes da admissão e checando as informações com os médicos, os farmacêuticos e os enfermeiros.

A obtenção de uma lista completa e precisa de medicamentos usados pelo paciente antes da admissão hospitalar, incluindo medicamentos sem receita e outros, deve conter algumas informações mínimas imprescindíveis, tais como, nome do medicamento, indicação, dosagem, via e esquema de administração, quando iniciou e a duração da terapia, além de observar medicamentos recentemente encerrados, EAs conhecidos e alergias. Deve-se ainda, buscar confirmar com uma segunda fonte à precisão das informações obtidas durante a entrevista, que deve

ser também documentada. Algumas variações na lista de medicamentos podem ser devido a mudanças no tratamento, no entanto, outras podem ser consideradas EM, que por sua vez quando negligenciadas podem resultar em EAs (MARQUES, 2013).

Através da ficha de admissão de internação e/ou entrevistas com os pacientes e familiares pode-se obter a lista de fármacos utilizados, sendo possível, o farmacêutico comparar os medicamentos de uso prévio com os da prescrição, onde toda discrepância detectada deve ser discutida com o médico. Já a aceitabilidade das intervenções farmacêuticas devem ser mensuradas, objetivando impactar na segurança e efetividade, reduzindo os EAs, além da redução de custos do tratamento medicamentoso (MARQUES, FURTADO; DI MONACO, 2010; FRIZON et al., 2014).

6. Elaboração das listas dos medicamentos utilizados em casa, pelo paciente, de modo que seja claro, objetivo e padronizado. Durante a hospitalização, medicamentos de uso contínuo podem ser substituídos em decorrência de adaptação ao formulário terapêutico do hospital, entretanto, na alta deve-se avaliar a viabilidade do retorno do uso destes medicamentos. Caso de alterações na prescrição após RM podem incluir a interrupção de medicamentos considerados inadequados ou duplicados, simplificação do regime terapêutico, dentre outros.

Visando à segurança do paciente, todas as intervenções no regime terapêutico devem ser claramente documentadas, e em seguida, comunicada ao paciente e/ou cuidador. A orientação é o foco no processo de uso de medicamentos, em especial no preparo para alta hospitalar, para que o paciente e/ou cuidador não tenha dúvidas sobre se deve ou não continuar a fazer uso de seus medicamentos no domicílio, seja ele de uso contínuo ou não. Ressalta-se que, em casos especiais, essa orientação deve ser realizada de forma estruturada, principalmente, quando envolve pacientes pediátricos e idosos (MARQUES, 2013).

7. Reconciliação dos medicamentos em todos os pontos de transição do paciente incluindo mudanças de leito, admissão, transferência entre unidades de internação e alta hospitalar. A maior parte dos EM poderiam ser evitados por meio de uma comunicação eficiente entre os profissionais envolvidos no processo de RM, pois, deve-se registrar em prontuário, todos os dados obtidos da história de medicação do paciente, além dos medicamentos prescritos no decorrer da hospitalização.

Ressalta-se, que déficits na comunicação e transferência de informações entre esses profissionais são substanciais e onipresentes, sendo que nos pontos de transição (admissão, internação e alta) ocorreram 50% dos EM. Esses EM afetam ainda 49% dos pacientes após à alta hospitalar. Esse fato, aliado a falta ou um ineficaz planejamento de alta (PA), contribui para a descontinuidade do cuidado e favorece a reinternações (KRIPALANI et al., 2007; TEIXEIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2012).

8. Compartilhar os dados da avaliação da reconciliação de medicamentos com toda a equipe que presta assistência ao paciente. As informações relevantes sobre a história de medicamentos devem ser registradas, compartilhadas e colocadas num local bem visível para facilitar a comparação com as prescrições subsequentes (KRIPALANI et al., 2007).

Em função dos claros benefícios apresentados, a necessidade de implantar/implementar a RM deve ser enfatizada nos programas de segurança dos pacientes, no que tange aos EAs, mesmo que se reconheçam as barreiras culturais nas relações profissionais. Para isso, o planejamento operacional é vital para sensibilização de toda à equipe.

4.4 Operacionalização da Reconciliação Medicamentosa

A RM é considerada efetiva quando ocorre a abordagem inicial no momento do internamento para avaliação da prescrição domiciliar. As informações iniciais sobre quais medicamentos estão em uso pelo paciente são obtidas através da comunicação do farmacêutico ou de outro membro da equipe assistencial com o paciente e/ou familiares, análise de prontuários, e de prescrições e discussões entre o farmacêutico e a equipe médica e são descritas em uma lista de medicamentos (SILVA, 2014).

A listagem de medicamentos é disponibilizada para o prescritor, assim que o mesmo iniciar a prescrição médica. Caso a anamnese inicial não seja possível, o histórico de medicamentos deve ser feito no primeiro dia do internamento. Esta lista de medicação deve incluir a dosagem, frequência e via de administração, alergias conhecidas e reações a medicamentos (MATIAS, 2011).

Deve também ser revista no contexto da história de saúde global do paciente, ou seja, além da lista de medicação, a documentação nos registros deve incluir se o

mesmo está tomando a medicação conforme prescrito, hora e data da última vez que tomou, o nome dos médicos prescritores e outros profissionais de saúde envolvidos nos cuidados e origem da medicação (ex: farmácias locais, Internet, etc.). As reações e alergias também devem ser documentadas devido ao seu potencial de interação com medicamentos sujeitos a receita médica ou interferência com o diagnóstico clínico e esforços de tratamento (MATIAS, 2011).

Após obtenção da lista de medicamentos que estavam sendo utilizados e da lista de medicamentos prescritos no momento do atendimento é necessário compará-las, e qualquer discrepância ou inconsistência deve ser discutida com o médico prescritor, para posterior modificação da prescrição, se necessário. Nesta fase, vários fatores devem ser avaliados para decidir se deve haver inclusão/exclusão de medicamentos ou alterações nos esquemas propostos, verificando-se necessidade de uso ou de ajustes na dose, frequência ou via de administração, avaliação risco/benefício e interações, gerando a intervenção farmacopéia (MARQUES, FURTADO; DI MONACO, 2010).

Através da RM, medicamentos podem ser descontinuados de forma temporária na admissão hospitalar, após ser avaliado como contra-indicado ou não essencial durante o atendimento da intercorrência que resultou na hospitalização. Na alta hospitalar deve ser avaliada a possibilidade de retorno do medicamento a qual o paciente estava utilizando antes da hospitalização (MARQUES, FURTADO; DI MONACO, 2010).

A RM carece de ser um processo consistente e contínuo e se aplica quando há admissão do paciente no hospital, acompanhando-o durante toda a hospitalização e prolongando-se até depois da alta, ou seja, espera-se que exista reconciliação em cada transição de cuidados. O momento da alta hospitalar pode ser desafiador, quer para médicos quer para pacientes. A correta compreensão e uso dos medicamentos são os principais componentes associados à segurança do hospitalizado, e atualmente, o processo da alta não fornece dispositivos de segurança suficientes para assegurar a qualidade dos cuidados pós-alta (MATIAS, 2011).

Cooper; Clayton; Stock (2012) ressaltam que a RM é um processo que compreende cinco etapas:

1. Desenvolvimento de uma lista de medicamentos administrados no momento. A elaboração de uma lista com todas as informações necessárias sobre

os medicamentos prescritos pelo médico após admissão hospitalar tem como objetivo comparar com a lista de medicamentos que já foram prescritos anteriormente.

2. Desenvolvimento de uma lista de medicamentos que foram prescritos anteriormente. A obtenção de histórias de medicação é um importante elemento para reduzir as discrepâncias ou inconsistências entre os medicamentos já usados e os prescritos durante a hospitalização.

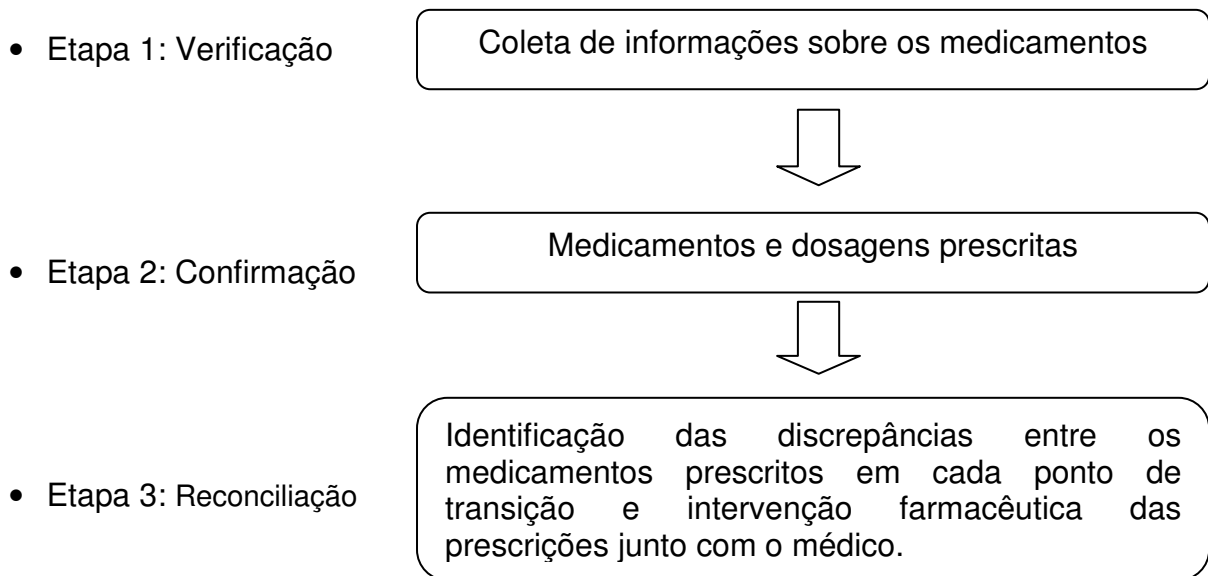
3. Comparação dos medicamentos nas duas listas. O profissional responsável pela RM, ao comparar as listas de medicamentos, poderá identificar os possíveis EM.

4. Tomada de decisões clínicas baseadas nessa comparação. O farmacêutico mediante a identificação do erro de medicação, deve juntamente com o médico realizar as intervenções necessárias.

5. Apresentar a nova lista para os atendentes e para o paciente. A geração de novos regimes farmacoterapêuticos durante a hospitalização e após alta deve ser compartilhada com todos os envolvidos no processo de RM, bem como deve ser discutido com o paciente e na alta hospitalar orientar os pacientes e/ou cuidadores de forma clara e precisa qual regime terapêutico deve seguir.

Embora as descrições anteriores incluam cinco etapas, o Institute of Health Improvement (IHI) recomenda que a RM seja realizada em três etapas (FRIZON et al., 2014), conforme Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma das etapas de aplicação da RM



Fonte: adaptado de Matias (2011); Frizon et al. (2014).

Independentemente de ser realizada em três ou cinco etapas, a proposta de aplicação da RM é reduzir as discrepâncias de medicamentos encontradas e, por conseguinte, os danos aos pacientes. As diferenças observadas entre as duas propostas é que em uma delas, as etapas iniciam-se pela confecção da lista dos medicamentos prescritos na admissão hospitalar, em seguida, obtém-se a história de medicação; já na proposta sintetizada ambas são realizadas em uma única etapa, entretanto, inicia-se primeiramente pela história de medicação. É necessário melhorar os métodos de coleta para assegurar um histórico de medicação exato no momento da admissão hospitalar e finalizar o ciclo da RM com uma orientação correta na alta hospitalar.

4.4.1 Informação para Pacientes em Alta Hospitalar

O farmacêutico exerce um relevante papel na educação e aconselhamento farmacêutico dos pacientes, de modo a aprimorar a adesão à terapêutica e evitar EM no domicílio, cuja importância associada ao aconselhamento é posta em evidência pelas *guidelines* da Associação Americana de Farmacêuticos do Sistema de Saúde (ASHP). Ressalta-se que o aconselhamento deve ser propiciado, sempre que possível, num espaço que assegure a privacidade e confidencialidade entre o farmacêutico e o paciente, recomenda-se, também, que o discurso deve ser

adaptado ao grau de conhecimento do paciente, de modo que este entenda todas as informações compartilhadas. O diálogo aberto é imprescindível no compartilhamento de informações, bem como ouvir o paciente e deixá-lo confortável para esclarecer possíveis dúvidas e reportar a ocorrência de problemas relacionados com a medicação (RAMOS, 2013).

Ainda segundo Ramos (2013), o farmacêutico deve reconhecer o grau de conhecimento do paciente acerca da sua patologia, as expectativas em relação ao seu tratamento e a assimilação em relação à correta utilização da sua medicação ou se tem algumas dúvidas sobre o assunto. Durante o aconselhamento, a informação oral fornecida pelo farmacêutico deve ser sempre acompanhada por informação escrita completa e compreensível, em linguagem adaptada ao nível de conhecimento do paciente.

Assim, o resultado da RM deve ser comunicado ao paciente e/ou cuidadores, em especial no preparo para alta hospitalar, para que os mesmos não tenham dúvidas sobre o uso de seus medicamentos no domicílio. Deve também ser comunicado ao médico que dará prosseguimento ao atendimento do paciente, destacando-se as intervenções realizadas, além do motivo e o plano de monitorização pós-alta (MARQUES, FURTADO; DI MONACO, 2010).

A orientação segura e efetiva do regime terapêutico após a internação é o ponto considerado como mais crítico da educação do paciente no que tange a alta hospitalar e tem ampla relação com o processo de trabalho do farmacêutico clínico, uma vez que também é sua competência educar o paciente para o uso correto dos medicamentos após a alta. No entanto, muitas vezes esse processo não é completo, dentre as causas, destaca-se tempo disponível insuficiente durante a hospitalização para finalizar o processo de reconciliação, contribuindo assim, para a ocorrência de EM no ambiente domiciliar.

Ziaieian et al. (2012) entrevistaram por telefone 377 pacientes com 65 anos ou mais no decorrer de uma semana após alta hospitalar do Hospital Yale-New Haven, em Atlanta (EUA). Dentre os 2.534 medicamentos prescritos na admissão, 10,4% (263) foram reduzidos no decorrer da internação e 11,9% (302) parados na alta hospitalar. No entanto, foram descritos aos pacientes 804 novos medicamentos no momento da alta, onde 87,3% (329) dos pacientes receberam pelo menos uma nova prescrição. Os resultados evidenciaram que somente 16,1% dos pacientes compreendiam totalmente sobre os medicamentos que foram reduzidos, 15,7% os

que foram parados, 31,2% os novos medicamentos prescritos. Dentre os pacientes que tiveram mudanças de medicação, seja reduzida ou parada, 79,1% não tinham conhecimento de pelo menos uma mudança, entre os que receberam novos medicamentos 70,5% não tinham conhecimento de pelo menos uma nova medicação. O percentual de pacientes que não tinham nenhuma compreensão sobre todos os novos medicamentos prescritos na alta hospitalar foi de 46,8%.

A compreensão do paciente no que tange às mudanças realizadas na sua terapêutica muitas vezes é deficiente, consistindo em um alto potencial para a ocorrência de EAs na pós-alta, cujos esforços para reduzir esses eventos devem envolver toda a equipe multidisciplinar, principalmente, o farmacêutico clínico, o paciente e/ou cuidador, focando não apenas na lista de medicamentos relevantes para o diagnóstico primário, mas sim, na lista completa.

Na orientação para alta, que preferencialmente deve ser iniciada antes do dia da alta, devem ser destacadas as intervenções realizadas no regime medicamentoso resultantes do processo de reconciliação, como inclusões/exclusões de medicamentos, mudança na dose, bem como orientações importantes sobre os medicamentos que o paciente utilizará no domicílio (MARQUES, FURTADO; DI MONACO, 2010).

4.5 Intervenções Farmacêuticas

Denominam-se intervenção farmacêutica todas as ações as quais o farmacêutico participa de forma ativa, tais como, tomadas de decisões, sugestão de terapia medicamentosa dos pacientes, além da avaliação dos resultados. Desta forma, torna-se vital que o mesmo tenha a noção exata de sua competência e dos limites de sua intervenção no processo saúde-doença (AMARAL; AMARAL; PROVIN, 2008; LOCATELLI, 2012).

Segundo Miranda et al. (2012), uma das principais atribuições do farmacêutico é a avaliação das prescrições médicas e, por conseguinte, realização das intervenções nas seguintes eventualidades: quando medicamentos não constarem na relação dos padronizados no hospital, sugere-se ao médico a possibilidade de substituí-lo por outro constante nesta lista e, caso não seja possível, deve-se realizar a sua compra; forma farmacêutica inexistente ou inadequada; via de administração, frequência de administração e modo de administração inadequados;

dose inexistente e/ou acima/abaixo da normalmente prescrita; inadequação ou incompatibilidade do diluente com o medicamento prescrito; incompatibilidade entre medicamentos; em caso de prescrição de medicamentos com a mesma ação farmacológica, ilegíveis ou incompletas; e demais não conformidades apresentadas que carecem de ser informadas junto à equipe médica.

Além das intervenções farmacêuticas, outros benefícios pertinentes incluem a promoção da integração das informações sobre medicamentos, tais como, informações inerentes ao ajuste de dose de medicamentos em caso de insuficiência renal, idade ou peso, informações toxicológicas e farmacológicas, instruções sobre administração e substituição ou quaisquer outras dúvidas sobre uso adequado dos medicamentos (MIRANDA et al. 2012).

Vira; Colquhoun; Etchells (2006) realizaram um estudo com 60 pacientes no Markham Stouffville Hospital, no Canadá, cujos resultados evidenciaram que 60% (36) dos pacientes tinham uma ou mais discrepâncias não intencionais no momento da admissão ou alta hospitalar, destes 18% (11) apresentaram discrepâncias clinicamente relevantes. O processo de RM ocorreu em 75% (20) dos casos, antes da ocorrência de danos ao paciente. Em um paciente identificou-se três discrepâncias, no entanto, a intervenção não foi concluída, fazendo com que esse paciente fosse readmitido com hipoglicemia, em parte, relacionada às duas discrepâncias não resolvidas, provavelmente teria sido evitada se fosse concluída a intervenção.

Ainda segundo os autores acima citados, na admissão, 38% (23) dos pacientes apresentavam uma ou mais discrepâncias, já 17% (10) tinham três ou mais. Dois pacientes sofreram danos por causa dos EM na admissão, mas as intervenções realizadas pelo farmacêutico provavelmente ajudaram a evitar danos mais significativos. Os autores verificaram ainda que 15 minutos foi o tempo médio necessário para a realização da RM na admissão.

Já os estudos realizados por Cornu et al. (2012) com 199 pacientes com 65 anos ou mais de idade, internados em um departamento geriátrico, do Hospital Universitário Ziekenhuis Brussel, em Bruxelas, na Bélgica, identificaram um total de 681 EM na admissão. Cerca de 81,9% (163) dos pacientes tiveram pelo menos um erro no histórico de medicação, enquanto que 29,6% (59) tiveram cinco ou mais discrepâncias, cujo tipo mais comum foi a omissão de uma droga por parte do paciente 61,4% (27), onde detectou-se que 15,9% (7) destas drogas eram

medicamentos caseiros. Foram realizadas 386 intervenções, no entanto, foram aceitas em 72,3% (279) dos casos. As intervenções devem ser feitas pelo farmacêutico para cada erro encontrado na história de medicação, independente se o mesmo ocorreu no planejamento medicamentoso, além disso, essas intervenções devem ser bem documentadas, sendo sua aceitação definida como uma correção do planejamento recomendado pelo farmacêutico ou que a intervenção do mesmo foi correta.

Cornu et al. (2012) ainda ressaltam que cerca de 24,2% (165) das divergências na história de medicação resultou em EM durante a internação hospitalar, principalmente, devido a intervenção não ter sido aceita. Das 347 drogas omitidas na história de medicação, 30,8% (107) resultou em uma discrepância no decorrer da internação hospitalar, podendo ser resolvida com a correta intervenção do farmacêutico, bem com sua aceitação. Do total encontrado, 40,8% (278) resultou em EM no momento da alta hospitalar. As discordâncias na admissão podem estar associadas à pelo menos metade dos erros no momento da alta, assim, todos os pacientes devem receber a RM na alta hospitalar (CORNU et al., 2012).

Frizon et al. (2014) realizaram um estudo com 58 pacientes no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), na cidade de Cascavel, destes 41,3% (24) faziam uso de medicamentos em casa e foi neste grupo que se aplicou o formulário da RM. Foram detectados 61 erros entre os medicamentos de uso prévio e os prescritos no âmbito hospitalar, dos quais 67,2% (41) estavam relacionados à omissão de fármacos utilizados pelo paciente e 29,5% (18) a medicamentos adicionais não necessários. Entre os pacientes alvos da reconciliação, 62,5% (15) apresentaram pelo menos um tipo de discrepância, e o grupo farmacológico dos anti-hipertensivos foi o mais predominante com 32% (24) dos casos, seguido dos diuréticos e hipoglicemiantes orais com 9,3% (7) cada. Foram realizadas 15 intervenções farmacêuticas, sendo aceitas em 87% (13) dos casos, já em relação às intervenções não aceitas, os motivos relatados foram falta de contato com o médico responsável ou não aceitação da intervenção farmacêutica descrita no prontuário.

Ao avaliar o processo de RM em 41 crianças em um hospital de ensino e pesquisa da rede pública, localizado no Rio de Janeiro, Graça (2015) identificou 137 erros e 44 interações medicamentosas na admissão hospitalar, 92,7% (38) das crianças participantes do estudo apresentaram pelo menos uma discrepância e 61% (25) pelo menos uma interação medicamentosa. Dentre os erros encontrados,

28,5% (39) foram não intencionais e destas 64,1% (25) foram consideradas erros por omissão. No momento da admissão hospitalar foram realizadas 87 intervenções em conjunto com os médicos, já nos momentos de transferência interna foram identificados 31 EM e 19 interações medicamentosas em 08 crianças, no qual realizou-se intervenções necessárias.

Uma das intervenções realizadas na transferência interna foi quanto à identificação de erro numa dose do Clonazepam cinco vezes acima do que estava prescrito anteriormente, este fármaco está presente numa lista de medicamentos potencialmente perigosos para uso pediátrico, pois podem causar lesões permanentes e até morte. A intervenção permitiu sua correção, impedindo assim, que esse erro causasse maiores danos ao paciente.

Segundo Marques (2013), o processo de RM foi implantado em alguns hospitais brasileiros, no entanto, nem sempre ocorre em todas as fases de transição do atendimento hospitalar (admissão, transferência e alta). Ele ressalta ainda, que o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em 2013, encontrava-se em fase de implantação da RM por meio da atuação de farmacêuticos residentes, em situações específicas, ocorre mobilização da equipe multidisciplinar para viabilização do acesso a medicamentos prescritos na alta hospitalar.

No Brasil, o elevado número de discrepâncias não documentadas pode estar intrinsecamente relacionado há registros incompletos em prontuários, pois a qualidade das informações sobre os medicamentos utilizados pelo paciente é um ponto chave para garantir sua segurança.

Segundo Locatelli (2012), a literatura tem demonstrado os significativos benefícios que a correta documentação dos medicamentos provém para a intervenção farmacêutica, tais como, o aumento da segurança do medicamento e a redução de custos. Já as intervenções realizadas, quando bem documentadas têm demonstrado a qualidade e o valor da inclusão do farmacêutico neste processo, contribuindo assim, para a redução de suas barreiras.

4.6 Barreiras à Reconciliação Medicamentosa

Uma das barreiras à RM evidenciada por Matias (2011) é a escolaridade limitada dos pacientes, pois estes têm uma compreensão reduzida acerca dos nomes dos medicamentos prescritos, das indicações de uso e instruções gerais.

Com isso, existe a necessidade de reformular o processo de atendimento, que leve a uma comunicação efetiva entre todos os envolvidos no processo, contribuindo para a segurança do paciente. A insuficiência de recursos humanos e falta de tecnologias de informação também podem ser consideradas barreiras à RM, pois o farmacêutico possui pouco tempo disponível para revisar a história clínica e realizar entrevista com o paciente, podendo ser necessária ampliação do quadro de farmacêuticos (MARQUES; FURTADO; DI MONACO, 2010; MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014b).

Segundo Cornish et al. (2005), a principal barreira encontrada foi a integralidade da história de medicação, ocasionada por fatores, tais como, tempo disponível para realizar a entrevista, barreiras linguísticas, severidade da doença do paciente, estado cognitivo do mesmo, e familiaridade do paciente e do cuidador com seu regime medicamentoso. Em relação à entrevista, a ausência de um processo estruturado para realizá-la pode induzir à informações errôneas a partir da comparação da prescrição na admissão hospitalar e da história de medicação incompleta e não acurada, sem a devida confirmação com o paciente e/ou cuidadores, ainda há a falta de documentação adequada e a falta de integração da informação nos diferentes níveis de atendimento ao paciente.

No entanto, frequentemente, durante a visita ao hospital, tanto em internamento como em consulta, o paciente não tem quaisquer contato com os serviços farmacêuticos, sendo por isso difícil o aconselhamento medicamentoso por parte dos farmacêuticos. Desta forma, torna-se crucial o desenvolvimento de um sistema de RM em benefício do paciente por parte da equipe farmacêutica que possa ser aplicada a todo o hospital de forma a envolver toda a equipe multidisciplinar (MARQUES; FURTADO; DI MONACO, 2010).

Estudos realizados por Afonso (2015) em Portugal, evidenciaram que todos os hospitais que implementaram a metodologia da reconciliação terapêutica, ou mesmo os que ainda se encontram em estudos pilotos, deparam-se com várias barreiras, dentre as quais destacam-se a falta de disponibilidade de equipe multidisciplinar, bem como a falta de um sistema informativo que possibilite registrar todas as intervenções realizadas, além de integrá-las de forma eficiente. Outro fator que merece destaque por apresentar relevante deficiência diz respeito a necessidade de articulação que deve existir entre as várias fases da transição

assistencial do paciente, envolvendo desde hospitais e centros de saúde até farmácias hospitalares e comunitárias.

Durante a hospitalização, o paciente e/ou o cuidador deve questionar o por que de estar recebendo aquele medicamento; verificar se o mesmo, a dose e a via são corretos; alertar os médicos, enfermeiros e farmacêuticos sobre problemas potenciais com alergias, interações ou outros efeitos adversos já vivenciados em tratamentos anteriores, além de solicitar à equipe de saúde quaisquer informações relacionadas ao seu tratamento, ou seja, o paciente deve estar ativamente engajado com seu tratamento para prevenir possíveis erros (MARQUES; FURTADO; DI MONACO, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de suma importância que os hospitais desenvolvam técnicas para minimizar as chances dos pacientes serem acometidos por EAs e RAs a medicamentos, pois as consequências podem ser fatais. Dentre as ferramentas disponíveis, a RM é um processo destinado a evitar e corrigir eventuais erros, tanto na admissão, transferência ou alta hospitalar.

A RM tem demonstrado ser uma poderosa ferramenta estratégica para reduzir os EM, os custos de tratamento e os riscos potenciais de danos para o paciente, porém, continua sendo um desafio implantá-la em muitos hospitais brasileiros, pois, barreiras como inexistência de um formulário padronizado, integralidade da história de medicação, falta de tecnologias de informação para integração da informação nos diferentes níveis de atendimento ao paciente, escolaridade limitada dos pacientes, necessidade de articulação entre a equipe multidisciplinar e insuficiência de recursos humanos, fazendo com que o farmacêutico tenha pouco tempo disponível para revisar a história clínica e realizar entrevista com o paciente, o que por sua vez pode causar erros de prescrição e administração, principalmente, devido às informações conflitantes sobre os medicamentos já utilizados pelo paciente e os prescritos pelo médico na admissão, transferência e alta hospitalar.

O processo de trabalho do farmacêutico clínico visa à redução das barreiras à RM. Sua presença ininterrupta no ambiente hospitalar contribui para a diminuição das discrepâncias e interações medicamentosas detectadas, mediante intervenções da RM, pois pode identificar inconsistências e erros nas histórias de medicação relatadas pelos pacientes, garantindo assim, o uso racional de medicamentos, além da redução de custo hospitalar com o paciente. No processo de alta hospitalar, exerce papel relevante na educação e aconselhamento farmacêutico, onde os pacientes e/ou cuidadores devem ser educados sobre o regime medicamentoso a ser utilizado no ambiente domiciliar, de modo a aprimorar sua adesão à terapêutica, reduzindo as taxas de EM e, por conseguinte, a readmissão hospitalar relacionada ao seu uso inadequado.

Desta forma, esta área deve tornar-se prioritária no contexto do âmbito hospitalar, não só pelos cuidados prestados ao paciente e benefícios já apontados, mas também por favorecer a superação dessas barreiras, devendo para tanto

priorizar o trabalho em equipe entre os vários profissionais de saúde que atuam neste contexto.

Diante do exposto, ressalta-se que a implantação da RM nos sistemas de saúde é um instrumento fundamental por contribuir para a otimização da terapêutica, por conseguinte na redução das discrepâncias não intencionais e custos hospitalares com os pacientes, aliado aos respectivos ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS

AFONSO, R. Reconciliação de terapêutica. **Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca**, v. 3, n. 1, p. 35-36, 2015.

AMARAL, M. F. Z. J.; AMARAL, R. G.; PROVIN, M. P. intervenção farmacêutica no processo de cuidado farmacêutico: uma revisão. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 5, n. 1, p. 60-66, 2008.

ANACLETO, T. A. et al. Farmácia hospitalar: erros de medicação. **Pharmacia Brasileira** Jan./Fev. 2010.

ARANTES, G. P. **Atenção Farmacêutica**: uma nova visão na assistência farmacêutica. 2008. 45 f. TCC (especialização) – Escola de Saúde do Exército. Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD47%201%BA%20Ten%20AI%20GUSTAVO%20PELINSON%20ARANTES.pdf

BARNSTEINER, J. H. Medication Reconciliation: Transfer of medication information across settings - keeping it free from error. **J Infus Nurs.**, v. 28, 2 Suppl., p. 31-36, Mar./Apr. 2005.

BARNSTEINER, J. H. **Medication Reconciliation**. In: HUGHES, R. G. (Org.) Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), Apr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 529, de 1º de Abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília-DF, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº. 36, de 25 de Julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Brasília-DF, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.095, de 24 de Setembro de 2013. **Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente - Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília-DF, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAVALLINI, M. E.; BISSON, M. P. **Farmácia hospitalar**: um enfoque em sistemas de saúde. 2 ed. Barueri-SP: Manole, 2010, 266 p.

Centro de Informação do Medicamento (CIM). Reconciliação da medicação: um conceito aplicado ao hospital. **Boletim do CIM**. ROF, n. 106, Jan./Mar. 2013.

COOPER, S. E.; CLAYTON, B. D.; STOCK, Y. N. **Farmacologia na prática de enfermagem**. 15. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

CORNISH, P. L. et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. **Arch Intern Med**. v. 165, p. 424-429, 2005.

CORNU, P. et al. Effect of medication reconciliation at hospital admission on medication discrepancies during hospitalization and at discharge for geriatric patients. **Ann Pharmacother**. v. 46, n. 4, p. 484-94, Apr. 2012.

FERRACINI, F. T. et al. Implantação e evolução da farmácia clínica no uso racional de medicamentos em hospital terciário de grande porte. **Einstein**. v. 9, n. 4, pt 1, p. 456-60, 2011.

FERRACINI, F. T.; BORGES FILHO, W. M. (Org.). **Farmácia clínica**: segurança na prática hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2012.

FERRAZ, C. L. A. S. A Importância da Reconciliação Medicamentosa na Internação Hospitalar. **Revista Especialize On-line IPOG**, Goiânia. v. 01, 9. ed., n. 010, jul. 2015.

FRIZON, F. et al. Reconciliação de medicamentos em hospital universitário. **Rev Enfem UERJ**, Rio de Janeiro. v. 22, n. 4, p. 454-60, Jul./Ago. 2014.

GRAÇA, D. D. C. **Avaliação do processo de conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no estado do Rio de Janeiro**. 2015. 192. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4286>

HAGA, C. S.; BONELLA, C. F. **Farmacêutico clínico em cardiologia**. In: FERRACINI, F. T.; BORGES FILHO, W. M. (Org.). **Farmácia clínica**: segurança na prática hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 273-281.

Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP). **ISMP Canada Annual Report Medication Reconciliation April 2011 – March 2012**. National Medication Reconciliation Strategy and Safer Healthcare Now. Canadian Patient Safety Institute, Toronto, March. 2012.

KAWANO, D. F. et al. Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los?. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** [online]. v. 42, n. 4, p. 487-495, 2006.

KETCHUM, K.; GRASS, C. A.; PADWOJSKI, A. Medication reconciliation: verifying medication orders and clarifying discrepancies should be standard practice. **AJN, American Journal of Nursing**. v. 105, n. 11, p. 78-85, Nov. 2005.

KRIPALANI, S. et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. **JAMA**, v. 297, n. 8, p. 831-41, Feb. 2007.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 315 p.

LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda et al. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Rev Rene.**, v. 14, n. 6, 1073-83, 2013.

LOCATELLI, J. **Participação do farmacêutico em equipe interdisciplinar**. In: FERRACINI, F. T.; BORGES FILHO, W. M. (Org.). *Farmácia clínica: segurança na prática hospitalar*. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 225-235.

MARQUES, L. F. G. **Uso de medicamentos e a segurança do paciente na interface entre hospital, atenção básica e domicílio**. 2013. 197 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-02042013-105600/pt-br.php>

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

MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIEBER, N. S. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. **Physis** [online]. v. 24, n. 2, p. 401-420, 2014a.

MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIEBER, N. S. Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. **Saúde Soc.** [online]. v. 23, n. 4, p. 1431-1444, 2014b.

MATIAS, M. R. **Reconciliação da medicação no pós-operatório da cirurgia ortopédica**. 2011. 69 f. Dissertação (Ciências Farmacêuticas). Ciências da Saúde.

Universidade da Beira Interior. Covilhã, Jun. 2011. Disponível em: <http://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/959/1/Tese%2c%20Mariana%20Matias.pdf>

MEGUERDITCHIAN, A. N. et al. Medication reconciliation at admission and discharge: a time and motion study. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 485, p. 1-11, 2013.

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev. Bras. Epidemiol.** [online]. v. 8, n.4, p. 393-406, 2005.

MIASSO, A. I. et al. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. **Rev. Esc. Enfem. USP** [online]. v. 40, n. 4, p. 524-532, 2006.

MIRANDA, T. M. M. et al. Intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico na unidade de primeiro atendimento. **Einstein** [online], São Paulo. v. 10, n. 1, p. 74-78, 2012.

MORIEL, M. C. et al. Prospective study on conciliation of medication in orthopaedic patients. **Farm Hosp.**, v. 32, n. 2, p. 65-70, 2008.

NOVAES, M. R. C. G. et al. **Guia de boas práticas em farmácia hospitalar e serviços de saúde – SBRAFH**. São Paulo: Vide o Verso, 2009. 356 p.

NUNES, P. H. C. et al. Intervenção farmacêutica e prevenção de eventos adversos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. v. 44, n. 4, p. 691-699, Out./Dez. 2008.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **El papel del farmacéutica en la atención a la salud**: declaración de Tóquio. Ginebra: OMS, 1993.

RAGAZZI, S. G. **Análise do sistema de distribuição de medicamentos em hospital oncológico do estado de São Paulo**. 2008. 105 f. Dissertação (Ciências Farmacêuticas). Faculdade de Ciências Farmacêuticas (UNESP). Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho". Araraquara-SP, 2008. Disponível em: http://www2.fcfar.unesp.br/Home/Pos-graduacao/CienciasFarmaceuticas/Susana_RagazziMEcompleto.pdf

RAMOS, M. R. O. **Informação de medicamentos e reconciliação terapêutica: impacto para doentes e cuidadores - experiência profissionalizante na vertente de farmácia comunitária, hospitalar e investigação**. 2013. 173 f. Relatório (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior. Covilhã, Junho 2013. Disponível em: <http://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1358/1/Informa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Medicamentos%20e%20Reconcilia%C3%>

A7%C3%A3o%20Terap%C3%AAutica_Impacto%20para%20Doentes%20e%20Cuidadores%20-%20Marta%20Raquel%20de%20Oliveira%20Ramos.pdf

ROSSATO, A. E. **Diagnóstico dos procedimentos relacionados à Assistência Farmacêutica das farmácias hospitalares dos hospitais de pequeno e médio porte do sul do estado de Santa Catarina – Brasil**. 2008. 158f. Dissertação (Mestre em Farmácia). Programa de Pós-Graduação em Farmácia. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2008 Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/92036/265444.pdf?sequence=1>

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18-26, Fev. 2009.

SILVA, A. E. B. C. et al. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. v. 19, n. 2, p. 378-386, 2011.

SILVA, J. A. Avaliação da prescrição de medicamentos domiciliares em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de Curitiba-PR. **O Farmacêutico em Revista**, v. 1, n. 105, Jan./Fev. 2014.

TEIXEIRA, J. P. D. S.; RODRIGUES, M. C. S.; MACHADO, V. B.. Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online]. v. 33, n. 2, p. 186-196, 2012.

THOMPSON-MOORE, N.; LIEBL, M. G. Health care system vulnerabilities: understanding the root causes of patient harm. **Am J Health Syst Pharm**. v. 69, n. 05, p. 431-436, 2012.

VELHO, A. C. Z. **Atuação do farmacêutico na reconciliação medicamentosa: revisão da literatura**. 2011. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Farmácia). Faculdade de Farmácia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/70105/000864910.pdf?sequence=1>

VIANA, A. M. Reconciliação da medicação em geriatria universidade. 2014. 51 f. Dissertação (Ciências Farmacêuticas). Departamento de Ciências Farmacêuticas. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, 2014. Disponível em: http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/4724/AndreiaViana_Disserta%C3%A7%C3%A3oMestrado_ReconcMedica%C3%A7%C3%A3o_2014.pdf?sequence=1

VIRA, T.; COLQUHOUN, M.; ETCHELLS, E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. **Qual Saf Health Care**. v. 15, n. 2, p. 122-126, Apr. 2006.

VRIES, E. N. et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Qual Saf Health Care**, v. 17, p. 216-223, 2008.

ZIAEIAN, B. et al. Medication reconciliation accuracy and patient understanding of intended medication changes on hospital discharge. **J Gen Intern Med.**, v. 27, n. 11, p. 1513-20, 2012.