



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE FARMÁCIA
GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA**



IARA DE CASTRO GARCIA

**RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA AMBULATORIAL:
Mais que uma variante da reconciliação hospitalar - uma necessidade**

OURO PRETO
2018

IARA DE CASTRO GARCIA

RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA AMBULATORIAL:

Mais que uma variante da reconciliação hospitalar - uma necessidade

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto como parte dos requisitos à obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Romulo Leite

OURO PRETO

2018

G215r Garcia, Iara de Castro.
Reconciliação medicamentosa ambulatorial [manuscrito]: mais que uma variante da reconciliação hospitalar - uma necessidade / Iara de Castro Garcia. - 2018.

43f.: il.: color.

Orientador: Prof. Dr. Romulo Leite.

Monografia (Graduação). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Farmácia. Departamento de Farmácia.

1. Pacientes - Medidas de segurança. 2. Medicamentos. 3. Reconciliação Medicamentosa. I. Leite, Romulo. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU: 615.03



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP

Escola de Farmácia

TERMO DE APROVAÇÃO

Reconciliação medicamentosa ambulatorial: mais que uma variante da reconciliação hospitalar – uma necessidade

Trabalho de Conclusão de Curso defendido por **Iara de Castro Garcia** e aprovado com nota 7,0, em 18 de Dezembro de 2018, pela comissão examinadora:

Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento

Profa. Dra. Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento (DEFAR-EF-UFOP)

Nancy Scardua Binda

Profa. Dra. Nancy Scardua Binda (DEFAR-EF-UFOP)

Romulo Leite

Prof. Dr. Romulo Leite (Orientador - DEFAR-EF-UFOP)

RESUMO

Estudos referentes à precaução de erros de medicação e eventos adversos são fundamentais para a contribuição da segurança na saúde dos pacientes, em ambientes quanto de âmbito hospitalar quanto de âmbito ambulatorial. A principal estratégia para evitar os erros medicamentosos é a reconciliação medicamentosa. A reconciliação medicamentosa é um procedimento formal em que os profissionais de saúde juntamente com os pacientes, cuidadores e familiares trabalham para garantir uma qualidade na terapêutica e assegurar informações sobre o tratamento realizado. O objetivo desse estudo é descrever e analisar as características comuns e exclusivas da reconciliação medicamentosa hospitalar e ambulatorial no Brasil no exterior. Os principais erros de medicação são omissões de dose, dose errônea e horários de administração e a estratégia de reconciliação medicamentosa visa evitar esses erros através de normas, ações e protocolos. Ainda existem as interações medicamentosas que é uma grande discrepância encontrada nas pesquisas. A equipe multidisciplinar integrante nessa reconciliação reforça a necessidade da implantação da técnica. É uma estratégia que vem sendo muito estudada e é consolidada internacionalmente para a diminuição de eventos adversos relacionados à terapia medicamentosa.

Palavras-chave: segurança do paciente, erros de medicação, Reconciliação Medicamentosa hospitalar, Reconciliação Medicamentosa ambulatorial.

ABSTRAT

Studies regarding the precaution of medication errors and adverse events are fundamental for the contribution of safety in the patients' health, in environments as well as in hospital as well as ambulatory scope. The main strategy to avoid drug errors is drug reconciliation. Medication reconciliation is a formal procedure in which health workers, along with patients, caregivers, and family members work to ensure quality in therapy and to ensure information about the treatment performed. The purpose of this study is to describe and analyze the common and exclusive characteristics of the hospital and outpatient drug reconciliation in Brazil and abroad.. The study is justified for the contribution to increase the information on the modalities of medication reconciliation and the possibility of implantation together with a specialized committee in the Health Center of UFOP. The main medication errors are dose omissions, erroneous dosage, and administration times, and the medication reconciliation strategy aims to avoid such errors through norms, actions, and protocols. There are still drug interactions which is a large discrepancy found in the research. The multidisciplinary team involved in this reconciliation reinforces the need to implement the technique. It is a strategy that has been well studied and is internationally consolidated for the reduction of adverse events related to drug therapy.

Keywords: patient safety, medication errors, hospital drug reconciliation, ambulatory drug reconciliation, drug reconciliation.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Fluxo de Reconciliação Medicamentosa Hospitalar..... | 18 |
| Figura 2 - Fluxograma da Reconciliação Medicamentosa na Admissão Hospitalar | 19 |
| Figura 3- Reconciliação Medicamentosa Ambulatorial..... | 22 |
| Figura 4 - Metodologia usada para elaboração do trabalho..... | 29 |
| Figura 5 - Diferenças nos erros de medicação de acordo com ano | 30 |
| Figura 6 - Intervenções realizadas após erros de medicação | 31 |
| Figura 7 - Estudo de Miranda | 32 |
| Figura 8 - Integrantes das equipes multiprofissionais | 36 |
| Figura 9- Comparação das etapas de implantação RMH e RMA..... | 37 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-----------------|--|
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CIM | Centro de Informação do Medicamento |
| EM | Erro de medicação |
| EUNeTPaS | <i>European Network for Patient Safety</i> |
| IBSP | Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente |
| JCAHO | <i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare</i> |
| JCI | <i>Joint Commission International</i> |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PNSP | Programa Nacional de Segurança do Paciente |
| RM | Reconciliação Medicamentosa |
| RMA | Reconciliação Medicamentosa Ambulatorial |
| RMH | Reconciliação medicamentosa Hospitalar |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFOP | Universidade Federal de Ouro Preto |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2 | OBJETIVOS | 13 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL | 13 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 13 |
| 3 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 14 |
| 3.1 | Segurança do paciente..... | 14 |
| 3.2 | Erros de medicação | 15 |
| 3.3 | Reconciliação Medicamentosa..... | 17 |
| 3.3.1 | Reconciliação Medicamentosa Hospitalar..... | 17 |
| 3.3.2 | Reconciliação Medicamentosa Ambulatorial | 21 |
| 3.4 | Atribuições dos membros da equipe multiprofissional..... | 23 |
| 3.4.1 | Farmacêutico..... | 24 |
| 3.4.2 | Médico | 25 |
| 3.4.3 | Enfermeiro | 25 |
| 3.5 | Implantação da RM | 26 |
| 4 | METODOLOGIA..... | 28 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 30 |
| 5.1 | Erros de medicação | 30 |
| 5.2 | Atuação da equipe multiprofissional..... | 31 |
| 5.3 | Reconciliação medicamentosa Hospitalar..... | 32 |
| 5.4 | Reconciliação medicamentosa Ambulatorial | 33 |
| 5.5 | Comparação RM Hospitalar x Ambulatorial | 35 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 38 |
| 7 | PERSPECTIVAS | 39 |
| 6. | REFERÊNCIAS | 40 |

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2008), o conforto e a segurança do paciente são os princípios essenciais do cuidado. Suas práticas objetivam a prevenção e a melhora dos efeitos adversos no caminho da melhoria da saúde. O erro de medicação (EM) é visto como um dos principais fatores de morbidades nos pacientes acolhidos em hospitais, sendo, portanto, de grande importância a coleta objetiva da relação de medicamentos em uso por esses pacientes (MENDES et al., 2016).

As principais falhas na terapia medicamentosa fazem parte de uma complexa e difícil realidade no trabalho dos colaboradores de saúde, levando a sérios impactos para a saúde dos pacientes (MIASSO et al., 2006). Os erros mais regulares envolvendo medicamentos compreendem em: turno de administração impróprio, omissão de dose, dose errônea. Um processo de medicação bem elaborado precisará oferecer possibilidades que amenizem e evitem estes erros, por meio de normas, ações, protocolos e o comprometimento de todos os profissionais envolvidos (MIASSO et al., 2006)

A utilização indiscriminada de medicamentos vem associada a altos riscos, como toxicidade, falhas na administração e também a forma de administração, como em associação com outros medicamentos, álcool e alimentos. Ainda dentro das instituições de saúde, o controle de medicamentos é um processo complexo e essas discrepâncias podem ocorrer em qualquer etapa do sistema (CASSIANI, 2005).

De acordo com Miranda e colaboradores (2012), no processo de busca pela segurança do paciente, o farmacêutico clínico deve agir em conjunto com uma equipe multiprofissional para se alcançar um nível de maior qualidade dos serviços

assistenciais a partir da troca de conhecimentos farmacológicos. Grande parte dos erros de medicação ocorre durante a fase de prescrição, desta forma, no processo de administração do medicamento é de extrema importância que o farmacêutico acompanhe e revise tal fase.

O Uso Racional de Medicamentos significa que os pacientes recebem a medicação adequada às suas necessidades clínicas, nas doses correspondentes com base em seus requisitos individuais, durante um período de tempo adequado e ao menor custo possível para eles e a comunidade (OMS,2002).

Estudos sobre o uso racional de medicamentos são essenciais para a prevenção e a diminuição da estatística de erros no manuseio da medicação, contribuindo para uma melhor segurança e qualidade de vida dos pacientes. A reconciliação medicamentosa é um exemplo deste tipo de estratégia voltada para o ambiente hospitalar. A reconciliação medicamentosa hospitalar (RMH) é a relação completa e precisa dos medicamentos de uso habitual do paciente e posterior comparação com a prescrição durante a internação, mudanças de ambientes e na alta hospitalar (COFFEY et al., 2009).

A reconciliação ou conciliação medicamentosa é reconhecida uma recurso para a segurança do paciente que se encontra em internação (RAMOS, 2013), sendo juntamente com a qualidade da assistência à saúde os principais objetivos buscados em âmbito global (ANVISA, 2011). Rosa e Perini (2003), explicam que “uma redução real dos erros de medicação somente será obtida com uma análise sistêmica do processo, a detecção dos seus pontos vulneráveis e a implementação de medidas para diminuir as taxas dos eventos adversos previsíveis”.

A Reconciliação Medicamentosa (RM) deve ser implantada com o objetivo de garantir um ajuste no processo que auxilia a prevenção de EM e em consequência com a redução de readmissões hospitalares, uma realidade das instituições brasileiras (FRIZON et al., 2014). Uma técnica bem utilizada na atualidade é a RM

adequada ao serviço ambulatorial, essa pretende constatar e prevenir os erros de medicações e prováveis interações entre os protocolos apresentados para o tratamento e os medicamentos de uso contínuo pelos pacientes ou que venha precisar a partir do início da sua terapia medicamentosa.

O presente trabalho tem como objetivo geral realizar um estudo sobre os serviços de reconciliação medicamentosa ambulatorial e hospitalar no Brasil. Será analisada cada uma das áreas em ênfase, ambulatorial e hospitalar, a fim de avaliar as características gerais da reconciliação medicamentosa hospitalar e comparar com as características ambulatoriais. O esperado com o estudo é delinear a atual situação dos serviços de reconciliação medicamentosa ambulatorial no Brasil e no exterior.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Acompanhar como são realizados os processos de Reconciliação Medicamentosa Hospitalar (RMH) e Reconciliação Medicamentosa Ambulatorial (RMA). características comuns e exclusivas da reconciliação medicamentosa hospitalar (RMH) e da ambulatorial (RMA), verificando como a RMA é feita atualmente e quais os resultados obtidos a partir da sua implantação em diversos centros de saúde no país e no exterior.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar as características das duas formas de reconciliação medicamentosa.
- Avaliar os resultados obtidos e publicados pelos diversos Centros de Saúde no país e no exterior que realizam a RMA

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Segurança do paciente

A segurança do paciente é garantir durante a assistência à saúde uma redução mínima aceitável das ocorrências de riscos e eventos adversos, segundo a OMS 2009. No Brasil, o Ministério da Saúde trabalha, exaustivamente, para obter esse novo padrão de segurança a todos os serviços hospitalares. A inclusão do uso racional de medicamentos, no dia a dia dos serviços de saúde, é desafiador e constitui-se em tarefa permanente para todos profissionais da saúde.

A segurança do paciente é um tema de interesse tanto dos pacientes e cuidadores quanto dos profissionais envolvidos no cuidado da saúde do paciente em questão. O assunto auxilia na compreensão do manejo dos riscos associados ao uso dos medicamentos.

A segurança do paciente já era objeto de estudo mundialmente, entretanto os estudos no Brasil tiveram início em 2000, onde as pesquisas eram feitas isoladamente por instituições que tinham como propósito títulos nacionais. O Brasil passou a fazer parte do programa mundial de segurança do paciente em 2005, mas somente em 2013 o Ministério da Saúde instituiu a primeira portaria relacionada ao assunto. (Aguiar, 2013)

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº. 529/2013 (BRASIL, 2013) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que consiste no desenvolvimento de seis protocolos básicos, definidos pela OMS, para evitar danos aos pacientes hospitalizados, eles tem como finalidade:

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

Os protocolos, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), são elementos essenciais na promoção e apoio a implementação de iniciativas no que se refere à instituição de ações para a segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde no Brasil, conforme preconiza a RDC nº. 36/2013 (BRASIL, 2013), sobretudo, o uso racional e seguro de medicamentos.

Segundo o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP), a sistematização da reconciliação medicamentosa contribui para direcionar os serviços dos profissionais de saúde, contribuindo para a melhora na segurança do paciente. Deste modo os eventos ocorridos devem ser monitorados e as suas causas devem ser estudadas para que as prevenções desses erros sejam feitas imediatamente levando a uma segurança efetiva.

3.2 Erros de medicação

De acordo com o National Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP, 2012), o erro de medicação é qualquer episódio evitável, com potencial para levar ao uso indevido do medicamento, independentemente do risco de lesar ou não o paciente e do fato de o medicamento encontrar-se sob o manejo de profissionais da saúde, do paciente ou do consumidor.

O desenvolvimento de novas tecnologias traz juntamente consigo um avanço nas inovações medicamentosas e esses medicamentos fazem parte do cuidado à saúde dos indivíduos em geral, seja na parte de profilaxia ou de tratamento das doenças (OMS, 2002). A terapia medicamentosa ocupa a posição central quando o assunto é o manejo de doenças, entretanto a maior parte desses medicamentos é utilizada de forma irracional, o que gera danos ao sistema de cuidado e terapia e à saúde do paciente (MS, 2007).

No âmbito hospitalar, a variedade de erros está cada vez maior, isso acarreta relevantes custos ao sistema de saúde, além da insegurança quando se trata de terapia medicamentosa.

A ocorrência dos erros de medicações é diversa, dentre elas estão: o desconhecimento sobre os medicamentos, a precariedade sobre as informações dadas ao paciente, erros na hospitalização, falta de rotulagem e alertas adequados para tipos de medicações distintos, ou seja, problema na estocagem dos produtos, além dos deslizes de memória causados pela rotina (BOHOMOL, 2014).

Os pacientes que estão sendo submetidos a tratamentos no âmbito hospitalar são atendidos por diferentes profissionais de saúde, sendo assim destaca-se a importância na comunicação entre a equipe multidisciplinar (THOMPSON-MOORE; LIEBL, 2012). A existência de um sistema integrado de informações nas diversas áreas de atendimento à saúde beneficia o paciente com uma considerável diminuição dos EM.

Esses erros ocorrem com frequência nos períodos de transição, e podem afetar também pacientes após a alta, ou pacientes que não sofreram internação, no entanto, esses erros podem ser evitados com uma participação efetiva da equipe multidisciplinar (BARNSTEINER, 2005).

O farmacêutico é um profissional que tem uma participação ativa na equipe multiprofissional para conseguir diminuir a frequência dos EM, podendo colaborar com a promoção do uso racional dos medicamentos, diminuindo os eventos adversos que estão inteiramente ligados à terapia medicamentosa. A principal ferramenta utilizada para auxiliar a minimizar esses erros é o desenvolvimento e implantação da reconciliação medicamentosa (FERRACINI; BORGES FILHO, 2012).

3.3 Reconciliação Medicamentosa

O conceito de Reconciliação Medicamentosa surgiu em 2002 nos Estados Unidos e, em 2003, a Joint Commission International (JCI) (organismo de acreditação de unidades de saúde baseada nos Estados Unidos), incluiu essa estratégia como principal objetivo e intuito de assegurar o tratamento do paciente (CIM, 2013).

A RM também conhecida como reconciliação terapêutica é um procedimento formal em que os profissionais de saúde juntamente com os pacientes, cuidadores e familiares trabalham para garantir uma qualidade na terapêutica e assegurar informações sobre o tratamento realizado. Esse processo de RM envolve uma equipe de multiprofissionais, dentre eles estão: enfermeiros, farmacêuticos hospitalares/comunitários, médicos e outros profissionais em colaboração com os pacientes e familiares (CIM, 2013).

3.3.1 Reconciliação Medicamentosa Hospitalar

Segundo a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO), RM tem o intuito de evitar erros, como omissões, duplicações, erros de

dosagem ou interações medicamentosas. Deve ser realizada em todos os níveis de cuidado dentro do hospital, envolvendo internação, transferência e alta. Esta metodologia inclui o desenvolvimento de uma lista com os medicamentos em uso do paciente, comparação com a prescrição da internação hospitalar, tomada de decisões clínicas com base nas listas e também a passagem de informações para os cuidadores e/ou paciente.

É a relação completa e precisa das medicações de uso habitual do paciente e posterior comparação com a prescrição durante a internação, mudanças de ambientes e na alta hospitalar, conforme figura 1 (MEGUERDITCHIAN et al., 2013).



Figura 1 - Fluxo de Reconciliação Medicamentosa Hospitalar

A primeira parte da reconciliação medicamentosa hospitalar, ou seja a reconciliação realizada na admissão hospitalar pode ser definida conforme figura 2 como um processo de obtenção e comparação completa e precisa da lista de medicamentos habitual do paciente e posterior comparação com a prescrição hospitalar. São incluídos os nomes dos medicamentos, apresentação, dose, frequência e via de administração, assim como reações adversas. É realizada a comparação destes dados com a prescrição médica do paciente, para identificação e resolução das discrepâncias (ANACLETO *et al.*, 2010).

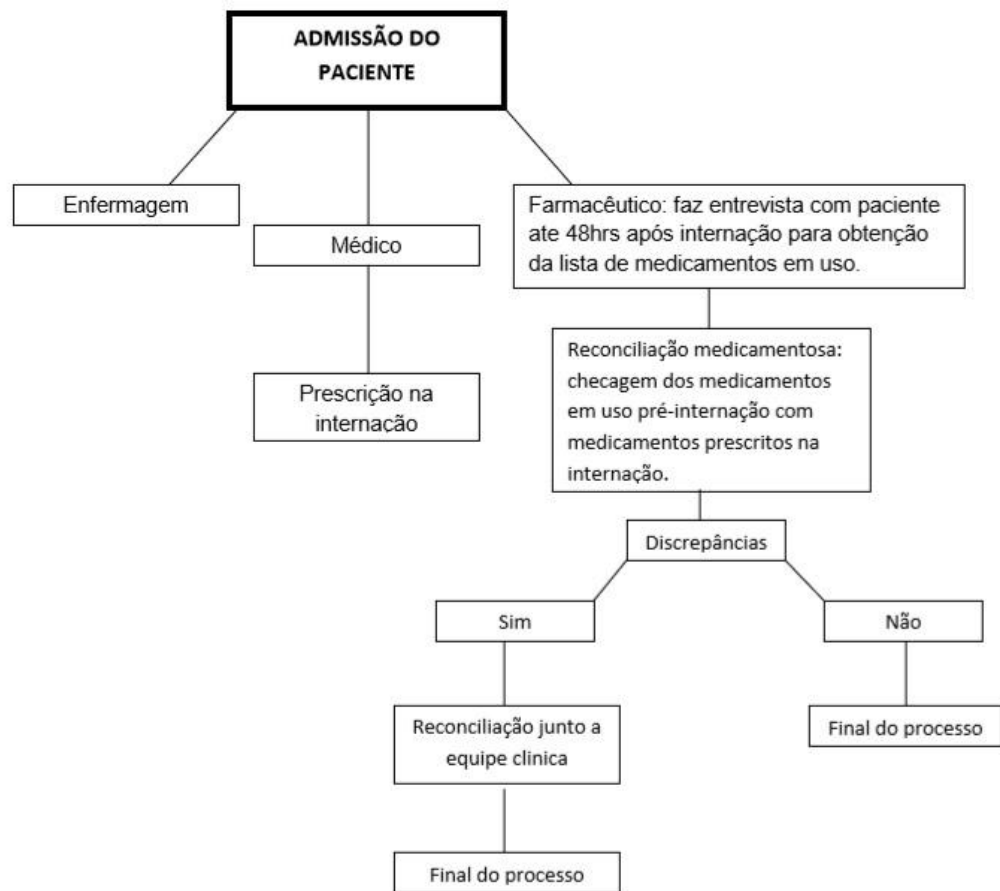


Figura 2 - Fluxograma da Reconciliação Medicamentosa na Admissão Hospitalar

Fonte: FRAZEN e colaboradores, 2014.

As informações obtidas a partir da estratégia de conciliação são usadas para melhorar o emprego dos medicamentos pelos pacientes em todos os pontos de transição e tem como principal objetivo minimizar a ocorrência de erros de medicação quando ocorre a mudança dos pacientes nos níveis de cuidado à saúde. Grande parte dos efeitos adversos ocorridos em ambiente hospitalar é decorrente dos erros de medicações, deste modo a reconciliação medicamentosa hospitalar consegue interceder e corrigir as discrepâncias existentes antes que ocorram danos ao paciente. (MEGUERDITCHIAN et al., 2013).

É importante também ressaltar, que o programa de reconciliação de medicamentos deve ser divulgado para todo corpo clínico do hospital, mostrando sua importância e seus benefícios para o paciente durante sua internação e também no pós-alta. A falha na conciliação dos medicamentos nas transições de

atendimento é uma importante fonte de danos aos pacientes. Pouco se sabe sobre os fatores preditores de discrepâncias não intencionais nas medicações prescritas no momento da internação e como, quando, e onde elas ocorrem (ERNST et al., 2001).

Em hospitais no Canadá a prática de RM já é realizada frequentemente, porém em Portugal esse processo ainda não está totalmente padronizado e implementado. Os estudos sobre a implantação da prática em Portugal ainda são poucos se comparados com os demais países da região. (Viana, 2014)

Os eventos adversos dos medicamentos podem ser minimizados a partir da prática da reconciliação medicamentosa. Porém, existem algumas limitações para que haja a implementação dessa prática em hospitais. Essas limitações envolvem a ausência de coordenação, treinamento especializado, acordo sobre os papéis e responsabilidades dos profissionais, a não aderência dos profissionais a nova ferramenta, além da precariedade no tempo necessário para dedicação à reconciliação. Com o intuito de certificar a segurança do paciente, a um baixo custo, a reconciliação medicamentosa tem sido um processo de suma importância. Embora exista uma demanda maior para a contratação de profissionais de saúde, a implicação de diferentes tipos de profissionais e a confiança dos benefícios da reconciliação medicamentosa de todos os envolvidos, tende a melhorar a qualidade por completo do processo. (MEGUERDITCHIAN et al., 2013).

Dentre as vantagens existentes, destaca-se a possibilidade de manter os dados sobre a farmacoterapia dos pacientes de forma completa, garantindo o uso efetivo e seguro dos medicamentos. Vira, Colquhoun & E. Etchells (2006) e Meyer e colaboradores (2012) afirmaram que a técnica de conciliação terapêutica é dividida em etapas, essas etapas se tornam essenciais frente à consolidação da prática e também assegura a evolução do paciente.

1. Elaboração de uma lista completa de medicamentos pré-hospitalar do doente;
2. Elaboração de uma lista de medicamentos prescritos na admissão, transição ou alta hospitalar;

3. Identificação das discrepâncias entre as duas listas. As discrepâncias encontradas serão então discutidas com o médico em questão. Algumas destas discrepâncias são alterações terapêuticas intencionais, outras, por outro lado, são não intencionais e podem constituir erros de medicação;
4. Correção dos erros de medicação nos diferentes interfaces de cuidados;
5. Comunicação das alterações terapêuticas ao próximo prestador de cuidados.

Quando se trata de conciliação medicamentosa a evolução do paciente juntamente com a segurança do mesmo é um fator importante, portanto a padronização da técnica reduz os erros, as discrepâncias e principalmente reduz o elevado numero de eventos adversos causados pelo uso irracional do medicamento. A participação geral de toda equipe multidisciplinar é essencial para o sucesso do processo. Médicos, farmacêuticos, enfermeiros, nutricionista e psicólogos trabalhando em conjunto nas etapas da RM, levando a um aperfeiçoamento do trabalho e trazendo resultados positivos.

3.3.2 Reconciliação Medicamentosa Ambulatorial

A reconciliação medicamentosa é parte integrante da atenção farmacêutica, é uma estratégia essencial também a nível ambulatorial promovendo o uso correto e seguro de medicamentos pelo paciente, minimizando a ocorrência de interações medicamentosas e reações adversas. Sendo assim, demonstrar a importância da Atenção Farmacêutica para alcançar resultados concretos na melhora da qualidade de vida dos pacientes, evidenciando que a presença do farmacêutico, profissional diretamente envolvido com o medicamento, é fundamental. (KETCHUM; GRASS; PADWOJSKI, 2005).

A RMA além de garantir a conformidade no tratamento medicamentoso do paciente e a segurança terapêutica, garante também que os medicamentos que o paciente faz uso continuem a serem prescritos em todos os pontos de transição de atendimento (figura 3), a não ser que haja alguma divergência no tratamento e seja

necessária uma intervenção para troca ou omissão dessa medicação. No cenário da atenção primária, os erros de medicação chegam a 94% (Rose et al., 2017).

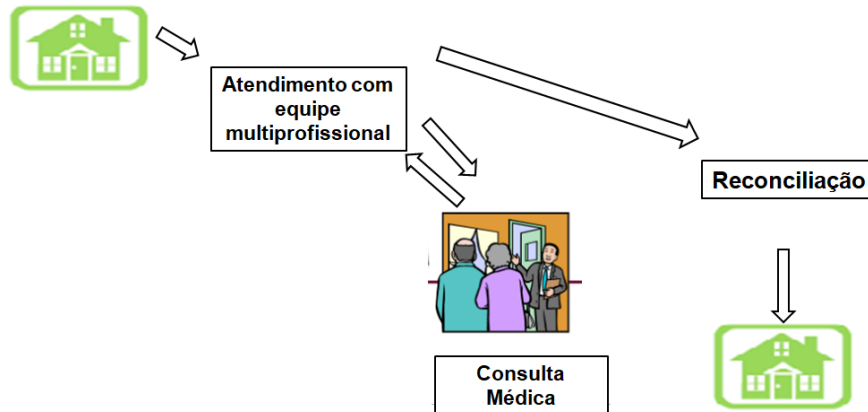


Figura 3- Reconciliação Medicamentosa Ambulatorial

Recentemente o Centro Hospitalar Cova da Beira participou no projeto europeu European Network for Patient Safety (EUNeTPaS), no grupo 4 “Pilot Implementation on Medication Safety” e desenvolveu uma boa prática em segurança do doente, que consiste numa ficha informatizada de reconciliação. Foi desenvolvido um sistema de reconciliação terapêutica, o Cartão de Medicação, o qual é entregue aos doentes na transição entre o hospital e o domicílio, de forma a promover a correta adesão à terapêutica prescrita e diminuir os erros de medicação no domicílio (Ramos , 2013).

Alguns pacientes para realizar o tratamento farmacológico adequadamente necessitam totalmente de ajuda de cuidadores, porém existem muitos que consegue realizar esse tratamento sem ajuda. Nos dois casos é muito importante salientar o papel do cuidador/ família no cuidado domiciliar, uma vez que todos juntos devem estar consciente da importância do seguimento tratamento e das orientações adquiridas e dos procedimentos a serem adotados (GERSON e ROSE, 2012).

Os principais estudos ambulatoriais deixam claro a importância da RMA para evitar os erros e efeitos adversos a partir da discrepância

Boa parte das vezes os pacientes são consultados por médicos diferentes em ambientes de cuidado diversos e muitas vezes não há informações adequadas sobre os medicamentos utilizados (Romagnoli et al., 2013). Tal desconexão de informações pode ser causada pela falta de um registro padrão que descreva a situação do paciente, dos medicamentos que foram prescritos e dos motivos de prescrição (Bowles et al., 2010; Bruning & Selder, 2011).

A falta dessas informações pode causar uma incapacidade dos profissionais de saúde em avaliar com precisão a terapêutica dos medicamentos utilizados e dificulta a segurança do paciente bem como a minimização dos efeitos adversos causados pela medicação e também a dificuldade de diminuir custos do tratamento. (Fuji et al., 2013).

O processo de RMA é, portanto bastante promissor no que toca à diminuição da frequência de erros de medicação, contudo existem dificuldades para se realizar este processo com sucesso. Segundo Rabi (2008) a principal dificuldade é a falta de conhecimento pelos pacientes dos nomes dos medicamentos ou a ausência da lista dos seus medicamentos. A barreira linguística é também por vezes um obstáculo. Estas dificuldades aumentam o tempo necessário para a realização da RMA.

A conciliação de medicamentos reduz a carga de trabalho associada ao sistema de utilização de medicamentos. Após a implementação da conciliação, o tempo de atenção prestada ao paciente foi diminuído em 20 minutos e o tempo dos farmacêuticos na assistência ao paciente em 40 minutos. (Rozich JD et al., 2004).

3.4 Atribuições dos membros da equipe multiprofissional

O processo de reconciliação de medicamentos é uma responsabilidade compartilhada dos profissionais de saúde em colaboração com pacientes e familiares. (Queen's University, 2009). O cuidado multidisciplinar por profissionais competentes, independente do nível de hierarquização do sistema, é essencial e representa um dos pilares do processo de conciliação. As responsabilidades de

cada membro da comissão multiprofissional são definidas de acordo com a aptidão profissional e formação específica de cada um.

A equipe multidisciplinar deve ter uma liderança reconhecida e efetiva em que cada um dos intervenientes saiba exatamente qual o seu papel no processo e o cumpra. Em muitos países a liderança foi assumida pelo farmacêutico, uma vez que esse profissional é o mais indicado quando se trata de conhecimento e gestão de uso de medicamentos. (AFONSO, 2015)

3.4.1 Farmacêutico

A sociedade Europeia de Farmácia Clínica define Farmácia clínica como: “uma especialidade da área da saúde, que descreve a atividade e o serviço do farmacêutico clínico para desenvolver e promover o uso racional e apropriado dos medicamentos e seus derivados” (OMS, 1994). O farmacêutico clínico integrado em uma equipe multidisciplinar diminui consideravelmente a frequência de erros de prescrição, aumentando a segurança do paciente (Silva et al., 2012).

Para o sucesso da RMH, deve ser realizada uma boa admissão hospitalar, organizar a lista dos medicamentos que o paciente fazia uso em seu domicílio e em seguida fazer a comparação com a prescrição e, quando houver discrepância nos medicamentos, realizar a intervenção farmacêutica. O resultado da RM deve ser documentado, contendo as alterações que foram realizadas no tratamento, contendo as justificativas das alterações e se as alterações são temporárias ou definitivas.

Baseado nesse contexto, o papel do farmacêutico na RMH é além de realizar a reconciliação com a ficha de dados, orientar adequadamente o paciente, esclarecendo as dúvidas sobre o uso de medicamento e os efeitos adversos que eles podem ocasionar, bem como se manterem atualizadas as listas de medicamentos nos hospitais, a fim de ofertar um atendimento mais adequado aos pacientes (Leape et al., 1999).

Miranda e colaboradores (2012) reafirmam que:

As atividades clínicas dos farmacêuticos devem ser incentivadas, uma vez que essas atividades contribuem diretamente e positivamente na identificação e prevenção dos erros de medicação aumentam a segurança e qualidade no cuidado ao paciente também na emergência, onde o profissional pode analisar a prescrição. De outro modo, 70% dos problemas relacionados a medicamentos podem ser identificados durante a entrevista com o paciente, o que reduz significativamente os erros de prescrição e principalmente erros referente a omissão medicamentosa

3.4.2 Médico

A função do médico na reconciliação medicamentosa é além de receber e realizar o diagnóstico, garantir que a prescrição adequada e correta seja prescrita ao paciente, lembrando sempre de verificar a dose, via de administração e horário adequado para uso. A esse profissional também cabe debater com o farmacêutico sempre quando houver detecção de discrepâncias não intencionais para recorrer a correção da melhor forma possível em um menor tempo para que não haja interferência na terapêutica e não intervir na segurança do paciente. (AFONSO, 2015).

3.4.3 Enfermeiro

O enfermeiro é o membro da equipe ou comissão multiprofissional que a maioria das vezes possui uma aproximação maior com o paciente, com isso ele se torna um elemento essencial na no procedimento de RMH, ele deve ter uma boa compreensão de todos os medicamentos que um paciente deve receber e por que. Em conjunto com o farmacêutico o enfermeiro também é responsável pelo recolhimento dos medicamentos dos pacientes para avaliação e aperfeiçoamento. (AFONSO, 2015).

3.5 Implantação da RM

A sistematização da reconciliação medicamentosa tem como consequência a prevenção e redução de problemas relacionados a medicamentos, que em hospitais ocorrem nas mudanças de níveis. É uma estratégia que aparenta ser simples, porém para que a implantação seja feita com sucesso é necessário o envolvimento de todos e uma capacitação das equipes para que os registros sejam feitos da forma adequada e segura. (MIGOTTO, 2012).

Para implantação de um programa de reconciliação medicamentosa Ketchum; Grass; Padwojski (2005) recomendam uma sequência de 8 passos:

1. Equipe multidisciplinar para desenvolver e avaliar a reconciliação de medicamentos. Nessa equipe multiprofissional pode incluir um farmacêutico, um médico e um enfermeiro.

2. Padronização dos instrumentos, elaboração de um questionário padrão sobre os dados dos pacientes, bem como obtenção de informações dos medicamentos usados pelos pacientes nos pontos de atendimento.

Um registro eletrônico facilitaria e garantiria uma rapidez e integridade dos dados.

3. Definição dos profissionais envolvidos na reconciliação durante as transições, essa pré-definição visa a segurança do paciente quanto a exatidão da lista de medicamentos utilizados.

4. Fornecer treinamento à equipe multiprofissional responsável pela reconciliação, a fim de garantir uma constante atenção para evitar possíveis erros de omissão e duplicação.

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

6. Elaboração das listas dos medicamentos utilizados em casa, pelo paciente, de modo que seja claro, objetivo e padronizado

7. Reconciliação dos medicamentos .

8. Compartilhar os dados da avaliação da reconciliação de medicamentos com toda a equipe que presta assistência ao paciente.

Além das informações específicas para assegurar a reconciliação medicamentosa, deve-se documentar se o paciente possui algum tipo de alergia e em caso positivo especifica-la e os hábitos alimentares e de saúde do paciente. (IHI, 2011). A implantação da equipe multiprofissional é de extrema importância para que a reconciliação medicamentosa seja realizada de forma coerente e lembrando sempre da atenção e do cuidado com o paciente.

4 METODOLOGIA

A revisão da literatura ou revisão bibliográfica é uma análise crítica, minuciosa e ampla das publicações já existente sobre um determinado assunto (TRETINI e PAIM, 1999).

Os artigos científicos foram selecionados nas bases eletrônicas científicas *SciElo*, *PubMed*, *MedLine*, e bases não científicas, foram selecionados a partir de uma leitura prévia dos resumos levantados, tendo seguido estes critérios de inclusão:

- 1) ano de publicação: entre 1996 e 2017;
- 2) idioma de publicação: inglês, português ou espanhol;
- 3) artigos sobre o assunto com resultados ativastes;
- 4) Reconciliação medicamentosa no Brasil e no Exterior.

Para realizar um levantamento sobre Reconciliação Medicamentosa utilizando ferramenta de busca online, foram utilizadas as palavras chaves: segurança do paciente, erros de medicação, Reconciliação Medicamentosa hospitalar, Reconciliação Medicamentosa ambulatorial, “drug reconciliation”.

Após a busca e seleção, os artigos foram separados para facilitar a leitura e compreensão. Os Critérios usados para separação foram:

- Reconciliação medicamentosa Ambulatorial
- Reconciliação Medicamentosa Hospitalar
- Implantação no Exterior
- Implantação no Brasil

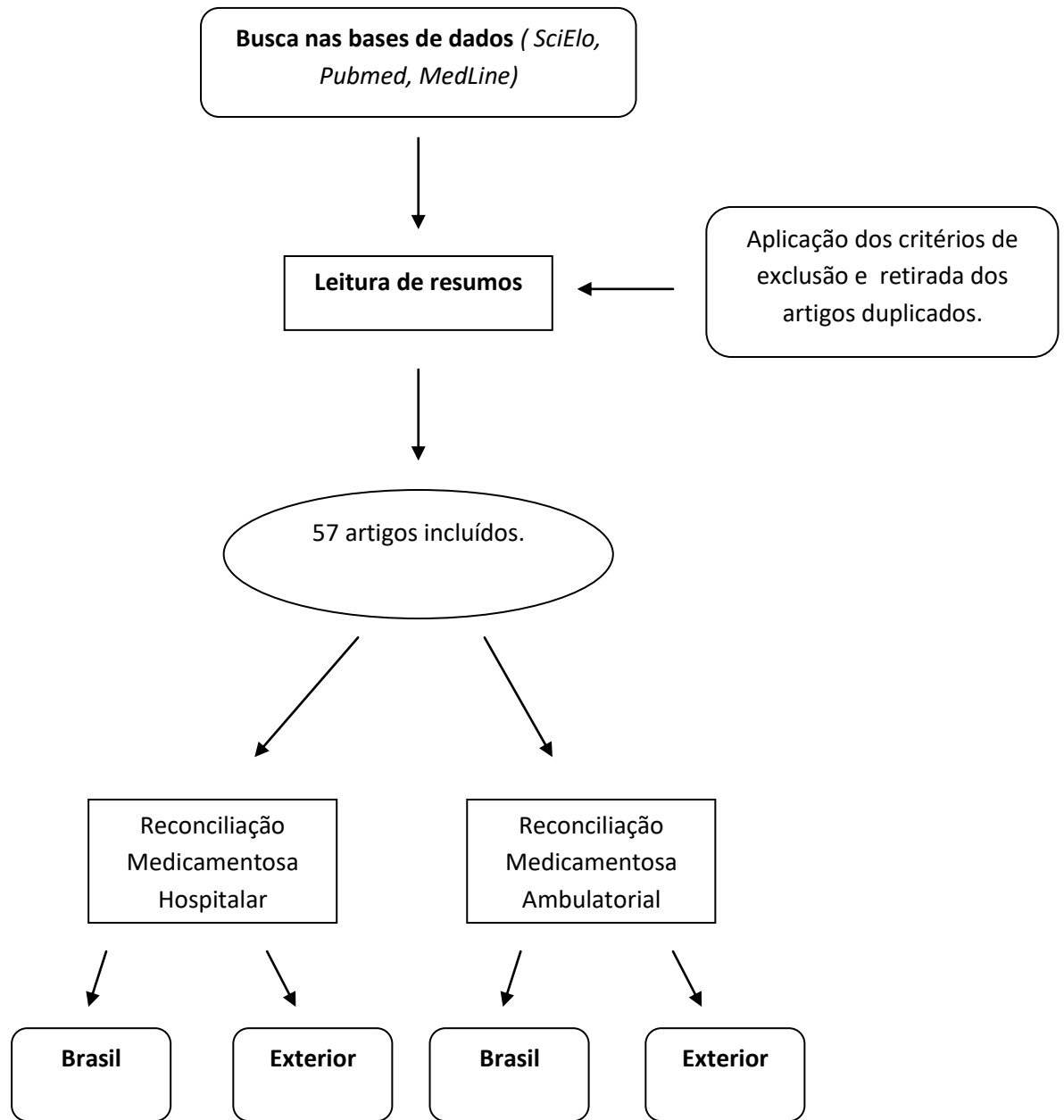


Figura 4 - Metodologia usada para elaboração do trabalho

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o referencial teórico utilizado é possível perceber a importância da reconciliação medicamentosa tanto hospitalar quanto ambulatorial na segurança do paciente, uma vez que essa estratégia tem como objetivo garantir a manutenção do tratamento, evitando os erros de medicação.

5.1 Erros de medicação

Baker e colaboradores (2004) em um estudo no exterior e por Wannmacher (2005) em um estudo realizado no Brasil, relatam que a maior parte dos erros de medicações está relacionada, com doses, omissão e erros na admissão do paciente em hospitais. Entretanto estudo realizado no Brasil em 2012, por Miranda e colaboradores mostra que grande parte dos erros de medicação ocorre durante a fase de prescrição. Essa diferença pode ser comparada na figura 4.



Figura 5 - Diferenças nos erros de medicação de acordo com ano

Para todos os casos de erros de medicação descritos, tanto para estudo de Baker e colaboradores e Wannmacher, quanto para Miranda e colaboradores foi realizado algum tipo de intervenção (Figura 5). A maioria das intervenções teve uma boa aceitação pela equipe multiprofissional e uma melhora considerável na terapia do paciente.

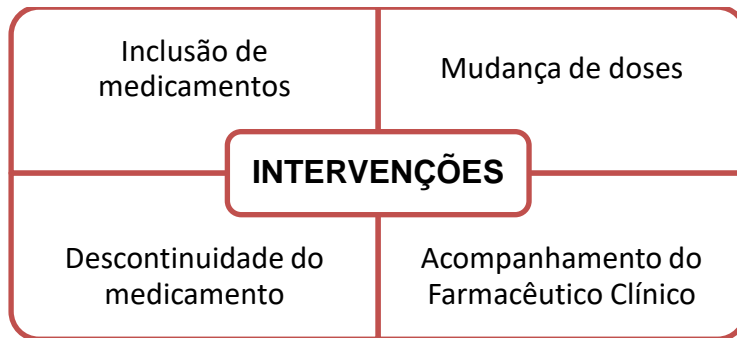


Figura 6 - Intervenções realizadas após erros de medicação

5.2 Atuação da equipe multiprofissional

As principais estratégias para minimizar os principais erros de medicação e aumentar a segurança do paciente são estratégias de efetividade na comunicação, como documentação de metas de cuidado e registro das intervenções necessárias, estratégias de sinalização de medicamentos de alta vigilância e a presença do farmacêutico clínico hospitalar junto à equipe multidisciplinar conforme estudo realizado no Brasil por Bohomol (2014).

No trabalho de Miranda e colaboradores (2012), realizado no Brasil, foi demonstrada a importância da atuação do farmacêutico clínico em unidade de atendimento primário, através da classificação (dose, frequência, compatibilidade, etc.) e número de intervenções feitas pelos profissionais. O estudo relatou que, de 3.542 prescrições médicas, 1.238 receberam alguma intervenção e que parte dos problemas foram identificada na entrevista com o farmacêutico (figura 6), sugere a possibilidade do aumento da segurança e diminuição de eventos adversos aos pacientes.

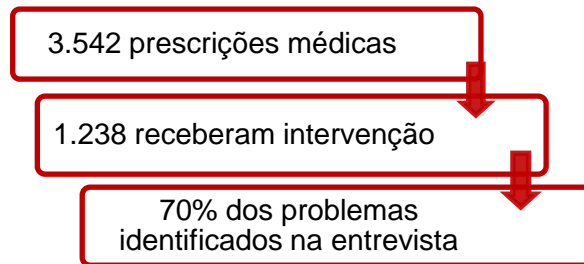


Figura 7 - Estudo de Miranda

5.3 Reconciliação medicamentosa Hospitalar

Em um estudo realizado no exterior com 180 pacientes, foram identificadas 2.066 discrepâncias no uso de medicamentos, e dessas 257 eram não intencionais e tinham potencial de dano. Destes, 186 (72%) eram devidos a erros, mesmo com a obtenção do histórico de medicação na admissão do paciente, enquanto que 68 (26%) foram devido a erros de conciliar o histórico medicamentoso com as prescrições de alta. A maior parte dos eventos adversos ao medicamento ocorreu no momento da alta (75%). A baixa compreensão do paciente no momento da internação sobre o uso dos seus medicamentos, o número de alterações nos medicamentos na internação até a alta é um fator crucial para o episódio de eventos adversos após a alta hospitalar (PIPPINS et al., 2008)

O estudo realizado por Molina et al., (2015), no Brasil, em um hospital particular em Joinville - SC em Março de 2015, teve participação de 143 pacientes admitidos destes 91 receberam visita farmacêutica. Dos pacientes entrevistados foram reconciliados 354 medicamentos sendo detectadas 186 discrepâncias. Observou-se que 49% das discrepâncias encontradas se referem à decisão médica de não prescrever ou de alterar a dosagem e posologia devido à clínica atual do paciente. A omissão de medicamentos em uso domiciliar foi identificada em 24% dos casos, na maioria nos tratamentos de dislipidemia, polivitamínicos, suplementos e pacientes com curto período de internação.

Estudo sobre RMH realizado no exterior por Delate e colaboradores (2008), relata uma pesquisa feita por um programa de conciliação de medicamentosa que identificou uma redução de 78% no risco de morte de pacientes com intervenção quando comparados com o grupo controle, fundamentando a importância dessa ferramenta no cuidado em saúde.

A partir dos resultados dos estudos encontrados nessa revisão é possível comprovar que pacientes que tiveram intervenção da estratégia de RM no seu tratamento, com o apoio dos profissionais da equipe multiprofissional conseguiram melhorar a qualidade de vida e identificar os principais erros. Ainda foi possível identificar tratamentos que não estavam funcionando e começaram a funcionar, além da diminuição do custo da terapia, pela diminuição do número de medicamentos utilizados por cada paciente.

Estudos realizados no exterior por Afonso (2015), deixam evidente que grande parte dos hospitais que implementaram a estratégia da reconciliação terapêutica, ou mesmo os que ainda se encontram em estudos, deparam-se com barreiras, dentre as quais destacam-se a falta de disponibilidade de equipe multidisciplinar, bem como a falta de um sistema informativo que possibilite registrar todos as intervenções realizadas, além de integrá-las de forma eficiente.

5.4 Reconciliação medicamentosa Ambulatorial

Na maior parte dos estudos sobre a RMA foram observados que os registros dos pacientes não estavam completos, dificultando assim um bom resultado para evitar os principais erros e efeitos adversos.

De acordo com estudos realizados por Viana (2014) no exterior, é possível observar que existem poucos estudos sobre a utilização de uma forma mais frequente da RMA na Europa, já nos países da América do Norte esses estudos já estão em um estágio mais avançado. Quanto à RMH, notou-se que a maioria dos estudos foi conduzida na Europa e na América do Norte, onde nas últimas décadas

foram criadas e desenvolvidas instituições e agências voltadas à segurança do paciente.

Orrico (2008) a partir de uma prática ambulatorial no exterior foi capaz de observar até 2,7 discrepâncias por paciente. Bedell e colaboradores (2000) realizaram outro estudo e detectaram cerca de 1,7 discrepâncias por paciente, e 76% desses pacientes com discrepância possuíam pelo menos mais de uma discrepância.

Nassaralla e colaboradores (2007) realizou um estudo prospectivo de pacientes atendidos em ambulatório de medicina interna no exterior, avaliando a integridade da documentação da medicação no prontuário antes e depois de uma intervenção de RMA. Após a intervenção a completude dos medicamentos individuais melhorou de 9,7% para 70,7%.

Wagner (1996) realizou um estudo de registros ambulatoriais no exterior e observou que apenas 37% desses estavam completos. Em outro estudo também realizado no exterior a partir de entrevista por farmacêuticos no ambulatório cerca de 74% dos pacientes tiveram pelo menos uma discrepância no registro de medicação segundo Stewart e colaboradores (1999). As discrepâncias foram variadas nos estudos, porém as mais comuns entre elas foram; administração de medicamentos pelos pacientes sem devido registro, utilização de medicamentos distintos daqueles registrados e medicamentos que estavam registrados e não foram administrados.

Um estudo de coorte retrospectivo realizado no exterior envolveu pacientes que iniciaram hemodiálise que receberam reconciliação medicação ambulatorial em um programa renal hospitalar durante o período de Julho de 2014 a Julho de 2016. A reconciliação medicação ambulatorial foi realizada 296 vezes para um total de 147 pacientes em hemodiálise. O número médio de discrepâncias identificadas por paciente foi de 1,31 (Wilson, 2017).

Desta forma esse estudo de diálise demonstra a importância da RMA, uma vez que esses pacientes apresentam alto risco de discrepâncias de medicação, pelo fato de apresentarem em sua maioria múltiplas comorbidades e estão administrando medicamentos variados. Portanto a realização regular da RMA é uma ferramenta eficaz para identificar e resolver as discrepâncias existentes em diferentes pacientes.

5.5 Comparação RM Hospitalar x Ambulatorial

Os resultados citados demonstram que o processo de reconciliação medicamentosa ambulatorial é um pouco distinta da hospitalar, uma vez que o paciente não ficará retido no hospital e não será acompanhado diariamente por nenhum profissional da comissão. Com isso é de extrema importância a participação do paciente também nessa comissão, tanto para especificar os sinais e sintomas das patologias quanto para a supervisão da utilização do medicamento de forma correta, podendo assim avaliar corretamente a terapêutica usada.

Nesse contexto de comparação dos diferentes âmbitos de reconciliação se faz necessário uma mudança de profissionais integrantes na equipe multiprofissional. De acordo com CIM os principais profissionais integrantes na RMH seriam os médicos, enfermeiros e farmacêuticos, porém quando se trata de RMA a incorporar um profissional da área de assistência social ou um agente de saúde seria mais produtivo, fazendo visitas domiciliares e vendo as reais necessidades do paciente fora do ambiente de atendimento. A incorporação de um nutricionista se faz necessária para verificação da alimentação junto aos medicamentos prescritos, uma vez que esses alimentos podem interagir diretamente na absorção e até mesmo inibindo a terapêutica dos medicamentos. A equipe precisa trabalhar harmonicamente para a obtenção de um bom resultado (figura 7).

| Comparação de profissionais integrantes da equipe multiprofissional | |
|--|---|
| RMH | RMA |
| Médico Enfermeiro Farmacêutico | Médico Enfermeiro Farmacêutico Agente de saúde/ Assistente Social Nutricionista |

Figura 8 - Integrantes das equipes multiprofissionais

Leape e colaboradores (1999) em realizou um estudo no exterior de comparação entre os efeitos adversos dos medicamentos prescritos com a intervenção e participação do farmacêutico e na ausência desse profissional, a partir desse estudo se teve a comprovação de uma diminuição de 72% dos efeitos adversos. A partir disso fica confirmada a importância do profissional Farmacêutico na RMH. O que não difere muito da RMA que tem confirmado os expressivos melhoramentos com a correta documentação dos medicamentos para a intervenção farmacêutica, tais como, o aumento da segurança do medicamento e a redução de custos.

Para a implantação RMH Vira, Colquhoun & E. Etchells (2006) e Meyer e colaboradores (2012) fizeram recomendações de uma sequência de 5 passos, já para a implantação da RM consideramos que a sequência de 8 passos é de muita importância, porém as mais importantes nesse âmbito seria a verificação, que consiste na coleta de dados e elaboração da lista, a confirmação que é a etapa que visa assegurar se os medicamentos e as dosagens prescritas são adequadas ao paciente e pôr fim a reconciliação que consiste na identificação ou não de discrepâncias entre os medicamentos prescritos a cada nível de atenção, correção e modificação no prontuário do paciente.

| Etapas para implantação | |
|--|---|
| RMH | RMA |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração de uma lista completa de medicamentos pré-hospitalar do doente; 2. Elaboração de uma lista de medicamentos prescritos na admissão, transição ou alta hospitalar; 3. Identificação das discrepâncias entre as duas listas. 4. Correção dos erros de medicação nos diferentes interfaces de cuidados; 5. Comunicação das alterações terapêuticas ao próximo prestador de cuidados. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Equipe multidisciplinar para desenvolver a avaliar a reconciliação de medicamentos. 2. Padronização dos instrumentos. 3. Definição dos profissionais envolvidos na reconciliação. 4. Fornecer treinamento à equipe multiprofissional responsável pela reconciliação. 5. Verificação minuciosa do histórico de utilização. 6. Elaboração das listas dos medicamentos utilizados em casa. 7. Reconciliação dos medicamentos 8. Compartilhar os dados da avaliação da reconciliação de medicamentos com toda a equipe que presta assistência ao paciente |

Figura 9- Comparação das etapas de implantação RMH e RMA

Em um estudo realizado por Ramos (2013) no Centro Hospitalar Cova da Beira foi desenvolvido um cartão de medicação para facilitar a RMA, um cartão de medicação eletrônico poderia ser implantado de forma geral por armazenamento em nuvem para que a RMA seja feita para cada paciente em atendimentos de saúde distintos. O cartão de medicação é implementado com objetivo de reduzir os erros de medicação em domicílio, associados à alteração da medicação habitual dos doentes e os motivos de tais alterações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa revisão reforça a importância dos profissionais de saúde na terapia medicamentosa e como a RMA é uma ferramenta importante para diminuir os erros de medicação e aumentar a segurança do paciente.

É de suma importância o desenvolvimento de técnicas para minimizar as chances dos pacientes serem acometidos por erros de medicações e reações adversas a medicamentos, tendo em vista que as consequências podem ser fatais.

Diante do exposto concluímos que a RMA é uma estratégia que vem sendo estudada e representa uma prática consolidada internacionalmente para a diminuição de eventos adversos relacionados à terapia medicamentosa, além de contribuir para a otimização da terapêutica e consequente redução dos custos, aliado aos respectivos ganhos em saúde. A participação ativa do farmacêutico em conjunto com a equipe multiprofissional possibilita uma maior troca de conhecimentos da farmacoterapia entre profissionais e, sobretudo para pacientes e seus cuidadores/familiares.

7 PERSPECTIVAS

Após a realização do trabalho, poderia ser proposta a criação de uma comissão multiprofissional para implantação de RMA no Centro de Saúde da UFOP, ou seja, criação para uma comunidade universitária seria necessário à participação de professores, sejam eles Farmacêuticos, Médicos, Nutricionistas, estudantes dessas mesmas áreas além de estudantes de serviço social, que fariam parte da equipe multiprofissional, implementando aos poucos a RMA e acrescentando de acordo com a necessidade mudanças para o sucesso da estratégia. Os estudantes participariam dessa implantação através de projeto de extensão, visando um conhecimento acadêmico e acima de tudo um bem estar social para os pacientes do posto de saúde. Um sistema informatizado no centro de saúde poderia otimizar o tempo de atendimento, padronizar a prática e aumentar o nível da segurança dos pacientes.

O Centro de Saúde da UFOP está localizado no campus Morro do Cruzeiro. Atende alunos e funcionários, com consultas agendadas, além disso, também abriga a Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Bauxita, ofertando atendimento de clínica médica também com agendamento prévio ou encaminhamentos. A implantação desse programa na UFOP não teria nenhum custo, somente benefícios, visto que os profissionais já recebem um salário pré-estabelecido, e o programa entraria como um projeto de extensão para estudantes dos cursos de saúde.

A implantação dessa prática no Centro de Saúde da UFOP é um instrumento fundamental para contribuir tanto para a população que é atendida nesse estabelecimento, quanto para os estudantes colaboradores do projeto. Uma vez que a população terá uma melhora na terapêutica e uma maior segurança medicamentosa e os estudantes irão priorizar o trabalho em equipe entre vários profissionais da saúde.

6. REFERÊNCIAS

- AFONSO, R. Reconciliação de terapêutica. Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca, v. 3, n. 1, p. 35-36, 2015.
- AGUIAR, MAM. Segurança do paciente como uma questão estratégica no mundo. Brasília; 2013.
- ANACLETO TA, Rosa MB, Neiva HM, Martins MAP. Erros de medicação. Pharmacia Brasileira 74:1–24, 2010.
- BARKER KN, Flyin EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. Medication errors observed in 36 health care facilities. Arch Intern Med;162(16):1897-90, 2002.
- BARNSTEINER, J. H. Medication Reconciliation: Transfer of medication information across settings - keeping it free from error. J Infus Nurs., v. 28, 2 Suppl., p. 31-36, Mar./Apr. 2005.
- BOHOMOL, Elena. Erros de medicação: estudo descritivo das classes dos medicamentos e medicamentos de alta vigilância. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 311-316, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.283, de 30 de dezembro de 2010. Aprova as diretrizes para o fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais.
- BSP. Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente. Prevenção de Eventos Adversos por Falha da Reconciliação Medicamentos, 2018.
- CASSIANI, Sílvia Helena De Bortoli. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. Rev. bras. enferm. 2005, vol.58, n.1, pp. 95-99
- Centro de Informação do Medicamento (CIM). Reconciliação da medicação: um conceito aplicado ao hospital. Boletim do CIM. ROF, n. 106, 2013.
- COFFEY, Maitreya et al. Implementation of admission medication reconciliation at two academic health sciences centres: challenges and success factors. Healthcare Quarterly, v. 12, p. 102-109, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução n. 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.

DELATE T, Chester EA, Stubbings TW, Barnes CA. Clinical outcomes of a homebased medication reconciliation program after discharge from a skilled nursing facility. *Pharmacotherapy*. 2008.

ERNST, Michael E. et al. Medication discrepancies in an outpatient electronic medical record. *Am J Health-Syst Pharm*, v. 58, n. 21, p. 2072-2075, 2001.

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

GERSON, Linda. D.; ROSE, Linda. E. Needs of Persons With Serious Mental Illness Following Discharge From Inpatient Treatment: Patient and Family Views. *Archives of Psychiatric Nursing*, v. 26, n. 4, 2012.

KAWANO, D. F. et al. Acidentes com medicamentos: Como minimizá-los? *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. v. 42, n. 4, p. 487-494, 2006.

KETCHUM, K.; GRASS, C. A.; PADWOJSKI, A. Medication reconciliation: verifying medication orders and clarifying discrepancies should be standard practice. *Am J Nurs*, v. 105, n. 11, p. 78-85, nov. 2005.

LEAPE, L.L.; CULLEN, D.J.; CLAPP, M.D.; BURDICK, E.; DEMONACO. H.J.; ERICKSON, J.I.; BATES, D.W. Pharmacist Participation on Physician Rounds and Adverse Drug Events in the Intensive Care Unit. *J.A.M.A*, v.281, n.3, p.267-270, 1999.

LEAPE. L. L, Cullen DJ, Clapp MD, et al. Pharmacist Participation on Physician Rounds and Adverse Drug Events in the Intensive Care Unit. *JAMA*. v.282, n.3, p:267-270, 1999

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

MENDES, A. E. M. et al. Medication reconciliation at patient admission: a randomized controlled trial. *Pharm Pract (Granada)*, 2016.

MIASSO, Adriana Inocenti et al. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Rev. esc. enferm. USP*, 2006.

MIGOTTO, Renata A. R. Z. Reconciliação Medicamentosa. *Farmacêutico em Foco*. n.14. Jan. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Oficina de trabalho - Uso racional de medicamentos na perspectiva multiprofissional. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, Brasil, 2007.

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

MOLINA, SILVIA CRISTINA SOARES et al., Implantação do processo de reconciliação medicamentosa como barreira ao erro de medicação no centro hospitalar Unimed. Joinville. 2015.

NASSARALLA CL , NAESSENS JM , CHAUDHRY R , *et al.* Implementação de um processo de reconciliação de medicamentos em uma clínica de medicina interna ambulatorial. *BMJ Quality & Safety*, 2007.

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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). The role of the pharmacist in the health care system. Geneva: OMS, 24p, 1994.

PIPPINS, J. R. et al. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *J Gen Intern Med*, v. 23, n. 9, p. 1414-1422, 2008.

RABI, S. and R. Padiyara, Pharmacist-administered admission histories: focus on immunizations in medication reconciliation. *Ann Pharmacother*, 2008.

RAMOS, Marta Raquel de Oliveira. Informação de Medicamentos e Reconciliação Terapêutica: Impacto para Doentes e Cuidadores Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia Comunitária, Hospitalar e Investigação. 2013

ROSA, Mário Borges; PERINI, Edson. Erros de medicação: quem foi? *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 49, n. 3, p. 335-341, 2003.

ROSE O, Jashde U, Koberlein-Neu J. Discrepâncias entre a medicação em casa e a documentação do paciente na atenção primária. *Res Social Adm Pharm*. 2017.

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

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

TRENTINI, M.; PAIM, L. Pesquisa em enfermagem. Uma modalidade convergente – assistencial. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

VIANA, A. M. Reconciliação da medicação em geriatria universidade. 2014. 51 f. Dissertação (Ciências Farmacêuticas). Departamento de Ciências Farmacêuticas. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, 2014.

WAGNER MM, Hogan WR. The accuracy of medication data in an outpatient electronic medical record. *J Am Med Assoc*. 1996.

WANNMACHER L. Erros: Evitar o Evitável. *Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados*. Universidade de Brasília. Brasília, vol. 2, n.7, p.4, 2005.

WHO, World Health Organization. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Ed. Ashish Jha. 2008.

WILSON JS, LADDA MA, TRAN J, et al. Reconciliação Ambulatorial de Medicamentos em Pacientes em Diálise: Benefícios e Perspectivas dos Profissionais da Comunidade. *Pode J Hosp Pharm*. 2017.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP
Escola de Farmácia

CERTIFICADO DE CORREÇÃO

Certifico que a discente **Iara de Castro Garcia**, número de matrícula 12.1.2203, defendeu a Monografia intitulada "**Reconciliação medicamentosa ambulatorial: mais que uma variante da reconciliação hospitalar – uma necessidade**", em 18 de Dezembro de 2018 e **REALIZOU TODAS AS CORREÇÕES REQUERIDAS PELA COMISSÃO AVALIADORA.**

Ouro Preto, 02/01/2019

Prof. Dr. Romulo Leite
Orientador
(DEFAR-EF-UFOP)

02/01/2019