

NAIMO ALY NANGY

**PROCESSO DE RECONCILIAÇÃO DA TERAPÊUTICA
NO DOENTE**

Orientador: Prof. Doutor Luís Monteiro Rodrigues

Coorientadora: Mestre Maria Manuela Teixeira

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

Lisboa

2019

NAIMO ALY NANGY

PROCESSO DE RECONCILIAÇÃO DA TERAPÊUTICA NO DOENTE

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 5 de Junho de 2019, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º: 163/2019, com a seguinte composição:

Presidente: Prof^a. Doutora Patrícia Mendonça Rijo

Arguente: Prof. Doutor Fernando Fernandez-Llimós

Orientador: Prof. Doutor Luís Monteiro Rodrigues

Vogais: Prof^a Ana Mirco (Especialista ULHT)

Prof^a Maria Dulce Santos (Especialista ULHT)

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2019

Agradecimentos

A entrega da presente dissertação resulta do culminar de todo um percurso académico e pessoal, o qual não teria sido possível sem o apoio de todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para tal.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Maria Manuela Teixeira pela sua orientação, disponibilidade e apoio prestado ao longo de todo o processo deste trabalho.

Em segundo lugar gostaria de agradecer à Farmácia do Hospital CUF Infante Santo, por se disponibilizar para que fosse possível realizar o estudo nas suas instalações, e em particular à Dr.^a Rita Oliveira, Dr.^a Teresa Cabeças e Dr.^a Beatriz Pinto por todo o apoio prestado para a realização desta dissertação.

Aos meus colegas de faculdade e amigos, futuros Farmacêuticos, um especial agradecimento pelo incentivo e motivação na realização deste trabalho, e pelo apoio e amizade dispensados ao longo de todo este percurso juntos, aos quais desejo as maiores felicidades profissionais e pessoais.

A todos os meus amigos de fora da faculdade um agradecimento especial pela vossa amizade e companheirismo ao longo de todo o tempo, alguns desde muito cedo.

Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer à minha família, em especial à minha Avó, Mãe e Irmã por todos os valores, apoio e amor dado ao longo destes anos, e por me proporcionarem uma educação superior.

A todos, o meu sincero e sentido,

Muito Obrigado.

Resumo

A Reconciliação da Terapêutica é um processo complexo e contínuo que promove a manutenção de uma lista de medicação atualizada e completa durante as várias transições de cuidados do doente. As transições de cuidados são um ponto crítico no cuidado do doente pois, desencadeiam inúmeros incidentes, a maior parte deles evitáveis.

Os profissionais de saúde envolvidos na Reconciliação da Terapêutica são: médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais de saúde, em constante colaboração com os doentes e familiares e/ou cuidadores. O farmacêutico tem um papel relevante neste processo, para além de rever a medicação identificando as discrepâncias e minimizando os erros de medicação, educa o doente para uma maior adesão à terapêutica. Os erros de medicação são muito comuns e com um elevado potencial de causar dano, sendo imprescindível a sua deteção.

Nesse sentido, este trabalho visou avaliar a importância do processo de reconciliação da terapêutica, revendo todo o seu conceito, a sua história, princípios, implementação, procedimentos, e responsabilidades de cada interveniente no processo. A classificação dos erros de medicação também é revista.

Na parte prática do trabalho avaliou-se o tipo e a incidência de discrepâncias intencionais e não intencionais, entre a história completa da medicação pré-hospitalar e a prescrição médica após admissão hospitalar pelo Serviço de Urgência no Hospital CUF Infante Santo, entre Março a Novembro de 2018. A intervenção farmacêutica nas discrepâncias não intencionais e a respetiva aceitação também foi avaliada.

Palavras-chave: Reconciliação da Terapêutica; Farmacêutico; Discrepâncias; Erros de Medicação; Doente.

Abstract

Medication Reconciliation is a complex and continuous process which ensures the maintenance of an updated and complete list of medical products during the care transitions of the patient. Care transitions are a critical issue in taking care of the patient as they can trigger countless incidents, most of them avoidable.

The health professionals involved in Medication Reconciliation are: doctors, nurses, pharmacists and other healthcare professionals, in constant collaboration with the patients and their families and care givers. The pharmacist has a much relevant role, not only to review the medical products to identify discrepancies and minimizing errors, but also to educate the patients to the prescribed therapeutics. Medication errors are very common and can be harmful, therefore finding them is necessary.

This dissertation aims to evaluate the importance of Medication Reconciliation, discussing about its concept, history, principles, implementation, procedures and responsibilities of all intervenients. The classification of medication errors is also reviewed.

The experiment part of this paper evaluates the type and incidence of intentional and non-intentional discrepancies between the complete pre-hospital medical products history and the medical prescription after admission in the hospital (Emergency service of Hospital CUF Infante Santo) during the period of March to November 2018. The pharmacist intervention on the non-intentional discrepancies and its acceptance was also studied.

Keywords: Medication Reconciliation; Pharmacist; Discrepancies; Medication errors; Patient.

Índice de Abreviaturas

ACCP - *American College of Clinical Pharmacy*

BPMDP - *Best Possible Medication Discharge Plan*

BPMH - *Best Possible Medication History*

CIM - Centro de Informação de Medicamentos

DGS - Direção-Geral da Saúde

EM - Erros de medicação

EMA - Agência Europeia de Medicamentos

FH - Farmácia Hospitalar

FF - Fórmula Farmacêutica

FHNM - Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos

INE - Instituto Nacional de Estatística

ISBAR - *Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation*

ISMP - *Institute for Safe Medication Practices*

JCAHO - *Joint Comission for the Accreditation of Healthcare Organizations*

MNSRM - Medicamentos não sujeitos receita médica

NCC MERP - *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*

NPSG - *National Patient Safety Goal*

OF - Ordem dos Farmacêuticos

OMS - Organização Mundial da Saúde

P.a. - Princípio ativo

PRM - Problemas relacionados com o medicamento

RT - Reconciliação da terapêutica

SF - Serviços Farmacêuticos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TJC - *The Joint Comission*

Índice

Índice de Abreviaturas	iv
Índice de Tabelas.....	vi
Índice de Figuras	vii
Introdução	1
 Capítulo 1 – Revisão da Literatura	 4
1.1. Farmácia Hospitalar.....	4
1.1.1. Responsabilidades da Farmácia Hospitalar	5
1.1.2. Áreas Funcionais da Farmácia Hospitalar	5
1.2. Discrepâncias e Erros de Medicação.....	10
1.2.1. Classificação de Erros de Medicação	12
1.3. Reconciliação da Terapêutica.....	15
1.3.1. História	16
1.3.2. Princípios.....	18
1.3.3. Implementação	20
1.3.4. Procedimento	21
1.3.4.1. <i>Best Possible Medication History</i> (BPMH)	22
1.3.4.2. Admissão	24
1.3.4.3. Transferência	25
1.3.4.4. Alta Hospitalar.....	26
1.3.5. Intervenientes no Processo	27
 Capítulo 2 – Reconciliação da Terapêutica no Serviço de Urgência no Hospital CUF Infante Santo.....	 29
2.1. Objetivos	29
2.2. Materias e Métodos	29
2.3. Resultados	32
2.4. Discussão	36
Conclusão	38
Bibliografia.....	39
Anexos.....	45
Anexo A: Formulário de Reconciliação da Terapêutica na Admissão (BPMH)	45
Anexo B: Folha de Registo de Reconciliação Terapêutica no Serviço de Urgência.....	46

Índice de Tabelas

Tabela 1. Classificação de EM segundo a NCC MERP, (adaptado de AMN, 2017)	12
Tabela 2. Classificação dos EM, (retirado Anacleto et al., 2010)	13
Tabela 3. Responsabilidade de cada elemento da equipa multidisciplinar no processo RT (adaptado de Afonso, 2015).....	28
Tabela 4. Caracterização da amostra estudada no período de estudo.	32
Tabela 5. Caracterização detalhada das discrepâncias.....	35

Índice de Figuras

Figura 1. Número de medicamentos pré-hospitares por respetivo doente.....	33
Figura 2. Número de discrepâncias identificadas por doente.	34
Figura 3. Discrepâncias identificadas no estudo.	34

Introdução

A sociedade portuguesa, a par com a população global, tem vindo a registar ao longo do tempo significativas alterações no seu modo de vida, tendo estas alterações ocorrido a um ritmo mais acelerado nos últimos anos. Estas mudanças acarretam consequências nem sempre positivas para a saúde. Resultado do envelhecimento global da população, consequência do declínio da taxa de natalidade e aumento da esperança média de vida, a prevalência de patologias crónicas duplicou nos últimos 100 anos. Estudos do Instituto Nacional de Estatística (INE) demonstram que em 2080, Portugal terá menos jovens (de 1.5 milhões passa para 0.9 milhões) e o número de idosos irá crescer (de 2.1 para 2.8 milhões) (INE, 2017) .

Como consequência do aumento da população idosa, e o decréscimo da população em idade ativa, que passará de 6,7 para 3,8 milhões de pessoas, o índice de sustentabilidade (quociente entre o número de pessoas com idades entre os 15 e 64 anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos) irá sofrer uma redução acentuada. O mesmo estudo revela que em 2080, por cada 100 idosos existiram 137 pessoas em idade ativa, face às 315 existentes em 2015 (INE, 2017).

É preciso garantir que no futuro as gerações mais velhas tenham acesso a uma boa qualidade de vida. No entanto, a população desta faixa etária apresenta maior prevalência de doenças agudas e crónicas e depende maioritariamente dos serviços de saúde face aos restantes indivíduos da população. Associado a esta realidade a polimedicação, que se caracteriza pelo consumo de três ou mais medicamentos em simultâneo, é um fator que afeta principalmente esta faixa etária, aumentando a probabilidade de interações medicamentosas com efeitos indesejáveis (Waltering, Schwalbe, & Hempel, 2015).

O elevado consumo de medicamentos constitui um risco agravado para o doente, assim como um encargo para o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Portugal é um dos países europeus onde existe maior consumo de medicamentos *per capita* (Diário de Notícias, 2018). Um estudo levado a cabo na região do Porto, revelou que 89,2% da população com idade superior a 65 anos tomava pelo menos um medicamento por dia, e que 59,2% tomava mais do que cinco (Eiras et al., 2015). A toma elevada de medicamentos pode ter consequências negativas para o doente, que vão desde lesões, internamentos podendo, no limite, provocar a morte (Waltering, Schwalbe, & Hempel, 2015).

A profissão farmacêutica nas últimas décadas foi alvo de grande evolução tendo as suas responsabilidades atingido grandes alterações (Waszyk-Nowaczyk, Nowaczyk,

& Simon, 2014). Desde muito cedo, o farmacêutico demonstrou ser um agente relevante na prestação de cuidados em saúde. Para além de serem reconhecidos como especialistas do medicamento constituem uma peça fundamental na relação entre doentes e profissionais de saúde. A intervenção do farmacêutico hospitalar é realizada em colaboração ativa com outros profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros (Johnson, Guirguis, & Grace, 2015).

O papel do farmacêutico torna-se fulcral e central na prevenção, identificação e comunicação dos erros de medicação (EM). Este deve garantir a boa gestão e o uso racional dos medicamentos, ou seja, garantir a monitorização, validação da prescrição e aconselhamento farmacoterapêutico, por forma a assegurar o tratamento mais seguro e efetivo (Serviços Farmacêuticos, 2017).

Os EM podem assumir dimensões clinicamente significativas e impor custos relevantes para o sistema de saúde. A deficiente comunicação entre os diversos níveis de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente os de saúde primária e hospitalares, assim como erros por omissão são das principais causas de EM. Sendo este último, a principal ameaça para a saúde do doente (Almeida, 2017).

Posto isto, e de forma a minimizar os EM, algumas estratégias têm sido implementadas nas diversas unidades de saúde, como por exemplo, o acesso partilhado à informação clínica em formato eletrónico entre os diversos organismos de saúde, e a implementação de programas de Reconciliação da terapêutica (RT). Estas duas opções encontram-se entre as mais sugeridas e documentadas (Simón, 2018).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), a Reconciliação da terapêutica é um “processo de análise da medicação de um doente, sempre que ocorrem alterações na medicação, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação” (DGS, 2016). A Reconciliação da terapêutica ocorre principalmente em ambiente de internamento hospitalar.

Na transição de cuidados dos doentes, a Reconciliação da terapêutica é uma das componentes fundamentais, sendo o objetivo primordial assegurar que nestas transições a informação sobre a medicação do doente é correta e detalhadamente transmitida (World Health Organization, 2014).

Apesar do processo de Reconciliação da terapêutica variar de instituição para instituição de saúde, algumas etapas devem se manter de modo a garantir a efetividade deste processo, tais como (Schnipper et al., 2014) :

- Acesso e conhecimento de toda a medicação que o doente efetua;
- Assegurar que o doente dispõe de todas as informações relativas à medicação prescrita;
- Contribuir para a redução de discrepâncias não intencionais.

Sempre que garantido estes pontos e, havendo uma correta informação de toda a medicação do doente, todo o processo se torna mais fácil e há uma menor probabilidade de ocorrerem discrepâncias nas unidades de cuidados de saúde.

Todo o processo de Reconciliação da terapêutica deve iniciar-se com a *Best Possible Medication History* (BPMH), isto é, a recolha de informação sobre todos os medicamentos e suplementos que o doente toma, de forma contínua e em caso de SOS, à data da entrevista. Como resultado final desta etapa deverá ficar registado, de forma pormenorizada, todo o historial de medicação do doente e suas características (dose, frequência, via de administração, e horários) (Queen's University, 2009).

O passo seguinte consiste em comparar as discrepâncias entre a medicação antes da admissão e a medicação prescrita, caso estas existam. No final do internamento deverá ser novamente revista toda a medicação instituída de forma a criar *Best Possible Medication Discharge Plan* (BPMDP). Este define-se como o plano de medicação atualizado sobre todos os medicamentos e comentários sobre os mesmos (medicamentos iniciados, descontinuados e alterados em relação ao BPMH) (Queen's University, 2009).

Face à pertinência do tema, este trabalho visa a explorar todo o processo de Reconciliação da terapêutica. Também são analisados os tipos de discrepâncias existentes neste processo. A importância da integração de um farmacêutico na equipa da hospitalização através da análise das discrepâncias também é avaliada neste trabalho.

Capítulo 1 – Revisão da literatura

1.1. Farmácia Hospitalar

A Farmácia Hospitalar (FH) é um serviço de saúde, que engloba inúmeras atividades relacionadas com medicamentos e produtos de saúde, como a seleção, preparação, armazenamento, manipulação e distribuição (Ferrand et al., 2017). Cabe a este serviço o aconselhamento ativo aos utentes e a outros profissionais de saúde sobre o uso racional, seguro e eficaz de medicamentos e produtos de saúde (Ribeiro et al., 2005).

A FH é uma área de especialidade reconhecida e regulamentada pela Ordem dos Farmacêuticos (OF), tendo como missão (Conselho do Colégio de Especialidade em Farmácia Hospitalar, 2018):

- Maximizar a contribuição dos medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos autorizados (incluindo reagentes, entre outros) para os resultados pretendidos em saúde, através da sua gestão, abrangendo os processos de seleção, aquisição, prescrição e administração;
- Aumentar a qualidade, eficácia e segurança de todos os métodos relacionados com os medicamentos e produtos de saúde;
- De acordo com o Manual de Boas Práticas de FH assegurar o respeito pelos “7 Certos”: doente certo, medicamento certo, dose certa, via de administração certa, tempo de administração certo, com a informação certa e a documentação certa”;
- Contribuir nos orçamentos dos hospitais através da gestão financeira da FH.

Contudo, os Serviços Farmacêuticos (SF) devem promover a comunicação interdisciplinar incluindo farmacêuticos nas equipas de cuidados de saúde, de forma a contribuir o melhor atendimento ao doente (Viana, Arantes, & Ribeiro, 2017). Este serviço deve promover o desenvolvimento de ações que visem aumentar a investigação científica e ensino, e a implementação e monitorização da política de medicamentos, definida no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM) e pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (Ordem dos Farmacêuticos, 2016).

1.1.1. Responsabilidades da Farmácia Hospitalar (Ribeiro et al., 2005)

- Seleção e aquisição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos;
- Receção e armazenamento;
- Preparação de medicamentos – farmacotecnia;
- Distribuição de medicamentos e outros produtos de saúde;
- Farmácia Clínica, Farmacocinética, Farmacovigilância e a prestação de Cuidados Farmacêuticos;
- Farmacoterapia Aplicada;
- Participação em Comissões Técnicas (Farmácia e Terapêutica, Infecção Hospitalar, Higiene e outras);
- Colaboração na elaboração de protocolos terapêuticos;
- Participação nos Ensaios Clínicos;
- Colaboração na prescrição de Nutrição Parentérica e sua preparação;
- Informação de Medicamentos;
- Desenvolvimento de ações de formação – uso racional do medicamento.

1.1.2. Áreas funcionais dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

Seleção, aquisição, armazenamento:

A FH participa de forma bastante ativa na gestão do medicamento, dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos, permitindo dispor de produtos seguros, eficazes e de elevada qualidade, de forma a garantir que ao doente seja administrado o melhor medicamento. A seleção de medicamentos é feita de forma apropriada e racional por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, tendo por base o FHNM e a respetiva atenda, garantindo a total necessidade terapêutica dos diversos doentes existentes no hospital a custos mais baixos (Ribeiro et al., 2005).

A aquisição do medicamento, dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos é da responsabilidade do farmacêutico em sinergia com o Serviço de Aprovisionamento tendo como conceitos essenciais o Valor Terapêutico Acrescentado e métodos de análise farmacoeconómica (Ordem dos Farmacêuticos, 2016). Este processo deve garantir que os produtos adquiridos são armazenados em locais com as condições necessárias e haver uma boa gestão de *stocks* evitando a rutura dos mesmos (Ribeiro et al., 2005).

Farmacotecnia:

A farmacotecnia é o setor dos SF onde se efetua a preparação de formulações de medicamentos necessários ao hospital que não se encontram disponíveis no mercado. As preparações devem apresentar as características e exigências de qualquer medicamento, ou seja, um nível de segurança, eficácia e qualidade elevada, promovendo uma gestão mais racional dos recursos, com objetivo primordial de responder às necessidades específicas de cada doente, como recém-nascidos, doentes pediátricos, doentes idosos ou doentes com patologias especiais (Crujeira et al., 2007). As formulações preparadas nos SF hospitalares são reguladas pelo DL 95/2004, de 22 de abril, e pela portaria nº594/2004, que aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados nas farmácias comunitárias e hospitalares (Ribeiro et al., 2005).

No sector de farmacotecnia podem ser encontradas a manipulação de medicamentos não estéreis, manipulação de medicamentos estéreis, preparação de citotóxicos, e reembalagem de medicamentos (Ribeiro et al., 2005).

A manipulação de medicamentos não estéreis tem como finalidade a preparação de fórmulas magistrais e preparados oficinais. No mesmo Decreto-Lei, define Fórmula magistral como “medicamento preparado em farmácia de oficina ou nos SF hospitalares segundo receita médica que especifica o doente a quem o medicamento se destina” (DL 95/2004, Artigo 1º), e preparado oficial sendo o “medicamento preparado segundo as indicações compendias de uma farmacopeia ou de um formulário, em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado directamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço” (DL 95/2004, Artigo 1º).

A preparação de medicamentos estéreis necessita de técnicas assépticas, de forma a diminuir a ocorrência de contaminações (Gouveia et al., 2013). São manipulados principalmente bolsas de nutrição de administração parentérica e colírios. A Nutrição Parentérica é um regime de nutrição artificial, que permite o aporte de nutrientes (glucose, lípidos, aminoácidos, eletrólitos, água e vitaminas), por via endovenosa, conforme as necessidades do doente (Gouveia et al., 2013). O farmacêutico hospitalar é o profissional de saúde especializado e responsável devido ao conhecimento de normas e protocolos para a elaboração deste tipo de misturas complexas (Bohl & Parks, 2017).

A oncologia médica é uma das áreas da saúde que tem apresentado maior desenvolvimento científico nos últimos anos. Os medicamentos ou fármacos utilizados

em quimioterapia designam-se por citotóxicos ou citostáticos, têm proporcionado maior longevidade, qualidade de vida e bem-estar aos doentes. Estes medicamentos, apresentam um elevado grau de toxicidade, sendo imperativo cumprir normas nacionais e internacionais com base em padrões de qualidade e segurança na sua manipulação (Gouveia et al., 2013). Os farmacêuticos hospitalares assumem um papel de elevada relevância na receção, validação dos protocolos terapêuticos, preparação e dispensa de citotóxicos (Holle et al., 2017).

A maior parte dos fármacos não se encontra disponíveis em embalagens com doses unitárias. A reembalagem e rotulagem de medicamentos para doses unitárias deve ser efetuado de forma a garantir a segurança e qualidade do medicamento. É um processo fulcral em meio hospitalar, pois permite minimizar possíveis erros no momento da sua administração (Conselho do Colégio de Especialidade em Farmácia Hospitalar, 2018). Para tal, é fundamental que a reembalagem garanta a identificação do medicamento. O rótulo deve possuir todas as informações principais relativas aos medicamentos, nomeadamente, o (s) princípio (s) ativo (s), a dosagem, o lote e o prazo de validade (Ribeiro et al., 2005).

Distribuição:

A distribuição de medicamentos é a atividade dos SF Hospitalares com elevada notoriedade para os serviços clínicos. É um processo crucial no circuito do medicamento (prescrição, validação, dispensa, administração) (CUF DESCOBERTAS, 2017). A distribuição permite o cumprimento da prescrição, ou seja, o medicamento chegue à hora correta, ao doente certo, dose e frequência adequados, minimizando os erros relacionados com a medicação e racionalizando o uso da terapêutica. Para tal, é imprescindível que o processo de distribuição seja organizado e diversos tipos de distribuição estejam presentes num hospital. Pode-se diferenciar a distribuição feita em regime de ambulatório, distribuição dirigida a doentes em regime de internamento, e distribuição de medicamentos sujeitos a legislação restritiva (Ribeiro et al., 2005).

A distribuição feita em regime de ambulatório, existe um maior controlo e vigilância sobre algumas terapêuticas a utilizar. Os medicamentos dispensados neste regime de distribuição apresentam efeitos secundários graves, havendo necessidade de assegurar a adesão à terapêutica (execução do plano terapêutico prescrito), ou quando a sua participação é a 100%. A medicação adjuvante a alguns ciclos de quimioterapia e outros tratamentos como na Hepatite ou HIV-SIDA estão incluídos neste regime de distribuição (CUF DESCOBERTAS, 2017).

Na distribuição de medicamentos a doentes em regime de ambulatório, existe a distribuição em dose Unitária e/ou individual e a reposição periódica de *stocks* nivelados. Os medicamentos no regime de distribuição individual diária em dose unitária são dispensados consoante o perfil farmacoterapêutico do doente para um período de 24 horas. Todas as prescrições médicas são revistas e validadas pelo farmacêutico, ou seja, qualquer dúvida existente na prescrição médica tem de ser resolvida de forma imediata com o prescritor. Este sistema permite maximizar a segurança no circuito do medicamento, diminuir os riscos de interações medicamentosas e racionalizar melhor a terapêutica (Ribeiro et al., 2005). A reposição de *stocks* nivelados, consiste na reposição periódica de medicamentos previamente definidos pelos farmacêuticos, médicos e enfermeiros de acordo com as necessidades e consumos de cada serviço existente no hospital (CUF DESCOBERTAS, 2017).

Os estupefacientes, psicotrópicos, benzodiazepinas, hemoderivados e medicamentos em ensaio clínico possuem um circuito especial de distribuição, por serem medicamentos sujeitos a legislação especial. O controlo de estupefacientes e psicotrópicos é regido pelo DL 15/1993, de 22 de janeiro, que estabelece o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos. A existência de uma prescrição de um medicamento sujeito a legislação especial concebe um pedido, depois de validada por parte do farmacêutico responsável, é que se procede à sua distribuição (CUF DESCOBERTAS, 2017).

Farmácia Clínica, Farmacovigilância e Farmacocinética

A Farmácia Clínica é uma área cuja atividade do farmacêutico é centrada no doente com o objetivo primordial de maximizar a terapêutica farmacológica de forma a promover resultados na saúde através da cura e/ou prevenção a doença (Al-Baghdadi et al., 2017). Para isso, o farmacêutico hospitalar terá que integrar uma equipa multidisciplinar, acompanhando de forma ativa médicos, enfermeiros, fisiatras e outros profissionais de saúde (Dreischulte & Fernandez-Llimos, 2016).

Segundo *American College of Clinical Pharmacy* (ACCP), um dos contributos da farmácia clínica é o uso racional do medicamento (Smith et al., 2008). O uso racional do medicamento consiste em promover o uso de medicamentos adaptado às necessidades clínicas, adequado em doses individuais durante um período de tempo definido, a custo baixo para o paciente e a sua comunidade (Allegaert, 2018).

A FH colabora na identificação, registo e avaliação das reações adversas provocados por medicamentos, nomeadamente a Farmacovigilância. A avaliação de reações adversas por parte dos farmacêuticos e outros profissionais de saúde permite detetar e identificar o aparecimento de novas reações adversas e possíveis interações medicamentosas, alterar a frequência de reações adversas já conhecidas, e melhorar o conhecimento do perfil do medicamento (Pitts et al., 2016).

A Farmacocinética Clínica é um ramo da FH, tendo como função evitar a toxicidade e otimizar a terapêutica farmacológica, através da monitorização dos níveis séricos de fármacos. A monitorização de concentrações farmacológicas séricas permite à equipa clínica, ajustar a dose de medicamentos minimizando o risco de sobredosagem, promovendo a qualidade de vida do doente, conseguindo-se conjuntamente uma otimização do custo-benefício associado à intervenção medicamentosa. A terapêutica com fármacos de estreita margem terapêutica ou com variabilidade de comportamento cinético são principais candidatos a uma monitorização mais atenta (Sy, Zhuang, & Derendorf, 2016). A presença de um farmacêutico na revisão das prescrições é uma das formas práticas de monitorização terapêutica, conseguindo-se desta forma prevenir EM.

Fundamentando os conhecimentos relevantes de farmacovigilância e farmacocinética permitirá um importante contributo na elaboração do plano terapêutico e no desenvolvimento e implementação de protocolos clínicos (Crujeira et al., 2007).

Informação sobre Medicamentos

A Informação sobre Medicamentos é uma atividade farmacêutica que reúne e tratam a informação científica sobre os diversos aspetos relacionados com os medicamentos. A crescente complexidade e número de novos medicamentos requer a criação de um centro de informação de medicamentos (CIM), nos SF Hospitalares. Através deste apoio científico, os farmacêuticos divulgam ativamente e periodicamente, informação atualizada e importante sobre a melhor forma de utilizar os medicamentos, a outros profissionais de saúde, promovendo uma terapêutica mais segura e racional (Ordem dos Farmacêuticos, 2018). O CIM para além de disponibilizar informações a outros profissionais de saúde deve prestar serviços de informação sobre medicamentos a doentes e familiares de acordo com as suas necessidades. A informação sobre medicamentos prestada pelo farmacêutico à restante equipa de saúde pode contribuir decisivamente para a saúde do doente (Ribeiro et al., 2005).

1.2. Discrepâncias e Erros na Medicação

A DGS define discrepância na medicação como “diferença entre a medicação habitual do doente e a medicação instituída em cada momento de transição de cuidados que pode ser intencional ou não intencional e que para a qual não se encontre justificação no processo clínico do doente ou em qualquer outra fonte de informação considerada aceitável” (DGS, 2016).

De acordo com “*The High 5s Project – Medication Reconciliation Implementation Guide*”, as discrepâncias medicamentosas encontram-se divididas em três categorias principais (World Health Organization, 2014a):

- Intencionais: a medicação do doente foi conscientemente alterada pelo prescritor tendo em consideração o plano de cuidados do doente e/ou segundo o formulário hospitalar. A mudança no regime terapêutico do doente é justificada e documentada;
- Intencionais não documentadas: o prescritor procede deliberadamente a alterações intencionais no regime terapêutico do doente, contudo não está documentada. As alterações não documentadas podem causar confusão entre os profissionais de saúde envolvidos, exigir esclarecimentos adicionais, atrasar processos e levar a EM;
- Não intencionais: alterações incorretas e não justificadas entre o BPMH e as prescrições, a cada momento de transição de cuidados.

As discrepâncias incluem adição, suspensão ou substituição do medicamento por um outro da mesma classe farmacoterapêutica, duplicação da terapêutica, diferente dose, frequência, forma farmacêutica, entre outras (Makary & Daniel, 2016)

As discrepâncias não intencionais são consideradas EM. A Agência Europeia de Medicamentos (EMA) define EM como uma falha não intencional no processo de tratamento farmacológico que leva, ou tem potencial para produzir dano ao doente (Simón, 2018). Outros autores definem EM como incidente evitável que pode originar dano ao doente, ou levar a um uso inadequado dos medicamentos, sob a responsabilidade de profissionais de saúde, do doente ou consumidor (Dirik et al., 2019).

Este tipo de discrepâncias são potencialmente perigosas para o doente pois, facilmente conduzem a efeitos adversos ou problemas relacionados com o

medicamento (PRM), comprometendo a continuidade dos cuidados do doente e a sua segurança (World Health Organization, 2014a).

A discrepância não intencional mais frequente no regime de medicação é a omissão (medicamentos pré-admissão são omissos no regime terapêutico instituídos aquando a admissão, consequentemente não administrados durante o internamento e não integrados na alta hospitalar). Um estudo realizado num serviço de urgência revelou que 77,5% dos doentes tinham uma ou mais discrepâncias das quais 60,8% eram discrepâncias não intencionais. As omissões foram as discrepâncias não intencionais mais comuns (Abdulghani et al., 2018; Zarif-Yeganeh et al., 2017). O *Institute of Medicine* (IOM) refere que em média, os doentes hospitalizados estão sujeitos a pelo menos um EM por dia (Radley et al., 2013).

As situações consideradas urgentes, ou seja, internamentos não programados são também consideradas possíveis causas de EM. Uma vez que estas correspondem a um ambiente desconhecido para os profissionais de saúde, em que o doente necessita rapidamente de medicação, sendo que por vezes este e/ou os seus acompanhantes não conseguem comunicar o seu histórico e a medicação em curso. Este problema pode agravar-se quando existem questões de barreira linguística. Nesse sentido, os EM podem ser causados por escassez de informação relacionada com o doente e o medicamento, barreiras existentes na comunicação entre profissionais de saúde, falta de profissionais de saúde, entre outras razões. Qualquer um destes, ou uma combinação, pode afetar a prescrição, dispensa, preparação, administração ou consumo da medicação errada ou a dose errada, no momento errado (Almeida, 2017).

Os EM são uma das principais causas de morbilidade, com consequências clínicas e impacto significativo a nível económico e social para os doentes e para a sociedade, representando um importante problema de saúde pública (Belda-Rustarazo et al., 2015; Rodriguez et al., 2016). Posto isto, é imprescindível a implementação de medidas de prevenção, salientando a importância da Reconciliação da terapêutica. A OMS iniciou um programa global em 2017 de forma a incentivar os países a diminuírem em 50% os erros associados a medicamentos nos próximos 5 anos (Organization, 2017).

1.2.1. Classificação de Erros de Medicação

Os EM podem ser classificados em diferentes tipos e subtipos, de acordo com o estudo de 1998 do *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCC MERP). Em 2001 procedeu-se a uma atualização desta classificação, tendo esta sido dividida em nove categorias (A – I), em função da gravidade, considerando se provoca ou não danos ao doente, a duração e a extensão desse dano, e a necessidade de algum tipo de intervenção, conforme apresentado na tabela 1 (Anacleto et al., 2010).

Tabela 1 - Classificação de EM segundo a NCC MERP, (adaptado de AMN, 2017)

Sem Erro	Categoria A	Circunstâncias ou eventos que têm a capacidade de provocar erro;
Erro, sem dano para o doente	Categoria B	Ocorrência de um erro, sem atingir o doente;
	Categoria C	Ocorrência de um erro que atingiu o doente, mas originou danos ao doente;
	Categoria D	Ocorrência de um erro que atingiu o doente, com necessidade de monitorização para confirmar que não resultou em dano para o doente e/ou necessidade de resposta para evitar danos;
Erro, com dano para o doente	Categoria E	Ocorrência de um erro com possibilidade de causar danos temporários no doente, havendo a necessidade de intervenção;
	Categoria F	Ocorrência de um erro com possibilidade de danos temporários para o doente, com necessidade de hospitalização inicial ou prolongada;
	Categoria G	Ocorrência de um erro com possibilidade provocar danos permanentes no doente;
	Categoria H	Ocorrência de um erro, com necessidade de intervenção - suporte de vida;
Erro que causa a morte do doente	Categoria I	Ocorrência de um erro, que levou à morte do doente.

Esta classificação apresentava algumas limitações, na medida em que não era possível analisar a fase do circuito do medicamento em que ocorreu o erro, sendo assim difícil delinear medidas preventivas. Neste sentido, em 2008 foi publicada uma atualização a esta classificação, desenvolvida por especialistas espanhóis sobre a supervisão da *United States Pharmacopeia* e sob coordenação do *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) de Espanha. Nesta atualização foram incorporadas outras classificações sugeridas por outros profissionais de saúde, resultado da sua experiência na análise de erros ocorridos em hospitais espanhóis, e que eram partilhadas com o ISMP Espanha, através de sistemas de notificação de incidentes (tabela 2) (Anacleto et al., 2010).

Tabela 2: Classificação dos EM, (retirado Anacleto et al., 2010).

Tipos de Erros de Medicação	
1. Medicamento Errado	
1.1. Prescrição inadequada do medicamento	
1.1.1. Medicamento não indicado /não apropriado para o diagnóstico que se pretende tratar	
1.1.2. História prévia de alergia ou reação adversa	
1.1.3. Medicamento inadequado para o doente devido à idade, situação clínica, etc.	
1.1.4. Medicamento contraindicado	
1.1.5. Interação medicamento-medicamento	
1.1.6. Interação medicamento-alimento	
1.1.7. Duplicação terapêutica	
1.1.8. Medicamento desnecessário	
1.2. Transcrição/dispensa/administração de um medicamento diferente do prescrito	
2. Omissão de dose ou do medicamento	
2.1. Falta de prescrição de um medicamento necessário	
2.2. Omissão na transcrição	
2.3. Omissão na dispensa	
2.4. Omissão na administração	
3. Dose errada	
3.1. Dose maior	
3.2. Dose menor	
3.3. Dose extra	
4. Frequência da administração errada	

5. Forma farmacêutica errada
6. Erro manipulação e/ou acondicionamento
7. Técnica de administração errada
8. Via de administração errada
9. Velocidade de administração errada
10. Horário de administração errado
11. Doente errado
12. Duração do tratamento errada 12.1. Duração maior 12.2. Duração menor
13. Monitorização do tratamento insuficiente
14. Medicamento deteriorado
15. Falta de adesão do doente
16. Outros
17. Não se aplica

1.3. Reconciliação da terapêutica

Os medicamentos são considerados a primeira linha terapêutica na maior parte das doenças, permitem a prevenção, recuperação ou manutenção das condições de saúde da população (Infarmed I.P., 2016).

O artigo 3º do DL 76/2006 de 30 de agosto, define medicamento como “toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” (DL 76/2006, Artigo 3º).

O envelhecimento gradual da população, que tem conduzido a um elevado aumento de doentes com diversas patologias e, inexoravelmente, à polimedicação, têm contribuído para a importância do processo de Reconciliação da terapêutica. A entrada de diversos medicamentos genéricos no mercado e o aparecimento de novas abordagens terapêuticas promovem também para a crescente importância deste tema (Silva & Figueira, 2018).

A prescrição de esquemas terapêuticos mais complexos, contribuem para uma intervenção sistemática dos profissionais de saúde não só no momento em que recebem o doente, bem como no momento em que o transferem, seja para outra unidade de serviço do hospital seja para a comunidade. As transições entre cuidados de saúde são pontos críticos caracterizados por inúmeras alterações no regime de medicação do doente (DGS, 2017).

Garantir o uso seguro de medicamentos é de elevada importância, pois a terapia medicamentosa é uma das intervenções mais difundidas no sistema de saúde (Lehnbom et al., 2014). No entanto, os EM ocorrem com frequência, são considerados a causa mais evitável dos danos ao paciente em hospitais, na comunidade e em outras instalações de cuidados de saúde, e têm um elevado impacto no sistema de saúde (Rodriguez et al., 2016).

A definição de Reconciliação da terapêutica varia dependendo do autor, segundo o *Institute for Healthcare Improvement* a Reconciliação da terapêutica é um processo de elaboração de uma lista atualizada de toda a medicação do doente e, comparar essa lista com a medicação instituída na admissão, transferência e alta

hospitalar, com objetivo primordial de providenciar a medicação correta em todos os pontos de transição de cuidados (Institute for Healthcare Improvement, 2018).

1.3.1. História da Reconciliação da terapêutica

A garantia de cuidados de saúde com qualidade e segurança do doente assumiu uma crescente preocupação, tanto para dos doentes e suas famílias, como para os profissionais de saúde, cuja missão primordial consiste na prestação de cuidados com elevado nível de efetividade, eficiência e baseados na melhor evidência disponível. A investigação e a inovação na saúde nestas temáticas constituem apostas fundamentais (ESTSL, 2013). Posto isto, nos últimos anos o processo de Reconciliação da terapêutica tem sido um dos temas debatidos em muitos países europeus, Estados Unidos da América e um pouco pelo resto do mundo. A Reconciliação da terapêutica é designada uma prática organizacional exigida pelas autoridades de acreditação hospitalar no Canadá, nos EUA e no Reino Unido (Rodriguez et al., 2016)

A *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), atualmente designada por *The Joint Commission* (TJC) introduziu a Reconciliação da terapêutica como *National Patient Safety Goal* (NPSG) - Objetivo Nacional de Segurança do Paciente, em 2005 (Mekonnen, McLachlan, & Brien, 2016). Esta organização é um organismo sem fins lucrativos que credita unidades de saúde nos Estados Unidos (presentemente conta com aproximadamente 21 000 organizações e programas de saúde creditados e certificados) sendo o seu objetivo principal a segurança do doente e a qualidade dos serviços nos cuidados prestados ao doente (The Joint Commission, 2019).

Em 2006, a Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciou um projeto chamado “Action on Patient Safety: High 5s”. O nome do projeto resulta dos cinco grandes problemas e respetivamente das cinco grandes soluções, de forma a aumentar a segurança dos doentes nos cuidados hospitalares. A Reconciliação da terapêutica é umas das intervenções propostas para maximizar a segurança dos doentes (World Health Organization, 2014b).

Em Portugal, no Diário da República foi aceite o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da DGS, um instrumento de apoio na prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS. Este refere que

entre 2015 e 2017, a DGS Serviços Partilhados do Ministério da Saúde tem como meta “desenvolver sistema de informação para a reconciliação terapêutica das instituições do Serviço Nacional de Saúde” (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde [GSEAMS], 2015), e entre 2018 e 2020, todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde do SNS e com ele convencionado, devem “implementar práticas seguras no âmbito da reconciliação da terapêutica” (GSEAMS, 2015). Um dos objetivos globais para o final do ano de 2020 é diminuir 50% em cada ano, o número de EM, quando comparado com o ano anterior das instituições supramencionadas (GSEAMS, 2015).

Em 2016, foi publicada uma norma da DGS sobre Reconciliação da terapêutica, ditando os princípios gerais para realização deste processo na transição de cuidados, a todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde (DGS, 2016).

Em Março de 2010, no Hospital Garcia de Orta, na unidade Orto-Traumatologia, foi implementado um projeto-piloto de Reconciliação da terapêutica para detetar e classificar as discrepâncias existentes entre a medicação pré-hospitalar e a medicação prescrita após admissão hospitalar. Os dados deste projeto foram apresentados na reunião “Os contributos da Reconciliação Terapêutica para a Segurança do doente” a 27 de Abril de 2011, no Infarmed. Nesse mesmo ano, no Centro Hospitalar Cova da Beira EPE, iniciou também com um projeto sugerido pela *European Network for Patient Safety* sobre a RT (Domingos, 2013; Matias, 2011).

1.3.2. Princípios da Reconciliação da terapêutica

O princípio fundamental reconhecido no processo de Reconciliação da terapêutica é a segurança do doente. A Reconciliação da terapêutica deverá ser adaptada ao local de prestação de cuidados e a cada caso em particular. Este processo rege-se por diversos princípios.

Eis princípios que caracterizam a Reconciliação da terapêutica (DGS, 2016; Liang, Alper, & Hickner, 2007; Matias, 2011).

1. É um processo que envolve uma revisão constante e detalhada de toda a medicação do doente quanto à sua eficácia e efeitos adversos, tornado este processo contínuo, dinâmico e de gestão eficaz na utilização segura do medicamento;
2. Deve ser centrado no doente, sempre considerando o respeito pelas suas necessidades, convicções culturais, filosóficas e religiosas. Tendo em conta a literacia, compreensão e educação do doente desenvolver a comunicação adequada. Conferir suporte emocional e o alívio do medo e ansiedade;
3. Os profissionais de saúde devem desenvolver estratégias e medidas que garantam o envolvimento total do doente e familiares e/ou cuidadores, estabelecendo uma relação de confiança e promovendo uma melhor adesão à terapêutica;
4. Assegurar que o doente possa usar como referência pessoal uma lista pormenorizada e atualizada de toda a medicação;
5. Na lista de medicação deve constar todos os medicamentos, inclusive medicamentos não sujeitos receita médica (MNSRM), vitaminas, suplementos e outros produtos de saúde, juntamente com as respetivas doses e frequências de administração. Deverá estar mencionado também as reações alérgicas do doente;
6. O processo de Reconciliação da terapêutica poderá ocorrer em qualquer local ou nível de cuidados de saúde sempre que surjam alterações no regime terapêutico doente;
7. A transição entre instituições de cuidados ou mesmo entre serviços clínicos deve beneficiar do processo de Reconciliação da terapêutica, visto que são pontos onde existem numerosas alterações na medicação do doente;
8. Depende da colaboração de uma equipa interdisciplinar e interdependente. É crucial que os médicos envolvam os diferentes profissionais de saúde, de forma a auxiliar e assegurar que a informação da medicação seja útil

proporcionando a eficácia e eficiência do tratamento. Todos os profissionais que colaboram nos cuidados do doente deverão ter acesso à lista da medicação para o êxito do processo de Reconciliação da terapêutica;

9. Deveres éticos, restrições legais e preferências pessoais por parte dos doentes da não inclusão de certos medicamentos na sua lista de medicação, poderão conduzir a danos previsíveis e evitáveis, o que pode afetar adversamente a segurança do doente. Contudo, o doente deve informar aos profissionais a exclusão ou omissão de medicamentos.

1.3.3. Implementação

Na última década, a segurança do doente e a otimização da terapêutica tenha ganho elevada importância. Posto isto, muitos países recomendam ou exigem a implementação do processo de RT nas instituições prestadoras de cuidados de saúde (World Health Organization, 2014b) .

O sucesso de implementação do processo de Reconciliação da terapêutica na rotina hospitalar deve ser iniciada em pequena escala, ou seja, requer uma abordagem sistemática, que permita ao número de profissionais envolvidos adaptarem a novos processos e procedimentos. É necessário que o processo esteja adaptado às estruturas organizacionais, aos fluxos de trabalho de cada organização e às necessidades clínicas de cada doente. As opções para que a implementação seja feita de uma forma sistemática, conforme o local são (Greenwald et al., 2010):

- Numa determinada área clínica ou serviço específico;
- Iniciar o processo no momento da admissão ou alta hospitalar;
- Iniciar em doentes com maiores probabilidades para eventos adversos;
- Iniciar em doentes com medicação de alto risco.

É crucial desenvolver um plano pragmático e funcional para que o processo de implementação de Reconciliação da terapêutica seja alcançado e seja o mais completo possível. Assegurar que aconteça em pontos críticos de transições de cuidados, nomeadamente, na admissão, transição intra/inter serviços e na alta hospitalar, a todos os doentes hospitalizados e envolver as respetivas medicações (Greenwald et al., 2010) .

Segundo a DGS, caso não for realizável a implementação simultânea em todos pontos, deve-se definir prioridades: nos Cuidados Hospitalares, o ponto vulnerável a ponderar é admissão caso resulte em internamento; nos Cuidados de Saúde Primários, o ponto crítico é a consulta após a alta hospitalar; nos Cuidados Continuados Integrados, deverá ser a admissão (DGS, 2016)

Os profissionais de saúde participantes devem estar evidentemente definidos as suas respetivas funções nas diferentes etapas no processo, e garantir que a forma de comunicação e transmissão da informação seja feita de forma eficaz, atualizada e adequada (DGS, 2016).

1.3.4. Procedimento

A *Joint Commission* recomenda cinco etapas fundamentais para a realização do processo de Reconciliação da terapêutica (Johnson et al., 2015):

1. Desenvolver uma lista completa e atualizada de toda a medicação do doente, bem como outras informações, antes da admissão – BPMH;
2. Desenvolvimento de uma lista de medicamentos a serem prescritos;
3. Comparar as duas listas, certificar que a medicação prescrita foi adequada com o objetivo de identificar possíveis discrepâncias;
4. Análise e tomada de decisões com a equipa médica acerca da comparação referida anteriormente, de forma a dar continuidade à medicação;
5. Comunicar e fornecer uma lista com medicação aos prestadores de cuidados e ao doente.

No decorrer deste processo, as fontes de informação utilizadas na primeira etapa devem ser credíveis de forma a elaborar a lista de medicação. A recolha de informação pode ser iniciada em sinergia por enfermeiros e farmacêuticos, mas também por médicos (Curatolo & Cudennec, 2014).

Seguidamente, nos passos três e quatro, sempre que o doente é internado, transferido entre unidades ou tem alta hospitalar, os profissionais envolvidos irão assegurar uma revisão correta de todos os medicamentos que o doente toma, garantindo que a introdução, alteração ou interrupção de um medicamento seja avaliado, de forma a evitar ou prevenir discrepâncias não intencionais. São comunicadas ao médico prescritor as discrepâncias não intencionais identificadas, e caso seja necessário proceder-se às respetivas alterações. É precisamente nesta fase que se recorre à Reconciliação da terapêutica propriamente dita (DGS, 2016, 2017; Domingos, 2013).

A última etapa pode ser especialmente importante nos processos de transferência ou alta hospitalar, consiste na partilha da lista de medicação completa e atualizada, incluindo os medicamentos descontinuados e comentários importantes, com o próximo profissional de saúde e com o doente (Domingos, 2013).

1.3.4.1. Best Possible Medication History (BPMH)

O processo de Reconciliação da terapêutica pode ser realizado na forma de um procedimento simples e básico até uma forma complexa e exaustiva, mas todas as versões dispõem a BPMH (Curatolo & Cudennec, 2014). A BPMH baseia-se na recolha de informação de toda a história de medicação do doente por um profissional de saúde (Queen's University, 2009a).

Segundo a *Joint Commission* a história de medicação inclui todos os princípios ativos (p.a.), MNSRM, suplementos e vitaminas, com a respetiva dose, frequência e via de administração. As reações alérgicas, e interações medicamentosas também devem estar documentadas bem como outras informações importantes (Schnipper et al., 2014). Se exequível, investigar se o utente adere à respetiva terapêutica. Estima-se que 50% da população residente nos países desenvolvidos não cumpre a prescrição médica até ao fim (Salgueiro, 2019).

A obtenção da BPMH envolve recolha de informação a diversas fontes, como (Queen's University, 2009a; Rodriguez Vargas et al., 2016):

- Entrevista ao doente sobre a sua terapêutica;
- Método “brown paper bag” (consiste em pedir ao doente para apresentar as caixas de todos os medicamentos);
- Entrevista aos familiares e/ou cuidadores;
- Contatar o médico de família e a farmácia comunitária frequentada pelo doente;
- Consultar as receitas do doente.

O profissional de saúde que fará a entrevista, deverá ter uma lista pradonizada de perguntas de forma garantir a consistência e a recolha máxima de informação. Quando a entrevista ao doente não for possível, a fonte primária para a obtenção da BPMH deverá ser um familiar ou prestador de cuidados que tenha conhecimento sobre a terapêutica do mesmo (Schnipper et al., 2014). A BPMH deve ser finalizada nas 24h que se seguem ao internamento do doente. O desenvolvimento da BPMH deve ser tanto quanto possível da responsabilidade dos farmacêuticos, assim como, a recolha, validação, reconciliação e comparação com a medicação atual, uma vez que estes são profissionais de saúde que melhor conhecem as características do medicamento e as eventuais interações (Rodriguez Vargas et al., 2016; Schnipper et al., 2014)

Esta fase do processo nem sempre é possível ser realizada por um farmacêutico, dado o seu reduzido número nos hospitais e a sua falta de

disponibilidade para acompanhar todos os casos. No entanto, sendo esta intervenção parte de um processo multidisciplinar, a Reconciliação da terapêutica pode também ser realizada por médicos, enfermeiros ou técnicos, desde que tenham formação específica (Johnson et al., 2015)

1.3.4.2. Admissão

A história de medicação na admissão hospitalar é realizada para determinar o regime de medicação durante a hospitalização, promovendo a medicação correta ao paciente e evitar EM (Rodriguez Vargas et al., 2016).

Após a admissão hospitalar, envolvendo o doente ou familiar e/ou cuidador é elaborado uma lista de medicação e outras informações, se possível registadas em sistema informático. Seguidamente, é efetuado uma análise detalhada de toda a informação recolhida, de forma padronizada, pelo farmacêutico responsável (Santos & Domingos, 2013). A situação clínica do doente, o baixo nível de instrução em saúde, alterações na linguagem e audição podem tornar mais difícil o relato de todos os medicamentos que o doente toma no momento da admissão (Rodriguez Vargas et al., 2016).

O farmacêutico hospitalar irá assegurar que a Reconciliação da terapêutica seja realizada num prazo máximo de 24 horas a 72h seguintes à admissão, por comparação da medicação prescrita aquando da admissão com a informação relativa à medicação pré-hospitalar constante na BPMH, levando à deteção das discrepâncias (Santos & Domingos, 2013)

Durante a admissão, os doentes estão sujeitos a alterações na sua medicação que podem originar EM. Estudos demonstram, a percentagem de erros relatados na RT na admissão hospitalar varia de 26,9% a 86,8%. (Mazhar et al., 2017), estima-se que aproximadamente 60% dos doentes internados apresentam ≥ 1 discrepância na sua história de medicação durante a admissão (Gizzi et al., 2010).

1.3.4.3. Transferência

Quando um paciente é internado numa unidade hospitalar, transferido de uma unidade para outra, transferido em diferentes níveis de especialidade dentro da mesma unidade, são pontos de risco para adquirir informações imprecisas (Lehnbom et al., 2014).

Segundo a DGS, a transição de cuidados de saúde consiste em “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (DGS, 2017).

Estima-se que 80% dos erros médicos graves surgem devido à escassez de comunicação entre os profissionais de saúde na transição de cuidados (Johnson et al., 2015). No decorrer do processo de transferência de cuidados, as lacunas mais comuns de comunicação estão relacionadas com as “omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades” (DGS, 2017). Consequentemente provoca ineficiência e continuidade no processo geral de tratamento doente, monitorização insuficiente e promove elevadas despesas de saúde (Johnson et al., 2015).

A comunicação adequada e oportuna, incluindo informações sobre medicamentos que foram iniciados, interrompidos ou alterados, é importante nas transições de cuidados para evitar EM que possam levar a sintomas novos ou piores, re-hospitalização ou morte (Lehnbom et al., 2014).

As instituições prestadoras de cuidados de saúde são encorajados em desenvolver estratégias e implementar medidas que garantam uma transição de cuidados mais segura. A Reconciliação da terapêutica tem sido identificada como uma intervenção importante para reduzir as discrepâncias na medicação e EM durante as transições nos cuidados hospitalares (Mekonnen et al., 2016). Em Portugal, em 2017, dirigida aos profissionais de saúde do Sistema de Saúde, foi publicada uma norma, cujo assunto é a importância da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Esta norma permite fornecer ferramentas de comunicação em saúde e promover a segurança do doente, como a técnica de ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation*) (DGS, 2017).

1.3.4.4. Alta Hospitalar

A alta hospitalar é o momento mais desafiador tanto para os profissionais de saúde como para os doentes. A correta compreensão e uso dos medicamentos são as ferramentas fundamentais associados à segurança do doente após a alta hospitalar. Existem obstáculos que comprometem a não adesão da terapêutica do doente no processo de alta hospitalar, como: termos técnico-científicos de difícil compreensão para o doente; escassez de recursos educativos e administrativos; falta de tempo por parte dos profissionais de saúde envolvidos, que contribui para uma reduzida comunicação; história de medicação incompleta ou incorreta; falta de suporte social e dificuldades financeiras (Mixon et al., 2014) .

Contudo, a Reconciliação da terapêutica após a alta hospitalar tem como objetivo que todas alterações na medicação do doente sejam intencionais e que as discrepâncias encontradas até ao momento da alta sejam resolvidas. Adotar uma estratégia idêntica no momento do processo de admissão irá servir de base para o processo de Reconciliação da terapêutica na alta hospitalar. Utilizando a BPMH, a medicação estabelecida nas 24 horas antecedentes à alta, e se aplicável medicação a ser iniciada aquando da alta como referências, de forma elaborar o BPMDP, o plano de medicação atualizado, com todos os medicamentos que o doente deve tomar na alta hospitalar (World Health Organization, 2014). O BPMDP apresenta ainda uma lista dos medicamentos que foram iniciados, interrompidos, alterados em relação ao BPMH, e comentários sobre suplementos ou produtos de saúde a serem tomados pelo doente (Shiu et al., 2016).

O BPMDP deve ser cedido ao doente e aos familiares e/ou cuidadores, é essencial que a informação transmitida seja clara e de fácil compreensão. Os médicos e as farmácias comunitárias frequentadas pelo doente deverão ter acesso ao BPMDP, sendo que o envio do mesmo é imprescindível, promovendo um sistema de comunicação eficaz (Queen's University, 2009).

1.3.5. Intervenientes no processo

No processo de Reconciliação da terapêutica, a responsabilidade é distribuída por uma equipa multidisciplinar constituída por farmacêuticos hospitalares, médicos e enfermeiros, que contribuem para o desenvolvimento, implementação e monitorização de todo o processo de RT, e trabalham em sinergia com os pacientes e familiares e/ou cuidadores (Afonso, 2015).

A liderança do processo de Reconciliação da terapêutica é reconhecida, aceite e efetiva por cada um dos intervenientes e cada um deve saber exatamente o seu papel no processo. Em diversos países esta liderança é assumida pelos farmacêuticos devido ao seu vasto conhecimento de farmacodinamia, farmacocinética, interações, e também pela sua transversalidade e significativo contributo no que é a gestão do circuito do medicamento (Afonso, 2015; Zarif-Yeganeh et al., 2017).

É essencial uma formação interprofissional pois possibilita que todos os profissionais de saúde envolvidos compreendam o processo como um todo e interiorizem a mais-valia de cada um para o resultado final contribuindo para o sucesso desta intervenção (Afonso, 2015).

As responsabilidades de cada um dos elementos da equipa multidisciplinar são atribuídas de acordo com a formação específica e competências profissionais de cada um, a tabela seguinte apresenta de forma sumariada as funções dos diferentes elementos envolvidos no processo de Reconciliação da terapêutica (Afonso, 2015).

Tabela 3: Responsabilidades de cada elemento da equipa multidisciplinar no processo RT, (Adaptado de Afonso, 2015)

Elemento	Responsabilidades
Farmacêutico	É o elemento responsável pela coordenação e processo de monitorização de toda a Reconciliação da terapêutica. O farmacêutico deve garantir entre os diversos profissionais de saúde uma comunicação apropriada das informações referentes ao regime terapêutico do doente. Em sinergia com o enfermeiro, o farmacêutico tem como função a elaboração do BPMH através da entrevista inicial ao doente e familiares e/ou cuidadores. É também da competência do farmacêutico a comparação da lista da medicação pré-hospitalar com a lista da medicação instituída em ambiente hospitalar em todas as interfaces do processo (admissão, transferência e alta hospitalar) e identificar as possíveis discrepâncias (intencionais e não intencionais). O farmacêutico deve comunicar e esclarecer as discrepâncias não intencionais com o médico prescritor, e se aplicável corrigir.
Médico	O médico é responsável por assegurar a prescrição correta de toda a medicação conforme a situação clínica do doente, ou seja, dose certa, via de administração e frequência adequados, e horas corretas. As discrepâncias não intencionais identificadas pelo farmacêutico cabem ao médico esclarecê-las e corrigi-las.
Enfermeiro	O enfermeiro é um elemento crucial no processo de Reconciliação da terapêutica, pois é profissional de saúde mais próximo está do doente, promovendo uma maior relação de confiança. É responsável pela recolha de informação da terapêutica pré-hospitalar do doente em sinergia com o farmacêutico. O enfermeiro fornece a lista atualizada da terapêutica do doente no momento da alta hospitalar, promove e/ou implementa estratégias para minimizar o risco de uso indevido dos medicamentos.
Doente/ Cuidador	A envolvimento dos doentes, familiares e/ou cuidadores no processo de Reconciliação da terapêutica e incluí-los como membros ativos é fulcral pois são a principal fonte de informação sobre a terapêutica do doente, nomeadamente quais os fármacos, doses e horários de administração. Fornecem também aos enfermeiros e/ou farmacêuticos as listagens atualizadas da sua medicação e respetivas embalagens.

Capítulo 2 - Reconciliação da Terapêutica no Serviço de Urgência no Hospital CUF Infante Santo

2.1. Objetivos

Avaliar o tipo e a incidência de discrepâncias intencionais e não intencionais, entre a história completa da medicação pré-hospitalar e a prescrição médica após admissão hospitalar pelo Serviço de Urgência.

2.2. Materiais e Métodos

Tipo de estudo: Realizou-se um estudo observacional, descritivo e com orientação prospetiva

Local e período de estudo: A extração de dados é referente ao período de tempo 8 meses (Março 2018 a Novembro 2018). O corpo clínico do Serviço de Urgência é composto por médicos especialistas em permanência, apoiados por uma equipa de enfermagem, por uma equipa técnica especializada e por um farmacêutico clínico residente no Serviço.

População e amostra: Neste estudo foram incluídos 30 doentes categorizados pelo serviço como de “atenção prioritária” para Reconciliação Terapêutica no Serviço de Urgência, nomeadamente:

- a) Com idade igual ou superior a 65 anos;
- b) Polimedicados (com 3 ou mais medicamentos);
- c) Com múltiplas comorbidades;

Procedimento do estudo:

Fase I – Recolha da Lista da Medicação de domicílio do Doente

O Enfermeiro do Serviço de Urgência durante a “Avaliação Inicial” recolheu a lista da medicação do doente, bem como outras informações importantes, como reações adversas a medicamentos (RAM) e alergias. As fontes de informação utilizadas para a recolha da lista da medicação foram, nomeadamente: registos informatizados; informação verbal transmitida pelo doente ou familiares e/ou cuidadores; lista de medicação entregue pelo doente; os próprios medicamentos entregues pelo doente; notas clínicas (Cabeças, 2018; DGS, 2016)

Posteriormente, o Farmacêutico Clínico do Serviço de Urgência realizou uma análise exaustiva de toda a informação recolhida e construiu a BPMH, de forma padronizada, em formulário próprio (Formulário de Reconciliação da Terapêutica na Admissão, BPMH – Anexo A) para todos os doentes; Para a construção da BPMH foram considerados todos os medicamentos utilizados de forma continuada pelo doente antes da admissão hospitalar, com ou sem prescrição médica, e medicamentos prescritos por tempo determinado cujo tratamento esteja em curso na data de admissão (Cabeças, 2018; DGS, 2016).

Fase II - Comparação da Lista de Medicação do Doente com a Medicação Prescrita no Serviço de Urgência

O Farmacêutico Clínico fez a Reconciliação da terapêutica, nas 24h a 72h seguintes à admissão, por comparação da medicação prescrita aquando da admissão com a informação relativa à medicação pré-hospitalar constante na BPMH, identificando as discrepâncias. O registo foi feito em documento apropriado (Folha de Registo de Reconciliação Terapêutica no Serviço de Urgência – Anexo B) (Cabeças, 2018).

Fase III – Análise e Correção das Discrepâncias Identificadas

O Farmacêutico Clínico classificou as discrepâncias como intencionais ou não intencionais (Cabeças, 2018).

Fase IV – Comunicação das Discrepâncias Identificadas

Quaisquer sugestões feitas ao regime terapêutico do doente foram documentadas, datadas e prontas a ser comunicadas ao médico responsável (através de registo informático ou por contacto presencial ou verbal). Após a reconciliação efetuada pelo Farmacêutico Clínico, coube ao Médico Responsável pelo doente reconciliar, caso aplicável, cada discrepância e atualizar o processo clínico do doente (Cabeças, 2018).

Princípios éticos e Confidencialidade:

Para a elaboração do presente trabalho foi pedido autorização à Comissão de Ética para a Saúde do Hospital CUF Infante Santo. Foram garantidos os direitos de confidencialidade e anonimato, não constando a identificação de cada doente. Todos os documentos consultados encontram-se na Farmácia do Hospital CUF Infante Santo.

Definição das variáveis:

As variáveis estudadas foram as seguintes:

- Idade;
- Género (feminino, masculino);
- Número de Comorbidades;
- Medicação pré-hospitalar e medicação prescrita na admissão;
- Tipos de discrepâncias: intencionais ou não intencionais;
- Caracterização das discrepâncias:
 - Intencionais: suspensão; alteração do p.a.; alteração da dose, forma farmacêutica e frequência.
 - Não intencionais: omissão; alteração do p.a.; alteração da dose e frequência; duplicação.
- Intervenção nas discrepâncias não intencionais pelo farmacêutico clínico e aceitação.

2.3. Resultados

Caracterização da amostra

Neste estudo foram incluídos 30 doentes admitidos pelo Serviço de Urgência do Hospital CUF Infante Santo, dos quais 11 (36,7%) eram do sexo feminino e 19 (63,3%) do sexo masculino. A idade média dos doentes foi de 78,4 anos (mínimo 66 anos, máximo 92 anos) (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização da amostra estudada no período de estudo.

N Doentes	Sexo % n	Idade (anos)	Comorbilidades (patologias)
30	Feminino 36,7% 11	X= 78,4 [66;92]	X= 4,1 [3;7]
	Masculino 63,3% 19		

O número médio de comorbilidades por doente incluído no estudo foi de 4,1 (mínimo 3 patologias, máximo 7 patologias), o que vem de encontro ao número de medicamentos, havendo em média 6,3 medicamentos de terapêutica domiciliária. O número máximo de medicamentos do domicílio foi de 12 e o mínimo 3 medicamentos (Figura 1).

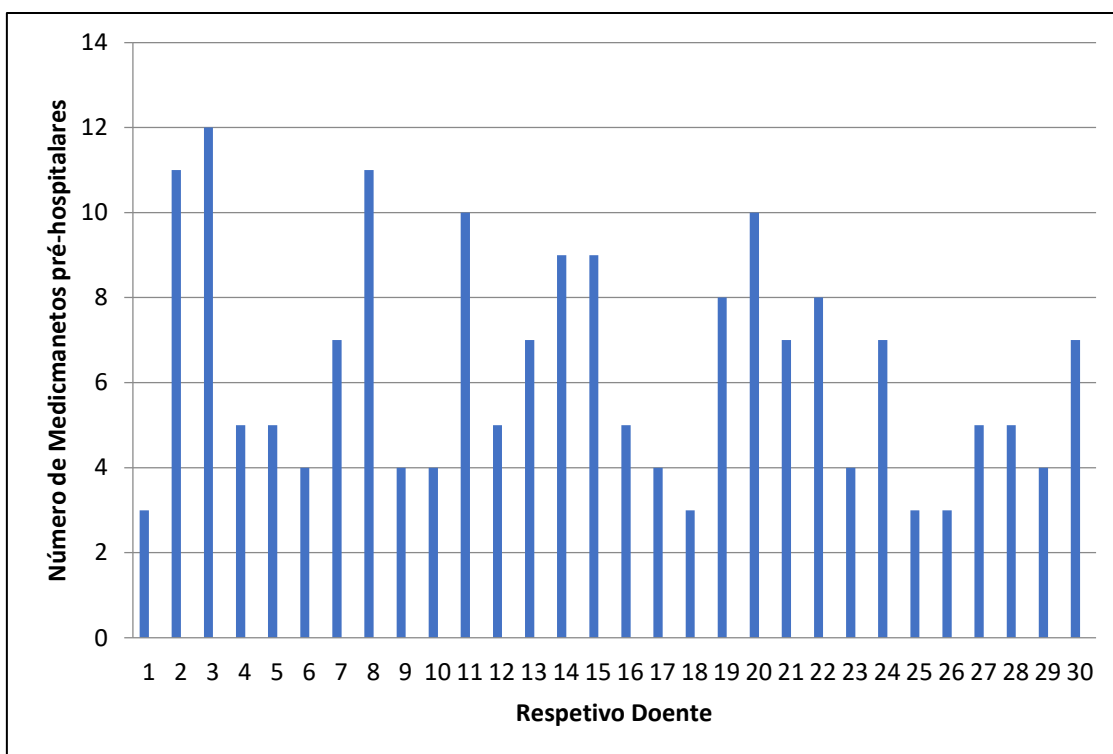


Figura 1- Número de medicamentos pré-hospitalares por respetivo doente.

Reconciliação da Terapêutica - Caracterização das discrepâncias identificadas

Dos 30 doentes, 29 (96,6%) apresentavam pelo menos 1 discrepância (intencional ou não intencional) na sua medicação. Foram prescritos 305 medicamentos, dos quais foram identificados um total de 88 (28,9%) discrepâncias, com uma média de 2,93 (mínimo 0, máximo 8) discrepâncias por doente (Figura 2).

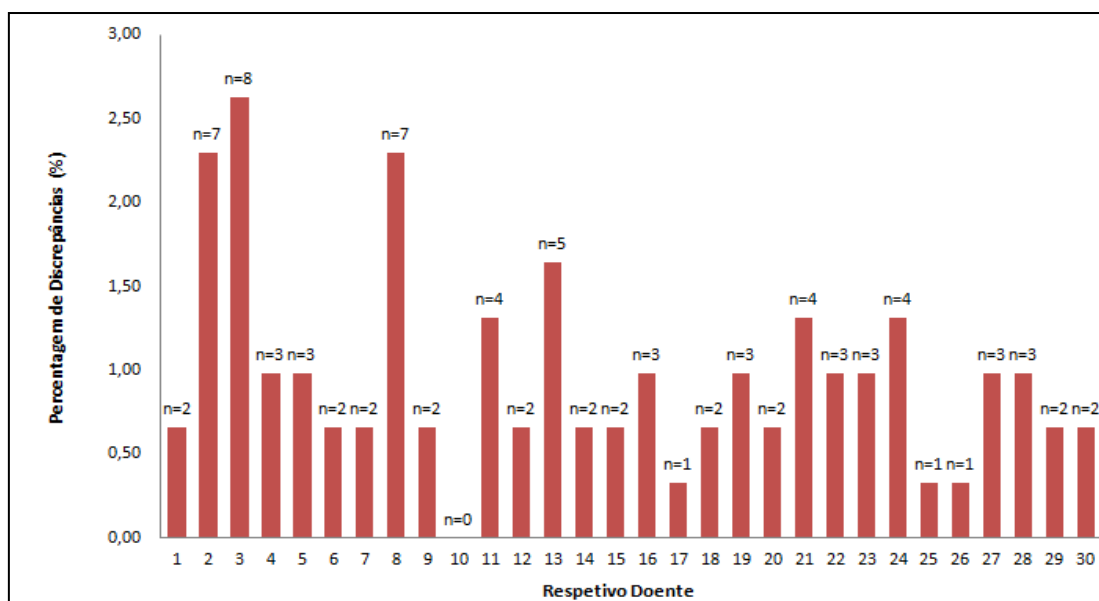


Figura 2 - Número de discrepâncias identificadas por doente.

Das 88 discrepâncias identificadas, 69 (78,4%) corresponderam a discrepâncias intencionais e documentadas e 19 (21,6%) a discrepâncias não intencionais (Figura 3).

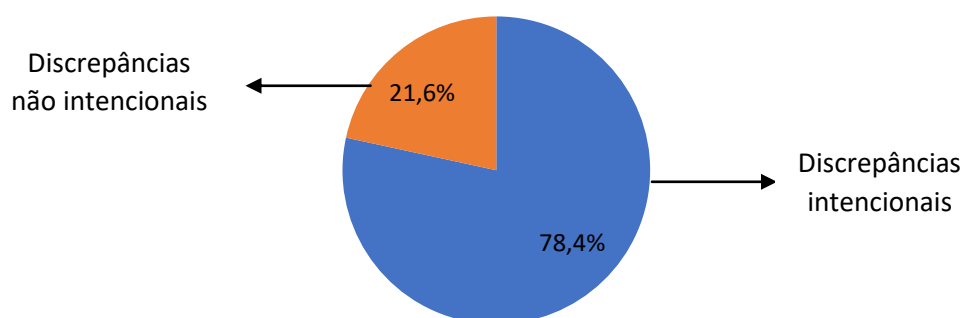


Figura 3- Discrepâncias identificadas no estudo.

A suspensão da medicação justificada pela presente condição clínica do doente (71%) foi a discrepância intencional mais detetada, seguida a alteração do princípio ativo (15,9%) para um equivalente existente no formulário hospitalar.

Em relação às discrepâncias não intencionais (21,6%), a omissão foi a causa mais frequente de irregularidade no regime terapêutico do doente (36,8%), ou seja, o doente tomava um medicamento de forma continuada antes da admissão hospitalar e este não constava na terapêutica instituída na prescrição interna hospitalar.

A caracterização detalhada das discrepâncias identificadas no presente estudo encontra-se sumariada na seguinte Tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização detalhada das discrepâncias.

Discrepâncias	n	%
Totais	88	100
Discrepâncias Intencionais e Documentadas	69	78,4%
• Suspensão justificada pela condição clínica	49	71%
• Alteração do p.a. para equivalente existente no formulário hospitalar	11	15,9%
• Alteração da dose/ff/frequência justificada pela condição clínica	9	13%
Discrepâncias Não Intencionais	19	21,6%
• Omissão	7	36,8%
• Alteração p.a.	1	5,3%
• Alteração da dose	5	26,3%
• Alteração da frequência	5	26,3%
• Duplicação	1	5,3%

Intervenção farmacêutica nas discrepâncias não intencionais e aceitação

Todas as discrepâncias não intencionais identificadas (21,6%) pelo farmacêutico clínico foram reportadas ao médico responsável, tendo sido todas aceites e resultando em correções no regime terapêutico do doente. A omissão foi a discrepância não intencional mais detetada (36,8%), pelo farmacêutico clínico.

2.4. Discussão

A implementação do processo de Reconciliação da terapêutica no Hospital CUF Infante Santo é um projeto recente. Tal como a DGS defende, para que o processo de Reconciliação da terapêutica seja alcançado eficazmente, o doente deverá ser o elemento central no processo. Foi efetuada a Reconciliação da terapêutica em 30 doentes no serviço de urgência, e desta amostra todos eram idosos com uma média de idade de 78,4 anos, dos quais 11 (36,7%) do sexo feminino e 19 (63,3%) do sexo masculino.

A idade avançada está intimamente relacionada com o aparecimento de comorbidades, sendo esta realidade visível no estudo, uma vez que cada doente apresentava uma média de 4,1 comorbidades. Isto pode, em parte, explicar os elevados valores de polimedicação.

Um dos critérios de inclusão deste estudo consistiu em selecionar doentes que tomassem 3 ou mais medicamentos no domicílio. O que se verificou foi que mais de metade dos doentes tomava um número superior a 6 medicamentos em contexto pré-hospitalar, sendo assim considerados polimedicados.

Em 29 doentes, pelo menos 1 discrepância foi identificada em cada. A comparação entre a lista de medicação feita pelo doente no domicílio e a medicação hospitalar permitiu detetar 88 discrepâncias, das quais 19 (21,6%) corresponderam a discrepâncias não intencionais, e 69 (78,4%) a discrepâncias intencionais. Em 7 (23,3%) doentes verificou-se que quanto maior o número de medicamentos aquando da admissão hospitalar, maior o número de discrepâncias.

Das discrepâncias intencionais, a suspensão justificada (71%) pela condição clínica do doente foi a mais prevalente. A substituição de antidiabéticos orais por insulinas foi considerada no presente trabalho como uma das alterações do p.a. intencionais, uma vez que é protocolo no Hospital CUF Infante Santo o controlo glicémico dos doentes internados através da administração de insulinas.

Dentro das discrepâncias não intencionais, a omissão foi o erro de medicação mais detetado (36,8%), tal como no estudo mencionado (Zarif-Yeganeh et al., 2017). A alteração da dose e frequência constituíram a segunda maior causa de discrepância não intencional (26,3%).

No estudo foram sugeridas alterações por parte do farmacêutico clínico a todas as discrepâncias não intencionais identificadas. Como referido anteriormente, a omissão surge como o erro de medicação mais comum, deste modo a sugestão de

prescrição apresenta-se como a intervenção mais frequente. O farmacêutico responsável aconselhou a alteração de um total de 19 medicamentos.

A falha de comunicação entre os profissionais de saúde e para com os doentes, a falta de conhecimento dos doentes relativamente à sua medicação e a baixa adesão terapêutica são razões que podem ter contribuído para as discrepâncias não intencionais identificadas.

Uma das limitações deste estudo foi a reduzida amostragem recolhida. A obtenção de uma lista de medicação precisa constitui ainda uma barreira, visto que uma recolha da informação incompleta pode colocar em causa todo o processo Reconciliação da terapêutica.

A residência do farmacêutico clínico no serviço de Urgência e sua integração na equipa multidisciplinar constituiu um ponto forte, uma vez que permitiu uma melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e decisões terapêuticas, bem como uma prática focada na segurança do doente.

Os resultados obtidos neste estudo vêm a confirmar que a Reconciliação da terapêutica é um processo chave na redução de erros de medicação e na diminuição do risco de eventos adverso, apresentando um elevado impacto na segurança do doente e na valorização do papel do farmacêutico.

Conclusão

A Reconciliação da terapêutica é um processo destinado à identificação e resolução de discrepâncias, com o objetivo de minimizar os EM em todas as interfaces de cuidados de saúde, permitindo também avaliar a capacidade do doente na adesão à respetiva terapêutica.

O doente neste processo é o centro da intervenção, sendo a sua participação crucial para o sucesso da Reconciliação da terapêutica. A Reconciliação da terapêutica é instrumento fundamental na partilha de conhecimento e informação entre os profissionais prestadores de cuidados e todas as pessoas envolvidas no tratamento do doente (Santos & Domingos, 2013).

A integração de um farmacêutico numa equipa multidisciplinar acrescenta um enorme valor neste processo, a sua intervenção possibilita uma melhoria nas decisões terapêuticas, aumentando a segurança do doente e proporcionando a redução de custos e a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Zarif-Yeganeh et al., 2017).

O número reduzido de farmacêuticos não permite uma dedicação a tempo inteiro ao processo, e a falta de um sistema informático transversal para o registo de informação entre as farmácias comunitárias, hospitais e outras unidades prestadoras de cuidados de saúde são algumas barreiras e/ou dificuldades no processo de Reconciliação da terapêutica. Mas sem margem para dúvidas, de que os benefícios excedem as dificuldades. (Johnson et al., 2015; Santos & Domingos, 2013)

Assim, a Reconciliação da terapêutica é um processo importante para assegurar o tratamento apropriado dos doentes sem causar qualquer dano.

Bibliografia

- Abdulghani, K. H., Aseeri, M. A., Mahmoud, A., & Abulezz, R. (2018). The impact of pharmacist-led medication reconciliation during admission at tertiary care hospital. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 40(1), 196–201. <https://doi.org/10.1007/s11096-017-0568-6>
- Afonso, R. (2015). Reconciliação de terapêutica, 3(1), 35–36.
- Al-Baghdadi, H., Koca Al-Baghdadi, Ç., Abdi, A., Gültekin, O., Meštrović, A., Demirdamar, R., ... Başgut, B. (2017). Introducing clinical pharmacy services to cardiovascular clinics at a university hospital in Northern Cyprus. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 39(6), 1185–1193. <https://doi.org/10.1007/s11096-017-0534-3>
- Allegaert, K. (2018). Rational Use of Medicines in Neonates: Current Observations, Areas for Research and Perspectives. *Healthcare*, 6(3), 115. <https://doi.org/10.3390/healthcare6030115>
- Almeida, J. R. G. de. (2017). Erros de Medicação. Retrieved March 10, 2019, from <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/publicacoes/conteudos/erros-de-medicacao/>
- AMN, H. E. S. (2017). Medication Safety : Protecting Patients from Avoidable Harm, 6–7.
- Anacleto, T. A., Rosa, M. B., Neiva, H. M., & Martins, M. A. P. (2010). ERROS DE MEDICAÇÃO -FARMACOVIGILÂNCIA HOSPITALAR: Como implantar Outra. *Pharmacia Brasileira*, 6.
- Belda-Rustarazo, S., Cantero-Hinojosa, J., Salmeron-García, A., González-García, L., Cabeza-Barrera, J., & Galvez, J. (2015). Medication reconciliation at admission and discharge: An analysis of prevalence and associated risk factors. *International Journal of Clinical Practice*, 69(11), 1268–1274. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12701>
- Bohl, C. J., & Parks, A. (2017). A Mnemonic for Pharmacists to Ensure Optimal Monitoring and Safety of Total Parenteral Nutrition: I AM FULL. *Annals of Pharmacotherapy*, 51(7), 603–613. <https://doi.org/10.1177/1060028017697425>
- Cabeças, T. (2018). *Reconciliação da Terapêutica no Serviço de Urgência - Hospital CUF Infante Santo*.
- Conselho do Colégio de Especialidade em Farmácia Hospitalar. Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar Manual, Capítulo I: Processos de Suporte (2018). <https://doi.org/10.1007/978-3-319-21551-8>
- Crujeira, R., Furtado, C., Feio, J., Falcão, F., Carinha, P., Machado, F., ... Lopes, J. M. (2007). *Programa do Medicamento Hospitalar*.

- CUF DESCOBERTAS. (2017). Gestão de Medicamentos. Retrieved March 5, 2019, from <https://www.saudecuf.pt/unidades/descobertas/centros/servicos-farmaceuticos/atividades-farmaceuticas/gestao-de-medicamentos>
- Curatolo, N., & Cudennec, T. (2014). [Medication reconciliation in the elderly]. *Soins. Gerontologie*, 15(105), 47–48.
- DGS. (2016). Reconciliação da medicação. Norma 018/2016. *Direção Geral Da Saúde*, 1–7. <https://doi.org/10.2337/dc14-S014>
- DGS. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017. *Direção Geral Da Saúde*, 8. <https://doi.org/10.1021/bm050229c>
- Diário de Notícias. (2018). Portugueses consomem em média 2,7 medicamentos por mês. Retrieved March 1, 2019, from <https://www.dn.pt/portugal/interior/portugueses-consomem-em-media-27-medicamentos-por-mes-9241815.html>
- Dirik, H. F., Samur, M., Seren Intepeler, S., & Hewison, A. (2019). Nurses' identification and reporting of medication errors. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5–6), 931–938. <https://doi.org/10.1111/jocn.14716>
- Domingos, S. (2013). *Discrepâncias Na Medicação E Reconciliação Terapêutica Em Doentes Internados: Uma Avaliação Descritiva*. Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.
- Dreischulte, T., & Fernandez-Llimos, F. (2016). Current perceptions of the term Clinical Pharmacy and its relationship to Pharmaceutical Care: a survey of members of the European Society of Clinical Pharmacy. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38(6), 1445–1456. <https://doi.org/10.1007/s11096-016-0385-3>
- Eiras, A., Teixeira, M. A., González-Montalvo, J. I., Castell, M. V., Queipo, R., & Otero, Á. (2015). Consumo de medicamentos en mayores de 65 años en Oporto (Portugal) y riesgo de prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados. *Atencion Primaria*, 48(2), 110–120. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.005>
- ESTSL, E. S. de T. da S. de L. (2013). 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. Retrieved April 24, 2019, from <https://www.estesl.ipl.pt/agenda/3o-congresso-internacional-de-qualidade-em-saude-e-seguranca-do-doente>
- Ferrand, Painchart, L., Grimandi, G., Décaudin, B., & Bussièrès, J. F. (2017). The roles and the impacts of pharmacists in the management of medical devices at the hospital: A literature review. *Annales Pharmaceutiques Francaises*, 75(6), 409–419. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2017.05.001>
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). *Despacho n.º*

- 1400-A/2015. *Diário da República* (Vol. 2.^a série). Retrieved from <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&dreId=66463210%5Cnhttps://dre.pt/application/file/66457154>
- Gizzi, L. A., Slain, D., Hare, J. T., Sager, R., Briggs, F., & Palmer, C. H. (2010). Assessment of a safety enhancement to the hospital medication reconciliation process for elderly patients. *American Journal Geriatric Pharmacotherapy*, 8(2), 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2010.03.004>
- Gouveia, A. P. do N. de M., Silva, A. S. B., Bernardo, D. M. B. B., Fernandes, J. M. S. S., Martins, M. A. E., Cunha, M. T. F., ... Sernache, S. A. M. (2013). *Manual de Preparação de Citotóxicos* (Ordem dos).
- Greenwald, J. L., Halasyamani, L., Greene, J., LaCivita, C., Stucky, E., Benjamin, B., ... Williams, M. V. (2010). Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinically relevant and implementable: A consensus statement on key principles and necessary first steps. *Journal of Hospital Medicine*, 5(8), 477–485. <https://doi.org/10.1002/jhm.849>
- Holle, L. M., Harris, C. S., Chan, A., Fahrenbruch, R. J., Labdi, B. A., Mohs, J. E., ... Vela, C. M. (2017). Pharmacists' roles in oncology pharmacy services: Results of a global survey. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 23(3), 185–194. <https://doi.org/10.1177/1078155216629827>
- INE. (2017). Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. *Destaques*, (2015), 1–19.
- Infarmed I.P. (2016). *Medicamentos de uso humano*. Retrieved from http://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes-area-transversal/medicamentos_uso_humano
- Institute for Healthcare Improvement. (2018). Medication Reconciliation to Prevent Adverse Drug Events. Retrieved April 3, 2019, from <http://www.ihl.org/Topics/ADEsMedicationReconciliation/Pages/default.aspx>
- Johnson, A., Guirguis, E., & Grace, Y. (2015). Preventing medication errors in transitions of care: A patient case approach. *Journal of the American Pharmacists Association*, 55(2), e264-276. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2015.15509>
- Lehnbom, E. C., Stewart, M. J., Manias, E., & Westbrook, J. I. (2014). Impact of Medication Reconciliation and Review on Clinical Outcomes. *Annals of Pharmacotherapy*, 48(10), 1298–1312. <https://doi.org/10.1177/1060028014543485>
- Liang, B., Alper, E., & Hickner, J. (2007). The physician's role in medication reconciliation: issues, strategies, and safety principles. *Chicago, IL: American*

- Medical Association. Available Retrieved from*
<http://bcpsqc.ca/documents/2012/09/AMA-The-physician's-role-in-Medication-Reconciliation.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:The+physician+'s+role+in+medication+reconciliation:+Issues+,+strategies+and+safety+principles#3%25>
- Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ (Online)*, 353(May), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- Matias, M. R. (2011). *Reconciliação da Medicação no Pós-operatório da Cirurgia Ortopédica*. Universidade da Beira Interior.
- Mazhar, F., Akram, S., Al-Osaimi, Y. A., & Haider, N. (2017). Medication reconciliation errors in a tertiary care hospital in Saudi Arabia: Admission discrepancies and risk factors. *Pharmacy Practice*, 15(1), 1–8.
<https://doi.org/10.18549/PharmPract.2017.01.864>
- Mekonnen, A. B., McLachlan, A. J., & Brien, J. A. E. (2016). Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 41(2), 128–144.
<https://doi.org/10.1111/jcpt.12364>
- Mixon, A. S., Myers, A. P., Leak, C. L., Lou Jacobsen, J. M., Cawthon, C., Goggins, K. M., ... Kripalani, S. (2014). Characteristics associated with postdischarge medication errors. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(8), 1042–1051.
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.04.023>
- Ordem dos Farmacêuticos. Competências Farmacêuticas em Farmácia Hospitalar (2016).
- Ordem dos Farmacêuticos. (2018). Apresentação - Centro de Informação do Medicamento. Retrieved March 10, 2019, from <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/servicos/cim/apresentacao/>
- Organization, W. H. (2017). WHO launches global effort to halve medication-related errors in 5 years. Retrieved April 24, 2019, from <https://www.who.int/en/news-room/detail/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>
- Pitts, P. J., Louet, H. Le, Moride, Y., & Conti, R. M. (2016). 21st Century Pharmacovigilance: Efforts, Roles, and Responsibilities. *The Lancet Oncology*, 17(11), e486–e492. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(16\)30312-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(16)30312-6)
- Queen's University. (2009a). How to Obtain the Best Possible Medication History (BPMH) - Medication Reconciliation: A Learning Guide. Retrieved February 15, 2019, from <https://meds.queensu.ca/central/assets/modules/mr/4.html>
- Queen's University. (2009b). Medication Reconciliation at Discharge - Medication

- Reconciliation: A Learning Guide. Retrieved March 1, 2019, from <https://meds.queensu.ca/central/assets/modules/mr/7.html>
- Radley, D. C., Wasserman, M. R., Olsho, L. E. W., Shoemaker, S. J., Spranca, M. D., & Bradshaw, B. (2013). Reduction in medication errors in hospitals due to adoption of computerized provider order entry systems. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 20(3), 470–476. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001241>
- Ribeiro, R. M. P. F., Helena Lames Brou, M., António L. Feio, J., Mesquita, E., Cecília Mendonça Brito, M., Cravo, C., & Pinheiro, E. (2005). *Manual da Farmácia Hospitalar*.
- Rodriguez Vargas, B., Delgado Silveira, E., Iglesias Peinado, I., & Bermejo Vicedo, T. (2016). Prevalence and risk factors for medication reconciliation errors during hospital admission in elderly patients. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38(5), 1164–1171. <https://doi.org/10.1007/s11096-016-0348-8>
- Salgueiro, A. (2019). Jornal Médico - Adesão à terapêutica: um grande desafio da MGF. Retrieved February 17, 2019, from <http://www.jornalmedico.pt/opiniao/36982-adesao-a-terapeutica-um-grande-desafio-da-medicina-geral-e-familiar.html>
- Santos, A. P., & Domingos, S. (2013). Reconciliação da mediCação : um conceito aplicado ao Hospital. *Boletim Do CIM, ROF106*, 1–2.
- Schnipper, J. L., Angood, P. B., Auerbach, A., Cobaugh, D., Goldstein, J., Greenwald, J., ... Wong, S. (2014). A Guide for Medication Reconciliation Quality Improvement, (October), 9–83.
- Serviços Farmacêuticos, C. (2017). Cuidados Farmacêuticos. Retrieved March 3, 2019, from <https://www.saudecuf.pt/unidades/cascais/centros/servicos-farmaceuticos/atividades-farmaceuticas/cuidados-farmaceuticos>
- Shiu, J. R., Fradette, M., Padwal, R. S., Majumdar, S. R., Youngson, E., Bakal, J. A., & McAlister, F. A. (2016). Medication discrepancies associated with a medication reconciliation program and clinical outcomes after hospital discharge. *Pharmacotherapy*, 36(4), 415–421. <https://doi.org/10.1002/phar.1734>
- Silva, J., & Figueira, P. (2018). Jornal Médico - Reconciliação terapêutica – Perda de tempo ou ganho em saúde? Retrieved March 10, 2019, from <http://www.jornalmedico.pt/opiniao/36457-reconciliacao-terapeutica-perda-de-tempo-ou-ganho-em-saude.html>
- Simón, A. (2018). Prevenção De Erros De Medicação Na Comunidade I. *CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO*, 1–3.
- Smith, R. E., This, P. D., Addis, H., Alvarez, C., Atkinson, B., Barnhart, T., ... Fuller, M.

- P. (2008). American College of Clinical Pharmacy, 27(2), 1–15.
- Sy, S. K., Zhuang, L., & Derendorf, H. (2016). Pharmacokinetics and pharmacodynamics in antibiotic dose optimization. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 12(1), 93–114.
<https://doi.org/10.1517/17425255.2016.1123250>
- The Joint Commission. (2019). About The Joint Commission. Retrieved April 1, 2019, from
https://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx
- Viana, S. de S. C., Arantes, T., & Ribeiro, S. C. da C. (2017). Interventions of the clinical pharmacist in an Intermediate Care Unit for elderly patients. *Einstein (São Paulo)*, 15(3), 283–288. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082017ao3894>
- Waltering, I., Schwalbe, O., & Hempel, G. (2015). Discrepancies on Medication Plans detected in German Community Pharmacies. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(5), 886–892. <https://doi.org/10.1111/jep.12395>
- Waszyk-Nowaczyk, M., Nowaczyk, P., & Simon, M. (2014). Physicians' and patients' valuation of pharmaceutical care implementation in Poznan (Poland) community pharmacies. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 22(6), 537–544.
<https://doi.org/10.1016/j.jsps.2014.02.012>
- World Health Organization. (2014a). Implementation Guide Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care. *WHO Implementation Guide*.
- World Health Organization. (2014b). Standard Operating Protocol Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care. *The High5s Project – Standard Operating Protocol for Medication Reconciliation*, 1–36. Retrieved from
<https://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-sop.pdf>
- Zarif-Yeganeh, M., Rastegarpanah, M., Garmaroudi, G., Hadjibabaie, M., & Sheikh Motahar Vahedi, H. (2017). Incidence of Medication Discrepancies and Its Predicting Factors in Emergency Department. *Iranian Journal of Public Health*, 46(8), 1086–1094. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28894710>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5575388>
- Decreto-lei nº 95/2004 de 22 de abril. Infarmed - Gabinete Juridico e Contencios
- Decreto-lei nº 176/2006 de 30 de agosto. Infarmed - Gabinete Juridico e Contencioso

Anexos

Anexo A: Formulário de Reconciliação da Terapêutica na Admissão (BPMH) (Cabeças, 2018).

Formulário de Reconciliação da Terapêutica na Admissão (BPMH)

[illegible]

Anexo B: Folha de Registo de Reconciliação Terapêutica no Serviço de Urgência
(Cabeças, 2018)



JOSÉ DE MELLO SAÚDE

Folha de Registo de Reconciliação Terapêutica no Serviço de Urgência

Nº de Registo:	
HCIS:	
Nome:	
Sexo:	Idade:
Peso:	Altura:

Data de Admissão:

Motivo da admissão:

Alergias:

Comorbilidades:

Médico Responsável:

Medicamentos de ambulatório / Suplementos / Fitoterapia				Prescrição interna ativa				Discrepância		Intervenção	Aceite
Medicamento	Dose	Frequência	Via de Ad	Medicamento	Dose	Frequência	Via de Ad	Sim / Não	Intencional / Não intencional	Sim / Não	Sim / Não

Observações:

Informação obtida por:

Data:

