

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Farmácia
Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia

**Atuação do farmacêutico na reconciliação medicamentosa:
revisão da literatura**

ALICE CAROLINE ZINN VELHO

Porto Alegre, novembro 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Farmácia
Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia

ALICE CAROLINE ZINN VELHO

**Atuação do farmacêutico na reconciliação medicamentosa: revisão da
literatura**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial para a
obtenção do título de Farmacêutico pelo
Curso de Farmácia da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul

Orientador: Prof.^a Dr.^a Denise Bueno

Co-orientador: Farm. Luciane Lindenmeyer

Porto Alegre, novembro 2011.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho apresenta-se sob forma de artigo de revisão, com o intuito de ser submetido à publicação na Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As normas técnicas de instrução aos autores encontram-se disponíveis ao fim da apresentação para facilitar a avaliação pela Banca Examinadora.

**ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NA RECONCILIAÇÃO
MEDICAMENTOSA: REVISÃO DA LITERATURA**

ROLE OF THE PHARMACIST IN **MEDICATIO RECONCILIATION: A
LITERATURE REVIEW**

Alice Caroline Zinn Velho, acadêmica, Faculdade de Farmácia,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS
Luciane Lindenmeyer, farmacêutica, Hospital Nossa Senhora Conceição,
Porto Alegre, RS

Denise Bueno, professora adjunta do Departamento de Produção e
Controle de Medicamentos, Faculdade de Farmácia, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS *

Unitermos: Reconciliação medicamentosa, evento adverso relacionado a medicamento, atuação do farmacêutico, segurança do paciente.

Keywords: Medication Reconciliation, adverse drug event, pharmacist, patient safety

* Endereço para correspondência:

Denise Bueno, Prof^a. Dr^a.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Farmácia

Avenida Ipiranga, 2752

Porto Alegre, RS – Brasil

CEP: 90.610-000

Telefone: (51) 3308-5305

Fax: (51) 3308-5437

e-mail: denise.bueno@ufrgs.br

RESUMO

A reconciliação medicamentosa é o processo de revisão do tratamento do paciente, antes e depois de transições no cuidado, evitando eventos adversos. Este artigo se propõe a realizar uma revisão da literatura sobre a atuação farmacêutica no processo de reconciliação medicamentosa em pacientes hospitalizados, fundamentando-se em pesquisas na base de dados através das seguintes palavras-chave: *medication reconciliation, adverse drug events, pharmacist, patient safety*. O objetivo desta revisão foi o de relatar a importância do farmacêutico no processo de reconciliação medicamentosa nos momentos da internação e alta hospitalar. De acordo com os resultados encontrados, o profissional farmacêutico consegue uma apuração mais completa do histórico medicamentoso do paciente, registrando um número elevado de erros de medicação, possibilitando através da sua intervenção prevenir potenciais eventos adversos, reduzir danos ao paciente e custos gerados, aumentando a segurança do paciente. Outro benefício encontrado foi o da educação do paciente e/ou cuidador a respeito do tratamento, no qual ele atua na promoção da adesão medicamentosa, com conseqüente melhora da qualidade de vida. Esta revisão reforça a importância da reconciliação medicamentosa como ferramenta para evitar erros de medicação e promover a segurança do paciente.

Unitermos: Reconciliação medicamentosa, evento adverso relacionado a medicamento, atuação do farmacêutico, segurança do paciente.

ABSTRACT

The medication reconciliation is the process of reviewing the patient treatment, before and after the transitions points, preventing adverse drug events. This article has the proposal to review the pharmacist role in the reconciliation process of inpatients in bibliographic references, the database research was based in the follow key-words: medication reconciliation, adverse drug events, pharmacist, patient safety. The aim of this review is report the pharmacist importance in medication reconciliation process in the hospital admission and discharge. According to the results, pharmacists were able to obtain more details of the patient drug history, in order to record a higher number of medication errors, enabling through intervention prevent potential adverse events and reduce harm to the patient and additional costs, increasing the patient safety. Another benefit was the patients and/or caregivers education related to the treatment, promoting an enhancement in the patients adherence and improving their life quality. This literature review reinforces the medicamentation reconciliation importance as a tool to prevent medication errors and promote the patient safety.

Keywords: Medication Reconciliation, adverse drug event, pharmacist, patient safety

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais e a minha família, por serem meu exemplo de amor, determinação, força de vontade e que sempre me incentivaram. Aos meus verdadeiros mestres, que me mostraram caminhos, me incentivando a pensar, dialogar e construir. Aos meus amigos, pela amizade, companheirismo e cumplicidade que amenizam as dificuldades diárias e tornam a vida mais leve. Ao Diretório Acadêmico da Faculdade de Farmácia (DAFF), que me apresentou um mundo muito além da sala de aula, contribuindo para a minha formação profissional e principalmente pessoal. Às minhas orientadoras Denise e Luciane pela paciência, contribuição e por compartilharem os conhecimentos. À Gerência de risco do Hospital Nossa Senhora da Conceição, que me mostrou a importância de uma formação interdisciplinar e aos meus demais locais de estágio que tanto contribuíram na minha formação.

LISTA DE ABREVIACÕES

OMS: Organização Mundial da Saúde

EA: Eventos Adversos

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

SciELO: Scientific Electronic Library Online

IHI: Institute for Healthcare Improvement

NCC MERP: National Coordinating Council for Medication Error Reporting

EAM: Evento Adverso relacionado ao Medicamento

JCAHO: Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations

COACH: Continuity Of Appropriate pharmacotherapy, patient Counseling and
information transfer in Heathcare

CCC: Chronic Care Coordination

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
METODOLOGIA	11
RESULTADOS	12
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXOS	23

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, é um princípio fundamental do cuidado. Integra ações que visam evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou injúrias dos processos de cuidado em saúde, os quais são decorrentes de erros, desvios e acidentes.²

O gerenciamento de risco e a segurança do paciente nas instituições de saúde têm assumido destaque importante no cenário mundial. Segundo Portaria 4283/2010 que estabelece as Diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais o gerenciamento de risco é a aplicação sistemática de políticas de gestão, procedimentos e práticas na análise, avaliação, controle e monitoramento de risco.³ Em 2004 a OMS criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente que tem elaborado programas e diretrizes que visam sensibilizar e mobilizar profissionais de saúde e a população para a busca de soluções que promovam a segurança do paciente, divulgando conhecimentos e desenvolvendo ferramentas que possibilitem a mudança da realidade no cenário mundial.⁴

O gerenciamento inadequado e o uso incorreto de medicamentos e de outras tecnologias em saúde acarretam sérios problemas à sociedade, ao Sistema Único de Saúde (SUS), e às instituições privadas, gerando aumento da morbimortalidade, elevação dos custos diretos e indiretos, e prejuízos à segurança e à qualidade de vida dos usuários.³

Diversos tipos de erros podem ocorrer durante o período de internação: falha na comunicação dos profissionais, falhas no processo de alta, erros de procedimentos cirúrgicos, infecções hospitalares e erros de medicação, ou seja, os erros podem ocorrer em todas as etapas do cuidado hospitalar e por todos os profissionais envolvidos.⁵ Estes erros podem ser chamados de eventos adversos (EA), que são definidos como injúrias não intencionais decorrentes do cuidado, acarretando lesões mensuráveis nos pacientes afetados, óbito ou prolongamento da internação, não atribuídos à evolução

natural da doença.⁶ Podem resultar de problemas da prática, procedimentos, produtos ou sistemas.¹

Um EA que merece especial atenção são os erros de medicação, pois agravos importantes à saúde podem ser causados por este tipo de EA. Os erros de medicação são definidos como um evento evitável, ocorrido em qualquer fase da terapia medicamentosa, que pode ou não causar danos ao paciente.⁴ Por serem de ocorrência comum em ambiente hospitalar, podem adquirir proporções clinicamente significativas e impor relevante repercussão econômica e social aos pacientes e ao sistema de saúde.⁷

Para a prevenção de parte destes eventos é necessário o conhecimento exato do histórico de medicamentos utilizados pelo paciente, como parte integral do processo de admissão hospitalar. Um histórico errôneo de uso de medicamentos pode resultar em falhas como prescrição de terapia inadequada durante a hospitalização, interrupção de medicamentos que o paciente já utilizava, administração duplicada de alguns fármacos ou interações medicamentosas.^{8,9}

A reconciliação medicamentosa é o processo de revisão do tratamento do paciente, antes e depois de transições no cuidado. O processo de revisão do tratamento, antes e depois de transições no cuidado, pode evitar EA como, por exemplo, prevenindo danos ao paciente representando uma ferramenta chave para a segurança do paciente.^{8,9}

A revisão bibliográfica sobre este tema mostra-se necessária, frente às inúmeras possibilidades de EA que podem ocorrer pelo desconhecimento da terapia que o paciente recebe anteriormente ou pelos problemas de comunicação na transição do cuidado. O farmacêutico, como profissional capacitado a apurar dados precisos sobre os medicamentos em uso pelo paciente, proporciona à equipe confiabilidade nas informações por ele prestadas, contribuindo para a redução dos erros de medicação.

Desta forma, este artigo se propõe a realizar uma revisão da literatura sobre a atuação farmacêutica no processo de reconciliação medicamentosa em pacientes hospitalizados.

METODOLOGIA

A revisão bibliográfica sobre o tema “reconciliação medicamentosa” fundamentou-se em pesquisas na base de dados Medline/Pubmed, Science Direct, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO), através das seguintes palavras-chave: *medication reconciliation, adverse drug events, pharmacist, patient safety*.

Foram utilizados os seguintes critérios para escolha das publicações: artigos de revisão publicados entre 2001 e 2011, nos idiomas inglês, espanhol ou português, e artigos que discutissem pontualmente aspectos relevantes sobre utilização do processo de reconciliação medicamentosa pelo profissional farmacêutico na prevenção de EA relacionados a medicamento. Foram excluídos dos resultados artigos de pesquisa que não envolveram seres humanos e que não tratassem da atuação do farmacêutico no processo de reconciliação medicamentosa.

RESULTADOS

O conhecimento exato do histórico de medicamentos usados pelo paciente é parte integral do processo de admissão hospitalar. Esta prática é necessária para monitorar a sua adesão e resposta terapêutica, prevenir interações entre medicamentos e EA. Um histórico errôneo de uso de medicamentos pode ocasionar a prescrição de terapia inapropriada durante a hospitalização ou interrupção de medicamentos que o paciente já utilizava.^{8,9} Quando este erro se perpetua durante a hospitalização, pode resultar em interações medicamentosas, administração duplicada de medicamentos, outros EA não intencionais, além de custos adicionais. Os sistemas de prescrição eletrônica, apresentam algumas vantagens como: a eliminação de falhas devido à má caligrafia médica e a redução do tempo gasto com transporte de documentos.¹⁰ Porém, estes eventos requerem maior atenção, pois provavelmente não serão detectados por sistemas de prescrição eletrônica.^{9,11}

Esforços para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados em saúde incluem atenção às discrepâncias medicamentosas. Estas podem ser

definidas como diferenças sem explicação entre regimes documentados dentro de diferentes unidades de cuidado. As discrepâncias são um importante fator para EA nos pacientes hospitalizados e/ou com alta recente.^{11, 12} Mais de 60% dos pacientes admitidos em hospitais terão pelo menos uma discrepância, durante a sua internação em relação ao seu histórico de uso de medicamentos.⁹

A reconciliação medicamentosa é uma ferramenta-chave para diminuir estas discrepâncias na prevenção de EA. É o processo de revisão do tratamento do paciente, antes e depois de transições no cuidado, no momento da admissão hospitalar, após a mudança de unidades de internação (enfermarias), ou prescrição médica, ou ainda após alta hospitalar.^{8, 9}

Evidências estimam que 46% a 56% de todos os erros de medicação ocorrem na transição de cuidados,^(8, 9) sendo recomendado o processo de reconciliação para atenuar possíveis falhas de comunicação e sistemas vulneráveis. A introdução de um processo formal, padrão para codificação, registro e compartilhamento de dados dos medicamentos, dos cuidados e do paciente pode prevenir erros de medicação.¹³

Resultados apresentados pela *Mayo Clinic* em colaboração com o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), demonstram que em um período de seis meses utilizando reconciliação medicamentosa na administração de insulina, houve redução de 70% na taxa de erros de medicação relacionado a este medicamento, levando a uma redução de 15% nos EA.¹³ Este estudo mostra a importância da obtenção e documentação correta do histórico de medicamentos em uso pelo paciente, para promover a prevenção de erros e potenciais danos.¹⁴

Diversas instituições como o IHI, *Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) e OMS, consideram a reconciliação medicamentosa como objetivo prioritário. Dados estimam que 12 a 17% dos pacientes de um hospital geral sofrem algum Evento Adverso Relacionado a Medicamento (EAM) após a alta, sendo potenciais causadores de danos ao paciente. Mais da metade destes são considerados evitáveis, 6 a 12% resultam em visitas a emergência e 5% em readmissões. Estas instituições estimulam que haja campanhas associadas a recomendações de estratégias

para implementação e avaliação de programas de reconciliação, com o propósito de promover o uso seguro e racional de medicamentos.^{1,11, 13}

Organizações de acreditação incentivam a implantação do processo de reconciliação medicamentosa nos hospitais. A JCAHO recomenda o uso de um método padrão. Este método estabelece etapas a serem seguidas na transição do cuidado, a fim de minimizar perdas de informações e ocorrência de EA nestes pontos (Figura 1).¹³

Seguindo as recomendações da JCAHO, projetos envolvendo a reconciliação estão sendo conduzidos, como por exemplo, o desenvolvido por Gleason e colaboradores, 2010, em um hospital de Chicago, cujo objetivo foi analisar a frequência e tipos de erros de medicamentos no momento da internação hospitalar. Como método para detectar erros de medicação, este estudo aplica uma entrevista completa com o paciente e/ou com seu cuidador para obter o histórico abrangente dos medicamentos utilizados, incluindo aqueles sem prescrição médica (vitaminas, fitoterápicos, produtos suplementares), comparando com o histórico obtido pela equipe médica.¹⁴

O estudo de Gleason e colaboradores verificou que a maioria dos erros de medicamentos encontrados foi originada por falhas na obtenção do histórico medicamentoso dos pacientes internados. Através da reconciliação medicamentosa, observou-se que os erros de medicação encontrados, de acordo com a classificação *National Coordinating Council for Medication Error Reporting* (NCC MERP) poderiam acarretar em: prolongamento da internação (1,3%), causadores de dano temporário (10,4%), aumento no monitoramento ou necessidade de intervenção para evitar dano (52,4%).¹⁴ Desta forma, foi demonstrada a importância de se obter um histórico adequado dos medicamentos e outras terapias que o paciente utiliza antes da sua internação.

A obtenção do histórico completo de uso de medicamentos depende de diferentes fatores, incluindo tempo disponível para entrevista, barreiras de linguagem, severidade da doença do paciente, seu estado cognitivo e a familiaridade com o seu tratamento. Na ausência de processo estruturado para conduzir a entrevista, a informação pode interferir erroneamente na prescrição do paciente.^{9, 11}

Pippins et al, (2008) sugerem a adoção de um protocolo padrão para obtenção do histórico dos medicamentos em uso pelo paciente, para otimizar este processo (Figura 2).¹²

O estudo realizado por Pippins et al, (2008) tinha como objetivo desenvolver uma ferramenta padrão para obtenção do histórico de medicamentos dos pacientes, nos pontos da admissão e alta hospitalar, para reduzir EA. Utilizando como ferramenta, a reconciliação medicamentosa. Os fatores de risco para ocorrência de erros incluíram: idade, número de consultas ambulatoriais no ano anterior à internação, internações no mês anterior, se possui prestador de cuidados primários, número de prescrições médicas existentes antes da internação, número de farmácias para aviar receitas e recentes mudanças nas prescrições.^{12, 14}

O farmacêutico é o profissional responsável por realizar a reconciliação medicamentosa, porém nem sempre é ele que o faz. Em um hospital geral de Toronto, os farmacêuticos não estão rotineiramente envolvidos em documentar histórico dos medicamentos utilizados pelo paciente no momento da admissão, a menos que haja alguma necessidade especial. Neste hospital a função de obter esta relação é dos médicos residentes e estudantes de medicina. Geralmente este processo ocorre na emergência, utilizando diversos recursos, não havendo avaliação do prontuário ambulatorial eletrônico do paciente.⁹ Neste hospital ao utilizar um questionário validado, os farmacêuticos obtiveram maior número de informações durante as suas entrevistas, conseguindo apurar informações clinicamente importantes a respeito de medicamentos em uso, comparando ao grupo anterior que havia procedido às entrevistas.⁹

Desta forma, foi verificado que devido ao seu preparo, sua formação acadêmica e maior familiaridade com medicamentos, o profissional farmacêutico possui maior habilidade em obter mais completo e preciso histórico de medicamentos, quando comparados com outros profissionais.¹¹ Farmacêuticos, médicos e equipe de enfermagem são fundamentais na administração de medicamentos, na prescrição, monitoramento e educação dos pacientes durante a internação e na alta. Assim, uma equipe

multidisciplinar torna-se importante para realizar a reconciliação medicamentosa.¹⁴

O método desenvolvido em um hospital de Boston foi aplicado para identificar potenciais EAM, onde primeiramente o farmacêutico busca com o paciente ou cuidador, os históricos de medicamentos pré-admissão utilizando um protocolo “padrão ouro”. Esta lista foi comparada com a relação obtida na admissão pela equipe médica. As discrepâncias entre o histórico pré-admissão e a internação, foram identificadas e razões para tais alterações foram buscadas.¹²

Num segundo momento, as discrepâncias foram apresentadas para equipes médicas sem conhecimento a respeito das intervenções realizadas. Juntamente com o farmacêutico, estas discrepâncias foram analisadas e a nota de alta de cada paciente foi revisada, além de avaliar informações em prontuário eletrônico e resultados laboratoriais.¹² Estudo semelhante, conduzido por Cornish et al. (2005) propõe a revisão de cada prontuário, para verificar o histórico dos medicamentos utilizados pelo paciente, realizado pela equipe médica e de enfermagem. Após 48 horas da internação, foi possível realizar a reconciliação com a prescrição do momento da admissão, para permitir o cuidado e corrigir problemas ocorridos naquele momento. Pacientes foram visitados por um membro da equipe (farmacêutico, estudante de farmácia ou de medicina), para através de entrevistas com o mesmo, ou com seu cuidador, obter informações sobre os medicamentos que estavam em uso pelo paciente, verificando a presença de discrepâncias. Estas quando encontradas foram revisadas pelas equipes que realizaram a internação, verificando se foram intencionais ou não.⁹

Resultados indicam que intervenções para aumentar a segurança na transição de cuidados devem focar principalmente na obtenção precisa da relação de medicamentos usados na pré-internação do paciente e na prevenção de erros de reconciliação no momento da alta hospitalar.¹² Os dados encontrados confirmaram a alta taxa de erros de medicação no momento da internação. Porém, problemas com a reconciliação não ocorrem apenas neste momento, mas também foi verificado altas taxas de EAM na alta hospitalar.⁹

No que diz respeito à reconciliação durante a internação hospitalar, estudo conduzido por McGaw et al., (2007) aplicaram uma abordagem multidisciplinar na transição do cuidado para promoção da segurança do paciente. Os resultados mostram que falhas de comunicação nestes pontos podem levar a erros de medicação e que ocorrem principalmente no momento em que o paciente recebe alta e torna-se totalmente responsável pelo seu cuidado. Algumas metas-chave foram estabelecidas, tais como diminuir erros de medicação e aumentar o acompanhamento do cuidado na transição. Para isto foi necessário estipular alguns objetivos como: reconciliação medicamentosa, educação do paciente e organização das recomendações ambulatoriais. Desta forma espera-se reduzir os erros de medicação e as internações em emergências e melhorar o acompanhamento ambulatorial dos pacientes.¹⁵

Para evitar problemas após a alta hospitalar, McGaw et al., (2007) propuseram a implantação do sistema de reconciliação na alta. Informações sobre os medicamentos prescritos para o paciente neste momento são repassadas aos farmacêuticos que entram em contato com o paciente ou com o seu cuidador dentro de 24-48 horas. Algumas informações no momento da alta são necessárias, tais como com quem paciente teve alta, número do telefone onde o paciente estará dentro de 48 horas e o nome do hospital que o paciente esteve internado.¹⁵

McGaw e colaboradores descreveram que para auxiliar na orientação do paciente na alta hospitalar, um resumo facilmente compreensível sobre os medicamentos em uso deve ser elaborado. Desta forma o farmacêutico certifica-se que os pacientes entendem os medicamentos que estão em uso ou que foram suspensos. A verificação do plano terapêutico aumentou a segurança e qualidade da farmacoterapia, explicando e respondendo questionamentos a respeito da prescrição, além de confirmar se o paciente entendeu o motivo do uso de determinado medicamento prescrito, envolvendo-o na otimização da terapia. Se for necessário para melhor compreensão e adesão do paciente, alternativas são discutidas com o residente prescritor, com consequente ajuste da prescrição.¹⁶

Cornish et al. (2005), sugerem o envolvimento do farmacêutico no planejamento da alta e no acompanhamento do paciente após deixar o hospital, através de contato telefônico, para reduzir visitas não programadas à emergência. Em concordância, McGaw et al. (2007) propõem que o farmacêutico ao contatar o paciente após a alta hospitalar, solicite que todos os medicamentos, inclusive os utilizados sem prescrição e suplementos alimentares, sejam informados a fim de que haja o registro e obtenção correta do seu histórico de medicamentos. Para garantir que houve compreensão do paciente, o farmacêutico revisa e esclarece a posologia, vias de administração e formas farmacêuticas de cada medicamento.^{9, 15}

O estudo COACH (*Continuity of Appropriate pharmacotherapy patient Counselling and information transfer in Healthcare*), é um projeto desenvolvido na Holanda com o objetivo de aumentar o cuidado após a alta hospitalar através da reconciliação medicamentosa. Nele está preconizado que este processo seja conduzido no momento da alta, por farmacêuticos especialmente treinados em farmacoterapia e comunicação com o paciente, em adição a realizada no momento da admissão hospitalar para prevenir erros de medicamentos. A farmacoterapia deve ser avaliada e ajustada, se necessário, de acordo com os resultados de exames laboratoriais. No próximo momento, novamente a prescrição é verificada, para assegurar que todas as mudanças realizadas foram intencionais e documentá-las. Ao final os resultados de todas as etapas serão discutidos com o prescritor e a prescrição é ajustada conforme necessário.¹⁶

O método COACH pretende observar a ocorrência de reinternação em um período de seis meses após a alta, além de informações a respeito do número de intervenções realizadas, adesão, atitude do paciente, custo-efetividade das intervenções, qualidade de vida e satisfação com as informações recebidas a respeito dos medicamentos e com as equipes médica e farmacêutica. Algumas limitações deste método foram encontradas, tais como pequenos grupos não colaborativos, o que pode levar a dificuldades em alcançar objetivos e diminuir o poder estatístico em determinar diferenças nos resultados primários, além de ser desconhecida a efetividade da intervenção e qual o período de acompanhamento necessário. Entretanto

acredita-se que com esse programa seja possível obter maior segurança do paciente, através da reconciliação medicamentosa.¹⁶

Já o método utilizado em Denver promove o acompanhamento contínuo do paciente, onde após o contato telefônico do farmacêutico com o paciente ou cuidador após a alta hospitalar, as informações são encaminhadas ao prontuário do paciente, para a próxima fase do cuidado. No período de 24-48 horas após o recebimento das informações o CCC (*Chronic Care Coordination*) contata o farmacêutico para completar a revisão, avaliar a segurança do paciente em casa, promovendo a educação e auxílio nas recomendações ambulatoriais, verificando se os encaminhamentos e prescrições estão completos e se todos os medicamentos estão sendo entregues. O objetivo desta interação é compilar formas padronizadas usadas para o acompanhamento de pacientes crônicos para que haja um cuidado uniforme e contínuo.¹⁵

Verificou-se que o método de Denver reduziu as taxas de mortalidade, número de visitas à emergência, e o número de consultas após alta. Além disso o farmacêutico ao conversar com o paciente ou com seu cuidador fora do ambiente hospitalar obteve maior quantidade de informações adquiridas, pois o ambiente não é tão estressante, comparado a internação. Desta forma, os pacientes tornam-se participantes seu processo de cuidado.¹⁵

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

De acordo com o referencial utilizado, é possível perceber a importância do farmacêutico na prevenção de erros de medicação e possíveis danos aos pacientes. Esta atuação deve ser feita em pontos de transição do cuidado onde informações podem ser perdidas, levando a eventos adversos. Alguns autores preconizam que a reconciliação seja feita no momento da internação, para obter um histórico correto dos medicamentos usados previamente. Em contraponto outros acreditam que a reconciliação deve ser realizada no momento da alta hospitalar, somada a realizada no momento da admissão. Além disso, verificou-se a relevância da educação do paciente

quanto ao seu tratamento, pois aumenta o seu envolvimento no processo de cuidado.

Os resultados dos estudos citados demonstram que a reconciliação medicamentosa é uma rotina complexa a ser implantada em um hospital, para isto os farmacêuticos necessitam estar envolvidos em todo o processo de internação hospitalar, desde a admissão até alta hospitalar.

O desenvolvimento e utilização de padrões adequados para se obter o histórico de utilização dos medicamentos antes da internação e durante a mesma deve ser construído por cada gestão hospitalar de acordo com as necessidades e particularidades da própria instituição.

De acordo com os resultados encontrados nesta revisão a presença do farmacêutico na equipe multiprofissional promove uma maior detecção e prevenção de potenciais eventos adversos e erros de medicação na realidade hospitalar. Os diversos autores parecem concordar que o profissional farmacêutico realiza uma apuração mais completa do histórico medicamentoso do paciente, detectando mais erros de medicação, possibilitando através da sua intervenção prevenir potenciais eventos adversos, reduzir danos ao paciente e custos para instituição, aumentando a segurança do paciente.

Também foi relatado que a prescrição eletrônica auxilia neste processo, pois facilita acesso a prescrições, evolução e exames laboratoriais, promovendo a reconciliação medicamentosa e permitindo melhor avaliação da farmacoterapia instituída. Além do que, quando há integração dos sistemas hospitalar e atenção primária, obtêm-se fácil acesso ao histórico do paciente, otimizando a reconciliação medicamentosa.^{9, 14, 15}

Outro benefício encontrado na literatura é de que a reconciliação na alta hospitalar possibilita uma maior educação do paciente e/ou cuidador a respeito do tratamento, promovendo maior adesão e compreensão do mesmo, com conseqüente melhora da qualidade de vida ao proporcionar um acompanhamento contínuo.^{15, 16}

Durante a busca de referências para desenvolvimento deste artigo, encontrou-se a Portaria 4283/2010 que estabelece as Diretrizes e estratégias

para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais, que objetivam organizar, fortalecer e aprimorar as ações da assistência farmacêutica em hospitais, sendo a segurança e a promoção do uso racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde os seus pilares. Promove a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população, otimizando resultados clínicos, econômicos e aqueles relacionados à qualidade de vida dos usuários.³

Nesta portaria verificou-se que dentro da visão da integralidade do cuidado, a farmácia hospitalar deve desenvolver ações assistenciais e técnico-científicas, além das atividades logísticas tradicionais. Assim, contribuindo para o uso racional de medicamentos e para a humanização da atenção ao usuário. Mostrando a importância da realização desta atividade em um contexto multidisciplinar, privilegiando a interação direta com os usuários.³

Esta Normativa também estabelece que os hospitais devem direcionar esforços para o fortalecimento dos recursos humanos da farmácia hospitalar, promovendo a segurança do paciente através da adoção de práticas seguras na assistência e cuidados de saúde, além de promover a educação permanente para farmacêuticos e auxiliares.³

Desta forma, esta revisão reforça a importância da reconciliação como ferramenta para evitar erros de medicação e promover a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Organization WH. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005. World Health Organization; 2004.
2. Vinvent C. Segurança do Paciente: Orientações para Evitar Eventos Adversos. São Caetano: Yendis; 2009.
3. Portaria n.º 4.283, de 30 de dezembro de 2010. Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais., 4.283 (2010).
4. Avelar A, Salles C, Bohomol E, Feldman L, Peterlini M, Harada M, et al. 10 Passos para a Segurança do Paciente. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) e Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP); 2010.
5. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.
6. Hiatt HH, Barnes BA, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Leape LL, et al. A study of medical injury and medical malpractice. N Engl J Med. 1989 Aug 17;321(7):480-4.
7. Anacleto T, Rosa M, Neiva H, Martins M. Erros de medicação. Pharm Bras. 2010.
8. Barnsteiner JH. Medication reconciliation: transfer of medication information across settings-keeping it free from error. J Infus Nurs. 2005 Mar-Apr;28(2 Suppl):31-6.
9. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med. 2005 Feb 28;165(4):424-9.
10. Silva M, Lima C, Reis V. Sistemas de Distribuição de Medicamentos em Farmácia Hospitalar. . In: Reis A, Gomes M, editors. Ciências Farmacêuticas Uma abordagem em Farmácia Hospitalar. São Paulo: Atheneu; 2000.
11. Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, Wahlstrom SA, Brown BA, Tarvin E, et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. Arch Intern Med. 2006 Mar 13;166(5):565-71.
12. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD, Labonville SA, Diedrichsen EK, et al. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. J Gen Intern Med. 2008 Sep;23(9):1414-22.
13. Pharmacists ASoH-S. Medication Reconciliation Handbook. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations and 2006.
14. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, et al. Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. J Gen Intern Med. 2010 May;25(5):441-7.

15. McGaw J, Conner DA, Delate TM, Chester EA, Barnes CA. A multidisciplinary approach to transition care: a patient safety innovation study. Perm J. 2007 Fall;11(4):4-9.
16. Karapinar-Carkit F, Borgsteede SD, Zoer J, Siegert C, van Tulder M, Egberts AC, et al. The effect of the COACH program (Continuity Of Appropriate pharmacotherapy, patient Counselling and information transfer in Healthcare) on readmission rates in a multicultural population of internal medicine patients. BMC Health Serv Res. 2010;10:39.

ANEXOS

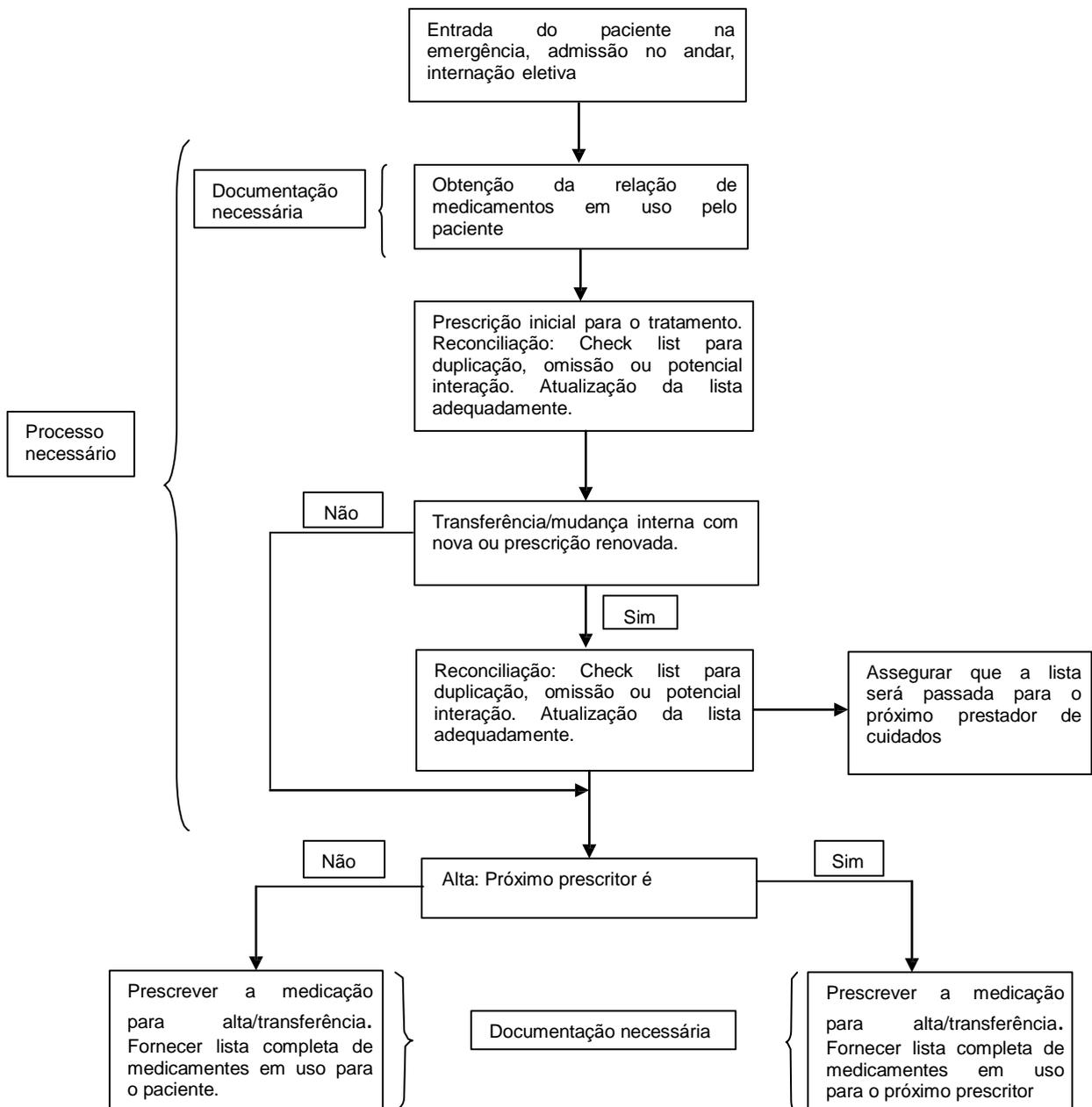


Figura 1. Fluxograma de etapas na reconciliação medicamentosa.

Adaptado de Medication Reconciliation Handbook

Protocolo padrão para coleta do histórico medicamentoso

1. Quem? Estudante de farmácia
2. Quando: Assim que possível após a admissão
3. Usar todos os recursos disponíveis:
 - a. Paciente (apresentar-se e obter o consentimento informal)
 - b. Família
 - c. Alguém que traga os medicamentos ou lista deste de casa, revisar com o paciente/família.
 - d. Disponibilidade de prontuário eletrônico ambulatorial
 - e. Notas de alta prévias

Figura 2. Protocolo padrão para coleta do histórico medicamentoso
Adaptado de Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation