

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL
DA SAÚDE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA**

VANESSA OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UMA
UNIDADE DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
FRENTE ÀS ADAPTAÇÕES ASSISTENCIAIS NO CENÁRIO DE PANDEMIA

PORTO ALEGRE

2021

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL
DA SAÚDE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA**

VANESSA OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UMA
UNIDADE DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
FRENTE ÀS ADAPTAÇÕES ASSISTENCIAIS NO CENÁRIO DE PANDEMIA

Orientadora: Msc. Amanda Valle Pinhatti

PORTO ALEGRE

2021

Vanessa Oliveira

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UMA
UNIDADE DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
FRENTE ÀS ADAPTAÇÕES ASSISTENCIAIS NO CENÁRIO DE PANDEMIA

Trabalho de conclusão da residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, para obtenção do título de Especialista em Onco-Hematologia.

Orientadora: Msc. Amanda Valle Pinhatti

Porto Alegre

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Oliveira, Vanessa

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FRENTE ÀS ADAPTAÇÕES ASSISTENCIAIS NO CENÁRIO DE PANDEMIA / Vanessa Oliveira. -- 2021.

30 f.

Orientadora: Amanda Valle Pinhatti.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - ênfase em Onco-Hematologia, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Conciliação Medicamentosa. 2. Conciliação de Medicamentos. 3. Reconciliação Medicamentosa. 4. Onco-Hematologia pediátrica. 5. Discrepâncias medicamentosas. I. Valle Pinhatti, Amanda, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

SUMÁRIO	
1 INTRODUÇÃO	5
2 REVISÃO DA LITERATURA	7
2.1 Conciliação medicamentosa	7
2.2 Conciliação medicamentosa em oncologia	8
2.3 COVID-19 e as mudanças de rotina	9
3 OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo geral	11
3.2 Objetivos específicos	11
4 MÉTODOS	12
4.1 Local do estudo	12
4.2 Desenho do estudo e população	12
4.2.1 Critérios de inclusão	12
4.2.2 Critérios de exclusão	13
4.3 Delineamento metodológico	13
4.4 Coleta e análise dos dados	13
4.5 Considerações éticas	14
5 RESULTADOS	15
6 DISCUSSÃO	18
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)	27

1 INTRODUÇÃO

A conciliação medicamentosa é um método comprovado para otimizar a farmacoterapia e diminuir a incidência de eventos adversos a medicamentos (BUCKLEY et al., 2013; MULLIGAN et al., 2020) e consiste na verificação do uso de medicamentos, identificação de discrepâncias e resolução de quaisquer problemas relacionados à medicamentos durante as transições do cuidado do paciente na internação hospitalar (admissão, transferência entre unidades e alta hospitalar) (AGRAWAL; WU, 2009).

O organismo de acreditação de unidades de saúde, a *Joint Commission*, estabeleceu em 2006, a conciliação de medicamentos como uma Meta Nacional de Segurança do Paciente, sendo exigida as unidades acreditadas (AGRAWAL; WU, 2009).

Na conciliação medicamentosa através de entrevista farmacêutica, o profissional irá se dirigir até o leito do paciente e buscar a lista de medicamentos de uso prévio, bem como possíveis relatos de alergias medicamentosas e realizar a educação em saúde. Já na conciliação medicamentosa através de anamnese de prontuário, o profissional buscará as informações por meio das evoluções em prontuário eletrônico de toda equipe assistente e também pelas tabelas e orientações de altas prévias.

Embora os erros de medicação tenham o potencial de ocorrer ao longo de toda a internação, o processo de internação tem se mostrado particularmente vulnerável para a segurança de medicamentos. No estudo de Tam e colaboradores (2005) cerca de 67% dos pacientes hospitalizados, tinham pelo menos um medicamento com discrepância em relação ao histórico de medicamentos prévios à admissão e aproximadamente 39% desses erros foram considerados de natureza moderada a grave, neste mesmo estudo foi identificado que 27% dos erros de medicação são resultado de históricos de medicação imprecisos ou incompletos na admissão.

Em relação aos tipos de erros de medicação, a omissão de terapia medicamentosa e os regimes de dosagem imprecisos estão entre os tipos mais comuns de erros observados, logo a implementação do processo de conciliação medicamentosa pode reduzir erros de medicação e eventos adversos a medicamentos em hospitais, como demonstrado por Reeder e Mutnick (2008) com redução de 46% e 20%, respectivamente.

Pacientes oncológicos são particularmente suscetíveis a poli farmácia devido ao tratamento direto de seu diagnóstico, somados aqueles necessários para o controle de efeitos colaterais agudos ou tardios, bem como a condições de saúde pré-existentes, conseqüentemente o gerenciamento desses medicamentos é complicado devido a fragilidade na comunicação entre os serviços de saúde (LEES; CHAN, 2011).

Em 2020 a crise mundial exigiu que os hospitais fossem rapidamente adaptados para conter o avanço do covid-19, os serviços hospitalares ambulatoriais foram modificados para o serviço digital como a telemedicina, algumas unidades de internação passaram a atender pacientes críticos e a redução e restrição de circulação se fez necessária, logo surgiram adaptações no processo de trabalho.

Diante do exposto, este trabalho tem como problema de pesquisa a seguinte pergunta: Quais as discrepâncias encontradas nas prescrições médicas através da conciliação medicamentosa realizada por entrevista farmacêutica e anamnese de prontuário?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Conciliação medicamentosa

A conciliação de medicamentos é um processo formal que visa criar uma lista completa e precisa dos medicamentos atuais do paciente e comparar com aqueles medicamentos prescritos no prontuário do paciente. No ano de 2003 a Joint Commission International incluiu a mesma como um dos objetivos para otimizar a segurança do paciente (JCAHO, 2002).

A conciliação busca evitar erros de medicação, como omissões, duplicidades, erros de dosagem, interações medicamentosas e a utilização de medicamentos que o paciente possui relato de alergia. Deve ser feita a cada transição de atendimento em que novos medicamentos são solicitados ou as prescrições existentes são transcritas. As transições no atendimento incluem mudanças no ambiente, serviço, profissional de saúde ou nível de atendimento. Esse processo compreende cinco etapas: (1) desenvolver uma lista de medicamentos atuais; (2) desenvolver uma lista de medicamentos a serem prescritos; (3) comparar os medicamentos nas duas listas; (4) tomar decisões clínicas com base na comparação; e (5) comunicar a nova lista aos cuidadores apropriados e ao paciente (THE JOINT COMMISSION, 2020).

Através da conciliação medicamentosa pode-se encontrar discrepâncias na prescrição, sendo definida como qualquer diferença entre a lista de medicamentos que o paciente faz uso em seu domicílio e a prescrição hospitalar (PIPPINS et al., 2008). Discrepâncias são prevalentes, onde até 67% dos pacientes internados apresentam pelo menos um erro em seu histórico de medicamentos prescritos no momento da admissão (ALERT, 2006; QUÉLENNEC et al., 2013; SCHNIPPER et al., 2006; TAM et al., 2005).

2.2 Conciliação medicamentosa em oncologia

Pacientes em tratamento para o câncer possuem uma vasta lista de medicamentos prescritos, como agentes antineoplásicos, tratamento para comorbidades e toxicidades induzidas pela terapia. Como resultado, esses pacientes são frequentemente predispostos à poli farmácia (o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos) logo são mais suscetíveis a discrepâncias inadvertidas de medicação (LUND et al., 2018).

Discrepâncias medicamentosas são uma preocupação para pacientes em tratamento oncológico, pois diferenças nas concentrações ou posologia de drogas podem comprometer o seu tratamento (MARCATH et al., 2018).

Em algumas unidades oncológicas a conciliação medicamentosa é realizada pelo médico ou enfermeira, porém em locais onde o farmacêutico atua junto a equipe, os resultados trazem a melhoria da eficiência de atendimento e gerenciamento de medicamentos para o paciente (CHUN et al., 2020). Assim, a conciliação de medicamentos executada por farmacêuticos nas unidades oncológicas podem ter o potencial para minimizar discrepâncias inadvertidas de medicamentos, interações medicamentosas, uso desnecessário de medicamentos e eventos adversos de medicamentos (NIGHTINGALE et al., 2015a).

Há vários estudos na literatura que avaliaram a prevalência de discrepâncias de medicamentos (ASHJIAN et al., 2015; DAMLIEN et al., 2017; WEINGART et al., 2007). Ho e colaboradores (2013) avaliaram pacientes ambulatoriais com neoplasias hematológicas (n = 35), onde 49% apresentaram pelo menos uma discrepância sendo 42% destas consideradas não intencionais. Kraus et al. (2017) avaliaram pacientes hospitalizados que tiveram a conciliação de medicamentos realizadas na admissão e descobriram que as discrepâncias eram mais frequentes em pacientes com câncer (n = 33), com 63,6% deles apresentando pelo menos uma discrepância versus 52,5% na população geral do estudo (n = 200).

Damlien e colaboradores (2017) também relataram que pelo menos uma discrepância foi encontrada na admissão em 80% dos pacientes oncológicos hospitalizados, enquanto esta taxa foi de 53,6% para pacientes cirúrgicos, 74,1% em pacientes internados por disfunções orgânicas e 57,3% por outras causas (DAMLIEN et al., 2017).

Em um estudo clínico randomizado controlado que avaliou o impacto da conciliação de medicamentos na redução de erros de medicação, onde a conciliação de medicamentos foi conduzida por farmacêuticos e realizada a cada três ciclos de quimioterapia, houve 26% de redução nos erros de medicação ($p < 0,001$), com 4% de taxa de erro no grupo de intervenção versus 30% no grupo controle (RR = 0,13; IC 95% 0,04–0,43) (VEGA et al., 2016).

Estudo realizado em Wisconsin nos Estados Unidos, o qual buscava analisar as diferenças entre anamneses farmacológicas de médicos e farmacêuticos, percebeu-se que farmacêuticos e médicos identificaram um total de 981 e 665

medicamentos, respectivamente. Observou-se que as variações incluíam a frequência de administração (37%), dose do medicamento (34,6%), medicamentos faltantes (22,3%), medicamentos extras (3,6%) e formulação das medicações (2,5%). Assim evidenciando o benefício que o farmacêutico pode trazer ao paciente, obtendo um histórico de medicação mais completo e conseqüentemente reduzindo problemas relacionados a medicamentos e custos associados (HATCH; BECKER; FISH, 2011; PILAU; HEGELE; HEINECK, 2014).

Além da conciliação de medicamentos permitir ao farmacêutico clínico realizar intervenções adicionais, a entrevista com o paciente é uma oportunidade de fornecer educação em saúde e aconselhamento sobre o manejo de reações adversas a medicamentos e o uso apropriado de medicamentos de suporte (DUFFY et al., 2018; HO et al., 2013).

2.3 COVID-19 e as mudanças de rotina

A partir de 18 de março de 2020 às 16h, de acordo com as informações da Organização Mundial da Saúde, atualizado a cada 15 minutos, 194.029 casos de infecção por SARS CoV-2 em 164 países foram confirmados em todo o mundo, resultando em 7.873 mortes (WHO, 2020).

Naquele momento, unidades anteriormente dedicadas a diferentes especialidades, foram rapidamente transformadas em novas unidades COVID-19, aumentando progressivamente em número e tamanho. A grande parte dos pacientes que acessavam o pronto socorro apresentava sintomas compatíveis com COVID-19, logo reformulações nas rotinas se fizeram necessárias (BALDUZZI et al., 2020; GRASSELLI; PESENTI; CECCONI, 2020).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) também registrou o aumento do volume de pacientes confirmados e suspeitos de Covid-19. Assim, conforme as permanentes avaliações feitas pelo grupo de trabalho para a preparação do enfrentamento a Covid-19, o hospital adotou medidas de restrição, determinando, por exemplo que algumas atividades fossem suspensas, o serviço de ambulatório passou a atuar com tele consultas, os novos agendamentos de cirurgias foram bloqueados e os procedimentos já agendados foram reavaliados, mantendo os que não poderiam ser adiados, também buscou-se aumentar o número de leitos dedicados à enfermária

covid-19. Entre algumas medidas de restrição e redução de circulação, houve a adesão ao trabalho remoto (HCPA, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever as discrepâncias encontradas nas prescrições médicas através da conciliação medicamentosa realizada por entrevista farmacêutica (pré pandemia) e anamnese de prontuário (durante a pandemia).

3.2 Objetivos específicos

Classificar as discrepâncias em intencionais ou não intencionais.

Descrever o tempo entre a internação e a realização da conciliação medicamentosa.

Classificar os tipos de discrepâncias encontradas (omissão, dose, posologia, ou forma farmacêutica).

Descrever quais classes terapêuticas estarão presentes nas discrepâncias identificadas.

4 MÉTODOS

4.1 Local do estudo

O município de Porto Alegre é a capital do estado do Rio Grande do Sul, com uma população de aproximadamente 1.479.101 e possui uma área de 496, 682 km². Conta com um total de 519 estabelecimentos de saúde, sendo 133 deles públicos e 105 municipais. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é uma instituição pública e universitária, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC) e vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Oferece 919 leitos com 223.704,39 metros quadrados de área construída (HCPA, 2021).

A unidade de internação escolhida para este estudo foi a Unidade de Oncologia Pediátrica, que conta com 25 leitos destinados para atendimento de crianças e jovens de zero a 18 anos com diagnóstico onco-hematológico, sendo 22 leitos para atendimento geral e 3 leitos destinados ao transplante de células tronco-hematopoiéticas autólogo (HCPA, 2020).

4.2 Desenho do estudo e população

Estudo retrospectivo, de abordagem quantitativa, no qual foram analisados os registros de prontuário e de um banco de dados de uma plataforma online, referentes as conciliações medicamentosas realizadas pelos farmacêuticos clínicos da unidade de oncologia pediátrica desta instituição, no período pré pandemia de abril a dezembro de 2019 e durante a pandemia de abril a dezembro de 2020.

Os estudos retrospectivos representam um conjunto de pessoas que tem em comum um evento que se deu no mesmo período de um seguimento que ocorreu no passado, ou seja, precedem o início do estudo (HULLEY et al., 2015).

4.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo os pacientes hematológicos e oncológicos pediátricos com registro no banco de dados.

4.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos no estudo os pacientes com os seguintes critérios:

Cirúrgicos ou não oncológicos internados na unidade.

Pacientes paliativos terminais.

Aqueles cujas conciliações medicamentosas possuíam falha ou discrepâncias nos registros.

4.4 Coleta e análise dos dados

Os dados das conciliações medicamentosas foram coletados a partir da análise dos registros em prontuário e de uma plataforma online de dados, pertencente ao Serviço de Farmácia Clínica da instituição, a qual é preenchida mensalmente em formato de planilha em Excel que gera os indicadores mensais do serviço. Todos os dados coletados foram registrados em um segundo banco de dados elaborado para este propósito, utilizando o programa Microsoft Office Excel® 2013. Foram analisadas as seguintes variáveis, as quais foram apresentadas em frequência absoluta e relativa: número de internações em cada período, número de conciliações realizadas e se estas foram realizadas através de anamnese ou entrevista farmacêutica e número de discrepâncias encontradas em cada período.

As discrepâncias serão classificadas em intencionais ou não-intencionais, sendo intencional quando houve decisão da equipe médica em não prescrever um medicamento ou trocar sua dosagem, frequência de administração ou via de administração baseado no quadro clínico do paciente. Já as discrepâncias não-intencionais foram aquelas em que houve omissão do medicamento em uso pelo paciente, dose incorreta ou frequência de administração incorreta.

Quanto a classe dos medicamentos discrepantes foram avaliados e agrupados.

Quanto ao tempo decorrente entre a internação na unidade e a evolução da conciliação foram estimados com base no primeiro registro do sistema e o horário do registro da conciliação.

Quanto ao período, foi classificado como primeiro período (pré pandemia), se a data da conciliação medicamentosa estivesse entre abril a dezembro de 2019 e segundo período (durante a pandemia), se a data estivesse compreendida entre abril a dezembro de 2020.

4.5 Considerações éticas

O presente estudo foi encaminhado para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), seguindo todas as recomendações da resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde, que prescreve as questões éticas relacionadas à pesquisa com seres humanos sendo aprovado sob parecer nº 4.839.424.

Trata-se de um estudo que foi realizado a partir da análise de um banco de dados já existente no Serviço de Farmácia, com posterior consulta ao prontuário eletrônico, para complementar informações. Como se trata de uma pesquisa retrospectiva, em que muitos dos pacientes não possuem mais seguimento na instituição ou foram a óbito, os pesquisadores se comprometeram a tentar contato com os responsáveis pelos pacientes e aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme ANEXO A. No entanto, solicitaram dispensa de TCLE para os casos em que não foi possível contatar os responsáveis.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometeram a preservar a privacidade dos participantes do estudo e também aos riscos inerentes a quebra da confidencialidade dos dados dos pacientes, os quais foram coletados em prontuário, assim como se comprometeram a preservar informações institucionais. Concordam, igualmente, que estas informações foram utilizadas única e exclusivamente para execução do presente estudo e que os resultados serão divulgados sem a identificação dos participantes.

5 RESULTADOS

Nos meses que compreendem o primeiro período (pré pandemia), abril a dezembro de 2019 houveram 455 internações, nas quais 58,7% (267) foram conciliadas, todas através de entrevista farmacêutica ao paciente, destas 83,5% (223) em um período de até 48 horas a partir do momento da internação. Já nos meses que compreendem o segundo período (durante a pandemia), abril a dezembro de 2020 houveram 484 internações onde 482 (99,6%) foram conciliadas, todas através de anamnese de prontuário eletrônico, sendo 479 (99,4%) em um período de até 48 horas do momento da internação, conforme fluxograma da figura abaixo.

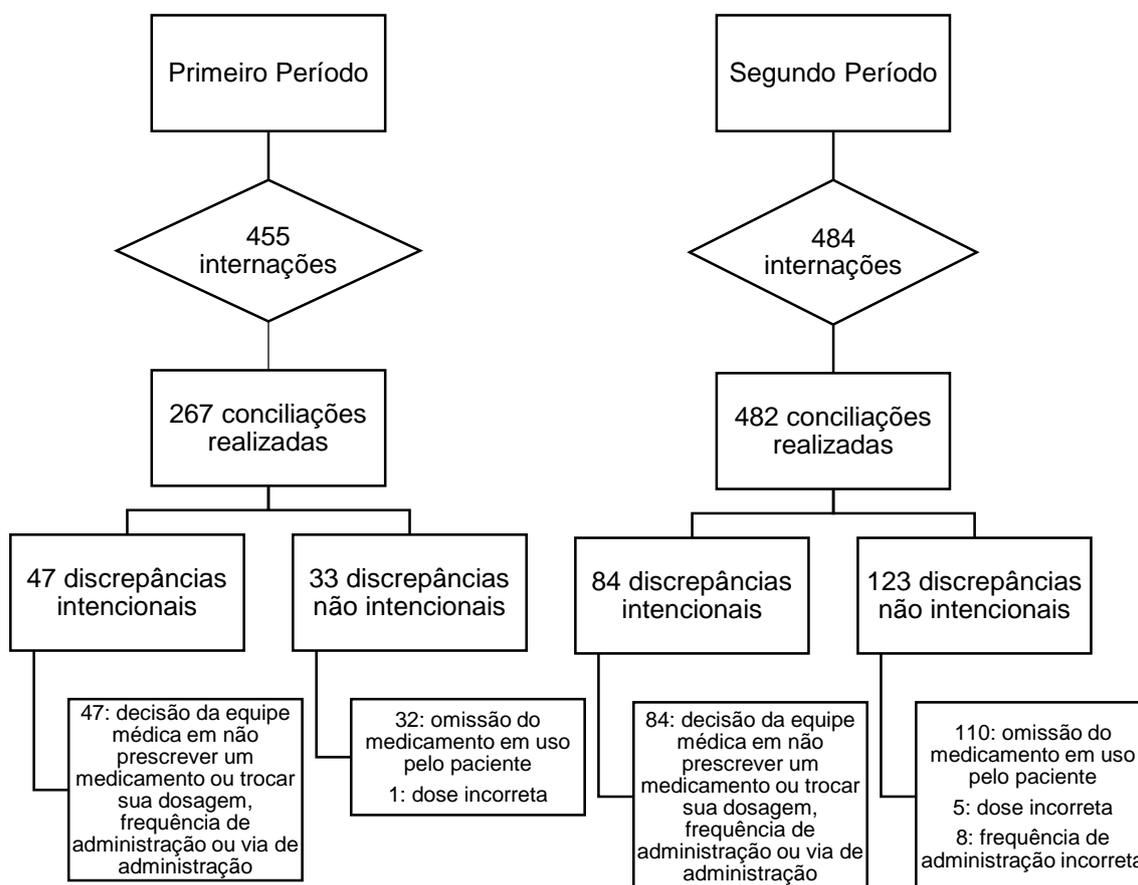


Figura 1. Resultados obtidos no estudo.

No primeiro período a maior parte (n = 211, 46,7%) dos pacientes internou para realização de manejo de complicações ou intercorrências relacionadas a doença, seguido dos pacientes que internaram para realização de quimioterapia (n = 190, 41,8%) e dos pacientes que internaram para realização de diagnóstico (n = 54, 11,9%). Já no segundo período a maior parte (n = 239, 49,9%) dos pacientes internou para realização de quimioterapia, seguido dos pacientes internados para realização de manejo de complicações ou intercorrências relacionadas a doença (n = 185, 38,2%) e dos pacientes que internaram para realização de diagnóstico (n = 60, 12,4%), conforme gráfico 1.

Motivo da Internação

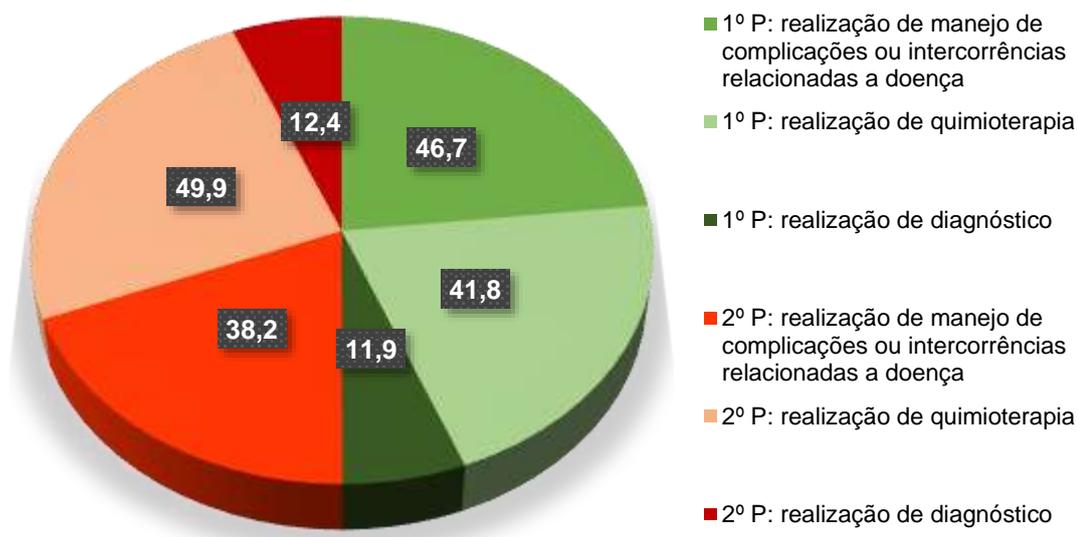


Gráfico 1. Motivo da internação.

Quanto as discrepâncias intencionais, aquelas em que houve a decisão da equipe médica em não prescrever um medicamento ou trocar sua dosagem, frequência de administração ou via de administração baseado no quadro clínico do paciente, no primeiro período houveram 47 discrepâncias e no segundo período 84 discrepâncias. No que se refere as discrepâncias não intencionais, aquelas em que houve esquecimento ou desconhecimento dos medicamentos de uso prévio, houve 33 discrepâncias no primeiro período, sendo 32 relacionadas a omissão do medicamento em uso pelo paciente e uma referente a dose incorreta e 123

discrepâncias no segundo período, sendo 110 relacionadas a omissão do medicamento em uso pelo paciente, 8 referentes a frequência de administração incorreta e 5 relativas a dose incorreta, conforme fluxograma apresentado na figura 1.

A classe terapêutica mais presente em ambos os períodos nas discrepâncias foi a dos antibacterianos, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1. Classes terapêuticas presentes nas discrepâncias identificadas.

Classe terapêutica	Discrepância intencional			Discrepância não intencional		
	Primeiro período	Segundo período	Total	Primeiro período	Segundo período	Total
Antineoplásico oral	13	18	31	0	7	7
Antibacteriano	21	41	62	9	47	56
Anticonvulsivante	8	4	12	2	14	16
Antidepressivo	1	1	2	1	17	18
Antifúngico	6	11	17	2	6	8
Antimicrobiano oftalmológico	0	0	0	1	0	1
Antiviral	2	0	2	2	5	7
Benzodiazepínico	0	0	0	0	2	2
Bloqueador de canal de cálcio	1	1	2	2	5	7
Contraceptivo oral	0	0	0	4	10	14
Corticoide	2	0	2	0	2	2
Diurético poupador de potássio	1	0	1	0	3	3
Eletrólitos orais	1	1	2	0	2	2
Imunossupressor	1	2	3	3	1	4
Inibidor bomba prótons	10	24	34	1	29	30
Lubrificante oftalmológico	0	0	0	2	0	2
Opióide	2	3	5	0	7	7
Outras classes	3	5	8	12	22	34
Polivitamínico	1	0	1	4	2	6
Vitaminas	1	2	3	5	12	17

6 DISCUSSÃO

A conciliação de medicamentos é definida como o processo formal e padronizado de obtenção da lista completa de medicamentos usados anteriormente por um paciente, comparando-a com o regime medicamentoso atual e analisando e resolvendo as discrepâncias observadas (JCI, 2006). Na conciliação medicamentosa através de entrevista farmacêutica, o profissional irá se dirigir até o leito do paciente e buscar a lista de medicamentos de uso prévio, bem como possíveis relatos de alergias medicamentosas e realizar a educação em saúde. Já na conciliação medicamentosa através de anamnese de prontuário, o profissional buscará as informações por meio das evoluções em prontuário eletrônico de toda equipe assistente e também pelas tabelas e orientações de altas prévias.

Em nosso estudo, no primeiro período (pré pandemia) houve 58,7% (267) de conciliações medicamentosas, todas por entrevista ao paciente, destas 83,5% (223) em até 48 horas. Já segundo período (durante a pandemia), com a implementação da conciliação por anamnese o número de conciliações subiu para 99,6% e destas quase 100% foram até 48 horas, demonstrando uma maior agilidade na conciliação, uma vez que a conciliação por entrevista farmacêutica, algumas vezes não encontrava o paciente no leito ou ele estava sendo atendido por outro membro da equipe, o que atrasava o processo de conciliação e muitas vezes por entrevistar com frequência o mesmo paciente em um curto intervalo de tempo, devido a internações frequentes, se tornava repetitivo para os familiares ou até mesmo por já ter sido questionado pela equipe médica e de enfermagem.

No hospital estudado, o relacionamento próximo entre os profissionais de saúde da unidade e serviço de farmácia pode ser o fator chave para a implementação do programa de conciliação medicamentosa via anamnese de pacientes já em acompanhamento pelo farmacêutico clínico da unidade, visto que esses pacientes recebem orientação de alta hospitalar, possuem re-internações frequentes, sendo assim o profissional já possui a lista de medicamentos em uso pelo paciente.

Dentre as principais causas de internação estão o manejo de complicações ou intercorrências relacionadas a doença, que no primeiro período foi de 46,7% e no segundo período 38,2%, realização de quimioterapia, 41,8% no primeiro período e 49,9% no segundo período, podendo essa inversão nas ocorrências ter sido influenciado pelas questões da pandemia, sendo a quimioterapia essencial e não adiável, enquanto que as intercorrências foram manejadas, as quais tinham

possibilidade de maneira remota, através de contato telefônico com os responsáveis pelos pacientes.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2021) estimou que em 2020 haveriam 8460 novos casos, sendo 4.310 para o sexo masculino e 4.150 para o sexo feminino. Estudo realizado por Schmidt e colaboradores (2020), mostrou que interrupções significativas nos cuidados dos pacientes oncológicos foram observados durante o período pandêmico em instituições terciárias de Nova Iorque e Boston, também houve uma diminuição significativa em consultas ambulatoriais e aumento de consultas no formato de telessaúde. Em nosso estudo foi percebido que a pandemia não impactou tanto na realização de novos diagnósticos, sendo 11,9% no primeiro período e 12,4 % no segundo, embora não tenhamos dados em relação ao tempo entre o aparecimento dos sintomas e a internação para diagnóstico.

Os pacientes oncológicos são frequentemente predispostos à poli farmácia, a qual pode levar a uma série de potenciais problemas relacionados com a medicação (NIGHTINGALE et al., 2017). A poli farmácia também pode aumentar o risco de erros no registro médico de um paciente. Quando os pacientes estão em transição de cuidados, como transições entre unidades dentro do mesmo hospital, alta hospitalar para outro centro de saúde, transição clínica/ambulatorial ou domiciliar/clínica, muitas vezes ocorrem modificações em seus esquemas de medicamentos (discrepâncias intencionais) e nessas transições podem resultar em discrepâncias medicamentosas não intencionais (LUND et al., 2018; MARCATH et al., 2018).

A realização da conciliação de medicamentos pode reduzir os erros de conciliação em 42% - 90% (ALFARO-LARA et al., 2014). De acordo com a literatura, a omissão de medicamento de uso domiciliar é o erro de conciliação mais comum (GLEASON et al., 2010; VEGA et al., 2016; ZONI et al., 2012), corroborando com os resultados encontrados em nosso estudo, sendo 32 no primeiro período e 110 no segundo período, embora erros relacionados a doses e posologia, medicamentos prescritos sem justificativa, duplicidades e interações também tenham sido descritos (GORREJA et al., 2017; VEGA et al., 2016).

Os resultados de nosso estudo mostraram que houve uma porcentagem considerável de discrepâncias encontradas nas conciliações realizadas, sendo um total de 80 (29,9%) discrepâncias no primeiro período e 207 (42,9%) discrepâncias no segundo período, achado semelhante foi encontrado em um ensaio randomizado de conciliação medicamentosa realizada por farmacêuticos onde foram avaliados 147

pacientes oncológicos maiores de 18 anos e foram encontrados 37% de discrepâncias que corresponderam a mudanças na dose, frequência ou omissão de medicamentos prescritos. É importante ressaltar que o aumento no número de conciliações, possibilitado pela avaliação por anamnese se traduziu em maiores chances de detecção de discrepâncias e a sua sinalização e correção em menor período de tempo.

Em estudo transversal realizado no mesmo hospital e unidade, houve achados semelhantes ao nosso estudo, onde dos 144 pacientes incluídos no estudo, 39 (27%) apresentavam ao menos um erro de medicação relacionado à conciliação de medicamentos, sendo a omissão de medicamentos o erro mais frequente (67,68%), assim como encontrado neste estudo (SCHUCH et al., 2013).

Vários estudos mostraram que o erro mais comum é a omissão de medicamentos (NIGHTINGALE et al., 2019; SHARMA et al., 2016; VAN LEEUWEN et al., 2013), resultado que coincide com os dados encontrados neste estudo, onde foram encontrados 32 omissões de medicamentos, correspondentes ao primeiro período e 110 omissões de medicamentos, correspondentes ao segundo período, sendo a discrepância não intencional de maior número em ambos os períodos.

Outros artigos também mostraram que a omissão representa o tipo mais comum de discrepância não intencional, sendo identificado 65,1% (MOGHLI; FARHA; HAMMOUR, 2021), que foi semelhante ao estudo conduzido nos Estados Unidos (BUCKLEY et al., 2013) e em Cingapura (AKRAM et al., 2015).

Em estudos encontrados na literatura, realizados em pacientes com câncer, a prevalência de discrepâncias não intencionais foi próximo ao deste estudo, resultados com percentagens tão próximas quanto 47,0% (HASSAN et al., 2019), 50,7% (GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA et al., 2013) e 51,0% (NIGHTINGALE et al., 2015b) e alguns resultados mostraram prevalência baixa de 29,6% (VEGA et al., 2016) e alta quanto 88% (ASHJIAN et al., 2015).

Estudos mostraram que os antibacterianos foram responsáveis pela maior parte das descontinuações (15%) (APSEL WINGER et al., 2021; SON et al., 2018; VEGA et al., 2016), resultado que também observamos em nosso estudo nas discrepâncias intencionais em ambos os períodos, sendo 21 e 41 discrepâncias intencionais no primeiro e segundo período relacionadas a esta classe, respectivamente. O resultado disto pode impactar nos desfechos do tratamento e ser

responsável por aumento do tempo de internações ou frequência de re-internações, por exemplo.

O uso de vitaminas e fitoterápicos são conhecidos por muitas vezes não aparecerem no registro de erros, mas vários estudos têm mostrado que uma grande proporção de pacientes relatou o uso desses suplementos (69%), o registro do uso na oncologia é importante, pois pode haver potenciais interações entre vitaminas ou fitoterápicos e terapias oncológicas (NIGHTINGALE et al., 2015a; SON et al., 2018; VEGA et al., 2016), assim, um farmacêutico clínico oncológico pode desempenhar um papel crítico não apenas garantindo uma lista precisa de medicamentos na conciliação, mas também avaliando potenciais interações relacionadas a vitaminas ou fitoterápicos (CHUN et al., 2020).

Os fatores que podem influenciar a ocorrência de erros de conciliação em pacientes oncológicos não foram totalmente estabelecidos, embora parâmetros como o grau de poli medicação possa desempenhar um papel importante (VEGA et al., 2016). Outros fatores como dificuldades no relato dos medicamentos pelo pacientes e familiares, priorização da prescrição conforme a causa principal da internação e esquecimento estão entre os outros fatores que influenciam nas discrepâncias não intencionais. Um fator que pode auxiliar nesta redução é a realização de orientações de altas com entrega de material educativo impresso com a tabela de horários dos medicamentos, uma vez que seja orientado a sempre trazer a tabela nas internações facilita na coleta de dados.

Assim, este estudo mostrou que a conciliação de medicamentos realizada por farmacêuticos na unidade de oncologia pode ter o potencial para minimizar discrepâncias inadvertidas de medicação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou uma alta taxa de discrepâncias medicamentosas nos pacientes oncológicos hospitalizados, mais comumente omissões não intencionais. Os resultados deste estudo também mostraram significativo número de discrepâncias encontradas na prescrição de pacientes pertencentes a unidade de oncologia e hematologia pediátrica, logo a conciliação medicamentosa realizada com o menor tempo possível entre a internação e sua realização irá evitar possíveis omissões de medicamentos e erros de prescrição, garantindo assim uma maior segurança do paciente.

Com a agilidade que se ganhou na realização da conciliação por anamnese se investiu na ampliação das orientações de alta. É importante sinalizar que nos pacientes em que se tinha falta ou discrepância nos registro do histórico do uso de medicamentos, essas tiveram que ser realizadas por entrevista (e pelo número pequeno no segundo período do estudo), acabaram por serem excluídas, embora o que se observou ao longo da pandemia é que o modelo misto é o mais adequado para o nosso perfil de unidade, visto que a anamnese se mostrou segura e efetiva na detecção de discrepâncias e agregou agilidade ao processo, reduzindo os erros em um curto período de tempo, por outro lado, se viu que em situações de falhas nos registros, é essencial a confirmação das informações por meio de entrevista, bem como em pacientes que não se teve contato direto por um período mais longo ou que necessitam de validação de medicamento próprio.

REFERÊNCIAS

AGRAWAL, A.; WU, W. Y. Reducing medication errors and improving systems reliability using an electronic medication reconciliation system. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 35, n. 2, p. 106–114, 2009.

AKRAM, F. et al. Medication discrepancies and associated risk factors identified among elderly patients discharged from a tertiary hospital in Singapore. **Singapore Medical Journal**, v. 56, n. 7, p. 379–384, 2015.

ALERT, S. E. Using medication reconciliation to prevent errors. **Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources**, v. 32, n. 4, p. 230–232, 2006.

ALFARO-LARA, E. R. et al. Atención Primaria Metodología de conciliación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. **Atención Primaria**, v. 46, n. 2, p. 89–99, 2014.

APSEL WINGER, B. et al. A Guidance for Concomitant Drug Reconciliation Prior to Allogeneic Hematopoietic Cell Transplantation in Children and Young Adults. **Frontiers in Pediatrics**, v. 9, n. July, p. 1–6, 2021.

ASHJIAN, E. et al. Evaluation of outpatient medication reconciliation involving student pharmacists at a comprehensive cancer center. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 55, n. 5, p. 540–545, 2015.

BALDUZZI, A. et al. Lessons after the early management of the COVID-19 outbreak in a pediatric transplant and hemato-oncology center embedded within a COVID-19 dedicated hospital in Lombardia, Italy. Estote parati. **Bone Marrow Transplantation**, v. 55, n. 10, p. 1900–1905, 2020.

BUCKLEY, M. S. et al. Impact of a Clinical Pharmacy Admission Medication Reconciliation Program on Medication Errors in “High-Risk” Patients. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 47, n. 12, p. 1599–1610, 2013.

CHUN, D. S. et al. Oncology pharmacist-led medication reconciliation among cancer patients initiating chemotherapy. **Journal of Oncology Pharmacy Practice**, v. 26, n. 5, p. 1156–1163, 2020.

DAMLIEN, L. et al. Drug safety at admission to emergency department: An innovative model for PRIOritizing patients for MEducation Reconciliation (PRIOMER). **European Journal of Emergency Medicine**, v. 24, n. 5, p. 333–339, 2017.

DUFFY, A. P. et al. Facilitating Home Hospice Transitions of Care in Oncology: Evaluation of Clinical Pharmacists’ Interventions, Hospice Program Satisfaction, and Patient Representation Rates. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 35, n. 9, p. 1181–1187, 2018.

GLEASON, K. M. et al. Results of the Medications At Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Study: An Analysis of Medication Reconciliation Errors and Risk Factors at

Hospital Admission. **Journal of General Internal Medicine**, v. 25, n. 5, p. 441–447, 2010.

GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA, T. et al. Discrepancies requiring clarification in cancer patients: A risk predictive model. **European Journal of Hospital Pharmacy**, v. 20, n. 2, p. 93–96, 2013.

GORREJA, F. et al. A survey on patients medication reconciliation process in an oncological hospital. **Recenti Progressi in Medicina**, v. 108, n. 3, p. 141–148, 2017.

GRASSELLI, G.; PESENTI, A.; CECCONI, M. Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy. **JAMA**, v. 323, n. 16, p. 1545–1546, 2020.

HASSAN, T. A. et al. The Role of the Pharmacist in Decreasing Discharge Medication Discrepancies for Cancer Patients in Qatar: A Prospective Cohort Study. **Acta Scientific Cancer Biology**, v. 3, n. 3, p. 2–9, 2019.

HATCH, J.; BECKER, T.; FISH, J. Difference Between Pharmacist-Obtained and Physician-Obtained Medication Histories in the Intensive Care Unit. **Hospital Pharmacy**, v. 46, n. 4, p. 262–268, 2011.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Apresenta informações sobre as novas medidas de contingência. Disponível em: <https://intranet.hcpa.edu.br/3841-covid-19-hcpa-adota-novas-medidas-de-contingencia-e-suspende-retomada-de-atividades>. Acesso em 28set. 2021.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Apresenta informações gerais da instituição 2020. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/>. Acesso em: 19ago. 2020.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Apresenta informações sobre a Oncologia Pediátrica. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/assistencia-servicos-medicos-oncologia-pediatica>. Acesso em: 19ago. 2020.

HO, L. et al. Pharmacist's role in improving medication safety for patients in an allogeneic hematopoietic cell transplant ambulatory clinic. **Canadian Journal of Hospital Pharmacy**, v. 66, n. 2, p. 110–117, 2013.

JCAHO. JCAHO Patient Safety Goals 2003. **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations**, v. 2, n. 5, 2002.

JOINT COMMISSION ACCREDITATION HEALTHCARE ORGANIZATIONS. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (CAMH): The Official Handbook*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources, 2006.

KRAUS, S. K. et al. Impact of a pharmacy technician-centered medication reconciliation program on medication discrepancies and implementation of recommendations. **Pharmacy Practice**, v. 15, n. 2, p. 2–5, 2017.

LEES, J.; CHAN, A. Polypharmacy in elderly patients with cancer: Clinical implications and management. **The Lancet Oncology**, v. 12, n. 13, p. 1249–1257, 2011.

LUND, J. L. et al. Potential medication-related problems in older breast, colon, and lung cancer patients in the United States. **Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention**, v. 27, n. 1, p. 41–49, 2018.

MARCATH, L. A. et al. Prevalence of drug-drug interactions in oncology patients enrolled on National Clinical Trials Network oncology clinical trials. **BMC Cancer**, v. 18, n. 1, p. 1–8, 2018.

MOGHLI, M. A.; FARHA, R. A.; HAMMOUR, K. A. Medication discrepancies in hospitalized cancer patients: Do we need medication reconciliation? **Journal of Oncology Pharmacy Practice**, v. 27, n. 5, p. 1139–1146, 2021.

MULLIGAN, E. et al. Implementation of a closed-loop medication reconciliation process for ambulatory oncology patients at Winchester District Memorial Hospital. **Healthcare Management Forum**, v. 33, n. 2, p. 85–89, 2020.

NIGHTINGALE, G. et al. A pharmacist-led medication assessment used to determine a more precise estimation of the prevalence of complementary and alternative medication (CAM) use among ambulatory senior adults with cancer. **Journal of Geriatric Oncology**, v. 6, n. 5, p. 411–417, 2015a.

NIGHTINGALE, G. et al. Evaluation of a pharmacist-led medication assessment used to identify prevalence of and associations with polypharmacy and potentially inappropriate medication use among ambulatory senior adults with cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 33, n. 13, p. 1453–1459, 2015b.

NIGHTINGALE, G. et al. Implementing a pharmacist-led, individualized medication assessment and planning (iMAP) intervention to reduce medication related problems among older adults with cancer. **Journal of Geriatric Oncology**, v. 8, n. 4, p. 296–302, 2017.

NIGHTINGALE, G. et al. Clinical pharmacology of oncology agents in older adults: A comprehensive review of how chronologic and functional age can influence treatment-related effects. **Journal of Geriatric Oncology**, v. 10, n. 1, p. 4–30, 2019.

PILAU, R.; HEGELE, V.; HEINECK, I. Atuação do farmacêutico clínico em unidade de terapia intensiva adulto: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 5, n. 1, p. 19–24, 2014.

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

QUÉLENNEC, B. et al. Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. **European Journal of Internal Medicine**, v. 24, n. 6, p. 530–535, 2013.

REEDER, T. A.; MUTNICK, A. Pharmacist- versus physician-obtained medication histories. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 65, n. 9, p. 857–860, 2008.

QUÉLENNEC, B. et al. Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. **European Journal of Internal Medicine**, v. 24, n. 6, p. 530–535, 2013.

SCHNIPPER, J. L. et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, n. 5, p. 565–571, 2006.

SCHUCH, A. Z. et al. Reconciliação de medicamentos na admissão em uma unidade de oncologia pediátrica. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar**, v. 4, p. 35–39, 2013.

TAM, V. C. et al. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. **Canadian Medical Association Journal**, v. 173, n. 5, p. 510–515, 2005.

SCHNIPPER, J. L. et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, n. 5, p. 565–571, 2006.

SHARMA, M. et al. Polypharmacy and potentially inappropriate medication use in geriatric oncology. **Journal of Geriatric Oncology**, v. 7, n. 5, p. 346–353, 2016.

SON, H. et al. Pharmacist-led interdisciplinary medication reconciliation using comprehensive medication review in gynaecological oncology patients: A prospective study. **European Journal of Hospital Pharmacy**, v. 25, n. 1, p. 21–25, 2018.

TAM, V. C. et al. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. **Canadian Medical Association Journal**, v. 173, n. 5, p. 510–515, 2005.

THE JOINT COMMISSION. National Patient Safety Goals Effective July 2020 for the Hospital Program Goal. **Joint Commission**, n. July, p. 14, 2020.

THE JOINT COMMISSION. National Patient Safety Goals Effective, www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG_Chapter_HAP_Jan2017.pdf. Acesso em 19ago. 2020.

VAN LEEUWEN, R. W. F. et al. Prevalence of potential drug-drug interactions in cancer patients treated with oral anticancer drugs. **British Journal of Cancer**, v. 108, n. 5, p. 1071–1078, 2013.

VEGA, T. G. et al. Medication Reconciliation in Oncological Patients: A Randomized Clinical Trial. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 22, n. 6, p. 734–740, 2016.

WEINGART, S. N. et al. Medication reconciliation in ambulatory oncology. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 33, n. 12, p. 750–757, 2007.

ZONI, A. C. et al. The impact of medication reconciliation program at admission in an internal medicine department. **European Journal of Internal Medicine**, v. 23, n. 8, p.

696–700, 2012.

WHO Dashboard COVID-19. Disponível em:
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em
24set. 2021.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Nº do projeto GPPG ou CAAE 46377321.9.0000.5327

Título do Projeto: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ACREDITADO FRENTE ÀS ADAPTAÇÕES ASSISTENCIAIS NO CENÁRIO DE PANDEMIA

O paciente pelo qual você é responsável está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é descrever as diferenças nos medicamentos de uso prévio domiciliar e a presença destes nas prescrições médicas na internação por meio da conciliação medicamentosa farmacêutica. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Farmácia/ Seção de Farmácia Clínica, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar a participação na pesquisa, gostaríamos de sua autorização para acessar o prontuário do paciente e consultar as seguintes informações: evolução farmacêutica referente a conciliação medicamentosa e prescrição médica referente aos primeiros dias de internação para avaliar a manutenção de medicamentos de uso prévio na internação e o tempo entre a entrada na unidade e a conciliação medicamentosa farmacêutica.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são os riscos inerentes a quebra da confidencialidade dos dados dos pacientes, de responsabilidade do pesquisador, que seguirá todas as normas para evitá-los.

A participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, poderá contribuir para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, visto que a conciliação medicamentosa é descrita pelos manuais de acreditação hospitalar como um importante recurso para aumentar a segurança do paciente e assim melhorar os desfechos clínicos dos pacientes.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar, ou ainda, desistir da participação e retirar sua autorização, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que a pessoa recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante da participação na pesquisa, o participante receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome ou da pessoa pela qual você é responsável não aparecerá nas publicações dos resultados ou de qualquer outra maneira para pessoas fora da pesquisa.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Amanda Valle Pinhatti, pelo telefone (51) 99925-9047 e com a pesquisadora Vanessa Oliveira, pelo telefone (55) 98109-6575 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, e-mail cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____