

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DE RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM AMBIENTE HOSPITALAR

Marcelly Dias De Muner Bromonschenkel¹

Gabriela Modenesi Sirtoli²

RESUMO

A implementação da reconciliação de medicamentos em ambiente hospitalar tem uma grande importância na garantia da segurança do usuário e na economia do hospital e do paciente. Na prática, não é realizada em alguns hospitais, devido a má comunicação entre os profissionais, a falta de informação e valorização desse processo. O objetivo é analisar os resultados da implantação da reconciliação de medicamentos em ambiente hospitalar, apresentando possíveis discrepâncias na farmacoterapia, as dificuldades na implantação da reconciliação medicamentosa, destacando a importância das intervenções na farmacoterapia do paciente e a importância do farmacêutico na liderança deste processo. A metodologia reúne doze artigos que abordam a reconciliação de medicamentos em ambiente hospitalar. Os resultados são divididos em impactos clínicos, econômicos e o tempo gasto no processo. A implantação do processo de reconciliação medicamentosa tem um impacto clínico e econômico positivo em ambiente hospitalar, reduzindo discrepâncias, eventos adversos, readmissões hospitalares, prevenindo erros de medicação e diminuindo os custos do hospital e do paciente.

Palavras-chave: Reconciliação de medicamentos. Serviço de Farmácia Hospitalar. Erros de medicação.

ABSTRACT

The implementation of medication reconciliation in a hospital environment is of great importance in ensuring user safety and hospital and patient economy. In practice, it is not performed in some hospitals, due to poor communication between professionals, lack of information and appreciation of this process. The objective is to analyze the results of the implementation of medication reconciliation in hospitals, presenting possible discrepancies in therapy, such as difficulties in implementing medication reconciliation, the importance of interventions in patient therapy and the importance of pharmaceutical in leading this process. The methodology brings together twelve articles that address medication reconciliation in a hospital environment. The results are divided down into clinical outcomes, economical and the time spent in the process. The implementation of the medication reconciliation process has a positive clinical and economic impact in the hospital environment, reducing discrepancies, adverse events, hospital readmissions, preventing medication errors and reducing hospital and patient costs.

¹ Graduanda do Curso de Farmácia da Católica de Vitória Centro Universitário. E-mail: marcellyddb@hotmail.com

² Farmacêutica Bioquímica, doutora em Ciências Biológicas (Fisiologia) – UFRJ, professora na área de fisiologia e farmacologia. E-mail: gsirtoli@salesiano.br

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

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a diminuição dos riscos de danos desnecessários juntamente com o cuidado de saúde corresponde à segurança do paciente. Os erros que mais afetam a segurança do paciente são os erros de medicação (CORRER et al., 2016). Podem levar a uma dimensão clínica significativa e repercussões econômicas e sociais relevantes ao sistema de saúde (GOURLART; HEGELE; LINDENMEYER, 2013).

Os erros de medicação ocorrem com frequência em transições de cuidado, como em admissões e alta hospitalar. A inadequada coleta de dados e a falta de informações sobre o paciente e sobre os medicamentos que utiliza podem atrapalhar o tratamento medicamentoso, tendo como resultado a falha terapêutica afetando a segurança do paciente (BEZERRA, 2015).

Para prevenção desses erros e contribuição para melhoria da segurança dos pacientes, é recomendada pelas principais organizações de qualidade de saúde como estratégia para segurança do paciente a conciliação ou reconciliação de medicamentos (SILVESTRE, 2018). A reconciliação é um processo em que é obtida uma lista completa de medicamentos atuais que o paciente utiliza, que é comparada com a prescrição hospitalar. Essa lista é utilizada para o aperfeiçoamento da utilização de medicamentos com o objetivo principal de diminuir os erros de medicação durante a admissão, transferência e alta hospitalar (BEZERRA, 2015).

Para melhor utilização da estratégia de conciliação de medicamentos, é de grande importância a presença do farmacêutico em todo processo. De acordo com a Resolução Colegiada (RDC) nº 585 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), de 29 de agosto de 2013, a elaboração de uma lista atualizada contendo os medicamentos utilizados pelo paciente durante os processos de transição de cuidado são atribuições do farmacêutico (BRASIL, 2013).

A farmácia deve ter a disponibilidade da lista de medicamentos que os pacientes utilizavam antes da internação, orienta a Joint Commission International (JCI). E de acordo com a mesma instituição, a lista deve ser comparada com as prescrições feitas depois da internação (AZAMBUJA et al., 2019).

Na prática, o farmacêutico e a equipe multiprofissional são responsáveis pela reconciliação de medicamentos e por isso é fundamental a comunicação entre os profissionais de saúde (AZAMBUJA et al., 2019).

Considerando a segurança do paciente, é reconhecido que a reconciliação de medicamentos tem uma grande importância na prevenção dos erros de medicação e pode ajudar na efetividade da terapia do paciente, sendo eficaz para reduzir as discrepâncias encontradas entre os medicamentos utilizados em casa e as prescrições hospitalares (SILVESTRE, 2018).

O objetivo deste trabalho é analisar os resultados de implantação e desenvolvimento da reconciliação medicamentosa em ambiente hospitalar. A conciliação de medicamentos, na prática, não é realizada com efetividade em alguns hospitais, devido à má comunicação entre os profissionais e a falta de informação e valorização sobre essa estratégia. Ainda existem muitos profissionais que não

reconhecem a importância do processo para reconciliação.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE NO USO DE MEDICAMENTOS

É definido como segurança do paciente o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou lesões causadas no atendimento. O principal ambiente capaz de ocasionar riscos e eventos prejudiciais ao paciente é o hospitalar. Garantir um atendimento eficaz e seguro está se tornando cada vez mais dificultoso por negligência dos profissionais de saúde e até pela falta de informação dos pacientes (FILHO; FIRMINO; FREIRE, 2020).

Ao ser admitido em um hospital ou ser atendido por profissionais diferentes, um mesmo paciente pode gerar várias informações que depois de serem coletadas são organizadas para ajudar nas decisões do tratamento adequado. O mais importante a considerar na segurança do paciente é evitar danos durante o atendimento (CATALDO et al., 2020).

A maioria dos pacientes que passam por transferência de atendimento na admissão ou alta hospitalar são afetados pelas discrepâncias de medicamentos. Existem estratégias para melhoria da segurança dos medicamentos, sendo as principais a construção do histórico de medicamentos, a conciliação e atualização dos medicamentos utilizados e a comunicação com o paciente e os outros profissionais da saúde sobre as mudanças dos medicamentos (CATALDO et al., 2020).

Os erros mais comuns que afetam a segurança do paciente são os erros de medicação, ocorrem com mais frequência em períodos de transição do tratamento do paciente. Quando o paciente é admitido no hospital, a falta de informações completas sobre os medicamentos que o paciente utiliza devido à coleta inadequada do histórico de medicação resulta em falha terapêutica e afeta a segurança do paciente (BEZERRA, 2015).

É reconhecido que a falta de planos seguros para o uso de medicamentos tem como consequência os riscos evitáveis. O processo de conciliação medicamentosa promove a redução dos riscos relacionados à terapia (CATALDO et al., 2020). Organizações internacionais de segurança do paciente, como a OMS e a JCI recomendam a implementação da conciliação medicamentosa como estratégia para resolução dos erros de medicação. E o farmacêutico neste processo garante a qualidade da assistência e a segurança do paciente (SILVESTRE, 2018).

De acordo com a JCI, a melhora da qualidade de vida e segurança do paciente deve ter sua orientação por indicadores. O manual de acreditação nacional e internacional preconiza que tenha disponível dados, indicadores e taxas que permitem avaliar o serviço e comparar com a referência (FINATTO, 2011).

2.2 ERROS DE MEDICAÇÃO

O erro de medicação (EM) é qualquer evento evitável que pode levar ao uso inadequado de medicamento. Podendo o medicamento se encontrar sob controle do paciente, consumidor ou por profissionais da saúde (SILVESTRE, 2018).

O ISMP (Institute For Safe Medication Practices) identificou que as causas dos erros de medicação estão relacionados à falha de: informação relacionada ao paciente;

informação relacionada ao medicamento; comunicação relacionada ao medicamento; rotulagem, embalagem e nome do medicamento; dispensação, armazenamento e padronização de medicamentos; aquisição, uso e monitoramento dos dispositivos utilizados na administração de medicamentos; fatores de ambiente; educação e competência dos profissionais de saúde; educação do paciente e o gerenciamento do risco e dos processos de qualidade (ANACLETO et al., 2010).

De acordo com estudos, aproximadamente 60% dos erros de medicação ocorrem durante a transição de cuidado, principalmente em prescrições médicas feitas na internação ou alta hospitalar. O relatório do instituto de medicina preventiva dos erros de medicação diz que em média, o paciente internado ou na enfermaria está propício, no mínimo, a um erro de medicação por dia (LAUREANO; SILVA; ZARPELON, 2021).

Uma das principais causas do EM acontecem nas transições de cuidado. As causas do EM podem ser resultado da incapacidade do compartilhamento efetivo dos dados de saúde (SILVESTRE, 2018).

A transição de cuidado é coordenar e continuar o cuidado em saúde do paciente em transição nos diferentes níveis de atenção à saúde ou entre diferentes níveis de cuidado no mesmo local. A segurança no cuidado depende de habilidades e do conhecimento dos profissionais de saúde e se são capazes de reconhecer e lidar em diferentes situações (SILVESTRE, 2018).

Os momentos de transição do cuidado do paciente são os mais importantes, porque são situações de vulnerabilidade, onde a comunicação entre a equipe de saúde pode ter falhas e como consequência comprometer a segurança no uso de medicamentos. Diante disso, é reconhecida a importância de uma comunicação adequada entre a equipe de saúde, fornecendo todas as informações com precisão com a finalidade de evitar os erros de medicação (SILVESTRE, 2018).

A diferença entre a farmacoterapia anterior de um paciente e a atual é conhecida como discrepância na farmacoterapia. As discrepâncias podem ser divididas em medicamento incorreto, dose errada, duplicidade terapêutica, omissão de medicamento, medicamento que o uso foi interrompido previamente, forma farmacêutica incorreta, frequência de administração incorreta, horário de administração errado e marca errada do medicamento (SILVESTRE, 2018).

Manzorro e colaboradores (2011) tem como definição que a discrepância pode ser classificada em intencional e não intencional. É considerado intencional quando tem adição de um novo medicamento depois do paciente ser avaliado, decisão do médico de não prescrever ou mudar a dose de um medicamento, substituição de medicamento e via de administração ou frequência baseado na avaliação clínica do paciente. E o não intencional é omissão de medicamentos; dose, frequência ou via de administração diferentes do que o paciente usa; duplicidade na terapia; medicamento indisponível no hospital e início de tratamento sem justificar clinicamente (apud SILVESTRE, 2018). As discrepâncias que são identificadas no tratamento podem causar danos ou terem potencial para causá-los (BEZERRA, 2015).

Três situações podem ocorrer nas transições de cuidado relacionadas às discrepâncias. A discrepância intencional é quando o prescritor escolhe intencionalmente a adição, alteração ou interrupção de um medicamento e todas as suas escolhas são documentadas. A discrepância intencional não documentada é

quando o prescritor escolhe intencionalmente a adição, alteração ou interrupção de um medicamento, mas não são documentadas suas escolhas. E a discrepância não intencional é quando o prescritor, sem uma justificativa clínica, altera a farmacoterapia do paciente, por exemplo, quando adiciona ou omite um medicamento que o paciente usava antes de ser admitido (SILVESTRE, 2018).

Com essa classificação de discrepância é facilitada a instrução dos profissionais de saúde para redução dos erros na comunicação e melhora da segurança do paciente. Na farmacoterapia, as discrepâncias não intencionais são vistas como erros de medicação (SILVESTRE, 2018).

2.3 CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Em 2002 a reconciliação medicamentosa teve sua definição pela JCI e em 2011 a conciliação de medicamentos demonstrou ser importante para prevenção dos erros de medicação e foi introduzida como termo no Medical Subject Heading Terms (MeSH). Esse processo garante que quando o paciente é deslocado de um setor para outro, as informações dos medicamentos utilizados são transferidas ao mesmo tempo de forma completa e precisa. É um processo que promove a comunicação com toda a equipe da saúde para prevenção dos erros de medicação nos pontos de transição de cuidados, sendo eles a transferência entre duas unidades de saúde, admissão hospitalar e outros (SILVESTRE, 2018).

A conciliação medicamentosa (CM) é um processo que consiste na coleta de informações clínicas e na elaboração de uma lista contendo os medicamentos atuais utilizados pelo paciente em domicílio. A lista precisa ser mais precisa possível contendo nome do medicamento, frequência, dose e via de administração. É comparada a lista com a prescrição médica feita na admissão, transferência e alta hospitalar para ser analisada e as discrepâncias encontradas devem ser justificadas (CATALDO et al., 2020). Essa lista é utilizada para o aperfeiçoamento da utilização de medicamentos e visa diminuir a ocorrência de erros de medicação, como erros de dosagem, interações medicamentosas, omissões e duplicidades (BEZERRA, 2015).

O processo de conciliação medicamentosa é destaque dentre as ações voltadas para a segurança do uso de medicamentos e do paciente. A CM possibilita que o paciente passe por um processo de revisão no momento de admissão em ambiente hospitalar, durante a internação ou prescrição médica, e após a alta hospitalar (CASTILHO et al., 2016).

2.3.1 Etapas da conciliação medicamentosa

O processo de CM possui três etapas principais, sendo elas a coleta, checagem e comunicação em cada momento de transição de cuidado. A coleta é a primeira etapa, onde envolve adquirir a melhor história possível do uso de medicamentos (MHPM). O MHPM envolve por meio de uma entrevista com o paciente, família e cuidadores, a coleta da história completa de todos os medicamentos prescritos e não prescritos e a verificação das informações obtidas com pelo menos uma fonte confiável, por exemplo banco de dados, prescrições anteriores ou com o médico da unidade de saúde (SILVESTRE, 2018).

Os dados coletados podem ser incompletos por desconhecimento, esquecimento ou estresse dos pacientes, de acordo com Barnesteiner (2005). Por isso deve-se utilizar outras fontes de informação para obtenção do histórico de medicamentos, como a

comunicação com farmácias comunitárias. Assim, há mais garantia de que a equipe multiprofissional terá acesso a todos os medicamentos que o paciente já faz uso (apud NASCIMENTO, 2017).

Com a coleta de dados, é obtida uma lista completa de todos os medicamentos que o paciente utiliza. O histórico dos medicamentos é considerado o principal na conciliação dos medicamentos. O histórico de medicamentos obtidos deve ser registrado no prontuário, podendo ser de forma manuscrita, impressa ou eletrônica (SILVESTRE, 2018).

Na etapa de checagem, a MHPM que foi obtida na etapa anterior é comparada com as prescrições atuais em que o paciente se encontra na transição do cuidado. Nesta etapa, as discrepâncias não intencionais devem ser identificadas e resolvidas. É essencial prevenir, detectar e resolver todas as discrepâncias da farmacoterapia no processo de CM (SILVESTRE, 2018).

A última etapa é a comunicação, onde devem ser comunicadas à equipe de saúde responsável pelo paciente todas as discrepâncias identificadas e resolvidas na etapa de checagem. Essa comunicação é feita principalmente através dos documentos, e todas as modificações que foram realizadas nas prescrições e suas justificativas devem ser documentadas nos prontuários clínicos dos pacientes (SILVESTRE, 2018).

A lista com os medicamentos que eram utilizados antes da admissão hospitalar deve ser colocada em um local visível de forma que facilite a comparação com as prescrições atuais. Essas recomendações são necessárias para realização da reconciliação de medicamentos. Cada medicamento que foi analisado deve ter seu registro com a ação decidida, como continuação, interrupção ou alteração e da mesma forma as justificativas para essa decisão devem ser registradas. Quando um medicamento é suspenso e quando um medicamento novo é introduzido são exemplos de mudanças a serem justificadas, documentadas e comunicadas (NASCIMENTO, 2017).

2.3.2 Momentos de conciliação de medicamentos

A conciliação de medicamentos deve ocorrer em três momentos, sendo eles a admissão hospitalar, transferência e alta hospitalar. No momento de admissão hospitalar ocorre a conciliação da lista de medicamentos obtida pelo processo de MHPM com a lista de medicamentos que foram prescritos na admissão pelo médico para identificação e resolução das discrepâncias encontradas (GRAÇA, 2015).

No momento de transferência de um setor para outro no hospital, deve ocorrer a conciliação da lista de medicamentos obtida pelo processo de MHPM na admissão com as listas de medicamentos que foram obtidas na prescrição de antes e depois da transferência para identificação e resolução das discrepâncias encontradas (GRAÇA, 2015).

No momento da alta hospitalar, deve ocorrer a conciliação da lista de medicamentos obtida pelo processo de MHPM na admissão com os medicamentos obtidos na prescrição de antes e depois da alta hospitalar para identificação e resolução das discrepâncias encontradas (GRAÇA, 2015).

A JCI exige que no momento de alta hospitalar o paciente receba uma cópia de todos os medicamentos conciliados em uma abordagem simples e fácil para

entendimento e clareza dos objetivos e resultados da farmacoterapia. Nesta lista deve conter dados básicos como os medicamentos que precisam ser utilizados, com o esclarecimento de dúvidas quanto as alterações que foram feitas na farmacoterapia do paciente (NASCIMENTO, 2017).

2.3.3 Fatores de risco para discrepâncias e erros de medicação na reconciliação de medicamentos

Fatores como os relacionados ao paciente e a gestão do processo podem aumentar os riscos de ocorrência de erros de medicação. Em relação aos pacientes, a influência da idade, sexo, doenças, desconhecimento de quais medicamentos que utiliza, linguagem, cultura, polifarmácia e informações erradas ditas pelo paciente (GRAÇA, 2015).

Na gestão do processo, podem ocorrer problemas relacionados com a organização, comprometimento e conhecimento do profissional responsável, o dia da semana e turno da admissão também podem afetar o processo (GRAÇA, 2015).

2.3.4 Protocolo para conciliação de medicamentos

Para subsídio da implantação do processo de RM, órgãos de segurança do paciente estão à procura de guias e protocolos com mais eficiência para este processo. É destaque a iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) do projeto “High 5s” que foi lançado em 2007 com objetivo de contribuir para o desenvolvimento, implantação e avaliação dos procedimentos operacionais padrão (POP) para redução dos principais problemas de segurança do paciente. Este documento ressalta que a padronização do processo melhora a segurança do paciente (SILVESTRE, 2018).

A iniciativa da OMS com este projeto visou reduzir significativamente os problemas relacionados à segurança do paciente no ambiente hospitalar. Este documento ressalta que padronizar os processos traz a melhoria da segurança do paciente, visto que, a probabilidade de haver falhas nos procedimentos é diminuída em relação ao grau de padronização (SILVESTRE, 2018).

Depois de alguns anos da avaliação deste projeto, os resultados mostraram que muitos hospitais estão no processo de implementação com variações na execução de etapas do processo de conciliação e diferem de acordo com o hospital e país (SILVESTRE, 2018).

2.3.5 Dificuldades na implantação da conciliação de medicamentos

O processo de conciliação de medicamentos depende do contexto dos cuidados e de recursos de sistemas (BEZERRA, 2015). É um processo em que a responsabilidade é compartilhada entre os profissionais de saúde e com a participação dos pacientes e as famílias. Por isso, requer um comprometimento e atuação integrada da equipe de saúde, principalmente os médicos, enfermeiros e farmacêuticos (SILVESTRE, 2018).

As responsabilidades de cada participante deste processo são baseadas no modelo de prática ideal para a RM. São considerados os recursos de profissionais disponíveis e fluxos de trabalho de acordo com cada hospital (SILVESTRE, 2018).

O paciente, família e cuidador são as fontes principais de consulta e confirmação da história de medicamentos. De modo que, é necessário destacar a importância da orientação no momento de informar sobre o uso de medicamentos (SILVESTRE, 2018).

A equipe de enfermagem, geralmente, é o primeiro contato do paciente ao ser admitido no hospital. O médico é responsável por prescrever e garantir que as prescrições sejam completas e corretas. E o farmacêutico deve liderar a gestão adequada das informações sobre a farmacoterapia dos pacientes juntamente com a equipe da farmácia. Toda a equipe de saúde responsável pelo cuidado do paciente deve ter o conhecimento das suas responsabilidades neste processo para que seja eficiente (SILVESTRE, 2018).

O processo pode ter resistência por parte da equipe se não houver implementação com supervisão adequada, recursos e envolvimento e comprometimento de todos os profissionais responsáveis. Sem protocolo padronizado para obter o histórico de medicamentos e as documentações necessárias, os profissionais correm o risco de cometerem erros, sendo eles: não obtenção de histórico de medicamentos suficiente por pensar que outro profissional irá fazer e gastar tempo com a obtenção do histórico de medicamentos quando outro profissional já obteve. Essas dificuldades prejudicam a avaliação das intervenções e dos resultados (SILVESTRE, 2018).

A falta de conhecimento do papel de cada profissional em relação a CM juntamente com a falta de processos importantes resulta em uma conciliação incompleta, ineficaz, com duplicação de trabalho e até mesmo mais confusão em relação a terapia medicamentosa do paciente (SILVESTRE, 2018).

2.3.6 Conciliação de medicamentos no Brasil

No ano de 2013, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria nº 529/2013 lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com objetivo de promover a segurança do paciente e melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Este programa apresentou protocolos importantes para melhoria da prática do cuidado em saúde, dentre eles o protocolo que assegura a prescrição, uso e administração dos medicamentos. E neste protocolo foi incluído a conciliação de medicamentos (GRAÇA, 2015). Essa legislação junto com a RDC nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária promoveu buscas pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde (SILVESTRE, 2018).

Com essas duas legislações no Brasil, as pesquisas crescem ao longo dos anos em relação a segurança do paciente. Mas mesmo com a comprovação dos benefícios do procedimento, nos hospitais brasileiros ainda há dificuldade na implantação da RM (SILVESTRE, 2018).

2.4 FARMÁCIA CLÍNICA

A farmácia clínica tem como objetivo a promoção da saúde, prevenção e monitoramento de eventos adversos, intervenção e contribuição na prescrição dos medicamentos para obter bons resultados clínicos, melhorar a qualidade de vida e minimizar os custos da farmacoterapia (FINATTO, 2011).

Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (2002), o farmacêutico atua com mais efetividade na assistência ao paciente no exercício da atenção farmacêutica.

Com a identificação, resolução e a prevenção dos erros de medicação, o farmacêutico se responsabiliza pela segurança e efetividade da terapia medicamentosa do paciente (apud NASCIMENTO, 2017).

De acordo com Altuna et al. (2009), a atenção farmacêutica pode estar inserida na conciliação de medicamentos (apud NASCIMENTO, 2017). A atenção farmacêutica é exclusiva do profissional farmacêutico e tem como principal foco a melhoria da qualidade de vida do paciente, dispensação de medicamentos com a orientação necessária, aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento e promover o uso racional e seguro dos medicamentos (FINATTO, 2011).

De acordo com o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, a intervenção farmacêutica é uma ação planejada, registrada e realizada junto do paciente e dos outros profissionais de saúde envolvidos que visa a resolução e prevenção de possíveis problemas na farmacoterapia (apud FINATTO, 2011). Essa prática é necessária para terapia clínica, previne os erros de medicação, promove o uso racional dos medicamentos, diminui o custo da farmacoterapia e reduz o tempo de internação do paciente (FINATTO, 2011).

Geralmente os profissionais que podem estar envolvidos no processo de reconciliação de medicamentos são médicos, enfermeiros e farmacêuticos. O acompanhamento da equipe multiprofissional do hospital é necessário, sendo o farmacêutico o principal neste processo (NASCIMENTO, 2017).

O farmacêutico atuando como líder no processo da conciliação medicamentosa tem um resultado mais efetivo na prática clínica (SILVESTRE, 2018). De acordo com Velho (2011) o farmacêutico é o profissional de maior habilidade para obtenção de um histórico mais completo e preciso dos medicamentos, devido a formação acadêmica, o seu preparo e um maior conhecimento de medicamentos. Mas, para que o processo de RM seja eficiente é importante que toda a equipe multiprofissional saiba executar este processo, por isso a importância de treinamento da equipe de farmácia e uma boa comunicação entre os profissionais (NASCIMENTO, 2017).

A CM permite uma maior integração do farmacêutico com a equipe multidisciplinar para aumentar as ações voltadas para a segurança do paciente. Além disso, a CM também colabora com as ações de farmacovigilância no ambiente hospitalar, visto que, contribui para a identificar, avaliar, compreender e prevenir os eventos adversos a medicamentos (CASTILHO et al., 2016).

Em outros países o farmacêutico clínico tem atividades bem consolidadas nas visitas clínicas, melhorando e informando os pacientes sobre sua farmacoterapia, fiscalizando os problemas encontrados relacionados aos medicamentos utilizados. No Brasil, essa atividade não funciona como deveria e acaba ficando restrita à hospitais universitários e instituições com certificações de qualidade (NASCIMENTO, 2017).

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica qualitativa exploratória, utilizando como base de dados a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores utilizados foram Reconciliação de Medicamentos e Serviço de Farmácia Hospitalar. Foram incluídos 87 artigos. Foram selecionados para busca, artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. Os critérios de inclusão para seleção dos estudos

foram publicações disponíveis na íntegra (ensaio clínico controlado, estudo observacional, estudo de avaliação, avaliação econômica em saúde, estudo de prevalência, fatores de risco e estudo de rastreamento) e os critérios de exclusão artigos que não abordam reconciliação de medicamentos como foco principal.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da metodologia descrita anteriormente, foram selecionados 12 artigos que abordam a implementação de serviço de reconciliação medicamentosa em ambiente hospitalar, publicados entre os anos de 2012 e 2022 (quadro 1). Dos 12 artigos, 10 abordaram o impacto clínico por meio de intervenções do farmacêutico antes e após a implementação da RM, avaliação da frequência e o tipo de intervenção, taxa de readmissão, entre outros parâmetros (BECKETT; CRANK; WEHMEYER, 2012; CARLSON et al., 2013; LAM et al., 2016; BOLAÑOS et al., 2017; AL-KHANI et al., 2017; AL-HASHAR et al., 2018; DUAN et al., 2020; BEKKER et al., 2021; BAČIĆ VRCA et al., 2021; BAEK et al., 2022). No que diz respeito ao impacto econômico, em 4 artigos esse impacto foi abordado, por meio de estatísticas descritivas e análises de cenários; de cálculos de redução de custos; cálculos feitos a partir do tempo necessário para realizar cada tarefa e o custo/hora de cada profissional de saúde envolvido e por meio de análise de custos de salário do profissional farmacêutico, custos das intervenções e custos evitados (BORGSTEEDE et al., 2012; CARLSON et al., 2013; ALIX et al., 2020; BAEK et al., 2022). Por fim, 3 artigos abordaram o tempo gasto no processo de RM por meio de um formulário de relatório de dados incluindo o tempo no início e no final de cada tarefa (BECKETT; CRANK; WEHMEYER, 2012; LAM et al., 2016; ALIX et al., 2020).

Quadro 1 - Sumarização de artigos

(continua)

	AUTORES	OBJETIVO	METODOLOGIA	CONCLUSÃO	ANO
1	BAEK, A. et al.	Avaliar o impacto clínico e econômico da RM liderado por farmacêuticos	Comparação de registros de intervenção de antes e após a implementação da RM. A análise de custos foi realizada utilizando o salário médio por hora de um farmacêutico, custo de intervenções e custos evitados	A implementação da RM liderada por farmacêuticos teve um impacto clínico e econômico positivo na unidade hospitalar	2022
2	BAČIĆ VRCA, V. et al.	Avaliar o efeito que um modelo de RM tem na redução do número de discrepâncias não intencionais pós-alta	Comparação do grupo que recebeu RM com o que recebeu cuidados de saúde padrão através das discrepâncias não intencionais identificadas	A RM liderada por um farmacêutico clínico com a colaboração de outros profissionais reduziu as discrepâncias na transferência de cuidados	2021
3	BEKKER, C. L. et al.	Avaliar o efeito da RM por uma equipe de farmácia em relação aos	A diferença na proporção de pacientes com um ou mais eventos adversos foi medida por uma entrevista telefônica	Observou-se uma redução significativa no número médio de potenciais eventos adversos entre o grupo	2021

		eventos adversos relatados pelo paciente após a alta hospitalar	estruturada em duas semanas após a alta. Foi calculado a diferença no número médio de potenciais eventos adversos por paciente	intervenção e o de cuidados habituais.	
4	DUAN, J. et al.	Determinar a frequência de discrepâncias e os fatores de risco associados e avaliar os potenciais danos dos erros prevenidos com o processo de RM	A reconciliação de medicamentos foi realizada na admissão por estagiários de farmácia. Todas as discrepâncias não intencionais foram apresentadas à especialistas para avaliação. Foram examinadas associações entre as discrepâncias e vários fatores.	A reconciliação de medicamentos realizada por estagiários de farmácia na admissão pode reduzir o número de discrepâncias não intencionais.	2020
5	ALIX, L. et al.	Mensurar o tempo gasto nas etapas do processo de reconciliação de medicamentos e estimar o custo da RM.	Para medir o tempo gasto em cada etapa, foi preenchido em um formulário de relatório o tempo gasto em cada etapa por um assistente de pesquisa. O custo de cada etapa foi obtido pela multiplicação do tempo médio com o custo horário de cada profissional.	Mesmo que os altos custos possam limitar a implantação da RM, a utilização de prontuários eletrônicos para execução do processo pode reduzir a duração e o custo da RM.	2020
6	AL-HASHAR, A. et al.	Avaliar o impacto da RM e intervenção realizada por um farmacêutico em 30 dias após a alta	Comparação do cuidado padrão com a intervenção, sendo a RM na admissão e alta realizada por um farmacêutico. Os resultados clínicos foram avaliados pela revisão dos registros eletrônicos e entrevistas por telefone.	A implementação da reconciliação de medicamentos realizada por um farmacêutico reduziu significativamente a taxa de eventos adversos evitáveis 30 dias após a alta em comparação com o cuidado padrão	2018
7	AL-KHANI, S. et al.	Avaliar o impacto da RM em pacientes de cirurgia cardíaca	Identificação de discrepâncias não intencionais e sua significância clínica	A implementação da RM em pacientes de cirurgia cardíaca é importante para identificação de erros de medicação	2017
8	BOLAÑOS, S. et al.	Comparar o processo de RM realizado pela equipe de enfermagem e a de farmácia em um hospital privado	As informações necessárias para comparação dos resultados da reconciliação de medicamentos foram feitas a partir de uma entrevista	Várias discrepâncias significativas foram identificadas pela equipe de enfermagem e farmácia	2017

9	LAM, S. et al.	Implementar e avaliar a RM liderada por farmacêuticos	Foram avaliados o número de erros de medicação por paciente e os tipos de erros foram classificados de acordo com sua gravidade	O serviço de reconciliação de medicamentos reduziu os erros de medicação	2016
10	CARLSON, J. et al.	Avaliar o impacto da RM para pacientes pós-alta	Avaliação em termos de taxas de readmissão hospitalar, economia e discrepâncias	A RM pode diminuir readmissões e proporcionar economia de custos	2013
11	BORGSTEEDE S. D. et al.	Avaliar o efeito da RM em relação aos custos de medicação pós alta	Avaliados por meio de estatísticas descritivas e análises de cenários	Prevenir os erros de medicação por meio da RM resulta em menos custos	2012
12	BECKETT, R. D.; CRANK, C. W.; WEHMEYER, A.	Avaliar a eficácia e viabilidade da RM na admissão	Comparação do grupo que recebeu a prática já existente e o que recebeu a RM por farmacêuticos	Os farmacêuticos melhoraram a RM e identificaram um número significativo de discrepâncias	2012

4.1 AVALIAÇÃO DO IMPACTO CLÍNICO

Beckett, Crank e Wehmeyer (2012) realizaram a avaliação da eficácia e viabilidade da RM de admissão liderada por farmacêuticos para pacientes geriátricos. Um total de 81 pacientes foram incluídos neste estudo. 40 pacientes aleatórios foram designados para receber reconciliação de medicamentos pela prática hospitalar existente (controle) e 41 pacientes (51%) foram designados à reconciliação de medicamentos liderada por farmacêuticos (intervenção). Na prática existente do grupo controle, o farmacêutico revisa os pedidos de medicação para adequação necessária, não tem contato direto com o paciente e usa uma lista preenchida pelo médico responsável. No grupo intervenção, os farmacêuticos utilizaram outras fontes de informação além do prontuário eletrônico, entrevistando os pacientes, avaliando frascos de medicamentos, comunicação com farmácias e outros, antes e durante o estudo os farmacêuticos foram treinados para execução das etapas, foi utilizado um formulário de RM e as intervenções foram comunicadas ao médico do paciente. Os farmacêuticos utilizaram como fontes de informação a entrevista com o paciente, prontuário eletrônico, entrevista familiar e tentaram verificar a verdadeira lista de medicamentos dos pacientes utilizando também a frequente comunicação com as farmácias comunitárias. Do grupo intervenção, 71% tiveram a terapia medicamentosa apropriada em 48 horas e o grupo controle, 48%. A adequação da terapia medicamentosa com a reconciliação de medicamentos na admissão foi melhorada significativamente pelos farmacêuticos em 23%. Foram identificadas 71 discrepâncias no grupo de intervenção e 45 no grupo controle. Das discrepâncias encontradas, as intervenções foram aceitas em 63% do grupo de intervenção e 71% do grupo controle. Os erros de medicação mais comuns identificados pelos farmacêuticos foram omissão (40,5%) e dose, via ou frequência incorreta (35,3%). Também foram identificados erros de prescrição de medicamentos incorreta (8,6%), prescrição sem indicação (8,6%), terapia inadequada (5,2%) e duplicidade na terapia (1,7%). Um número significativo de discrepâncias foi encontrado pelos farmacêuticos, sendo discrepâncias e intervenções importantes, onde muitas

poderiam resultar em dano ao paciente se não fossem resolvidas. Os farmacêuticos atribuíram gravidades às discrepâncias identificadas no grupo controle e intervenção. A gravidade prevista teve sua definição pela provável gravidade dos erros de medicação se nenhuma intervenção tivesse sido feita. A maioria dos erros identificados não causariam dano ao paciente ou teriam um dano temporário que precisaria de intervenção. De acordo com o estudo, a falta de validação por profissionais de saúde e a comunicação entre a equipe foram limitações, o mecanismo de comunicação e o processo de documentação poderiam melhorar a RM.

Carlson e autores (2013) realizaram a avaliação do impacto da reconciliação medicamentosa em pacientes pós-alta. O estudo foi realizado com usuários de um plano de saúde privado no EUA, os pacientes que receberam alta e foram considerados de maior risco de readmissão foram elegíveis para inclusão na avaliação. As equipes de atendimento hospitalar determinaram os pacientes que apresentavam maior risco de readmissão e que necessitavam de maiores cuidados de transição. Os pacientes receberam um telefonema de uma enfermeira 1 a 2 dias após a alta, onde foi abordado revisão de consultas de acompanhamento e revisão de sinais de alerta. As enfermeiras informaram aos pacientes para aguardar o telefonema de um farmacêutico nos dias seguintes para uma abordagem mais detalhada sobre a medicação. Os pacientes que receberam a ligação do farmacêutico 3 a 7 dias após a alta estavam incluídos no grupo de revisão de medicamentos e os que não receberam foram incluídos no grupo de comparação.

Os farmacêuticos clínicos revisaram antes da ligação o resumo de alta do hospital, que fica disponível no prontuário eletrônico do sistema do plano de saúde, dentro de 48 horas após a alta, e compararam o resumo de alta com a lista atual de medicamentos para identificar se existe alguma discrepância e concluir quais os medicamentos o paciente está tomando. Após este processo, os farmacêuticos ligaram para os pacientes com pelo menos 72 horas após a alta. A conversa por telefone com o paciente incluiu uma avaliação da terapia medicamentosa em que o paciente foi recomendado a seguir após a alta. Foram revisadas as discrepâncias, problemas de terapia medicamentosa e discutido quaisquer mudanças que o paciente iria precisar. Também foi dada a oportunidade de o paciente tirar dúvidas com o farmacêutico. Após o telefonema, o farmacêutico documentou todo processo de reconciliação de medicamentos no prontuário eletrônico. Este processo foi enviado ao provedor de cuidados primários do paciente ou ao provedor de especialidades e se novas prescrições fossem necessárias, o farmacêutico aguardava o retorno do provedor com as prescrições apropriadas para revisão e aprovação. Além disso, foram documentadas as discrepâncias encontradas e outros dados pertinentes (CARLSON et al., 2013).

As taxas de readmissão dos pacientes dos grupos de revisão e comparação de medicamentos foram calculadas utilizando as proporções de pacientes que foram readmitidos no hospital aos 7,14 e 30 dias após a alta. Um total de 494 pacientes foram incluídos neste estudo, sendo 243 pacientes do grupo de revisão de medicamentos e 251 do grupo comparação. 7 dias após a alta, foram readmitidos no hospital 2 pacientes do grupo de revisão de medicamentos (0,8%) e 11 pacientes do grupo de comparação (4%). Com 14 dias após a alta, foram readmitidos no hospital 11 pacientes do grupo de revisão de medicamentos (5%) e 22 pacientes do grupo de comparação (9%). E com 30 dias após a alta, 28 pacientes do grupo de revisão de medicamentos (12%) e 34 pacientes do grupo de comparação (14%) foram

readmitidos no hospital. As taxas de readmissão de 7 e 14 dias tiveram resultados significativamente diferentes. Os farmacêuticos documentaram as discrepâncias encontradas em 240 dos 243 pacientes que receberam a reconciliação de medicamentos. 264 medicamentos descontinuados, 250 omissões, 186 mudanças de dose, 69 duplicidades na terapia e 24 interações medicamentosas. Mais de 80% dos pacientes tiveram pelo menos uma discrepância encontrada após a alta e outros apresentando várias. Este estudo mostra que as readmissões hospitalares podem ser um reflexo da qualidade dos cuidados de transição, sendo o processo de RM feito por farmacêuticos um componente chave para a redução de erros de medicação (CARLSON et al., 2013).

Lam e autores (2016) realizaram um estudo que avaliou o impacto da reconciliação de medicamentos na admissão em um hospital metropolitano australiano. Os pacientes foram divididos em um grupo de intervenção, onde teriam a reconciliação de medicamentos iniciada por um farmacêutico e o grupo controle, de cuidados habituais iniciado pela equipe médica. O farmacêutico responsável obteve o Melhor Histórico de Medicação Possível (MHMP) do paciente com encaminhamentos da equipe médica e outras fontes (entrevista com paciente ou familiares, farmácias comunitárias, prontuários anteriores, medicamentos próprios e prestadores de cuidado de saúde primário). O farmacêutico realizou a reconciliação de medicamentos na admissão revisando os medicamentos atuais e a necessidade de novos medicamentos. Após a RM realizada pelo farmacêutico, aproximadamente 24 horas após a admissão, um farmacêutico clínico sênior independente fez a avaliação do histórico de medicação dos dois grupos, avaliando erros de medicação e posteriormente reconciliando os prontuários de medicação dos pacientes dos dois grupos. Os erros de prescrição dos grupos foram registrados pelo farmacêutico sênior, sendo eles: omissão de medicamento, medicamento contraindicado, medicamento errado, frequência errada e dose errada. Todos os erros de prescrição que foram identificados foram resolvidos pelo farmacêutico revisor ou o da enfermagem dentro de 24 horas após a admissão. A gravidade dos erros encontrados foi avaliada por um médico e pelo farmacêutico sênior independente. Inicialmente, foram analisados o número de erros de medicação por paciente e pedido de medicamento em 24 horas após a admissão. Depois, foram analisados os tipos de erros, classificados por um médico e o farmacêutico sênior.

Foram recrutados 110 pacientes para o estudo. Sendo 56 pacientes do grupo intervenção e 54 pacientes do grupo controle. Foram identificados 238 erros no grupo controle e 29 erros no grupo intervenção. As taxas de erro por paciente do grupo controle tiveram o resultado de 4,41 e o grupo intervenção 0,52, com uma redução de 88% dos erros comparado ao grupo controle. O pedido de medicamento do grupo controle teve o resultado de 0,43 e o grupo intervenção 0,05, com uma redução de 89% comparado ao grupo controle. Os tipos de erros mais comuns no grupo intervenção foram a escolha de medicamentos não mais seguro ou melhor, dose errada e medicamento não indicado. E do grupo controle, omissão de medicamento, dose errada, escolha de medicamentos não mais seguro ou melhor e frequência errada. Em relação a gravidade dos erros, foram divididos em baixo, moderado e alto/extremo. O grupo controle apresentou 97 erros altos/extremos, 64 erros moderados e 77 erros baixos, e o grupo intervenção, 0 erros altos/extremos, 6 erros moderados e 23 erros baixos. O serviço de RM iniciada por farmacêuticos além de apresentar uma diminuição significativa dos erros de medicação, também diminuiu a gravidade dos erros (LAM et al., 2016).

Bolaños e autores (2017) avaliaram o processo de reconciliação de medicamentos realizado pelos departamentos de enfermagem e farmácia de um hospital privado na Costa Rica. Foram selecionados pacientes maiores de 18 anos, internados com serviço de hospital para intervenções menores, cuidados intermediários e unidade de cuidados intensivos (UTI). Inicialmente avaliados pelo serviço de urgência ou equipe de enfermagem e eram incluídos os que apresentavam maiores riscos de apresentar erros de medicação, com mais de duas patologias crônicas, uso de polifarmácia e uso de medicamentos de alto risco. As informações de cada paciente foram registradas em planilhas: a entrada de dados e o processo realizado pela equipe de enfermagem no momento da admissão, incluindo todos os medicamentos, fitoterápicos e suplementos alimentares que o paciente faz uso. Os dados do paciente, como o motivo da admissão, histórico médico e outros dados foram coletados utilizando prontuários eletrônicos e arquivos físicos, com o objetivo de evitar possíveis erros. Foram avaliados o número e o tipo das discrepâncias e depois classificadas de acordo com a gravidade e relevância clínica. E os dados obtidos foram analisados por um programa estatístico. 145 pacientes foram incluídos no estudo, sendo que 9 em cada 10 apresentavam pelo menos uma discrepância na admissão, com incidência de 90,3%. As discrepâncias encontradas com a avaliação inicial da enfermagem, de 533 encontradas, 480 (90%) eram omissão de medicamentos e com a avaliação da equipe de farmácia, de 312 encontradas, 298 (95,51%). A equipe de enfermagem teve 0,19% dos casos com uma interação clinicamente significativa e a equipe de farmácia 2,24%. As duas equipes obtiveram resultados com elevada frequência de discrepâncias, sendo a equipe de farmácia a que obteve um resultado maior de interação clinicamente significativa evitada. O processo de RM apresentou uma grande importância com o potencial alto de identificação e correção das discrepâncias, principalmente em pacientes em uso de polifarmácia que podem apresentar um maior número de discrepâncias.

Al-Khani e autores (2017) avaliaram o impacto da reconciliação de medicamentos em pacientes de cirurgia cardíaca. A avaliação do impacto da implementação da reconciliação de medicamentos sobre os erros de medicação foi realizada em um centro acadêmico de atendimento, em pacientes que foram admitidos, transferidos e/ou dispensados sob os cuidados da equipe de cirurgia cardíaca. Todos os pacientes que foram admitidos durante o período do estudo foram incluídos, sendo acompanhados na transferência e alta. 11 residentes de farmácia foram responsáveis por realizar a reconciliação de medicamentos, sendo um o líder que se comunicava com os enfermeiros, farmacêuticos e médicos. Foi utilizado um formulário de coleta de dados para a reconciliação dos medicamentos dos pacientes. Inicialmente foram analisados o número e a proporção de discrepâncias de medicação antes da admissão, transferência e/ou alta. Depois foram incluídos o número de intervenções realizadas para resolução das discrepâncias encontradas e a sua importância clínica. Também obtiveram a porcentagem de intervenções aceitas pelo prescritor e intervenções por paciente. As discrepâncias não intencionais encontradas foram estimadas e comparadas estatisticamente por meio de testes binomiais pareados.

No total, 374 pacientes foram incluídos, sendo 190 pediátricos e 184 adultos, e 1000 encontros rastreados. Dos 1000 encontros, 374 (37,4%) foram em internações, 308 (30,8%) em transferências e 318 (31,8%) em altas e 470 (47%) encontros foram em pacientes adultos. No total, 260 discrepâncias foram encontradas nos 1000 encontros, sendo a maioria omissão de medicamentos (207). Das discrepâncias

encontradas, 181 foram na admissão, sendo 168 de pacientes adultos e 13 de pacientes pediátricos; 49 na transferência, sendo 44 de pacientes adultos e 5 de pacientes pediátricos e 30 na alta, sendo 26 de pacientes adultos e 4 de pacientes pediátricos. A maioria das discrepâncias foram detectadas durante a admissão (69,61%). Os pacientes adultos tiveram mais discrepâncias que os pacientes pediátricos. A reconciliação medicamentosa realizada na admissão, transferência e alta apresentou uma tendência decrescente do total de discrepâncias, destacando a importância do processo na transferência de cuidados. O total de intervenções recomendadas pelos residentes de farmácia foi 260, sendo 200 (76,92%) aceitas pela equipe e as outras foram aceitas com modificações. Dessas intervenções aceitas, 166 (82,78%) eram de alta significância clínica, 31 (15,5%) moderado e 3 (1,5%) baixo. O significado clínico alto evitado pode resultar na diminuição da mortalidade do paciente, redução e prevenção de danos em órgãos, falha do sistema ou redução da permanência no hospital. O moderado evitado pode resultar na melhora da qualidade do atendimento do paciente e o baixo evitado pode ter uma melhora na conveniência, conformidade ou na economia (AL-KHANI et al., 2017).

Al-Hashar e autores (2018) realizaram um estudo onde foi avaliado o impacto da reconciliação medicamentosa na admissão e alta sobre a taxa de eventos adversos. O estudo foi realizado em um hospital universitário em Omã. Os pacientes elegíveis para inclusão deveriam ter mais de 18 anos, utilizando pelo menos um medicamento antes da admissão, admitidos por pelo menos 24 horas e eles ou o seu cuidador falassem árabe ou inglês para entrevista do histórico de medicação. Aleatoriamente, eles foram designados para um dos dois grupos, o tratamento padrão ou intervenção. Os pacientes foram informados que iriam receber um telefonema 1 mês após a alta para discussão da experiência com os medicamentos. Todas as etapas dos dois grupos foram feitas pelo mesmo farmacêutico. Os dois grupos receberam o cuidado padrão na admissão, que inclui uma revisão geral de medicamentos. E na alta, o grupo de cuidados padrão foram dispensados com instruções básicas da medicação. A intervenção consistiu em várias etapas: (1) Entrevista com o paciente na admissão para obtenção do histórico de medicação. (2) Identificação e resolução das discrepâncias de medicação. (3) Revisão de medicamentos de alta: foram identificadas discrepâncias, como na admissão, e foi feita uma tentativa de conciliação. (4) Dispensação de medicamentos de alta com aconselhamento farmacêutico. (5) Emissão da lista de medicamentos para o paciente.

Os pacientes receberam a ligação 30 dias após a alta de um assistente de pesquisa para perguntar sobre a experiência com os medicamentos. Foi utilizado um questionário estruturado para identificação de possíveis eventos adversos. O assistente de pesquisa fez um resumo da entrevista de cada paciente e os dados coletados foram revisados por um farmacêutico clínico sênior, além dos registros eletrônicos de saúde. O farmacêutico avaliou a possibilidade da existência de eventos adversos e preencheu um formulário descrevendo o nível de gravidade e os eventos adversos evitáveis e se eles resultaram em hospitalização. E depois, um médico revisou os formulários concordando ou discordando do farmacêutico. Após a segunda revisão, os dois se reuniram para uma reunião de consenso. Caso não fossem resolvidas as discordâncias, teria a opinião de um terceiro revisor (AL-HASHAR et al., 2018).

No total, 286 pacientes foram designados para o grupo intervenção e 301 para o grupo de cuidados padrão. 243 pacientes receberam a intervenção completa, os outros 43 pacientes saíram sem receber a intervenção porque tiveram alta em finais

de semana ou fora do horário de trabalho, no entanto, seus resultados foram incluídos na análise do estudo. Houve uma diferença significativa entre os grupos em relação aos eventos adversos evitáveis, com 27 identificados no grupo intervenção e 59 no grupo de cuidado padrão. Também teve uma diferença significativa no número de pacientes com pelo menos um evento adverso evitável, sendo 26 do grupo intervenção e 49 do grupo de cuidado padrão. As discrepâncias de medicação sendo causa dos eventos adversos evitáveis foi maior no grupo de cuidado padrão comparado ao grupo intervenção. Ou seja, a reconciliação de medicamentos contribuiu para diminuição das discrepâncias no grupo intervenção, contribuindo na diminuição dos eventos adversos. A implementação da reconciliação medicamentosa reduziu a quantidade de eventos adversos evitáveis em comparação ao cuidado padrão, reforçando sua importância (AL-HASHAR et al., 2018).

Duan e autores (2020) realizaram a reconciliação de medicamentos por farmacêuticos estagiários para determinação da frequência de discrepâncias não intencionais de medicamentos e avaliação dos erros preveníveis. O processo de reconciliação de medicamentos foi realizado em até 48 horas após a admissão dos pacientes. Foram elegíveis para o estudo pacientes com mais de 18 anos. A equipe do serviço farmacêutico foi composta por quatro farmacêuticos clínicos e oito estagiários. Sendo todos bem treinados, supervisionados e gerenciados pelos farmacêuticos clínicos.

Na admissão, o processo de reconciliação de medicamentos foi feito em 4 etapas. Na primeira etapa obteve-se o MHMP, o estagiário durante 48 horas obteve o MHMP por várias fontes (entrevista com paciente e/ou família, registros médicos, registros de farmácia ambulatorial, frascos de medicamentos, registros do paciente e de alta de medicamentos). Na segunda etapa foi confirmado a exatidão do histórico. Na terceira etapa foi realizado a conciliação do MHMP com as medicações prescritas, foi comparado no momento da admissão para detecção de possíveis discrepâncias. As discrepâncias encontradas foram divididas em discrepâncias intencionais, não intencionais e intencionais não documentadas. Na quarta e última etapa foram discutidos entre médicos e farmacêuticos as discrepâncias encontradas para identificação de discrepâncias não intencionais e para correção das prescrições de medicamentos. A partir disso, as discrepâncias não intencionais foram classificadas de acordo com o seu potencial em causar danos. As discrepâncias não intencionais foram mostradas aos farmacêuticos clínicos e foram classificadas com base no método de classificação de Cornish et al. em classe 1: discrepâncias improváveis de causar desconforto ao paciente ou deterioração clínica, classe 2: discrepâncias com potencial de causar desconforto moderado ou deterioração clínica e classe 3: discrepâncias com potencial de causar desconforto grave ou deterioração clínica. Foram incluídos 331 pacientes no estudo. A média de medicamentos prescritos em uso domiciliar foi $3,63 \pm 2,34$ por paciente e a média de medicamentos prescritos no hospital foi de $3,75 \pm 2,45$. Foram identificadas 511 discrepâncias, sendo 314 (61,4%) discrepâncias intencionais, 99 (19,4%) intencionais não documentados e 98 (19,2%) não intencionais. 74 (22,4%) pacientes tiveram pelo menos uma discrepância não intencional. 74,3% dos pacientes tiveram uma, 20,3% tiveram duas e 5,4% tiveram três ou mais discrepâncias não intencionais. Das 98 discrepâncias não intencionais identificadas, 81 (82,7%) foram corrigidas pelos médicos. Os tipos mais frequentes foram omissão de medicamentos (40,8%), dose incorreta (25,5%) e medicamento incorreto (13,3%). Além disso, 26 (26,5%) discrepâncias eram classe 1, 64 (65,3%) da classe 2 e 8 (8,2%) da classe 3. Ou seja, das discrepâncias não

intencionais encontradas, 73,5% poderiam causar desconforto moderado a grave ou deterioração clínica. Os resultados deste estudo mostraram a importância da reconciliação de medicamentos para diminuição das discrepâncias e promoção da segurança do paciente no momento de admissão hospitalar (DUAN et al., 2020).

Bekker e autores (2021) realizaram um estudo em que foi avaliado o efeito da reconciliação de medicamentos por uma equipe de farmácia em potenciais eventos adversos após a alta. Este estudo foi realizado em dois hospitais da Holanda, participando os setores de neurologia, cardiologia e cirurgia. Os dois hospitais implementaram a RM na admissão e na alta hospitalar. Foram elegíveis para o estudo pacientes com mais de 18 anos, que estivessem internados por mais de 48 horas, fazendo uso de três ou mais medicamentos no momento de alta e que soubessem falar inglês ou holandês (ou os seus cuidadores). Os pacientes foram divididos em um grupo de cuidados habituais e um grupo de intervenção. Os cuidados habituais tiveram um período de 11 meses e depois a intervenção com um período de 10 meses. Nos cuidados habituais, os pacientes receberam um atendimento farmacêutico padrão fornecido pela equipe de farmácia hospitalar, que consistiu em informação e orientação sobre os medicamentos prescritos durante o período de internação. Foi gerado uma lista de medicamentos que o paciente já faz uso pela equipe médica com base em informações fornecidas pelos pacientes e em alguns casos, histórico de medicamentos da farmácia comunitária do paciente. Na intervenção uma equipe treinada de técnicos de farmácia foi supervisionada por farmacêuticos hospitalares na execução do processo de reconciliação de medicamentos. O processo consistiu em várias etapas, sendo a primeira etapa a entrevista com o paciente no momento da admissão e da alta, a segunda etapa a otimização das medicações prescritas para identificação de erros de medicação e a terceira etapa a transferência das informações obtidas para a atenção primária. Os potenciais eventos adversos foram mensurados duas semanas após a alta. Os pacientes foram contatados por telefone por um dos coletores de dados, com no máximo três tentativas. Foi perguntado aos pacientes sobre sintomas novos ou agravados desde a admissão no hospital. Caso tivessem respostas confirmatórias em qualquer questão, era iniciada uma entrevista semiestruturada para obtenção de uma possível correlação com os medicamentos.

Inicialmente foi avaliado a diferença na proporção de pacientes com um ou mais potenciais eventos adversos duas semanas após a alta entre o grupo de cuidados habituais e o de intervenção. Depois foi avaliada a diferença no número médio de potenciais eventos adversos por paciente antes e depois da implementação da RM. O estudo foi composto por 221 pacientes, sendo 138 de cuidados habituais e 83 de intervenção. 122 (88%) pacientes do grupo de cuidados habituais mencionaram um total de 361 potenciais eventos adversos e 72 (86%) pacientes do grupo intervenção mencionaram 101 eventos adversos. O número médio de eventos adversos por paciente foi maior no grupo de cuidados habituais e menor no grupo de intervenção (mediana 2,1 vs 1,1). Isso porque houve uma redução na proporção de pacientes com vários eventos adversos para um evento adverso por paciente (33,6% dos pacientes de cuidados habituais e 75% dos pacientes de intervenção com um evento adverso). O número médio de potenciais eventos adversos foi significativamente reduzido pelo processo de reconciliação de medicamentos (BEKKER et al., 2021).

Bačić Vrca e autores (2021) avaliaram o efeito que um modelo integrado de reconciliação de medicamentos tem na redução das discrepâncias não intencionais no momento de pós-alta. Foram elegíveis para o estudo pacientes com 65 anos ou

mais, com uso de dois ou mais medicamentos, que tivessem sido admitidos no departamento de medicina interna e tivessem recebido atenção primária no hospital em que foi feito o estudo. Os pacientes foram divididos em grupo controle com 171 pacientes e grupo intervenção com 182 pacientes. O grupo controle recebeu cuidados padrão fornecidos por enfermeiros e médicos do hospital e da atenção primária. E no grupo intervenção foi implantado o modelo integrado, um processo estruturado de reconciliação de medicamentos. O modelo foi liderado por um farmacêutico clínico e a reconciliação de medicamentos foi realizada na admissão e alta. No processo de RM realizado na admissão, foi obtido o MHMP de cada paciente do grupo intervenção dentro de 24 horas de admissão pelo farmacêutico clínico. E as discrepâncias encontradas foram corrigidas. No processo de RM realizado na alta, o farmacêutico clínico juntamente com o médico do hospital desenvolveu uma lista de medicamentos atualizada com os medicamentos que o paciente deve tomar pós-alta. Os pacientes foram orientados a obter todos os medicamentos em uma farmácia comunitária específica para que fossem comparados a lista de medicamentos de alta com a primeira lista fornecida pela farmácia comunitária após a alta para identificação de discrepâncias não intencionais. Os principais desfechos foram as diferenças de incidência, tipo e potencial gravidade das discrepâncias entre os grupos. O número de pacientes com pelo menos uma discrepância foi menor no grupo intervenção em comparação com o grupo controle, sendo 27 (14,8%) pacientes do grupo intervenção e 59 (34,5%) pacientes do grupo controle. O número de discrepâncias também foi menor no grupo intervenção em comparação ao grupo controle, sendo 39 (24,5%) discrepâncias do grupo intervenção e 120 (75,5%) do grupo controle. Os tipos de discrepâncias mais comum foram dose incorreta do medicamento com 45,3% e omissão do medicamento com 30,2%. A gravidade das discrepâncias foi classificada com base no método de Cornish et al. O número de discrepâncias clinicamente relevantes (classe 2 e classe 3) foi menor no grupo intervenção em comparação ao grupo controle, sendo 36 do grupo intervenção e 108 do grupo controle. Ou seja, 90,6% das discrepâncias não intencionais do grupo controle eram clinicamente significativas, com potencial de causar desconforto moderado/grave ou deterioração clínica. Sendo que, 84,7% dos pacientes do grupo controle estavam em risco de dano moderado. O processo de reconciliação ajudou na redução e da gravidade das discrepâncias.

Baek e autores (2022) realizaram um estudo onde foi avaliado o impacto clínico de um serviço de reconciliação de medicamentos. Foram elegíveis para o estudo os pacientes que foram admitidos no hospital por mais de 24 horas. No total, 2.705 pacientes foram incluídos, sendo 1.327 do grupo de cuidados padrão e 1.378 do grupo de intervenção. O estudo comparou o período antes (abril a agosto de 2018) e após (abril a agosto de 2019) a implementação da RM. No cuidado padrão, os farmacêuticos dispensam os medicamentos e realizam intervenções depois de considerar fatores descritos nas prescrições como idade, peso, sexo, diagnóstico e taxa de filtração glomerular. No grupo de intervenção, dois farmacêuticos são designados, um farmacêutico sênior e um farmacêutico residente para RM. Os farmacêuticos do grupo intervenção utilizaram o sistema de prontuário eletrônico para o processo de RM e para os registros de intervenção. Foram mensuradas a quantidade de intervenções realizadas antes e após a inclusão da RM. E foi avaliado a taxa de readmissão em 30 dias após a alta. Após a implementação da RM o número de intervenções aumentou de 59 do cuidado padrão para 534 do grupo intervenção e o número de intervenções por mês aumentou de 11,8 para 106,8. A

frequência de intervenções aumentou de 3,9% para 22,1%. Em 3 meses, a taxa de readmissão do grupo intervenção foi menor comparado ao grupo de cuidado padrão, sendo 17,9% do grupo intervenção e 26,7% do grupo de cuidado padrão. Neste estudo, a taxa de readmissão diminuiu de 7,8% para 4,8%.

4.2 AVALIAÇÃO DO IMPACTO ECONÔMICO

Borgsteede e autores (2012) realizaram um estudo onde foi avaliado o efeito da reconciliação de medicamentos nos custos de medicação após a alta. A RM foi realizada na admissão e alta em um hospital da Holanda. Foram incluídos no estudo os pacientes que receberam alta com pelo menos um medicamento prescrito. Foram analisados os custos/economias dos medicamentos que surgiram das intervenções que foram realizadas durante a RM. Os custos foram analisados sob perspectiva da seguradora de saúde. Na Holanda, os medicamentos são pagos pela seguradora, exceto os de venda livre e os fitoterápicos. Os custos de intervenção foram comparados baseando-se nas duas primeiras etapas da RM, por poderem influenciar nos custos de medicação sendo a primeira etapa a reconciliação de medicamentos, eliminando discrepâncias com inclusão de mudanças na medicação e a segunda etapa a otimização da farmacoterapia. Em 1 mês após a alta, foi economizado € 1,63 por paciente na primeira etapa e € 20,13 por paciente na segunda etapa. Em 6 meses após a alta, € 9,79 por paciente com a primeira etapa e € 86,86 com a segunda etapa.

Carlson e autores (2013) avaliaram a reconciliação de medicamentos pós-alta em relação a economia nas readmissões. Baseado no custo de readmissões de 30 dias de 2010, foi estimado que o custo de uma readmissão para os pacientes é US\$ 10.000 para internações. O número de readmissão foi menor no grupo de revisão de medicamentos em relação ao grupo comparação, ou seja, o processo de RM ajudou na diminuição de readmissões e, consequentemente ajudou na economia do paciente.

Alix e autores (2020) realizaram um estudo onde foi estimado o custo da RM. Foram incluídas reconciliações medicamentosas na admissão (MRA) e reconciliações medicamentosas na alta (MRD) em um hospital da França. No total, foram incluídos no estudo dois farmacêuticos, dois estudantes de farmácia e seis internos. Os custos de MRA e MRD e MR total (MRA+MRD) foram calculados com base nas contribuições de cada profissional de saúde envolvido no processo. Foi obtido o custo de cada etapa pela multiplicação do tempo médio com o custo horário de cada profissional. A reconciliação de medicamentos na admissão e alta custou aproximadamente € 23,2 por paciente. Os estudantes de farmácia têm um custo hora menor e executaram as etapas mais demoradas da RM ajudando na diminuição do custo da RM total. A maioria dos hospitais que não são universitários na França não possuem acesso a estudantes de farmácia, fazendo com que sejam substituídos por técnicos de farmácia. Nesses casos, o processo de RM sai mais caro, mas a economia que um farmacêutico proporciona à uma instituição é maior quando comparado ao valor do processo.

Baek e autores (2020) realizaram um estudo onde foi feita uma análise de custos utilizando o salário médio por hora de um farmacêutico, o custo de intervenções utilizando o tempo gasto em intervenções e os custos evitados que são gerados por intervenções. Foi incluído no cálculo apenas o salário de um farmacêutico e o custo evitado foi mensurado a partir do custo evitado pelas intervenções. O custo evitado

foi definido como o dinheiro economizado com a prevenção de problemas relacionados a medicação. Foi calculado o custo líquido, em que é subtraído o custo evitado pelo custo das intervenções. Os custos evitados em um tempo de cinco meses de processo de RM, foram 19.162,18 USD, sendo que o custo líquido foi 9.838,58 USD no total e 1.967,72 USD por mês.

4.3 AVALIAÇÃO DO TEMPO GASTO

Beckett e autores (2012) realizaram um estudo em que os farmacêuticos que realizaram o processo de reconciliação de medicamentos relataram gastar em média 15 minutos por paciente. Abrangendo a avaliação do prontuário eletrônico do paciente, a obtenção da lista de medicamentos atualizada e a conciliação. Para a maioria dos pacientes, o processo durou entre 10 e 25 minutos e com 28% dos pacientes foi preciso mais de 30 minutos. A implementação deste processo para todos os pacientes, exige um compromisso significativo do farmacêutico em relação ao tempo.

Lam e autores (2016) realizaram um estudo onde foi determinado o tempo gasto no processo de obtenção do histórico de medicação, reconciliação e registro do prontuário eletrônico de medicamentos. O tempo observado pela equipe foi 36 minutos e impactou na eficiência do fluxo de trabalho e em tempo economizado por profissionais de saúde.

Por fim, Alix e autores (2020) realizaram um estudo onde foi mensurado o tempo médio para execução das etapas do processo de reconciliação de medicamentos. Para mensurar o tempo gasto em média, um assistente de pesquisa preencheu em um formulário de relatório o tempo gasto em cada etapa do processo. O processo de reconciliação de medicamentos na admissão e alta foram realizadas por um farmacêutico sênior, um técnico de farmácia e uma enfermeira. O tempo em média gasto para o processo completo, sendo admissão e alta, foi 103 minutos. Este estudo não informa se foi utilizado um prontuário eletrônico e informa que a implantação de prontuários eletrônicos facilita a troca de dados entre os profissionais, reduzindo o tempo gasto da RM.

Nos dois primeiros estudos são utilizados prontuários eletrônicos, sendo os que possuem tempo menor. Os prontuários eletrônicos reduzem o tempo gasto no processo de RM. O farmacêutico gasta um tempo a mais para realizar o processo, mas em compensação beneficia os outros profissionais de saúde e outros serviços clínicos com este processo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados, a implantação da reconciliação de medicamentos mostrou que pode reduzir erros de medicação, eventos adversos, readmissões hospitalares e promover a segurança do paciente. As readmissões hospitalares podem ser um reflexo da qualidade dos cuidados de saúde prestados nas transições de cuidados, os resultados mostraram que as readmissões diminuíram com o processo de RM. Com esse processo, o paciente economiza por não precisar ser internado de novo e por evitar novos problemas. O hospital economiza recursos e tempo dos profissionais de saúde, os profissionais e serviços clínicos são beneficiados com as informações completas sobre o paciente. Os prontuários eletrônicos se mostraram importantes na redução do tempo gasto na RM fazendo com que o custo do

processo seja menor. Desses estudos, a maioria dos hospitais são de universidades, ou seja, possuem muitos estudantes de farmácia que tem um custo/hora menor do que os outros profissionais. Em hospitais que não tem acesso à estudantes de farmácia, o processo de RM sai mais caro, mas a economia que um farmacêutico proporciona à uma instituição é maior quando comparado ao valor do processo. E há algumas limitações, como a falta de validação e a má comunicação por profissionais de saúde que podem dificultar a implementação da RM.

REFERÊNCIAS

- AL-HASHAR, A. et al. **Impact of medication reconciliation and review and counselling, on adverse drug events and healthcare resource use.** International journal of clinical pharmacy, 2018.
- ALIX, L. et al. **Medication reconciliation in hospital patients over the age of 65: How long does it take and how much does it cost? A time-motion study in an internal medicine ward.** European journal of internal medicine, 2020.
- AL-KHANI, S. et al. **Impact of a medication reconciliation program on cardiac surgery patients.** Asian Cardiovascular and Thoracic Annals, 2017.
- ANACLETO, T. A. et al. **Erros de medicação.** Farmácia Hospitalar. Pharmacia Brasileira. 2010; 1:1-24.
- ARRUDA, J. E. G.; RIBEIRO, A. F.; SILVA, W. P. C. **A importância da conciliação medicamentosa em hospitais brasileiros.** Research, Society and Development, v. 11, n.1, 2022.
- AZAMBUJA, M. S. et al. **Reconciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de sistema eletrônico.** 2019. v.43. n. 121. FapUNIFESP, 2019.
- BAČIĆ VRCA, V. et al. **Impact of an integrated medication reconciliation model led by a hospital clinical pharmacist on the reduction of post-discharge unintentional discrepancies.** Journal of clinical pharmacy and therapeutics, 2021.
- BAEK, A. et al. **Clinical and economic impact of medication reconciliation by designated ward pharmacists in a hospitalist-managed acute medical unit.** Research in social & administrative pharmacy: RSAP, 2022.
- BECKETT, R. D.; CRANK, C. W.; WEHMEYER, A. **Effectiveness and Feasibility of Pharmacist-Led Admission Medication Reconciliation for Geriatric Patients.** Journal of Pharmacy Practice. 2012
- BEKKER, C. L. et al. **Effect of medication reconciliation on patient reported potential adverse events after hospital discharge.** Research in social & administrative pharmacy: RSAP, 2021.
- BEZERRA, C. S. L. F. **Reconciliação medicamentosa em pacientes cirúrgicos em um hospital do estado de Sergipe.** 2015. 72 f. Dissertação (Pós-Graduação

em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2015.

BOLAÑOS, S. et al. **Evaluación comparativa del proceso de conciliación medicamentosa realizado por el departamento de Enfermería y el de Farmacia en un hospital privado de Costa Rica.** Pharmaceutical Care España, 2017.

BORGSTEEDE S. D. et al. **Effect of Medication Reconciliation on Medication Costs After Hospital Discharge in Relation to Hospital Pharmacy Labor Costs.** Annals of Pharmacotherapy. 2012

BRASIL. Conselho Federal de 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, Seção 1, p.5.

CARLSON, J. et al. **Postdischarge pharmacist medication reconciliation: impact on readmission rates and financial savings.** Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA, 2013.

CASTILHO, S. R. DE. et al. **Identificação de reações adversas a medicamentos (RAM) durante conciliação medicamentosa em hospital escola.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 15, n. 3, p. 445 - 451, 1 jul, 2016.

CATALDO, R. R. V. et al. **Método estruturado para a prática de conciliação medicamentosa em hospital oncológico.** Sistemas & Gestão, Vol. 14, No. 3, 2019.

CORRER, C. J. et al. **Analysis of the discrepancies identified during medication reconciliation on patient admission in cardiology units: a descriptive study.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 24, e2760, 2016.

DUAN, J. et al. **The role of clinical pharmacist trainees in medication reconciliation process at hospital admission.** International journal of clinical pharmacy, 2020.

FILHO, F. R.; FIRMINO, P. Y.; FREIRE, N. M. **Avaliação de um serviço de reconciliação medicamentosa em um hospital privado de Fortaleza-CE: indicadores de qualidade.** Fortaleza, Brasil. Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, 2021.

FINATTO, R. B. **Intervenção farmacêutica como indicador de qualidade da assistência hospitalar.** Revista Brasileira de Farmácia / Brazilian Journal of Pharmacy, v. 93, p. 364-370, 2011.

GOULART, V. P.; HEGELE, V.; LINDENMEYER, L. P. **Reconciliação medicamentosa como estratégia para a segurança do paciente oncológico – Resultados de um estudo piloto.** Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. São Paulo, v.4 n.4, 2013.

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 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola

Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

LAM, S. et al. **Implementation and evaluation of a collaborative clinical pharmacist's medications reconciliation and charting service for admitted medical inpatients in a metropolitan hospital.** Journal of clinical pharmacy and therapeutics, 2016.

LAUREANO, J. V.; SILVA, T. B.; ZARPELON, S. P. A. **Conciliação medicamentosa em uma unidade de internação de hospital público do sul do Brasil.** 2021. v. 33, p. 2021, Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, Rio Grande do Sul, 2021.

NASCIMENTO, A. A. **Avaliação da conciliação medicamentosa em um hospital universitário.** 2017. 64 f. Monografia (Graduação) – UFPB/CCS, João Pessoa, 2017.

SILVESTRE, C. C. **Conciliação de medicamentos: Fatores de risco, documentação da prática e desenvolvimento de instrumento de avaliação.** 2018. 135 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2018.