



A reconciliação farmacoterapêutica na otimização da terapia

RELATO DA EXPERIÊNCIA

A administração de medicamentos no contexto hospitalar é um processo complexo e com múltiplos passos. Nem sempre esse processo é suficientemente seguro, ocorrendo erros que podem ou não causar danos ao paciente. Estes erros, denominados Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), são discrepâncias não intencionais consideradas eventos adversos passíveis de prevenção^{1,2}.

Os PRM podem levar a importantes agravos à saúde dos pacientes, com relevantes repercussões econômicas. São ocorrências comuns e podem assumir dimensões clinicamente significativas, impõem custos relevantes e sua ocorrência impacta diretamente na segurança do paciente. Durante as transições do cuidado,

como na admissão e alta hospitalar, os pacientes ficam expostos a possíveis erros de medicamentos, devido, muitas vezes, à pobre comunicação entre a equipe de saúde e à perda de informações em relação aos pacientes³.

Dados mostram que 49% dos pacientes experimentam pelo menos um erro médico seguinte à alta, comumente envolvendo uso de medicamentos, sendo que a maior parte dos erros poderia ser evitada por meio de comunicação eficiente⁴ e do planejamento adequado de alta, pois, este planejamento contribui para a continuidade do cuidado no domicílio, podendo evitar reinternações⁵.

A diminuição nos erros de medicação, nos serviços de saúde onde existe o farmacêutico atuando juntamente com a equipe clínica, foi demonstrado por vários estudos, reforçando

a hipótese de que a intervenção farmacêutica pode reduzir o número de efeitos adversos, melhorar a qualidade do atendimento e acarretar em diminuição dos custos hospitalares⁶.

O farmacêutico clínico trabalha diretamente em contato com a equipe de saúde, atuando na avaliação e monitoramento da resposta terapêutica dos pacientes, realizando intervenções, recomendações e fornecendo informações sobre medicamentos. Na prática da Farmácia Clínica, o farmacêutico presta assistência ao paciente, estimulando e monitorando o uso racional de medicamentos. Para que esta tenha resultado satisfatório, é importante o bom relacionamento com a equipe multidisciplinar de saúde, atuando com responsabilidade e sigilo⁷.

De acordo com a Resolução nº 585 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), de 29 de agosto de 2013, que dispõe sobre as atribuições clínicas do farmacêutico, esse profissional promove o uso racional de medicamentos, desenvolvendo práticas como o seguimento farmacoterapêutico, a conciliação medicamentosa e a revisão da farmacoterapia.

Nesse contexto, a Reconciliação Farmacoterapêutica (RF) apresenta-se com um processo no qual se obtém uma lista completa, precisa e atualizada dos medicamentos que cada paciente utiliza em casa (incluindo nome, dosagem, frequência e via de administração). A partir desta lista, faz-se uma comparação com as prescrições médicas feitas na admissão hospitalar, transferência, consultas ambulatoriais com outros médicos e/ou alta hospitalar.

Essa lista, obtida por meio da RF, é utilizada para otimizar o uso dos medicamentos em todos os pontos de transição do paciente dentro do sistema de saúde. Tem como principal objetivo diminuir a ocorrência de PRM quando o paciente muda de nível de assistência à saúde e, principalmente, busca evitar ou minimizar os erros de transcrição, omissão, duplicidade terapêutica e interações medicamentosas^{8,9}.

Os estudos sobre a implantação da RF nos serviços de saúde ainda são escassos e precisam ser incrementados a fim de melhorar este processo importante para a segurança do paciente³.

O SFH não conta com profissionais farmacêuticos clínicos em seu quadro de funcionários. Dessa forma, a inserção do farmacêutico, atuando na prática da Farmácia Clínica, está

ocorrendo nas unidades de internação, por meio dos farmacêuticos residentes do Programa de Residência Multiprofissional, a qual tem o intuito de formar profissionais capazes de trabalhar em equipe interdisciplinar e com olhar holístico frente aos usuários dos serviços de saúde.

Nesse contexto, o SFH, consciente da importância da prática da Farmácia Clínica na garantia de uma farmacoterapia segura e racional, mesmo não contando com profissionais farmacêuticos clínicos em seu quadro de funcionários, presta suporte à atuação dos farmacêuticos residentes nas unidades de internação hospitalar.

No ano de 2015, com o farmacêutico residente já inserido na unidade de internação hospitalar, percebeu-se a necessidade de iniciar a prática da RF, visto que muitos pacientes, no momento da hospitalização, interrompiam seus tratamentos prévios à internação. Além disso, foram observados muitos casos de duplicidade terapêutica e erros de prescrição.

METODOLOGIA

A prática da RF desenvolvida no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) ocorre em duas unidades de internação onde os farmacêuticos residentes estão inseridos. Nestas unidades são internados pacientes para tratamento nas especialidades de Neurologia, Doenças Infectocontagiosas, Cabeça e Pescoço/Oncologia, Angiologia/Clinica Vasculard, Pneumologia, Cardiologia e Medicina Interna.

O atendimento farmacêutico ao paciente é realizado em até 48 horas após sua internação na unidade. Antes de abordar o paciente, o farmacêutico consulta o prontuário do mesmo para verificar a anamnese. A partir da anamnese, são verificados a idade do paciente, o histórico de doenças e da internação, além do histórico de alergias.

Ao abordar o paciente, o farmacêutico leva consigo a Ficha de Reconciliação Farmacoterapêutica, instrumento utilizado para a coleta dos dados referentes aos medicamentos que o paciente utilizava em casa e histórico de alergias. Quando o paciente não tem condições de prestar estas informações, o acompanhante é quem responde aos questionamentos.

Ficha de Reconciliação Farmacoterapêutica.



FICHA DE RECONCILIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA (RF) – Setor de Farmácia Hospitalar

Paciente: _____ Same: _____ Andar/Leito: _____ Clínica: _____ Prescritor: _____
 Data da Internação no Andar: _____ Tempo para realização da RF após Internação no Andar: _____
 Fonte de Informações: _____

1	Medicamentos Utilizados em domicílio	Dose/Via	Frequência de administração	Segue prescrito o uso durante o período de internação no hospital?			Número da discrepância	Desfecho da Intervenção ACEITA: Sim (S) Não (N) Não se aplica (NA)	Observações
				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração	<input type="checkbox"/> Não			
2				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração	<input type="checkbox"/> Não			
3				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração	<input type="checkbox"/> Não			
4				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração	<input type="checkbox"/> Não			
5				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração	<input type="checkbox"/> Não			
6				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração	<input type="checkbox"/> Não			
7				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração	<input type="checkbox"/> Não			
8				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração	<input type="checkbox"/> Não			
9				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração	<input type="checkbox"/> Não			
10				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração	<input type="checkbox"/> Não			
11				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração	<input type="checkbox"/> Não			
12				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração	<input type="checkbox"/> Não			
13				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração	<input type="checkbox"/> Não			
14				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração	<input type="checkbox"/> Não			
15				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração	<input type="checkbox"/> Não			
Data/Hora – Realização da RF		Farmacêutico(a):					Data/Hora – Desfecho: Tempo até o desfecho:		

ALERGIAS:

REAÇÕES ADVERSAS:

Guia de Discrepâncias		
Discrepâncias NÃO INTENCIONAIS	Discrepâncias INTENCIONAIS	Reconciliação
1: Omissão de medicamento em uso pelo paciente. 2: Inclusão inadequada de medicamento não utilizado pelo paciente. 3: Inclusão inadequada de medicamento que o paciente relata alergia. 4: Frequência de administração ou dose incorreta. 5: Via de administração incorreta. 6: Prescrição de medicamento incorreto pertencente à mesma classe terapêutica / duplicação terapêutica.	7: Decisão médica não prescrever um medicamento baseado na situação clínica. 9: Decisão médica prescrever troca de dosagem, frequência de administração ou via baseado na situação clínica. 10: Substituição de um medicamento por outro padronizado pelo hospital. 11: Outros.	Número de Medicamentos em uso antes da admissão
		Número de Medicamentos Prescritos na Admissão
		Número Total de Discrepâncias
		Número de Discrepâncias não intencionais
Observações:		

Reconciliação Farmacoterapêutica de Alta

Orientação de Alta	() SIM	() NÃO
Medicamentos Via Sonda	() SIM	() NÃO
Orientação de Encaminhamento Processo de Medicamentos	() SIM	() NÃO

Após o preenchimento da Ficha de Reconciliação Farmacoterapêutica é realizada a RF, comparando a Ficha com a prescrição médica. Esta comparação tem o intuito de encontrar dis-

crepâncias intencionais ou não intencionais na prescrição médica. A partir dessa primeira análise, o farmacêutico, então, irá conversar com a equipe médica sobre as discrepâncias encon-

tradas, buscando otimizar a farmacoterapia do paciente por meio da intervenção farmacêutica.

As discrepâncias não intencionais são: a omissão de medicamento necessário pelo paciente; a adição de medicamento não justificada pela situação clínica do paciente; a diferença na dose, via de administração, frequência, horário ou método de administração; e a duplicidade medicamentosa.

Já as discrepâncias intencionais ocorrem por decisão médica de não prescrever um medicamento ou alterar sua dose, frequência ou via de administração de acordo com a situação clínica do paciente ou, ainda, uma substituição terapêutica de um medicamento por outro da lista de medicamentos padronizados do hospital.

Após a discussão das discrepâncias com o prescritor, novamente, é realizada análise da prescrição a fim de verificar se a intervenção farmacêutica foi aceita ou não pelo médico.

Realização da Reconciliação Farmacoterapêutica com a paciente e acompanhante.



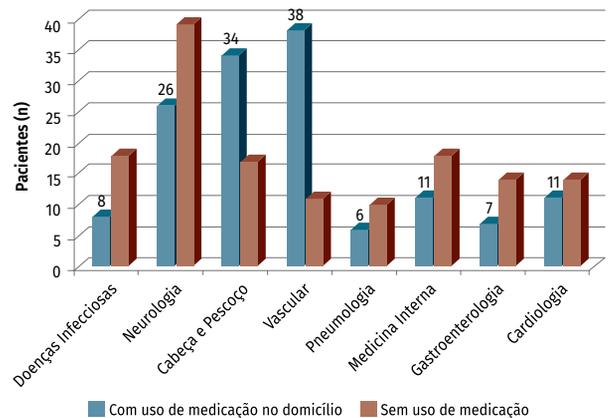
Descrição dos impactos gerados com esta experiência

No período de março a dezembro de 2015, foram analisadas 282 prescrições durante a realização das RF. A partir da análise das RF, observou-se que a idade média dos pacientes foi de 57 anos. Entre os pacientes avaliados, 50% deles já faziam uso de medicamento em domicílio (n=141). Quando analisamos esse dado para os pacientes com 60 anos ou mais, esse percentual aumenta para 60,2%. Nas prescrições dos 141 pacientes com uso prévio de medicamentos, foi detectada inci-

dência de discrepâncias em 64,5% de prescrições (n=91).

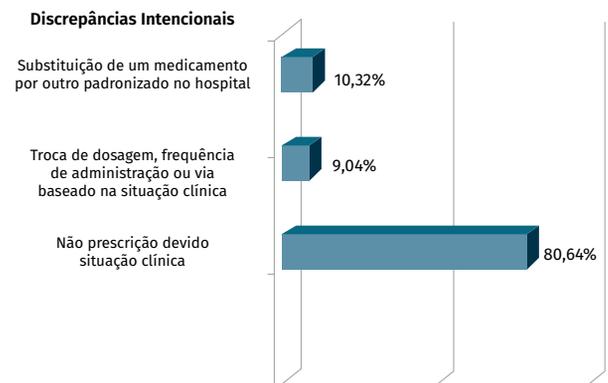
Analisando os dados, verificou-se que a frequência de uso de medicamentos no domicílio foi maior entre os pacientes das clínicas de Angiologia/Doenças Vasculares e Cabeça e Pescoço/Oncologia. Já na clínica de Doenças Infecciosas observou-se o contrário, uma vez que a maioria dos pacientes internados estava sem uso de medicamentos, refletindo o abandono do tratamento antirretroviral (HIV), causa comum de internações hospitalares nesta clínica.

Número de pacientes com uso de medicamentos no domicílio (anterior a internação) x Número de pacientes sem uso de medicamentos, de acordo com a clínica de internação.

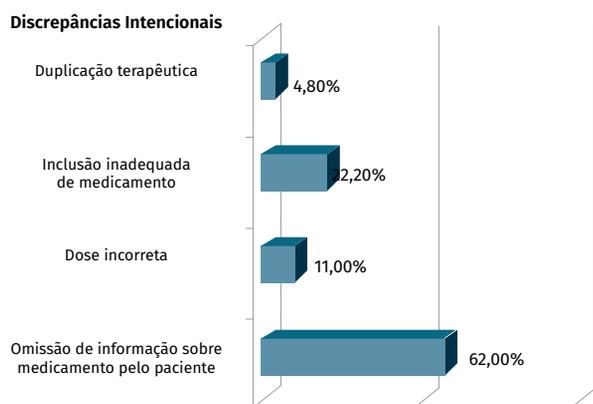


O estudo detectou 218 discrepâncias de prescrição. Dentre estas, 71% foram discrepâncias intencionais e 29% discrepâncias não intencionais.

Frequência das discrepâncias intencionais identificadas (março a dezembro/2015).



Frequência das discrepâncias não intencionais identificadas no estudo.



Observou-se, em 80,64% das RF, a diminuição do número de medicamentos durante a internação. Isto ocorreu por conduta médica devido à situação clínica do paciente, sendo a discrepância intencional identificada com maior frequência.

A discrepância não intencional mais presente nesse estudo foi a omissão de informação sobre medicamento pelo paciente. Esta ocorreu em 62% das RF realizadas. Um problema frequente, na internação hospitalar, é a falta de informações precisas quanto aos medicamentos de uso em domicílio. Isso pode acarretar na interrupção ou inadequação da terapia medicamentosa, resultando em PRM e em risco de danos ao paciente.

Devido às intervenções farmacêuticas, prescrições médicas hospitalares, foram alteradas pelos prescritores, assegurando a continuidade do tratamento. Também, verificou-se que em 11% das RF a dose prescrita estava incorreta devido a informações erradas fornecidas, tanto pela equipe de saúde, quanto pelo paciente/acompanhante.

A prática da RF também possibilitou prevenir o erro de administração de medicamentos nos casos em que os medicamentos utilizados não constavam na lista de medicamentos padronizados do hospital. Pois, quando isso ocorre, o medicamento fica em posse do paciente e este ou o acompanhante faz a administração.

A prática da RF evitou que medicamentos, utilizados em casa e que não eram disponibilizados pelo HUSM, deixassem de ser administrados. A equipe médica era avisada sobre as medicações e, se o tratamento não pudesse ser interrompido, o médico mantinha os medi-

camentos na prescrição hospitalar e o paciente e/ou cuidador eram orientados que esses medicamentos fossem trazidos ao hospital e entregues à equipe de enfermagem, possibilitando a continuidade do tratamento. Essa intervenção foi realizada em 93 RF.

Durante o processo de trabalho foi criado um instrumento com a finalidade de facilitar a comunicação do farmacêutico residente com a equipe médica e de enfermagem, visto que o farmacêutico residente, devido a outras atividades do Programa de Residência, não está continuamente presente na unidade de internação.

Assim, o instrumento é deixado no prontuário do paciente para que a equipe médica, caso não tenha sido contata pessoalmente pelo farmacêutico, tome conhecimento das discrepâncias detectadas durante a RF.

Ao enfermeiro responsável pela unidade, também, é entregue o instrumento contendo informações sobre a administração dos medicamentos produzidas durante a RF. Objetiva-se com isso que as informações sejam repassadas durante as trocas de plantões da equipe de enfermagem e, assim, todos estejam informados dos medicamentos que o paciente fazia uso no domicílio.

Instrumento facilitador para comunicação com a equipe multidisciplinar.



Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM
Setor de Farmácia Hospitalar
Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no
Sistema Público de Saúde



RECONCILIAÇÃO FARMACOTERAPÉUTICA
**INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS/ MEDICAMENTOS POR SONDAS/
INCOMPATIBILIDADES EV**

Paciente: _____
Leito: _____

Farmacêutico Responsável: _____
Data: _____

Sabe-se que a reconciliação pode ser realizada por outros membros da equipe de saúde. Porém, estudos mostram que, devido a formação profissional, preparo e maior familiaridade com os medicamentos, o farmacêutico possui maior habilidade de obter o histórico mais completo e preciso dos medicamentos, quando comparado a outros profissionais, evitando informações equivocadas¹⁰.

Assim, a partir da implantação da RF pelos farmacêuticos residentes potencializou-se a detecção de PRM, a interrupção do tratamento ou continuidade de uma terapia inapropriada. O maior impacto que pôde ser evidenciado é a interrupção da cascata de erros de medicamentos. Desta maneira, as intervenções farmacêuticas produziram benefícios diretos aos pacientes ao incrementar a qualidade e segurança do tratamento farmacológico do paciente.

Próximos passos, desafios e necessidades

Apresenta-se como desafio a manutenção da RF de forma contínua e sistemática, uma vez que o hospital não conta com farmacêutico clínico, sendo desempenhada esta atividade pelo farmacêutico residente. Porém, a RF deve ser uma responsabilidade partilhada por profissionais da saúde, tanto os farmacêuticos, quanto os médicos e os enfermeiros, conjuntamente com pacientes e cuidadores.

A continuidade das ações de RF é importante para que maior visibilidade seja dada ao trabalho do farmacêutico como integrante da equipe de saúde, sensibilizando, assim, os gestores sobre a importância da prática da Farmácia Clínica dentro do hospital.

Para que a RF se torne prática vigente na instituição e alcance as demais clínicas atendidas no HUSM, o grande desafio é possuir no quadro da instituição o farmacêutico clínico que poderá priorizar a sua atuação na coordenação e monitorização do processo de RF.

Outro desafio a ser enfrentado é a realização da RF no momento da alta do paciente, pois, no período do estudo, foram realizadas 12 RF, o que representou apenas 11,4% do total das RF. Na RF de alta é realizada a orientação ao paciente quanto aos medicamentos que deverão seguir sendo usados em

domicílio e a forma correta de uso. A maior dificuldade encontrada para desenvolver de forma sistemática este processo é a ausência do residente em período integral na unidade de internação e a falta de comunicação da equipe responsável pelo cuidado do paciente quanto a programação da alta pelo médico assistente.

CONCLUSÃO

A implantação da RF aumentou a segurança e eficácia dos medicamentos prescritos entre transições de cuidados, reduzindo os PRMs. Os resultados apresentados são evidências sólidas da importância da RF, pois permitiram identificar fragilidades no processo de uso de medicamentos, originando intervenções de impacto direto sobre a saúde dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1 Cassiani SHB, Deus NN, Capucho HC. Administración segura de medicamentos. In: Cometto MC, organización. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington (EUA): Organización Panamericana de La Salud; 2011.
- 2 Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconciliable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *QualSaf Health Care* 2006;15:122-26.
- 3 Anacleto TA, Rosa MB, Neiva HM, Martins MAP. Erros de medicação. *Pharmacia Brasileira* 2010;74:1-24.
- 4 Forster AJ, Murff HJ, Petersom JF, Gandhi TK, Bates DW. Adverse drug events occurring following hospital discharge. *J GenIntern Med* 2005;20:317-23.
- 5 Huber DL, Mccllelland E. Patient preferences and discharge planning transitions. *J Prof-Nurs.* 2003;19(4):204-10.
- 6 Nunes PH, Pereira BM, Nominato JC. Pharmaceutical intervention and prevention of drug related problems. *Braz. J. Pharm. Sci.* 2008;44(4):691-9.
- 7 Santos L, Torrian MS, Barros E. Medicamentos na prática da farmácia clínica. São Paulo: Artmed, 2013.

- 8 Aspden P, Wolcott J, Bootman JL, Cronenwett LR. Preventing medication errors. Quality chasm series. Washington (DC): The National Academies Press; 2007.
- 9 American Society of Health-System Pharmacists. ASHP statement on the pharmacist's role in medication reconciliation. *Am J Health-Syst Pharm.* 2013;70:453-6.
- 10 Role of Pharmacist Counseling in Preventing Adverse Drug Events After Hospitalization *Arch Intern Med.* 2006;166(5):565-571.

INSTITUIÇÃO

Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

AUTORES

Juliana dos Santos de Oliveira
Laura Vielmo
Sandra Trevisan Beck
Cláudia Sala Andrade
Luma Elsenbach Schutkoski
Marília Buss de Marchi
Andriely Bersch
Débora Hermes

CONTATOS

juoliveirafarma@gmail.com
lauravielmo@yahoo.com.br
stbeck.beck@gmail.com
clausala@gmail.com
luuma.ie@gmail.com
lilabuss@bol.com.br
berschandriely@gmail.com
debora.hermes@hotmail.com