



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA:
UMA SCOPING REVIEW**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem, Especialização em Enfermagem
Avançada

Por:
Mónica Sofia Oliveira Monteiro

Porto, setembro de 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA:
UMA SCOPING REVIEW**

**MEDICATION RECONCILIATION:
A SCOPING REVIEW**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem, Especialização em Enfermagem
Avançada

Por:
Mónica Sofia de Oliveira Monteiro

Sob a orientação:
Professor Doutor Armando Almeida

Porto, setembro de 2018

Resumo

A Reconciliação Medicamentosa envolve toda a medicação do cliente, medicamentos sujeitos a receita médica e não sujeitos a receita. Trata-se de uma responsabilidade multidisciplinar dos profissionais de saúde, que deve ser centrada no cliente e/ ou cuidadores promovendo o envolvimento no processo. As transições entre cuidados são momentos críticos no que confere à ocorrência de discrepâncias medicamentosas, podendo estas originar eventos adversos, como problemas de saúde, reinternamentos, e, por conseguinte, o aumento dos custos relacionados com a saúde.

Objetivo: mapear a evidência científica sobre a Reconciliação Medicamentosa e as discrepâncias com ela relacionadas, reconhecer as lacunas existentes na evidência e contribuir para a clarificação do papel dos enfermeiros no processo.

Método: A metodologia adotada para a realização do presente relatório foi a *Scoping Review* com base nos princípios preconizados pelo *Joanna Briggs Institute*.

Resultado: obtiveram-se para análise integral 34 artigos, na sua maioria relacionados com a definição de protocolos operacionais para implementar o processo, por forma a garantir a segurança nos momentos de transição. Foram ainda abordados a identificação e redução das discrepâncias medicamentosas, a identificação e minimização dos erros de medicação, a atribuição de responsabilidades aos diferentes intervenientes da equipa de saúde, a definição do papel desses profissionais na prática clínica e ainda as considerações relativas ao processo e à prática clínica do enfermeiro especialista.

Conclusões: A elaboração da revisão contribuiu para um pensamento crítico-reflexivo e uma *praxis* clínica especializada com base em sólidos padrões de conhecimento sobre a reconciliação medicamentosa, verificando-se a necessidade de serem realizados mais estudos randomizados para confirmar as evidências.

Palavras-chave: Medicação, Reconciliação, Reconciliação Medicamentosa.

Abstract

Drug Reconciliation involves all client medication, prescription and non-prescription drugs. This is a multidisciplinary responsibility of health professionals, which should be client-centered and/ or caregivers promoting the involvement in the process. Transitions between care stages are critical moments where drug discrepancies occur, potentially leading to adverse events such as health problems, rehospitalization, and, as a consequence, increased health-related costs.

Objective: to map the scientific evidence on Drug Reconciliation and related discrepancies, to recognize the gaps in the evidence and to contribute to the clarification of the nurses' role in the process.

Method: The methodology used to carry out this report was the Scoping Review based on the principles advocated by the Joanna Briggs Institute.

The result: 34 articles were reviewed for the entire analysis, mostly related to the definition of operational protocols to implement the process, in order to guarantee security during transition times. The identification and reduction of drug discrepancies, identification and minimization of medication errors, attribution of responsibilities to different health team participants, definition of the role of these professionals in clinical practice, and considerations regarding the process and practice of the specialist nurse were also studied.

Conclusions: This review contributed to critical-reflexive thinking and specialized clinical praxis based on solid knowledge of drug reconciliation, having detected the need for further randomized trials to confirm the evidence.

Keywords: Medication, Reconciliation, Medication Reconciliation.

Lista de Acrónimos e Siglas

DGS - Direção Geral da Saúde

EUA - Estados Unidos da América

MPSA - Agência Nacional de Segurança do Paciente

NICE - Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados

OMS - Organização Mundial da Saúde

RM - Reconciliação Medicamentosa

SR - *Scoping Review*

Índice

Nota Introdutória	13
Capítulo I - Enquadramento teórico	15
1.1- Eventos adversos relacionados com a medicação	15
1.2- Reconciliação Medicamentosa	16
1.2.1- Reconciliação Medicamentosa em Portugal	18
1.3- Participação da Enfermagem na Reconciliação medicamentosa.....	20
Capítulo II - Objetivo e Questão de Investigação	23
Capítulo III - Metodologia	25
3.1- <i>Scoping Review</i>	25
3.2- Estratégia de Pesquisa	27
Capítulo IV - Resultados	29
4.1- Resultados da Revisão	29
Capítulo V - Discussão	43
5.1- Discussão dos resultados	43
Capítulo VI - Conclusão	45
Bibliografia	47
Apêndices	52
Apêndice I - Resumo dos Estudos analisados	53

Índice de Figuras

Figura 1 - Seleção dos artigos nas bases de dados científicas.27

Índice de Quadros

Quadro 1- Quadro de extração de evidências30

Índice de Tabelas

Tabela 1- Distribuição dos artigos por ano29
Tabela 2- Origem dos artigos29

Nota Introdutória

A problemática da Reconciliação Medicamentosa (RM) envolve toda a medicação do cliente, sejam medicamentos sujeitos a receita médica ou não, nomeadamente, fármacos de venda livre, produtos homeopáticos e suplementos alimentares. A RM trata-se de uma responsabilidade multidisciplinar dos profissionais de saúde, tais como: enfermeiros, médicos e farmacêuticos, e deve ser centrada no cliente e/ ou cuidadores com o intuito de promover o seu envolvimento no processo (1).

As transições entre cuidados, ou seja, na admissão hospitalar, nas transferências intra e inter hospitalares, no momento do regresso a casa ou na transferência dos indivíduos para outra instituição da comunidade (por exemplo, um edifício residencial para pessoas idosas), são momentos críticos no que confere à ocorrência de discrepâncias medicamentosas, podendo estas originar eventos adversos causados pela medicação, como reações adversas, interações entre medicamentos, interações fármaco doença, bem como propiciar situações de não adesão ao regime medicamentoso, com conseqüente aumento da morbilidade, mortalidade e utilização dos serviços de saúde (por exemplo, o serviço de urgência) (2). Assim, os momentos de transição de cuidados são, por isso, ótimas oportunidades para os profissionais de saúde operacionalizarem, de forma sistemática, a RM.

Em Portugal já foram dados os primeiros passos. A Direção Geral da Saúde (DGS), através da norma 018/2016, define a RM e determina que as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem promover a implementação do processo (1). Na referida norma, são enumerados os pontos vulneráveis/ críticos da transição de cuidados, nomeadamente: a admissão, as transferências intra/ inter instituições e os momentos da alta. Todos eles, circunstâncias, nas quais os enfermeiros assumem um papel de interveniente principal, ao estabelecerem parcerias com os indivíduos/ famílias no sentido do seu envolvimento na gestão do novo regime medicamentoso, assegurando assim a sua adesão.

Analisando o fenómeno numa ótica de enfermagem avançada, assume-se que quando os indivíduos vivenciam momentos de transição, é maior a sua sensibilidade à atuação dos enfermeiros (3), pelo que, os momentos da RM que envolvem a participação e

comportamento dos indivíduos, ou seja, a recolha da anamnese farmacológica e a sua posterior capacitação, para integrar o novo regime de medicamentos no seu autocuidado, podem ser considerados como potencialmente sensíveis à prescrição de cuidados de enfermagem, o que permite inferir que os enfermeiros podem assumir um papel central na gestão do regime de medicamentos (2).

Assume-se assim a importância do conhecimento disciplinar para o sucesso do processo de RM, nomeadamente, no estabelecimento de parcerias que conduzam, na fase inicial a uma correta colheita e transmissão da informação pessoal/ farmacológica dos indivíduos/ familiares, à restante equipa multiprofissional (médicos e/ ou farmacêuticos) que irá realizar a revisão do regime de medicamentos; bem como na fase final, em que é fundamental consciencializar os indivíduos e capacitá-los face ao novo regime, trabalhando-os em função dos seus objetivos pessoais e rotinas, e garantindo uma adesão responsável e significativa no processo de manutenção da sua saúde.

Nesse sentido, e porque se assume a necessidade de um maior envolvimento por parte dos enfermeiros, contribuindo com o seu conhecimento disciplinar para o sucesso da sistematização da RM em Portugal, estruturou-se este estudo no âmbito do Mestrado em Enfermagem Avançada. Como finalidade pretende-se analisar e compreender a informação científica existente sobre a problemática da RM, e as discrepâncias com ela relacionadas, para que de futuro os enfermeiros possam colmatar as potenciais lacunas evidenciadas ou potencializar as eventuais oportunidades de desenvolvimento de todo o processo.

Opta-se assim por realizar um estudo de natureza qualitativa, de revisão da literatura, nomeadamente sob a forma de uma *Scoping Review* (SR), adotando os princípios preconizados pelo *Joanna Briggs Institute* (4) para realizar tanto a pesquisa, como a seleção e a síntese bibliográfica.

A dissertação encontra-se estruturada em seis capítulos. No primeiro realiza-se o enquadramento teórico relativo à participação dos enfermeiros na gestão do regime medicamentoso, definição da problemática relativa à prescrição de medicamentos nos momentos de transição de cuidados e contextualização do conceito de Reconciliação de Medicamentos; no segundo capítulo é apresentado o objetivo do estudo e as questões de investigação; no terceiro capítulo surge a metodologia de base para a realização da *Scoping Review*, nomeadamente as estratégias de pesquisa e o tratamento e apresentação dos dados; o quarto e quinto capítulos são referentes à apresentação e discussão dos resultados obtidos; e por fim, apresentam-se as conclusões do estudo de uma forma geral, com base nos objetivos traçados e nos resultados obtidos.

Capítulo I - Enquadramento teórico

No presente capítulo realiza-se o enquadramento teórico da problemática da gestão do regime medicamentoso complexo, normalmente associado às pessoas mais idosas, demonstrando que o papel do enfermeiro é, cada vez mais importante para conferir segurança à complexificação dos tratamentos farmacológicos. Avança-se, de seguida, para a contextualização dos problemas potenciais de uma má gestão, terminando com a definição do conceito de RM, observado atualmente como uma potencial solução terapêutica.

1.1- Eventos adversos relacionados com a medicação

A DGS, na Norma 18/2016 (1), refere alguns factos importantes a ter em conta quando se pensa em melhorar a segurança dos indivíduos que contactam com os serviços de saúde;

- cerca de 10 a 70% dos regimes medicamentosos apresentam pelo menos um erro;
- um terço desses erros apresentam o potencial de causar danos ao cliente;
- mais de 50% desses erros ocorrem em contexto de transição de cuidados;
- os clientes polimedicados que tenham lacunas de medicação no momento da alta,

apresentam um risco 2,3 vezes superior de serem reinternados no hospital em comparação com os que têm a prescrição medicamentosa correta;

- 85% das discrepâncias são ocasionadas por erros no processo de colheita de dados sobre a medicação (1).

As discrepâncias medicamentosas podem dar origem a prescrições inadequadas, interrupções do tratamento, eventos adversos, internamentos prolongados, aumento dos reinternamentos hospitalares e recurso aos serviços de emergência, que acarretam custos elevados para os indivíduos e sistemas de saúde (2).

1.1.1- Segurança do medicamento nos momentos de transição

A evidência revela que os momentos de transição entre cuidados são críticos no que confere à vulnerabilidade para a ocorrência de discrepâncias de medicação, tendo em conta a falta de informação completa relativa ao regime medicamentoso anterior, à diversidade de especialidades médicas envolvidas e à tendência para realizarem prescrições de forma isolada (por especialidade ou doença), à introdução de novos fármacos no regime que aumentam a complexidade associada à gestão, bem como, à deficiente capacitação dos indivíduos/ conviventes significativos para integrarem as novas prescrições no seu processo de autocuidado (2).

É nesse sentido que emerge o conceito de Reconciliação Medicamentosa como uma estratégia concertada e sistematizada, desenvolvida pelas diferentes instituições de saúde, para aumentar a segurança das pessoas que com elas contactam (1) (2).

1.2- Reconciliação Medicamentosa

A Direção Geral da Saúde (DGS) define a Reconciliação da medicação como 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.” (1).

Esse processo envolve toda a medicação do cliente, ou seja, medicamentos sujeitos a receita médica, de venda livre e os não sujeitos a receita, nomeadamente, produtos homeopáticos e suplementos alimentares; trata-se de uma responsabilidade multidisciplinar e deve ser centrada no cliente e/ ou convivente significativos, envolvendo-os (1).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe a sua implementação como uma prioridade para a segurança dos indivíduos, nos momentos de transição de cuidados, tal como consta no projeto *Action on Patient Safety: High 5s* (5).

Em consonância com o projeto *High 5s*, organizações internacionais como o Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE), a Agência Nacional de Segurança do Paciente (NPSA) (2007), o Instituto Canadano de Segurança do Paciente (2015), o Instituto Práticas de Medicação Segura (2015) e a *Joint Commission* (2015), nos Estados Unidos da América (EUA), emitiram também orientações e diretrizes para impulsionar e melhorar a sistematização do processo em ampla escala (6).

A RM é, assim, constituída por quatro etapas distintas e complementares: a recolha da anamnese medicamentosa; o cruzamento desses dados com outras informações credíveis; a reconciliação da medicação anterior com a nova prescrição; e o envolvimento do indivíduo, conviventes significativos e restantes profissionais de saúde (2).

Analisando as diferentes etapas, torna-se importante reconhecer que a informação recolhida acerca do regime medicamentoso (etapa 1), deriva maioritariamente de população leiga em questões de saúde, sendo da responsabilidade das instituições a alocação dos recursos necessários para garantir uma colheita de dados o mais exata possível (1).

Nesse sentido, indo de encontro à definição da OMS que considera a RM como um processo formal no qual os profissionais de saúde estabelecem parcerias com os clientes para garantir o conhecimento e consideração de todos os medicamentos que o cliente toma (etapa 1), a fim de evitar omissões, duplicações, erros de dosagem e possíveis interações adversas com novos medicamentos prescritos (5) e, posteriormente, a transmissão de informações precisas e completas acerca do novo regime reconciliado (etapa 4), por forma a capacitar os indivíduos e respetivos conviventes significativos a aderir às recentes prescrições (5), fica clara a necessidade de existir envolvimento multidisciplinar, onde a presença do enfermeiro é recomendada, a fim de minimizar as dificuldades que possam surgir, por carência de evidencia científica, por não adesão dos clientes/ cuidadores ou por escassez de investimento em recursos por parte das instituições de saúde (2).

1.2.1- Reconciliação Medicamentosa em Portugal

Em Portugal, a DGS emanou a Norma 018/2016 para servir como guia orientador para as instituições prestadoras de cuidados de saúde promoverem a implementação da RM, de forma sistemática (1). Dessa forma pretende-se com o processo:

- implementar a RM nos momentos vulneráveis e críticos da transição dos cuidados;
- assegurar que seja implementada num prazo máximo de 24 horas após a transição de cuidados;
- normalizar a comunicação multidisciplinar sobre o cliente e a sua medicação;
- envolver os clientes e/ ou conviventes significativos no processo de RM;
- definir políticas de responsabilização e envolvimento dos profissionais de saúde (1).

Em termos de avaliação a norma define a importância de monitorizar todo o processo, bem como, o seu papel na diminuição do risco de incidentes, como contributo para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados. Para tal monitorização, a DGS apresenta um instrumento de auditoria organizacional, para que cada instituição prestadora de cuidados de saúde possa auditar o processo de RM (1).

Com vista à segurança do cliente, é fundamental garantir a segurança do medicamento, ou seja, evitar, acautelar ou retificar as intervenções que envolvam a medicação e que coloquem em risco o cliente; para tal, é necessário anular as discrepâncias na medicação (1).

A DGS define como Discrepância na medicação a diferença entre a medicação habitual do cliente e a medicação que possa ser instituída a cada instante de transição de cuidados, a qual pode ser intencional ou não e para a qual não exista justificação clínica (1).

Como pontos vulneráveis do sistema a monitorizar, identificam-se os momentos de admissão aos cuidados de saúde, as transferências intra e interinstitucionais e as situações de alta clínica que precedem o regresso a casa sendo, por isso, importante implementar o processo na admissão aos cuidados hospitalares, na consulta dos cuidados de saúde primários pós alta hospitalar e nos momentos de admissão dos Cuidados Continuados Integrados (1).

Para normalizar a comunicação interprofissional e multidisciplinar sobre os clientes e facilitar a sistematização da RM, a DGS recomenda a recolha de um conjunto mínimo de itens de informação:

- Idade;
- Peso;
- Alergias;
- Resultados de exames;
- Antecedentes;
- Informação disponível, eficaz, oportuna, exata e adequada aos diferentes níveis de intervenção profissional, contínua ao longo de todo o processo (1).

Relativamente aos profissionais, a DGS defende ser fulcral assegurar a qualificação dos profissionais com formação específica no âmbito do processo da RM (1). Assim, considera ser importante a reciclagem anual da formação relativa às áreas segurança do doente, segurança da medicação e reconciliação da medicação, por forma a que sejam capazes de definir os papéis e os responsáveis pelas diferentes etapas, garantir a precisão e qualidade da informação transmitida em todos os pontos de transição de cuidados, responsabilizar-se pela documentação do processo (completa, exata, relevante e atualizada) e assegurar a responsabilidade compartilhada pelo processo (1).

Por fim, pressupõe-se que após a implementação da norma, a sua avaliação deve ser contínua e implementada através de processos de auditoria interna e externa em todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde, ficando a incumbência da sua implementação à responsabilidade das direções clínicas das instituições (1).

1.3- Participação da Enfermagem na Reconciliação medicamentosa

O aumento da longevidade associado ao aumento da prevalência da doença crónica e da morbilidade, trouxe consigo uma complexificação do regime medicamentoso. Entendem-se como estratégias fundamentais para garantir a segurança dos indivíduos polimedicados, prescrever os fármacos essenciais, pelo menor período de tempo, em doses adequadas, que sejam reavaliadas regularmente, implementando processos de RM, sempre que existam novas prescrições (2). Paralelamente os indivíduos/ conviventes significativos, devem ser envolvidos no processo de RM, para evitar a ocultação de informação e manifestações de resistência à mudança para regimes alternativos (2).

Os profissionais de saúde são uma peça fundamental quando se trata de fazer incorporar um regime medicamentoso prescrito no autocuidado de um indivíduo e conseguir a sua adesão (7). Nesse sentido os enfermeiros assumem-se como peça central ao trabalharem a consciencialização, bem como as potenciais crenças e significados que interferem com a adesão (3) (8) facilitando a adoção de transições saudáveis.

Um dos fatores fundamentais é a relação terapêutica desenvolvida pelos enfermeiros no âmbito do seu processo de cuidados que tem por finalidade desenvolver parcerias com os indivíduos e conviventes significativos, no sentido de proporcionar mais saúde incorporando-a nos projetos de saúde individuais (9).

Constata-se assim que os enfermeiros possuem conhecimentos aprofundados que lhes permite trabalhar a adesão ao regime terapêutico (10) e que utilizam, como método de trabalho, a inter-relação pessoal com os seus clientes (9), fatores que os colocam na linha da frente para serem capazes de escutar, compreender e discutir a forma como os indivíduos/ conviventes significativos vivenciam as suas transições (3).

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (10), de acordo com o seu mandato social, os Enfermeiros desenvolvem com os indivíduos/ famílias parcerias para os ajudar a gerir o regime medicamentoso, de acordo com as indicações de diferentes profissionais, que exigem a vivência de transições, por vezes difíceis de ultrapassar. Dessa forma, constituem-se como um recurso fundamental para ajudar a integrar os diferentes aspetos do regime terapêutico, no dia-a-dia dos seus clientes.

Perante esta evidência, quando se equacionam momentos como a admissão hospitalar, a transferência, a alta clínica e o regresso a casa, tendo em conta a proximidade e contacto com os enfermeiros e a grande vulnerabilidade dos indivíduos, pelo facto de necessitarem de cuidados para a sua doença ou por terem de integrar no seu autocuidado as alterações ao regime medicamentoso resultantes do processo de cuidados, infere-se que os enfermeiros poderão ter um papel chave na sua preparação, facilitando a aquisição de novas competências para enfrentar com mestria os problemas (3).

Segundo Meleis (3), os enfermeiros centram-se nas respostas humanas às transições, relativas a processos de saúde/ doença e de vida que viabilizam uma janela de oportunidade para a sua atuação. Nesse sentido, a finalidade dos cuidados de enfermagem é o desenvolvimento de terapêuticas capazes de responder às necessidades identificadas. Devem envolver-se em todos os processos capazes de gerar momentos de transição que exijam a consciencialização e envolvimento dos indivíduos/ conviventes significativos ao longo do tempo, por forma a assegurar que a mudança seja o mais saudável possível logo, deverão assumir um papel ativo no processo de RM.

No Canada, por exemplo, os reinternamentos hospitalares não planeados são comuns, dispendiosos e potencialmente evitáveis, bem como o recurso aos serviços de urgência, constituindo um fardo para os doentes e seus cuidadores, bem como para o sistema de saúde (11). Nesse sentido foi realizado um investimento na RM, onde os enfermeiros foram envolvidos, principalmente nos momentos de transição de cuidados, tanto na colheita de dados, como na transmissão da informação de forma clara e adequada à compreensão e rotinas do cliente, intervindo ativamente na adesão ao regime medicamentoso (11).

Simultaneamente, nos EUA, a reconciliação das discrepâncias medicamentosas, conta com a participação de enfermeiros especialistas qualificados exclusivamente para liderar e gerir os esforços com vista a mitigar os problemas decorrentes das transições de cuidados (12).

Sintetizando, constata-se que existem fortes crenças de que a RM aumentará a segurança do cliente e de que ela deverá resultar do trabalho da equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, farmacêuticos e médicos. No entanto, coexiste ainda a falta de concordância em relação às funções e responsabilidades de cada profissional de saúde no processo; para tal é necessária clareza das responsabilidades e compromisso com o papel que cada um ocupa (13).

O objetivo major é a segurança do indivíduo, de forma a protegê-lo das discrepâncias medicamentosas, evitando e corrigindo as intervenções que envolvam a medicação e que o coloquem em risco (1). A posição privilegiada dos enfermeiros, enquanto gestores do regime medicamentoso, proporciona a oportunidade de identificar, intervir e corrigir os efeitos adversos dos medicamentos, quer pelo seu papel central na equipa multidisciplinar, possibilitando a comunicação com o médico, enquanto prescritor e com o farmacêutico, como pela ponte que estabelece com o indivíduo/ conviventes significativos, seja nos momentos iniciais de recolha de informação útil ou na capacitação para a adoção do novo regime reconciliado.

Capítulo II - Objetivo e Questão de Investigação

A prática baseada em evidência centra-se na síntese de conhecimento sob a forma de uma revisão sistemática (14). Através da definição de objetivos e questões de investigação é possível resumir a evidência científica de forma eficiente, para tal, torna-se necessário desenvolver novas abordagens, sendo uma delas a *Scoping Review* (4).

Este estudo apresenta como objetivos gerais:

- Mapear, analisar e compreender a evidência científica existente sobre a problemática da RM, e as discrepâncias com ela relacionadas.
- Reconhecer as lacunas existentes na evidência, funcionando como uma primeira abordagem que justifique a execução de uma revisão sistemática da literatura.
- Contribuir para a clarificação do papel dos enfermeiros no processo de sistematização da RM.

As questões de investigação norteiam-se pelos objetivos previamente delineados. Com o presente estudo pretende-se responder às seguintes questões:

- Qual a evidência científica existente sobre a problemática da RM?
- Quais as discrepâncias relacionadas com a RM, presentes nos estudos analisados?
- Quais as lacunas existentes nos estudos consultados?
- Que papel ocupam os enfermeiros no processo?
- Existe evidência científica produzida pela Enfermagem que dê suporte à RM?

Capítulo III - Metodologia

Neste capítulo será descrito todo o processo metodológico que envolveu o estudo.

3.1- *Scoping Review*

A metodologia adotada para a realização do presente estudo foi a *Scoping Review*, também conhecida como estudo de *Scoping*. A escolha fundamenta-se no facto de ser um tipo de revisão que adota como principal objetivo mapear os conceitos fundamentais que suportam determinada área de pesquisa ou esclarecer os limites conceptuais de um tema (4).

A SR permite rastrear as evidências existentes, fornecendo uma relação das mesmas, mostrando a sua utilidade na análise de evidências emergentes, podendo servir como sustentação para futuras revisões sistemáticas. Tendo em conta a prática baseada em evidência, a SR suporta a tomada de decisão clínica e a intervenção, fornecendo uma visão ampla e abrangente, com menos profundidade do tema em estudo, permite identificar lacunas nas fontes de conhecimento e esclarecer os conceitos-chave (4).

Apesar de partilhar algumas características com a metodologia da revisão sistemática, nomeadamente, dispor de um desenho metódico, transparente e replicável, apresenta algumas diferenças (15) como:

- uma questão inicial ampla
- os critérios de inclusão e exclusão podem ser definidos à posteriori
- a escolha dos estudos não é feita com base na qualidade da investigação
- apresenta uma síntese maioritariamente qualitativa
- utiliza-se para enumerar as variáveis e as falhas existentes na literatura em estudo
- o seu objetivo não se prende com encontrar a melhor evidência científica, mas sim, mapear a evidência científica existente

Elaborou-se a SR com base na metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute for Scoping Reviews*, tanto na orientação da revisão como da síntese, com o objetivo de produzir um estudo com evidência credível (4).

Para tal seguiu-se com o seguinte plano metodológico (4):

A. Definição da questão de investigação;

A questão de investigação serviu como guia orientador para a definição dos critérios de inclusão e definição de estratégias de pesquisa para a SR.

B. Identificação dos estudos relevantes;

Consideraram-se aspetos cruciais para o método da pesquisa a exequibilidade, a extensão e o alcance, tendo ainda em conta os fatores tempo e recursos como potenciais limitadores do processo.

C. Análise dos estudos;

Realizada com base em critérios de inclusão e exclusão, os quais foram norteados pela definição da questão de investigação.

D. Extração dos dados;

Elaborou-se um instrumento com um resumo numérico dos artigos, que permitiu uma análise qualitativa dos temas apresentados e a síntese dos dados obtidos. Foram definidos os tópicos: título, ano e local, objetivos dos estudos, dados relevantes e principais resultados (a consultar no capítulo IV).

E. Divisão, apresentação dos resultados e comunicação dos mesmos

Por fim com o objetivo de apresentar a visão global da pesquisa efetuada, foi elaborada a estruturação dos dados e a comunicação dos resultados com objetividade e clareza, de forma a enumerar as suposições relevantes para a investigação e para a prática clínica.

A pesquisa foi desenvolvida em bases de dados digitais: *MEDLINE*, *CINAHL* e *Medic Latina*, através de uma análise de palavras de texto nos títulos, e corpo dos artigos.

Foram utilizados os descritores: "Medication and Reconciliation". Como critérios de inclusão definiu-se todos os documentos científicos que fossem publicados sob a forma de artigo científico no período temporal de janeiro de 2012 a agosto de 2018, com resumo disponível, texto completo em PDF, para artigos escritos em inglês e português e que fossem ao encontro do objetivo desta dissertação. O processo da estratégia de pesquisa encontra-se ilustrado na figura 1.

3.2- Estratégia de Pesquisa

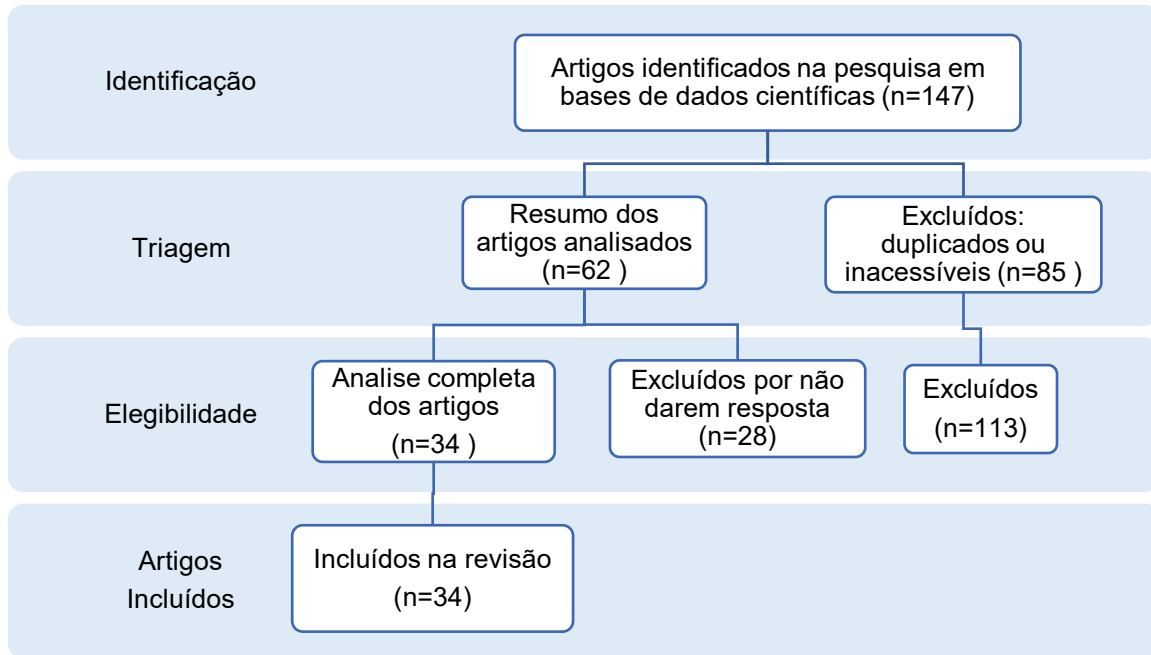


Figura 1 - Seleção dos artigos nas bases de dados científicas.

Obteve-se inicialmente um conjunto de 147 artigos, dos quais, se excluíram 85 artigos por se encontrarem duplicados ou por não serem de acesso aberto; após a leitura do título e do resumo excluíram-se 28 artigos, pois apresentavam um desenho de pesquisa pouco explícito sobre a RM ou não proporcionavam resposta a nenhuma das questões de investigação; por fim, resultaram para análise integral 34 artigos, os quais se incluíram na revisão.

Capítulo IV - Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa bibliográfica, acompanhados por uma síntese explicativa dos fenômenos em estudo.

4.1- Resultados da Revisão

A presente revisão baseia-se numa amostra consistente de 34 estudos, realizados nos últimos seis anos, relacionados com o tema da RM e das discrepâncias medicamentosas (quadro 1), destacando-se o ano de 2015 como o mais prolífico em termos de produção científica (tabela 1).

Tabela 1- Distribuição dos artigos por ano

Ano	Número de artigos
2013	4
2014	3
2015	9
2016	6
2017	5
2018	7

Observa-se uma grande prevalência de estudos escritos em língua inglesa, havendo apenas dois em português, sendo que a maioria teve a sua origem nos Estados Unidos da América (tabela 2).

Tabela 2- Origem dos artigos

País/ região	Número de artigos
Arábia Saudita	1
Austrália	2
Brasil	2
Canadá	2
Emirados Árabes Unidos	1
Estados Unidos da América	16
Finlândia	1
França	1
Holanda	1
Irão	1
Irlanda	1
Itália	1
OMS (global)	1
Reino Unido	1
Singapura	1
Sudoeste Asiático	1

Relativamente ao tema em estudo, todos os artigos abordam a RM, mas apenas nove, se debruçam sobre as discrepâncias medicamentosas relacionadas com a RM.

Quadro 1- Quadro de extração de evidências

Nº	Título	País/ Ano	Objetivo do Estudo	Dados Relevantes	Resultados
1	A controlled before and after study to evaluate a patient and health professional partnership model towards effective medication reconciliation (16)	Austrália, 2013,	Projetar e testar a eficácia de um modelo de parceria de profissionais de saúde para uma RM eficaz	Má comunicação de informações médicas nos pontos de transição é responsável por até 50% de todos os erros de medicação	Há utilidade para uma população de pacientes interessada em reivindicar maior propriedade de suas informações sobre medicamentos.
2	A qualitative study describing nursing home nurses sensemaking to detect medication order discrepancies (17)	Estados Unidos da América, 2017	Descrever as diferenças na deteção do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem em detetar discrepâncias na gestão da medicação	Os enfermeiros e os auxiliares reconheceram dificuldades, mas ao realizar a RM, os enfermeiros estavam mais preocupados com precisão e segurança, enquanto os auxiliares estavam mais preocupados com o tempo.	As enfermeiras estão numa posição importante para identificar discrepâncias que podem causar danos aos residentes; os enfermeiros oferecem uma contribuição única para processos complexos, como a RM.
3	A review on interventions to reduce medication discrepancies or errors in primary or ambulatory care setting during care transition from hospital to primary care (18)	Singapura, 2018	Examinar as evidências sobre intervenções para reduzir as discrepâncias da medicação ou erros no contexto de cuidados primários ou durante a transição dos cuidados do hospital para os cuidados primários	Há evidência de que as intervenções no contexto de intervenção primária reduzem as discrepâncias da medicação nos clientes em processo de transição do ambiente hospitalar para o comunitário.	Existe apenas um estudo randomizado envolvendo a RM liderada por farmacêuticos, realizado em ambiente ambulatorio. Verifica-se a necessidade de ser realizados mais estudos randomizados de boa qualidade.

4	An Evaluation of Medication Reconciliation in an Outpatient Nephrology Clinic (19)	Canada, 2016	Avaliar retrospectivamente as discrepâncias de medicação e o seu índice de potencial para dano ao paciente, em doentes crónicos que dispõem da RM em ambulatório.	A RM é uma prática organizacional essencial para aumentar a segurança do paciente. Os dados que avaliam os benefícios da RM em ambulatório são limitados. A discrepância identificada mais comum foi o medicamento incorreto, seguido por dose discrepante, frequência discrepante e omissão de drogas.	As discrepâncias de medicação são comuns em doentes crónicos. Quase um quarto dos pacientes pode sentir desconforto moderado ou deterioração clínica devido às discrepâncias. O estudo mostrou que os pacientes podem beneficiar com a RM em ambulatório, o risco de dano ao paciente associado a discrepâncias de medicação pode ser reduzido.
5	An exploration of health professionals' experiences of medicines management in elderly, hospitalised patients in Abu Dhabi (20)	Abu Dhabi Emirados Árabes Unidos, 2015	Explorar as experiências dos profissionais de saúde na gestão medicamentosa dos pacientes idosos hospitalizados em Abu Dhabi.	Emergiram seis temas chave: polimedicação apropriada; uma abordagem sistemática do histórico medicamentoso; melhor comunicação e documentação; melhor adesão dos pacientes ao regime medicamentoso; diretrizes e políticas para apoiar a seleção de medicamentos e uma equipe multidisciplinar instruída e treinada.	Os principais temas identificados na pesquisa indicam a necessidade de desenvolver uma abordagem mais estruturada para a gestão medicamentosa dos pacientes idosos hospitalizados em Abu Dhabi.
6	Análise das intervenções realizadas na alta hospitalar de idosos acompanhados em serviço de orientação e encaminhamento farmacoterapêutico (21)	Minas Gerais, 2016	Análise das orientações realizadas durante a alta e descritas nos encaminhamentos farmacoterapêuticos e análise do perfil desses indivíduos no contato pós-alta.	Orientações fármaco-terapêuticas a 135 clientes: a orientação verbal sobre o uso dos medicamentos, (133 clientes); orientação para o acesso (130) e alerta sobre reações adversas e registro das ocorrências (71 clientes). A maioria precisava de apoio para administrar os medicamentos (50). Os principais cuidadores eram as filhas (22) e as esposas (12); apenas 38 clientes relataram que tiveram consulta com médico de família após internamento.	Estratégias adotadas na transição do cuidado que podem contribuir para melhoria da educação em saúde, segurança e acessibilidade no uso dos medicamentos: orientação farmacêutica na alta e a consulta pós-alta.

7	Applying quality improvement methods to address gaps in medicines reconciliation at transfers of care from an acute UK hospital (22)	Reino Unido, 2016	Reconciliação do processo com o objetivo de melhorar a recolha de informações e documentação das listas de medicamentos confiáveis para permitir comunicações claras e oportunas no momento da alta.	A análise estatística apresentou documentação fiável da medicação atual (49,2%) dos resumos de alta dos clientes, o envolvimento dos farmacêuticos na RM na alta aumentou significativamente, verifica-se melhoria nos números de erros de prescrição ou omissão na alta	Novos processos resultam num aumento sustentado da RM, e uma diminuição do número de clientes que receberam alta hospitalar com discrepâncias não intencionais na prescrição de alta. As iniciativas foram lideradas por farmacêuticos, mas envolveram o trabalho e responsabilidade da equipa de médicos, enfermeiros, terapeutas, clientes e cuidadores.
8	ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Monitoring and patient education (23)	Estados Unidos da América, 2013	Pesquisa nacional da American Society of Health-System Pharmacists de 2012 sobre a prática farmacêutica em ambientes hospitalares dos EUA.	Taxa de monitorização farmacêutica da maioria dos doentes nos hospitais aumentou, de 20,3% em 2000 para 46,5% em 2012. Programas terapêuticos de RM estão em vigor na maioria dos hospitais, em mais de 80% dos hospitais, os farmacêuticos têm autoridade para pedir exames laboratoriais e ajustar as dosagens de medicamentos; foi realizada a avaliação da cultura de segurança em 72,4% dos hospitais; os farmacêuticos realizam RM na alta em 24,7% dos hospitais. Na maioria dos hospitais, os enfermeiros são os principais responsáveis pela RM, mas 65,9% dos diretores de farmácias gostariam que a farmácia tivesse essa responsabilidade. A prescrição informatizada é usada em 54,4%, a maioria dos hospitais implementou total ou parcialmente registros eletrónicos de saúde.	Os farmacêuticos continuam a melhorar a RM nos hospitais dos EUA por meio da monitorização e educação dos clientes, através de iniciativas de segurança e práticas colaborativas com outros profissionais de saúde
9	Bridging gaps in care: Implementation of a pharmacistled transitions-of-care program (24)	Estados Unidos da América, 2018	Desenvolvimento e implementação de um programa de transição de cuidados liderado por farmacêuticos no hospital	Amostra de 661 clientes, a os processos de educação para a saúde tiveram uma melhoria sustentada durante o período do estudo.	Após a intervenção dos farmacêuticos, verifica-se que mais clientes tiveram acesso à RM.

10	Cardiac Risk Assessment: Decreasing Postoperative Complications (25)	Estados Unidos da América, 2015	Diminuição de complicações pós-operatórias nos doentes cardíacos	Enfermeiros especialistas podem identificar os riscos relacionados com a cirurgia, realizando o histórico completo de saúde e exame físico. Vários índices de risco e diretrizes baseadas em evidência estão disponíveis para informar os prestadores de cuidados em matéria de avaliação e estratégias para reduzir o risco cardíaco pós-operatório.	A estratificação de risco cardíaco pré-operatória, a RM e o gerenciamento de dispositivos são essenciais para fornecer assistência segura.
11	Combining training in knowledge translation with quality improvement reduced 30 day heart failure readmissions in a community hospital: a case study (26)	Estados Unidos da América, 2015	Instituir programas de treino prático, baseado em evidências, para diminuir a readmissão em 30 dias, em indivíduos com insuficiência cardíaca.	A importância da educação do cliente, RM e transição para cuidados na comunidade. Os reinternamentos de 30 dias diminuíram de 23,1% para 16,4%.	O treino da equipa multidisciplinar no uso de um modelo de RM diminuiu a taxa de reinternamento.
12	Complexities of Medication Management Across Care Transitions: A Case Report (12)	Estados Unidos da América, 2015	Identificar considerações relacionadas com a RM e a prática clínica de especialistas em enfermagem.	Estudo de caso: apresenta as complexidades da gestão do regime medicamentoso, as discrepâncias de medicamentos e a RM entre transições de cuidados.	O enfermeiro especialista, tem a capacidade única de fazer contribuições importantes e influenciar a gestão e a RM nas transições de cuidados para promover a eficácia e a segurança da medicação
13	Patients' knowledge about medication prescription in the emergency service (27)	Brasil, 2018	Identificar as orientações recebidas pelo paciente sobre prescrição medicamentosa e qual profissional as realizou; avaliar o conhecimento dos pacientes sobre medicamentos prescritos; e correlacioná-lo com as variáveis socioeconómicas, comorbidades e frequência com que o paciente procura o serviço de emergência com o conhecimento sobre medicamentos prescritos após o contacto.	A maioria não teve dúvidas sobre como, nem por quanto tempo tomar o medicamento; e apresentou dúvidas sobre reações adversas e o que fazer no caso de esquecimento de doses do medicamento. Observam-se associações significativas entre idade; escolaridade; comorbidade; usuário frequente do serviço de emergência e conhecimento sobre medicamentos	48% declararam precisar de informações sobre efeitos adversos e atuação em caso de omissão de toma.

14	Coordinating resources for prospective medication risk management of older home care clients in primary care: procedure development and RCT study design for demonstrating its effectiveness (28)	Finlândia, 2018	Coordenar os recursos para a RM de clientes com idade ≥ 65 anos no domicílio e desenvolver um desenho de estudo para demonstrar a eficácia do procedimento	Enfermeiros são treinados para identificar problemas clinicamente significativos relacionados com a RM e relatá-los ao farmacêutico clínico. O farmacêutico clínico prepara os casos para uma reunião de triagem interprofissional. Os estágios finais envolvem implementação e acompanhamento das alterações de medicação.	O procedimento desenvolvido é viável para a triagem e RM de um grande número de clientes idosos no seu domicílio, para identificar clientes com necessidades ao nível da RM e fornecer intervenções para resolvê-las utilizando os recursos de atenção primária existentes.
15	Development of a collaborative transitions-of-care program for heart failure patients (29)	Estados Unidos da América, 2015	O desenvolvimento e implementação de transições lideradas por farmácias, para reduzir o risco de reinternamentos e aumentar a satisfação dos clientes	O programa resultou num aumento da adesão à RM e numa redução de reinternamentos.	A implementação da RM nas transições de cuidados liderado pela farmácia melhorou o atendimento ao cliente.
16	Discharge Time Out An Innovative Nurse-Driven Protocol for Medication Reconciliation (30)	Estados Unidos da América, 2015	Garantir a transição segura dos cuidados e melhorar a saúde dos indivíduos	O desenvolvimento de um processo padronizado financeiramente viável e sustentável é essencial para a transição crucial do paciente de um hospital para outro. A prática de tempo limite de alta pode ser replicada facilmente na maioria das configurações de cuidados de saúde e não requer recursos adicionais.	Enfermeiros descrevem o processo de tempo como um ganho para a segurança do paciente e gestão do tempo.
17	Errors Related to Medication Reconciliation A Prospective Study in Patients Admitted to the Post CCU (31)	Irão, 2016	Avaliar as discrepâncias entre as histórias medicamentosas obtidas por farmacêuticos e enfermeiros e a primeira prescrição médica.	A comparação do histórico farmacológico das farmácias com as listas de medicamentos obtidas pelos enfermeiros / médicos revelou 3036 discrepâncias.	Os erros de omissão são maiores que nos outros países. A RM baseada em farmácia pode ser recomendada para diminuir esse tipo de erro.
18	Evaluation of a Team-Based, Transition-of-Care Management Service on 30-Day Readmission Rates (32)	Estados Unidos da América, 2016	Implementar um modelo de transição de cuidados baseado na equipe e avaliar o impacto nas taxas de reinternamento em 30 dias.	A taxa de reinternamento em 30 dias diminuiu de 14,2% para 5,3%. Os três componentes da intervenção foram: o contato com um gestor de cuidados de enfermagem, RM e acompanhamento com um médico.	A implementação do modelo de transição de cuidados levou a uma redução significativa nos reinternamentos hospitalares.

19	How Nurses contribute to medicines reconciliation (6)	Canadá, 2015	Descrever alguns dos princípios envolvidos na condução de RM eficaz e convidar enfermeiros interessados a participar num grupo de trabalho que visa desenvolver um kit de ferramentas para melhores práticas.	A RM precisa e bem documentada na admissão e durante o internamento é fundamental para garantir uma comunicação precisa sobre medicamentos no momento da alta. Uma auditoria realizada pelo East and England Specialist Pharmacy Services em 2010, identificou 11.366 discrepâncias não intencionais, o que equivale a uma média de 1,32 discrepâncias de medicamentos por RM.	Apesar da segurança que confere e dos esforços feitos para impulsionar e implementar processos robustos de RM, são necessários esforços adicionais para identificar e disseminar as melhores práticas.
20	Impact of Students Pharmacists on the Medication Reconciliation Process in High-Risk Hospitalized General Medicine Patients (33)	Estados Unidos da América, 2014	Comparar a precisão das listas de medicamentos obtidas por estudantes farmacêuticos, enfermeiros e médicos e quantificar o número de discrepâncias identificadas como parte do processo de RM.	268 discrepâncias foram identificadas como parte da reconciliação de medicação.	Estudantes de farmácia, com supervisão apropriada, podem realizar RM.
21	Improving medication reconciliation at hospital admission, discharge and ambulatory care through a transition of care team (34)	Estados Unidos da América, 2018	Criação de uma equipa de Transição de Cuidados composta por enfermeiros para supervisionar todo o processo de RM	RM é um componente importante para o atendimento de indivíduos hospitalizados e sua transição segura para o contexto ambulatorio. Na admissão hospitalar, a equipa de enfermagem completa uma verificação dos medicamentos, em duas etapas, atualiza o registro eletrônico e notifica o residente para assinar a lista. No momento da alta, os medicamentos são reconciliados no hospital e os registros são encaminhados ao gestor da medicação. Na visita de <i>follow-up</i> , tanto a equipe de enfermagem quanto os residentes verificam a lista de medicamentos.	A percentagem de medicamentos com erros foi reduzida nos três momentos de reconciliação, a precisão da RM, leva a transições mais seguras para o contexto ambulatorio.

22	Improving medication safety for home nursing clients A prospective observational study of a novel clinical pharmacy service - The Visiting Pharmacist (ViP) study (35)	Austrália, 2018	Explorar o número e tipo de problemas relacionados com a RM e discrepâncias de autorização, tratamento e medicação identificadas e abordadas por farmacêuticos clínicos	Identificaram 334 problemas relacionados com a medicação (MRPs) e 307 discrepâncias de medicação. Fizeram 282 recomendações aos prescritores para abordar os MRPs; 148 recomendações foram implementadas, resultando em 190 mudanças de medicação para 60 indivíduos.	Integrar farmacêuticos num serviço de enfermagem domiciliar identificou e abordou as discrepâncias de autorização de MRPs e RM, contribuindo para aumentar a segurança dos medicamentos.
23	Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping (36)	Holanda, 2014	Fornecer informações sobre os problemas e causas subjacentes, e dar uma visão geral das soluções que orientam os gestores e os formuladores de políticas na melhoria da alta hospitalar.	Os gestores podem reduzir as taxas de reinternamento hospitalar e eventos adversos, concentrando-se em informações de alta qualidade no momento da alta. Os pacientes/cuidadores, devem participar do processo e estar bem conscientes do seu estado de saúde e tratamento.	Modelos de alta, RM, enfermeiro de referência ou farmacêutico, visitas regulares ao local de trabalho e retorno ao ensino são identificadas como estratégias eficazes e promissoras para alcançar a mudança comportamental e ambiental desejada.
24	Medication discrepancies across multiple care transitions: A retrospective longitudinal cohort study in Italy (37)	Itália, 2018	Determinar a prevalência de discrepâncias de medicamentos que ocorrem durante todo o percurso da admissão hospitalar até a alta hospitalar; Descrever a discrepância e o tipo de medicação; Identificar potenciais fatores de risco e discrepâncias de medicação em transições de cuidados.	Discrepâncias de medicação são definidas como diferenças inexplicáveis entre regimes, em diferentes locais de atendimento. São categorizados em discrepâncias documentadas e não documentadas, sendo as últimas subdivididas em intencionais ou não intencionais.	Este estudo sugere que um sistema integrado de atenção à saúde, como o italiano, pode influenciar a prevalência de discrepâncias, evidenciando a necessidade de uma RM multidisciplinar e, se possível, informatizada, para prevenir discrepâncias de medicação e melhorar a qualidade da documentação médica.

<p>25</p>	<p>Medication Errors at Hospital Admission and Discharge Risk Factors and Impact of Medication Reconciliation Process to Improve Healthcare (38)</p>	<p>França, 2017</p>	<p>Avaliar a prevalência, características e gravidade das discrepâncias não intencionais de medicamentos e erros de medicação na admissão e alta hospitalar. Identificar fatores clínicos e de hospitalização associados ao risco de erros de medicação, bem como características do processo de RM associados à detecção de discrepâncias.</p>	<p>Os erros de medicação foram graves ou muito graves em 36% dos casos e tiveram gravidade potencialmente moderada em quase 40%. O risco de erros aumentou constantemente com o número de tratamentos. A melhor fonte de informação para a detecção de erros de medicação foi o clínico geral ou enfermeiro.</p>	<p>As discrepâncias não intencionais de medicamentos são frequentes no hospital e dependem de parâmetros clínicos intrínsecos, mas também da prática do processo de RM, como número e tipo de fontes utilizadas.</p>
<p>26</p>	<p>Medication Errors in the Southeast Asian Countries A Systematic Review (39)</p>	<p>Sudoeste Asiático, 2015</p>	<p>Identificar e rever pesquisas realizadas sobre RM nos países do Sudeste Asiático com o objetivo de identificar tipos comuns de RM e estimar a sua prevalência nessa região.</p>	<p>Dezassete estudos incluídos, onze erros de administração medidos, quatro focados em erros de prescrição, três identificam erros de preparação, três erros de dispensação e dois, erros de transcrição. Houve apenas um estudo com um erro de reconciliação. Três estudos foram intervencionais.</p>	<p>Os tipos de erros de administração mais frequentemente relatados foram tempo incorreto, erro de omissão e dose incorreta. Escassez de pessoal e, portanto, sobrecarga de trabalho para os enfermeiros, distração médico/enfermeira e má interpretação do gráfico prescrição/ medicação, foram identificados como fatores contribuintes. É necessário mais estudos nesta região para que a questão da RM seja totalmente compreendida e abordada.</p>

<p>27</p>	<p>Medication governance preventing errors and promoting patient safety (40)</p>	<p>Irlanda, 2017</p>	<p>Identificar possíveis problemas e sistemas de suporte necessários, relativos aos erros de medicação</p>	<p>Relatar erros é crucial; a cultura da organização contribui significativamente para que erros sejam relatados. A aprendizagem surge da análise do erro, permitindo que medidas preventivas sejam postas em prática. Existe uma necessidade de uma cultura de segurança dentro das organizações onde a governança de medicamentos promove a segurança do paciente e a prestação de cuidados de alta qualidade. Enfermeiros são responsáveis pelos medicamentos que administram e devem possuir a base de conhecimento relevante, que inclui conhecimento da ação, efeitos colaterais, dosagem e possíveis interações de qualquer medicamento que administram.</p>	<p>Devem ocorrer oportunidades para o desenvolvimento profissional contínuo em relação à gestão medicamentosa; é vital para a manutenção e desenvolvimento de competências. Recomenda-se a oferta de sistemas de apoio a enfermeiros recém-qualificados, além de priorizar o desenvolvimento de competências em gestão medicamentosa.</p>
<p>28</p>	<p>Medication reconciliation A qualitative analysis of clinicians' perceptions (41)</p>	<p>Estados Unidos da América, 2013</p>	<p>Relatar a análise de um estudo qualitativo das experiências de médicos, enfermeiros e farmacêuticos com práticas de gestão medicamentosa, focalizada especificamente na prática da RM.</p>	<p>As responsabilidades percebidas pareciam ser influenciadas pelas visões distintas dos profissionais de saúde em relação ao significado e propósito da reconciliação medicamentosa. O papel do farmacêutico surgiu como um papel crítico para garantir a segurança da medicação.</p>	<p>Traduzir a intenção da RM na prática efetiva requer o reconhecimento das diversas perspectivas dos profissionais envolvidos, funções independentes, conjuntas e sobrepostas de gestão da medicação, bem como o reconhecimento das limitações tecnológicas.</p>
<p>29</p>	<p>Process mapping evaluation of medication reconciliation in academic teaching hospitals a critical step in quality improvement (42)</p>	<p>Estados Unidos da América, 2016</p>	<p>Aplicar a metodologia de mapeamento de processos à RM para esclarecer os processos atuais e o uso de recursos, identificar possíveis eficiências e lacunas no atendimento e recomendações para melhoria à luz da evidência atual da literatura.</p>	<p>Foram identificados 5 temas problemáticos gerais: falta de uso de todas as fontes de medicamentos disponíveis, duplicação de esforços gerando ineficiência, falta de pontualidade na conclusão da anamnese farmacológica, falta de padronização do processo RM e comunicação sub-ótima dos problemas entre médicos, farmacêuticos e enfermeiros.</p>	<p>O Estudo de Melhoria da Qualidade de Reconciliação de Medicamentos, recomenda fortemente o mapeamento de processos para compreender o estado atual dos processos RM e para executar.</p>

30	Quality improvement through implementation of discharge order reconciliation (43)	Estados Unidos da América, 2013	Descrever um processo multidisciplinar coordenado para reduzir os erros de medicação relacionados com a alta	o procedimento RM na alta foi implementado em todo o hospital. Desde a implementação em todo o hospital do novo fluxo de trabalho, a taxa de reinternamento foi mantida em cerca de 6,7%	A implementação de um processo padronizado de RM na alta, com a inclusão de farmacêuticos, levou a uma redução nas taxas de reinternamento e melhorou os cuidados para os indivíduos que receberam alta.
31	Role of the Emergency Nurse in Medication Reconciliation (44)	Estados Unidos da América, 2015	Definir a posição da Associação de Enfermeiras de Emergência no que respeita à RM	A reconciliação de medicação é um processo usado para reduzir as discrepâncias de medicação nas transições do atendimento ao indivíduos. Três disciplinas diferentes estão envolvidas: farmácia, medicina e enfermagem.	Um histórico de medicamentos preciso, completo e atual é a base para a RM. Pesquisas adicionais são essenciais para esclarecer o papel do enfermeiro na recolha da anamnese farmacológica, determinar barreiras para a obtenção de um histórico completo e preciso e identificar estratégias de medicação segura para os indivíduos.
32	Role of Transitional Care Measures in the Prevention of Readmission After Critical Illness (45)	Estados Unidos da América, 2017	Incorporar métodos que incluam práticas rigorosas de reconciliação de medicamentos	Mais de 44% dos erros de medicação ocorrem durante a transferência dos cuidados dos pacientes dentro do contexto de cuidados agudos	Após a implementação do processo de reconciliação de medicação, essa taxa caiu para quase zero.
33	Standard Operating Protocol - Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care (5)	OMS, 2014	Elaboração do protocolo Operacional Padrão foi o principal documento de referência para hospitais e Agências Técnicas Líderes que participam do projeto da OMS High5s.	Reconciliação medicamentosa é o processo formal em que os profissionais de saúde fazem parceria com os pacientes para garantir a transferência de informações precisas e completas de medicamentos nas interfaces de atendimento.	O uso seguro de medicamentos requer conhecimento e consideração de todos os medicamentos que o cliente toma, a fim de evitar omissões, duplicações, erros de dosagem e possíveis interações adversas com novos medicamentos prescritos.

34	Whose responsibility is medication reconciliation Physicians pharmacists or nurses A survey in an academic tertiary care hospital (13)	Arábia Saudita, 2017	Identificar crenças, papéis percebidos e responsabilidades de médicos, farmacêuticos e enfermeiros antes da implementação de um processo padronizado de reconciliação de medicamentos.	As três profissões reconhecem os valores e benefícios da reconciliação medicamentosa, mas os farmacêuticos, mais do que outros, afirmaram que o tempo limitado para implementar a reconciliação é uma barreira importante. Obstáculos como fontes não confiáveis do histórico de medicação, conhecimento do paciente e falta de coordenação e comunicação entre as três profissões foram expressos.	Existe falta de concordância em relação aos papéis e responsabilidades de cada profissão dentro do processo de RM. Isso precisa ser tratado pela administração do hospital para planejar procedimentos claros e definir papéis para cada profissão dentro de um processo padronizado de reconciliação de medicamentos.
----	--	----------------------	--	---	--

Os artigos em estudo, prendem-se na sua maioria com a definição de protocolos operacionais para a prática da RM a fim de garantir a segurança dos clientes através de processos de transições seguras. São também abordadas a identificação e redução das discrepâncias medicamentosas; a identificação e minimização dos erros de medicação; a atribuição de responsabilidades aos diferentes atores da equipa de saúde multidisciplinar - médicos, farmacêuticos e enfermeiros; a definição do papel desses profissionais na prática clínica; e ainda as considerações relativas à RM e à prática clínica do enfermeiro especialista. Em apêndice (apêndice I) encontram-se os resumos dos artigos analisados.

4.2- Síntese Bibliográfica

Os artigos analisados revelam a importância da multidisciplinariedade no que toca à responsabilização e definição de papéis na RM, reafirmando o papel dos médicos enquanto prescritores, bem como dos farmacêuticos e dos enfermeiros, como gestores do regime medicamentoso dos clientes. O objetivo de base na maioria dos estudos, prende-se com a diminuição das discrepâncias de medicação e redução das taxas de reinternamento, mostrando que os clientes podem beneficiar com a RM em todos os momentos de transição de cuidados (26), (22), (23), (32), (42), (13).

Os momentos de transição são definidos como pontos críticos da segurança do medicamento e conseqüentemente da segurança dos indivíduos que recorrem às instituições de saúde; nesse sentido, verifica-se que é possível reduzir os erros de medicação e as discrepâncias através da implementação de programas de gestão da RM (34), (36).

As discrepâncias de medicamentos, consideradas “não intencionais”, são frequentes no contexto hospitalar e dependem de parâmetros clínicos intrínsecos, mas também da complexidade de fatores extrínsecos que resultam da deficiente interação entre as equipas e da política inadequada das instituições, reforçando a importância da implementação sistematizada de programas de gestão da RM (38).

Os erros de administração mais frequentemente identificados foram, o tempo incorreto, erro de omissão e dose incorreta. Muitas vezes justificados pela escassez de recursos humanos, resultando em sobrecarga de trabalho para os enfermeiros. A distração e a incorreta interpretação da prescrição, foram identificadas como fatores contribuintes para os erros de medicação (39).

Os profissionais de saúde, tanto médicos, como farmacêuticos e enfermeiros, envolvidos no processo da RM, devem ter a oportunidade para o desenvolvimento profissional contínuo em relação à gestão medicamentosa, sendo vital para a manutenção e desenvolvimento de competências (40).

Foi reforçado o papel dos enfermeiros especialistas, pela sua capacidade única de obter contributos importantes e pela capacidade de gestão da RM, encontrando-se aptos a atuar em todos os contextos de transição e de cuidados, promovendo de forma eficaz a segurança do cliente (12), (6), (44).

Por fim, verifica-se uma lacuna em termos de estudos sobre a RM, principalmente no que concerne a estudos desenvolvidos por enfermeiros (39), (18).

Capítulo V - Discussão

De acordo com o *Joanna Briggs Institute* numa *Scoping Review*, a discussão dos resultados deve incluir todas as limitações das fontes incluídas na revisão e os resultados obtidos devem ser discutidos à luz do contexto teórico-prático atual (4).

5.1- Discussão dos resultados

A maioria dos estudos analisados encontram-se elaborados em língua inglesa, havendo apenas dois estudos do Brasil; não se encontrou nenhum estudo de Portugal.

Na revisão, à exceção dos EUA, os restantes países têm no máximo dois artigos sobre o tema, facto que comprova a escassez de produção científica sobre o assunto.

Os artigos em estudo, na sua maioria, abordam a implementação de protocolos operacionais para a prática da RM, sendo que a informação posteriormente apresentada não é suficientemente explícita quanto ao tipo de protocolos e à definição de responsabilidades dentro da equipa de profissionais de saúde.

Estando as competências dos intervenientes da equipa de saúde definidas, seria importante desenvolver mais estudos no sentido de reforçar a responsabilização de cada um em todos os episódios de transição e em todas as etapas da RM.

As principais discrepâncias resultam de prescrições inadequadas e dão origem a interrupções do tratamento, eventos adversos, internamentos prolongados, aumento dos reinternamentos hospitalares e atendimentos no serviço de urgência, que resultam não só no agravamento dos problemas de saúde como causam custos elevados para os sistemas de saúde; no entanto, não foi possível encontrar indicadores concretos relativamente aos custos resultantes das discrepâncias.

A segurança do doente mostra-se vulnerável em todos os momentos de transição de cuidados, verificando-se a possibilidade de reduzir os erros de medicação e as discrepâncias através da implementação de programas de gestão da RM; contudo, nesta pesquisa não se evidenciaram estudos no âmbito da implementação de programas de gestão da RM.

Os estudos são consensuais quando recomendam que todos os profissionais de saúde envolvidos no processo da RM, devem ter oportunidade de desenvolvimento profissional

contínuo em relação à gestão medicamentosa, como estratégia para promover a eficácia do processo; contudo, este aspecto ainda não é uma realidade em muitos contextos onde se realiza a RM.

A maioria dos artigos analisados foram desenvolvidos por farmacêuticos, estando o tema da RM cientificamente associado a essa classe de profissionais. Este aspecto levanta alguma controvérsia, tendo em conta que a RM deve ser implementada em todos os momentos críticos, que são as transições de cuidados, e que, precisamente nesses momentos (a admissão, a transferência e a alta), são os enfermeiros que trabalham com os indivíduos/conviventes significativos.

É, no entanto, de acautelar, que o envolvimento dos enfermeiros implica um reforço obrigatório das equipas de saúde, caso contrário, a escassez de recursos humanos, resulta em sobrecarga de trabalho para os enfermeiros, que por sua vez, pode culminar em erros de administração medicamentosa. A sobrecarga verifica-se como um fator predominantemente prejudicial ao desempenho dos enfermeiros, potenciando o erro e minimizando o investimento na investigação.

A *Scoping Review* realizada demonstra uma necessidade extrema de serem realizados mais estudos randomizados de boa qualidade para confirmar as evidências da RM, principalmente no que concerne a estudos desenvolvidos por enfermeiros especialistas, pela sua capacidade única de obter contributos importantes e pela capacidade de gestão da RM. Falta desenvolver devidamente este tema com vista à segurança global dos clientes.

Capítulo VI - Conclusão

A elaboração da SR permitiu um enriquecimento pleno para a aquisição de competências no âmbito da investigação científica, através do mapeamento da informação referente à RM, contribuindo para um pensamento crítico-reflexivo e uma práxis clínica especializada com base em sólidos padrões de conhecimento.

A pesquisa realizada revela-nos informação fundamentada em evidência científica importante para uma análise geral e abrangente do tema da RM e as suas discrepâncias. Esta revisão mostrou-se de extrema importância para mapear a evidência existente, dando resposta aos objetivos inicialmente definidos.

A RM encontra-se na vanguarda das preocupações das instituições de saúde, pela sua influência na qualidade dos cuidados prestados e segurança do cliente. Reforça a necessidade da responsabilização de todos os profissionais de saúde, intervenientes no processo e a necessidade de investimento e desenvolvimento em tecnologias de apoio à decisão, com vista à redução das discrepâncias medicamentosas em todos os momentos de transição de cuidados.

A eficácia da RM, deve passar pela aposta em processos de melhoria contínua que salvaguardem as discrepâncias identificadas, investindo em ensaios clínicos randomizados, com o objetivo de construir *guidelines* orientadoras da prática clínica a fim de anular as lacunas atualmente existentes.

Relativamente às questões de investigação, pode concluir-se que a RM é uma preocupação global, focada na importância da segurança do medicamento e do cliente, importância essa reforçada no artigo elaborado pela OMS “*Standard Operating Protocol - Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care*” (5).

As discrepâncias “não intencionais” são as mais frequentes em contexto hospitalar, nomeadamente os erros de medicação e a falta de recursos humanos é apontado como uma das potenciais causas.

Algumas das lacunas identificadas prendem-se com os estudos desenvolvidos em torno da responsabilização dos intervenientes da equipa multidisciplinar, sendo que as responsabilidades e competências de cada profissional encontram-se bem definidas, verificando que o que ocorre, são discrepâncias por falhas comunicacionais e pela falta de recursos humanos, nomeadamente, falta de enfermeiros, capazes de assegurar a adequada gestão do regime medicamentoso, garantindo assim a RM.

No global, verifica-se uma necessidade de desenvolver mais estudos, principalmente no que concerne a estudos desenvolvidos por enfermeiros, mostrando a carência de estudos randomizados de boa qualidade para garantir as evidências da RM, para que este tema seja devidamente desenvolvido e esclarecido com vista à segurança global dos clientes.

Verifica-se a oportunidade de intervenção dos enfermeiros especialistas no âmbito da RM, enquanto gestores responsáveis pelo processo medicamentoso do cliente, trabalhado o envolvimento, a adesão, a compreensão e a eficácia de todo o processo.

Bibliografia

1. **Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde, DGS.** Reconciliação da Medicação, Norma 018/2016. 30/12/2016.
2. **Almeida A., Santos M.** Consumo de medicamentos potencialmente inapropriados e reconciliação de medicamentos em pessoas idosas. *Revista Servir, Set. - Dez. 2016, Vol. Volume 59, Nº 5-6.*
3. **A.I, Meleis.** Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice. *New York: Springer Publishing Company.* 2010.
4. **Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D.** The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. *Methodology for JBI scoping reviews.* [Online] 2015. <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/11.3.6+Inclusion+Criteria>.
5. **World Health Organization, WHO.** The High5s Project – Standard Operating Protocol for Medication Reconciliation. [Online] 2014. http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5_InterimReport.pdf. ISBN 978 92 4 150725 7.
6. **Chetan Shah, Nola Ishmael, Julia Wright.** How Nurses contribute to medicines reconciliation. *Nursing Management, The synthesis of art and science is lived by the nurse in the nursing act.* 8 May 2015, Vols. Volume 22, Number 2.
7. **World Health Organization.** *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* s.l. : WHO, 2003.
8. **Almeida, Armando.** *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - estudo exploratório no contexto domiciliar.* Porto : Universidade Católica Portuguesa, 2009. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada.
9. **Ordem dos Enfermeiros.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos.* Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2001.
10. **Conselho Internacional de Enfermeiros.** *Estabelecer parcerias com os indivíduos ne as famílias para promover a adesão ao tratamento.* s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2008. 978-989-96021-1-3.
11. **Accreditation Canada, the Canadian Institute for Health Information, the Canadian Patient Safety Institute, and the Institute for Safe Medication Practices.** Medication Reconciliation in Canada: Raising The Bar – Progress to date and the course ahead. Canada: Ottawa, ON: Accreditation Canada., 2012.
12. **Knisely, Mitchell R., R. Bartlett Ellis, Rebecca J. e Carpenter, Janet S.** Complexities of Medication Management Across Care Transitions: A Case Report. *Clinical Nurse Specialist: Feature*

Article, September/October 2015, Vols. Volume 29 - Issue 5 - p E1–E7, doi: 10.1097/NUR.000000000000141.

13. **Amna Al-Hashar, Ibrahim Al-Zakwani, Tommy Eriksson.** Whose responsibility is medication reconciliation Physicians pharmacists or nurses A survey in an academic tertiary care hospital. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 2017, Vols. 25, 52–58, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsps.2015.06.012>.

14. **Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C.** The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2005, Vols. 3(8), 207–15, doi:10.1111/j.1479-6988.2005.00026.x.

15. **Armstrong R, Hall BJ, Doyle J, Waters E. Cochrane.** Update ‘Scoping the scope’ of a cochrane review. *J Public Health*, 2011, Vols. 33 (1): 147-50.

16. *A controlled before and after study to evaluate a patient and health professional partnership model towards effective medication reconciliation.* **Senthil Lingaratnam, Sanchia Aranda, Tracy Pearce, Sue Kirska.** Austrália : *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 2012, Vols. 19(1) 48–56. DOI: 10.1177/1078155212451936.

17. **Amy Vogelsmeier, Ruth A. Anderson, Allison Anbari, Lawrence Ganong, Amany Farag, MaryAnn Niemeyer.** *A qualitative study describing nursing home nurses sensemaking to detect medication order discrepancies.* Columbia : Vogelsmeier et al. *BMC Health Services Research*17:531, 2017. DOI 10.1186/s12913-017-2495-6.

18. **Kok Wai Kee, Cheryl Wai Teng Char, Anthony Yew Fei Yip.** *A review on interventions to reduce medication discrepancies or errors in primary or ambulatory care setting during care transition from hospital to primary care.* Singapore : *Journal of Family Medicine and Primary Care* | Published by Wolters Kluwer - Medknow, 2018 . DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_196_17.

19. **Matthew Phillips, Jo-Anne Wilson, Amany Aly, Marsha Wood, Penelope Poyah, Sarah Drost, Anne Hiltz,.** *An Evaluation of Medication Reconciliation in an Outpatient Nephrology Clinic.* Nova Escócia - Canadá : *The CANNT Journal* • April–June , Volume 26, Issue 2, 2016.

20. **Saeed Al Shemeili, Susan Klein, Alison Strath, Saleh Fares, Derek Stewart.** *An exploration of health professionals’ experiences of medicines management in elderly, hospitalised patients in Abu Dhabi.* Abu Dhabi : Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie 2015, 6 July 2015 . DOI 10.1007/s11096-015-0212-2.

21. **Tacita Pires de Figueiredo, Nelson Machado do Carmo Junior, Ronara Camila de Souza Groia, Rachel Cristina Cardoso Pereira, Rafaela Ranielle Silveira, Jessica Soares Malta, Josiane Moreira Costa.** Análise das intervenções realizadas na alta hospitalar de idosos acompanhados em serviço de orientação e encaminhamento fármaco-terapêutico. *Minas Gerais, Brasil.* *Revista de Atencao Primaria a Saude* , jul/set 2016, Vols. 19(3): 376 - 383.

22. **Vanessa Marvin, Shirley Kuo, Alan J Poots, Tom Woodcock, Louella Vaughan, Derek Bell.** Applying quality improvement methods to address gaps in medicines reconciliation at transfers of care from an acute UK hospital. *BMJ* . Marvin V, et al. *BMJ Open* 2016;6:e010230, 2016, doi:10.1136/bmjopen-2015-010230.

23. **Craig A. Pedersen, Philip J. Schneider, and Douglas J. Scheckelhoff.** ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Monitoring and patient education - 2012. *American Journal of Health-System Pharmacy*, May 1, 2013, Vol. Vol 70 .
24. **Andria F. Brantley, Deanna M. Rossi, Shalonda Barnes-Warren, Jon Carlo Francisco, Ira Schatten, Vishwas Dave, B.S.** Bridging gaps in care: Implementation of a pharmacistled transitions-of-care program. American Society of Health-System Pharmacists, Inc. All rights reserved. 1079-2082/18/0301-00S1, 2018, Vols. VOLUME 75, SUPPLEMENT 1, DOI 10.2146/ajhp160652.
25. **Thanavaro, Joanne L.** Cardiac Risk Assessment: Decreasing Postoperative Complications. *AORN J* 101, February 2015, Vols. 201-212. ^a AORN, Inc, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2014.03.014>.
26. **Peter Wyer, Zorica Stojanovic MD, Jonathan A. Shaff, Mitzy Placencia,**. Combining training in knowledge translation with quality improvement reduced 30-day heart failure readmissions in a community hospital: a case study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* ISSN 1365-2753, 18 August 2015, doi:10.1111/jep.12450.
27. **Carvalho TP, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA.** Patients' knowledge about medication prescription in the emergency service. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(2):329-35., 2018, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0002>.
28. **Terhi Toivo, Maarit Dimitrow, Juha Puustinen, Eeva Savela, Katariina Pelkonen, Valteri Kiuru,**. Coordinating resources for prospective medication risk management of older home care clients in primary care: procedure development and RCT study design for demonstrating its effectiveness . *BMC Geriatrics* 18:74, 2018, <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0737-z>.
29. **Stephen Gunadi, Suzanne Upfield, Ngoc-Diep Pham, Jenni Yea, Maryliz Bayas Schmiedeberg, Gift Deresoma Stahmer.** Development of a collaborative transitions-of-care program for heart failure patients. American Society of Health-System Pharmacists, 2015, Vol. Vol 72 Jul 1, DOI 10.2146/ajhp140563.
30. **Joanne Ruggiero, Joan Smith, Jacqueline Copeland, Bruce Boxer.** Discharge Time Out An Innovative Nurse-Driven Protocol for Medication Reconciliation. *Continuous Quality Improvement. MEDSURG Nursing*, May-June 2015, Vol. Vol. 24/No. 3.
31. **Mohammad Haji Aghajani, Monireh Ghazaeian, Hamid Reza Mehrazin, Mohammad Sistanizad, Mirmohammad Miri,**. Errors Related to Medication Reconciliation A Prospective Study in Patients Admitted to the Post CCU. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*, 2016, Vols. 15 (2): 599-604.
32. **Bill Hitch, Anna Beth Parlier, Lisa Reed, Shelley L. Galvin, E. Blake Fagan, Courtenay Gilmore Wilson.** Evaluation of a Team-Based, Transition-of-Care Management Service on 30-Day Readmission Rates. *North Carolina Medical Journal*, 2016, Vols. NCMJ vol. 77(2): 87-92.
33. **Wesley Lancaster, Philip E. Grgurich.** Impact of Students Pharmacists on the Medication Reconciliation Process in High-Risk Hospitalized General Medicine Patients. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 2014, Vol. 78 (2) Article 34.

34. **Kreckman J, Wasey W, Wise S, et al.** Improving medication reconciliation at hospital admission, discharge and ambulatory care through a transition of care team. *BMJ Quality Improvement Report - Open Quality* , 2018, Vol. 7:e000281. , doi:10.1136/ bmjoq-2017-000281.
35. **Lee CY, Beanland C, Goeman D, et al.** Improving medication safety for home nursing clients: a prospective observational study of a novel clinical pharmacy service - The Visiting Pharmacist (ViP) study. *J Clin Pharm Ther.*, 2018, Vols. 00:1–9, <https://doi.org/10.1111/>.
36. **Hesselink, et al.** Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. *BMC Health Services Research*, 2014, Vol. 14:389, doi:10.1186/1472-6963-14-389.
37. **Bonaudo M, Martorana M, Dimonte V, D'Alfonso A, Fornero G, Politano G, et al.** Medication discrepancies across multiple care transitions: A retrospective longitudinal cohort study in Italy. *PLoS ONE* , 2018, Vol. 13(1): e0191028, <https://doi.org/10.1371/journal>.
38. **Breuker, Cyril, et al.** Medication Errors at Hospital Admission and Discharge Risk Factors and Impact of Medication Reconciliation Process to Improve Healthcare. *Medication Errors at Hospital Admission and Discharge: Risk*. Ariane, *Journal of Patient Safety*: September 4, 2017, Vol. Volume Publish Ahead of Print, doi: 10.1097/PTS.0000000000000420.
39. **Salmasi S, Khan TM, Hong YH, Ming LC, Wong TW.** Medication Errors in the Southeast Asian Countries: A Systematic Review. *PLoS ONE* 10(9): e0136545. , 2015, doi:10.1371/journal.pone.0136545.
40. **Kavanagh, Caroline.** Medication governance preventing errors and promoting patient safety. *Patient safety*. *British Journal of Nursing*, 2017, Vols. Vol 26, No 3 163 .
41. **Amy Vogelsmeier, Ginette A. Pepper, Lynda Oderda.** Medication reconciliation: A qualitative analysis of clinicians' perceptions. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2013, Vols. 9, 419–430, , <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.08.002>.
42. **Holbrook A, Bowen JM, Patel H, et al.** Process mapping evaluation of medication reconciliation in academic teaching hospitals: a critical step in quality improvement. *BMJ Open* , 2016, Vol. 6:e013663, doi:10.1136/bmjopen-2016- 013663.
43. **Yun Lu, Pamela Clifford, Andreas Bjerneby, Bruce Thompson, Samuel VanNorman, Katie Won, and Kevin Larsen.** Quality improvement through implementation of discharge order reconciliation . *American Society of Health-System Pharmacists*, 2013, Vol. Vol 70 May 1, DOI 10.2146/ajhp120050.
44. **Diane Gurney, Katie Bush, Gordon Gillespie, Kathleen Patrizzi, Robin Walsh, E. Marie Wilson.** Role of the Emergency Nurse in Medication Reconciliation. *Emergency Nurses Association*, 2015.
45. **Peters, Jessica S.** Role of Transitional Care Measures in the Prevention of Readmission After Critical Illness. *Critical Care Nurse* . *American Association of Critical-Care Nurses*, fevereiro, 2017, Vols. Vol 37, No. 1, doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2017218>.

46. **Moacyr Roberto, Cuce Nobre, Wanderley Marques Bernado, Fabio Biscegli Jatene.** A prática clínica baseada em evidências, PARTE I - Questões clínicas bem construídas. *Rev Associação Médica Brasileira, São Paulo.* 49(4), 2003, Vols. 445-9.
47. **Henriques, Maria Adriana Pereira.** *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade Eficácia das intervenções de enfermagem.* Lisboa : Universidade de Lisboa, 2011.

Apêndices

Apêndice I - Resumo dos Estudos analisados53

Apêndice I - Resumo dos Estudos analisados

1. A controlled before and after study to evaluate a patient and health professional partnership model towards effective medication reconciliation

Erros de medicação evitáveis têm um impacto substancial no sistema de saúde australiano, onde a "má comunicação de informações médicas nos pontos de transição é responsável por até 50% de todos os erros de medicação". Um dos principais contribuintes para este tipo de erro de medicação é a falta de conhecimento do consumidor sobre a informação de medicamentos. Este estudo teve como objetivo projetar e testar a eficácia de um modelo de parceria de profissionais de saúde para uma RM eficaz. Este modelo tem como objetivo capacitar os consumidores em relação às informações sobre medicamentos, para que eles contribuam de forma mais eficaz para a reconciliação de medicação e, assim, minimizar os erros de medicação que ocorrem nos pontos de transição. Os constituintes deste modelo foram informados por dados qualitativos recolhidos a partir de pesquisas de opinião de pacientes, sessões de grupos focais envolvendo enfermeiros, médicos e farmacêuticos que trabalham no hospital e resultados de uma pesquisa bibliográfica sobre ferramentas de segurança de medicamentos. O desenvolvimento do programa foi informado por abordagens de melhoria da saúde centradas em um ciclo Planear-Fazer-Estudar-Agir. A avaliação da eficácia foi conduzida dentro de um quadro de um estudo controlado antes e depois. Os resultados revelaram que houve um aumento de 1,4 vezes na taxa de notificação de intervenção farmacêuticos. O estudo não conseguiu demonstrar que a intervenção projetada foi eficaz na minimização de quase acidentes. No entanto, há uma redução estatisticamente insignificante nos erros dos pacientes que foram expostos corretamente à intervenção. Evidências sugerem que há utilidade para uma população de pacientes interessada em reivindicar maior propriedade de suas informações sobre medicamentos. Além disso, defendemos que a educação do paciente sobre medicamentos e o estabelecimento de um modelo de profissional de saúde do consumidor ocorra antes da admissão na enfermaria.

2. A qualitative study describing nursing home nurses sensemaking to detect medication order discrepancies

Contexto: A reconciliação de medicação é uma prática de segurança para identificar discrepâncias na ordem de medicamentos quando as transições dos pacientes entre as configurações. Em lares de idosos, enfermeiros (RNs) e auxiliares de enfermagem (LPNs), cada grupo com diferentes responsabilidades de preparação e escopo de prática da educação, realiza a reconciliação de medicamentos. No entanto, pouco se sabe sobre como eles diferem na prática ao dar sentido aos pedidos de medicação para detetar discrepâncias. Portanto, o objetivo deste estudo foi descrever as diferenças na detecção do RN e do LPN ao detetar discrepâncias.

Método: Utilizou-se uma metodologia qualitativa em um estudo de 13 RNs e 13 LPNs trabalhando em 12 lares de idosos do Meio-Oeste dos Estados Unidos. Utilizou-se tanto a análise de conteúdo convencional quanto os métodos de análise de conteúdo direcionado para analisar entrevistas semiestruturadas. Quatro vinhetas de transferência residentes incorporadas a discrepâncias nos pedidos de medicação guiaram as entrevistas. Os participantes foram solicitados a descrever os seus papéis com a reconciliação de medicação e suas razões para identificar discrepâncias na ordem de medicamentos dentro das vinhetas, bem como compartilhar suas experiências de realizando reconciliação de medicação. A abordagem de análise foi guiada pela teoria de Sensemaking de Weick.

Resultados: Os RNs forneceram histórias explícitas de identificação de discrepâncias na ordem de medicamentos, bem como exemplos de raciocínio clínico para assegurar a adequação da ordem de medicação, enquanto os LPNs descreveram a comparação de listas de medicamentos. Os RNs e os LPNs reconheceram demandas concorrentes, mas ao realizar a reconciliação de medicação, os RNs estavam mais preocupados com precisão e segurança, enquanto os LPNs estavam mais preocupados com o tempo.

Conclusões: As enfermeiras do lar de idosos, estão em uma posição importante para identificar discrepâncias que podem causar danos aos residentes. Tanto os RNs quanto os LPNs são ativos valiosos para os cuidados do lar de idosos e para manter os residentes seguros, mas os RNs oferecem uma contribuição única para processos complexos, como a reconciliação de medicamentos. Os líderes do asilo de idosos devem reconhecer as diferenças nas contribuições do RN e da LPN e fazer com que certos enfermeiros, no papel mais qualificado, sejam designados para garantir que os residentes permaneçam seguros.

3. A review on interventions to reduce medication discrepancies or errors in primary or ambulatory care setting during care transition from hospital to primary care

Introdução: A transição do atendimento do hospital para a atenção primária tem sido associada ao aumento dos erros de medicação. Este artigo de revisão tem como objetivo examinar as evidências existentes sobre intervenções para reduzir as discrepâncias de medicação ou erros no cenário de atenção primária ou ambulatorial durante a transição do cuidado do hospital para a atenção primária.

Métodos: Revimos sistematicamente os artigos em atendimento primário ou ambulatório em pacientes com transição de cuidados que envolviam segurança, discrepância ou erro de medicação como avaliação de desfecho. Artigos primários de pesquisa foram selecionados. Intervenções em lares de idosos ou instituições de longa permanência foram excluídos da revisão.

Resultados: Foram encontrados 6 artigos que preencheram os critérios de inclusão e 4 são estudos prospectivos de coorte. Os principais intervenientes foram farmacêuticos, enfermeiro e médico de cuidados primários. As intervenções incluíram comunicação de cuidados, reconciliação ou revisão de medicamentos e esclarecimento de problemas relacionados a medicamentos.

Conclusão: Há evidências de que as intervenções no cenário da atenção primária reduzem as discrepâncias de medicação em pacientes com a transição do atendimento do hospital para a atenção primária. Apenas um estudo randomizado envolvendo RM liderada por farmacêuticos foi realizado em ambiente ambulatorial. Mais estudos randomizados controlados de boa qualidade devem ser realizados para confirmar as evidências.

4. An Evaluation of Medication Reconciliation in an Outpatient Nephrology Clinic

Histórico: O Acreditação do Canadá reconhece a reconciliação de medicação como uma prática organizacional essencial (ROP) para aumentar a segurança do paciente. Pacientes com doença renal crônica (DRC) têm um alto risco de eventos adversos a medicamentos devido a múltiplas comorbidades, usando muitos medicamentos e sendo atendidos por muitos médicos. Os dados que avaliam os benefícios da reconciliação de medicação ambulatorial (AmbMR) em pacientes com DRC avançada são limitados.

Métodos: Foram avaliados, retrospectivamente, os tipos e taxas de discrepâncias de medicação e seu índice de potencial para dano ao paciente, utilizando o sistema de classificação Cornish em uma coorte consecutiva de DRC em estágio não dialítico 5 pacientes que receberam AmbMR. Resultados: AmbMR foi realizado 225 vezes em 115 pacientes durante o período do estudo. Cento e oitenta discrepâncias de medicação foram identificadas. A discrepância mais comum identificada foi o medicamento incorreto, seguido por dose discrepante, frequência discrepante e omissão de drogas. Sessenta e três por cento das discrepâncias foram classificadas como pouco prováveis de causar desconforto ou deterioração clínica do paciente, 36% foram classificadas como prováveis de causar danos moderados, e um por cento foi classificado como potencial para causar sérios danos.

Conclusão: As discrepâncias de medicação são comuns em pacientes com DRC avançada. Quase um quarto dos pacientes pode sentir desconforto moderado ou deterioração clínica devido a discrepâncias. Este estudo mostrou que em pacientes com estágio DRC não dependente de diálise 5, o risco de dano ao paciente associado a discrepâncias de medicação pode ser reduzido pela realização de AmbMR

5. An exploration of health professionals' experiences of medicines management in elderly, hospitalised patients in Abu Dhabi

Contexto: Dada a multiplicidade de questões relacionadas a medicamentos em idosos, as estruturas e os processos de gerenciamento de medicamentos devem ser claramente definidos e descritos para otimizar os resultados dos pacientes. Há uma escassez de pesquisas que fornecem uma exploração aprofundada desses elementos do manejo de medicamentos para pacientes idosos.

Objetivos: Este estudo explorou as experiências dos profissionais de saúde na manipulação de medicamentos para pacientes idosos hospitalizados em Abu Dhabi.

A pesquisa foi realizada em cinco grandes hospitais em Abu Dhabi, nos Emirados Árabes Unidos. Método: As respostas a um questionário de amostragem on-line foram usadas para selecionar enfermeiros, farmacêuticos e médicos para entrevista. Um cronograma de entrevista semiestruturado foi desenvolvido com referência à teoria do processo de normalização (TNP) e ao *framework* de domínios teóricos (TDF) para explorar questões de estruturas, processos e resultados de gestão de medicamentos. Entrevistas face-a-face de 20 a 30 minutos foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e analisadas usando a Abordagem Quadro. Principais medidas de resultados Experiências em profundidade dos profissionais de saúde sobre estruturas, processos e resultados relacionados à gestão de medicamentos.

Resultados: Considerou-se a saturação dos temas na entrevista 27 (7 enfermeiros, 13 farmacêuticos, 7 médicos). Seis temas-chave e vários subtemas emergiram da análise qualitativa, que dizia respeito à necessidade de: polifarmácia apropriada; uma abordagem sistemática da história dos medicamentos; melhor comunicação e documentação; melhor aderência dos pacientes aos medicamentos; diretrizes e políticas para apoiar a seleção de medicamentos e uma equipe multidisciplinar instruída e treinada. Os determinantes comportamentais mais dominantes do TDF foram questões em torno de: papel profissional e identidade; crenças sobre capacidades; crenças sobre as consequências; contexto e recursos ambientais; conhecimento e objetivos. O construto NPT identificou pouca evidência de coerência, participação cognitiva, ação coletiva e monitoramento reflexivo.

Conclusão: Os principais temas identificados nesta pesquisa indicam a necessidade de desenvolver uma abordagem mais estruturada para o gerenciamento de medicamentos em pacientes idosos hospitalizados em Abu Dhabi. As construções do NPT e os determinantes comportamentais do TDF podem ser utilizados como parte do desenvolvimento do serviço e da implementação da mudança.

6. Análise das intervenções realizadas na alta hospitalar de idosos acompanhados em serviço de orientação e encaminhamento fármaco-terapêutico

Introdução: A alta hospitalar é um período de transição do cuidado e de responsabilidades em nível de rede e, também, em relação ao indivíduo e à família que retomam o cuidado. Algumas experiências em projetos na transição do cuidado abordam a RM, a orientação do paciente e familiares e o contato por telefone. Farmacêuticos vinculados a um programa de residência multiprofissional propuseram a realização do encaminhamento fármaco-terapêutico de idosos na rede, com o intuito de contribuir para a segurança da farmacoterapia durante a transição do cuidado e a realização de contato pós-alta por telefone. Este trabalho destinou-se à análise das orientações realizadas durante a alta e descritas nos encaminhamentos fármaco-terapêuticos e ao perfil desses indivíduos no contato pós-alta.

Materiais e métodos: Trata-se de estudo de coorte retrospectivo, desenvolvido em um hospital público geral de ensino de Belo Horizonte, Minas Gerais, que realiza atividades de ensino, pesquisa e

assistência, sendo referência para a rede em urgência e emergência, integrado ao SUS. A amostra estudada foi a de prontuários dos pacientes acompanhados pelos farmacêuticos residentes nas equipes multiprofissionais da instituição em estudo que receberam alta de 17 de janeiro de 2014 a 3 de dezembro de 2014, que possuísem o encaminhamento fármaco-terapêutico elaborado e com os quais foi realizado o contato pós-alta. Foram excluídos os pacientes que não preenchessem um dos critérios de inclusão.

Resultados: Foram realizados encaminhamentos fármaco-terapêuticos para 135 pacientes, entretanto o contato pós-alta foi realizado com 63 desses. Sobre as principais orientações realizadas na alta e descritas nos encaminhamentos fármaco-terapêuticos, observamos que a orientação verbal sobre o uso dos medicamentos foi realizada com 133 (93,66 %) pacientes, a orientação para acesso com 130 (91,55%) e o alerta sobre reações adversas e registro das ocorrências ocorreu com 71 (71,13%). A maioria dos entrevistados precisava de ajuda para administrar os medicamentos: 50 (79,37%). Os principais cuidadores eram as filhas, em 22 (34,92%) pacientes, e as esposas, 12 (19,05%); apenas 38 (58,46%) pacientes relataram que fizeram consulta com médico da atenção primária após internação.

Conclusão: A orientação farmacêutica na alta e o contato pós-alta são estratégias adotadas na transição do cuidado que podem contribuir para melhoria da educação em saúde, segurança e acessibilidade no uso dos medicamentos.

7. Applying quality improvement methods to address gaps in medicines reconciliation at transfers of care from an acute UK hospital

Objetivos: Conciliação confiável de medicamentos em admissão e alta hospitalar é fundamental para reduzir as discrepâncias de prescrição não intencionais em transições de cuidados de saúde. Foi introduzida uma equipa para abordagem do processo de reconciliação num hospital com o objetivo de melhorar a provisão de informação e documentação de medicação confiável para permitir comunicações claras e oportunas descarga.

Ambiente: Um hospital de ensino com 400 camas em Londres, Reino Unido. Participantes: Os efeitos da mudança foram medidos em uma amostra aleatória simples de 10 pacientes adultos por semana na unidade de admissão durante 18 meses.

Intervenções: métodos de melhoria da qualidade foram usados. As intervenções incluíram educação e treino de pessoal envolvido no nível da ala e no departamento de farmácia, introdução de medicação, modelos de documentação para prescrição eletrônica e para comunicar informações sobre medicamentos em resumos de alta co-desenhados com o paciente representantes.

Resultados: A análise estatística do controle de processo mostrou documentação fiável (completa, verificada e alterações intencionais esclarecidas) da medicação atual 49,2% dos resumos de alta dos pacientes. Isso aparece ter melhorado (para 85,2%) de acordo com um estudo, após um ano após o término do projeto. O envolvimento de farmacêuticos na reconciliação de altas aumentou

significativamente, e melhorias nos números de medicamentos prescritos por erro ou omitidos da prescrição de alta, são demonstradas.

Conclusões: Novos processos levaram a um aumento da manutenção de medicamentos reconciliados e, assim, uma melhoria no número de pacientes egressos do hospital com discrepâncias não intencionais (erros ou omissões) em sua prescrição de alta. As iniciativas eram lideradas por farmacêuticos, mas envolviam trabalho e compreensão compartilhada sobre papéis e responsabilidades entre médicos, enfermeiros, terapeutas, pacientes e seus cuidadores.

8. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Monitoring and patient education - 2012

Objetivo: São apresentados os resultados da pesquisa nacional da American Society of Health-System Pharmacists de 2012 sobre a prática farmacêutica em ambientes hospitalares dos EUA.

Método: Uma amostra aleatória estratificada de diretores de farmácia em 1413 hospitais gerais e de crianças e hospitais foi pesquisada pelo correio. A SDI Health forneceu dados sobre as características do hospital; a amostra da pesquisa foi retirada do banco de dados hospitalar da SDI.

Resultados: Neste inquérito por amostragem probabilística nacional, a taxa de resposta foi de 34,0%. A taxa de monitorização farmacêutica da maioria dos doentes (isto é, > 75%) nos hospitais aumentou, de 20,3% em 2000 para 46,5% em 2012.

Programas terapêuticos de monitorização de drogas estão em vigor na maioria dos hospitais; em mais de 80% dos hospitais, os farmacêuticos têm autoridade para pedir exames laboratoriais e ajustar as dosagens de medicamentos. A avaliação da cultura de segurança foi realizada em 72,4% dos hospitais. Farmacêuticos rotineiramente realizam aconselhamento de alta em 24,7% dos hospitais.

Na maioria dos hospitais, os enfermeiros são os principais responsáveis pela reconciliação de medicamentos, mas 65,9% dos diretores de farmácias gostariam que a farmácia tivesse essa responsabilidade. A entrada informatizada de pedidos de prescritores agora é usada em 54,4% dos hospitais, com a administração de medicamentos com dispositivos usada em 65,5% e bombas inteligentes usadas em 77% dos hospitais. A maioria dos hospitais implementou total ou parcialmente registros eletrônicos de saúde. Um aumento no uso de revisão remota de pedidos de medicamentos reduziu a percentagem de hospitais em que os pedidos não são revistos antes de uma dose ser administrada em 32%.

Conclusão: Farmacêuticos continuam a melhorar o uso de medicamentos nos hospitais dos EUA por meio de monitorização e educação de pacientes, iniciativas de segurança, práticas colaborativas com outros profissionais de saúde, auxiliando na adoção de tecnologias e na prestação de serviços de farmácia a pacientes externos.

9. Bridging gaps in care: Implementation of a pharmacist-led transitions-of-care program

Objetivo: São descritos o desenvolvimento e a implementação de um programa de transições de cuidados (TOC) liderado por farmacêuticos em todo o hospital.

Método: Esta iniciativa de melhoria de qualidade de 21 semanas foi realizada de 1 de outubro de 2015 a 26 de fevereiro de 2016, no Memorial Hospital Pembroke. Uma equipe de TOC era composta por farmacêuticos, um residente de farmácia, estudantes de farmácia, um médico, gerentes de casos e enfermeiros. Todos os pacientes com idade acima de 18 anos admitidos na unidade de telemetria de internamento foram incluídos nesta iniciativa. O *endpoint* primário foi uma melhoria sustentada nas pontuações de Avaliação do Consumidor Hospitalar de Provedores e Sistemas de Saúde (HCAHPS) para "Comunicação sobre Medicamentos" e "Transições de Cuidados: Entendidos os Propósitos de Tomar Medicamentos". Os desfechos secundários incluíram 90% da admissão e 80% das conciliações de medicação de descarga analisadas por um farmacêutico.

Resultados: Um total de 661 pacientes foram incluídos. As pontuações do HCAHPS para "Comunicação sobre Medicamentos" e "Cuidados Transições: Entendidos os Objetivos de Tomar Medicamentos" teve uma melhoria sustentada durante o período do estudo. Um farmacêutico completou 94% e 75% de admissão e descarga medicamentos revisão, respetivamente, e um total de 1.579 intervenções sobre educação de alta foi concluído a uma taxa de 73%.

Conclusão: Depois que uma iniciativa de melhoria de qualidade desenvolvida por farmacêuticos foi implementada, os resultados do HCAHPS mostraram melhoria e mais pacientes receberam a reconciliação de medicamentos.

10. Cardiac Risk Assessment: Decreasing Postoperative Complications

A avaliação cardíaca pré-operatória ajuda a identificar os pacientes submetidos à cirurgia não-cardíaca que apresentam risco de complicações cardíacas pós-operatórias significativas e aqueles que podem beneficiar de avaliação adicional pré-operatória e cuidados peri operatórios. Enfermeiros de prática avançada podem identificar os riscos relacionados à cirurgia e ao paciente, realizando um histórico completo de saúde e exame físico. Múltiplos índices de risco e diretrizes baseadas em evidências estão disponíveis para informar os profissionais de saúde quanto à avaliação do paciente e estratégias para reduzir o risco cardíaco no pós-operatório. Em geral, os testes pré-operatórios são recomendados somente se os achados influenciarem a terapia médica ou a monitorização peri-operatória ou exigirão o adiamento da cirurgia até que uma condição cardíaca possa ser corrigida ou estabilizada. A manipulação de medicação é um componente crucial da avaliação pré-operatória; os provedores podem precisar iniciar o uso de betabloqueadores e tomar decisões quanto à continuação ou suspensão da terapia antiplaquetária e anticoagulante. A estratificação de risco cardíaco pré-operatória, a reconciliação de medicamentos e a gestão de dispositivos são essenciais para fornecer assistência segura aos pacientes.

11. Combining training in knowledge translation with quality improvement reduced 30-day heart failure readmissions in a community hospital: a case study

Objetivos: Os programas de treino em prática baseada em evidências (PBE) frequentemente não conseguem traduzir seu conteúdo em mudança prática e melhoria do cuidado. Vinculou-se o treino multidisciplinar em PBE a uma iniciativa para diminuir a readmissão de 30 dias entre pacientes admitidos em um hospital de ensino comunitário para insuficiência cardíaca (IC).

Métodos: A equipe do hospital, que reflete todos os serviços e disciplinas relevantes para o cuidado de pacientes com IC, participou numa conferência inovadora de capacitação de 3 dias em cuidados de saúde baseados em evidências, durante um período de 3 anos a partir de 2009. A equipa, facilitada por um membro do corpo docente da conferência, aplicou um modelo de conhecimento para ação ensinado na conferência. Foi realizada uma revisão da pesquisa publicada, perfilou-se a população e realizou-se a experiência, foi desenvolvido um protocolo em três fases e implementado no final de 2010. Rastrearam-se taxas de readmissão, resultados clínicos adversos e custo do programa.

Resultados: O protocolo enfatizou a educação do paciente, reconciliação de medicação e transição para cuidados baseados na comunidade. A administração sênior aprovou um coordenador de HF em período integral.

Os reinternamentos de IC de 30 dias diminuíram de 23,1% para 16,4% (OR ajustado = 0,64, 95% IC = 0,42-0,97) durante o ano seguinte à implementação. As taxas correspondentes em outro hospital que atende à mesma população, mas não fazia parte do programa, foram 22,3% e 20,2% (OR ajustado = 0,87, IC95% = 0,71-1,08). A adesão às medidas de qualidade exigidas pelo HF melhorou. Após um custo inicial de US \$ 15.000, as despesas do programa equilibraram o potencial de economia resultante da diminuição das readmissões de IC.

Conclusão: O treino de uma equipe hospitalar multidisciplinar no uso de um modelo de tradução do conhecimento, combinado com a facilitação contínua, levou à implementação de um programa neutro em relação ao orçamento que diminuiu as readmissões de IC.

12. Complexities of Medication Management Across Care Transitions: A Case Report

Objetivo: O objetivo deste artigo é identificar considerações relacionadas à medicação para a prática clínica de enfermeira especialista, apresentando um relatório de caso detalhando as complexidades do gerenciamento de medicação, discrepâncias de medicamentos não resolvidos e reconciliação entre transições de cuidados.

Antecedentes: As transições de cuidados são um momento vulnerável para que ocorram problemas relacionados com medicamentos. Discrepâncias na medicação não resolvidas podem levar a eventos adversos a medicamentos e a outros problemas de saúde, incluindo readmissões hospitalares e aumento dos custos com a saúde. A reconciliação das discrepâncias de medicação durante as transições de cuidados foi identificada como uma meta nacional de segurança do paciente

para evitar problemas relacionados à medicação. Especialistas em enfermagem clínica são qualificados exclusivamente para liderar e gerenciar os esforços para mitigar esses problemas durante as transições de cuidados.

Apresentação do Caso: Paciente do sexo masculino, 72 anos, com diagnóstico de câncer oral, foi submetido a oito semanas de quimioterapia e radioterapia. Ao longo dessas 8 semanas, o paciente foi atendido por 4 provedores e internado no hospital por neutropenia. Como resultado, um total de 19 novos medicamentos foram prescritos e 5 medicamentos foram descontinuados. A reconciliação de medicação foi completada em cada visita e na admissão e alta no hospital. Na alta hospitalar, o regime de medicação do paciente era complexo, com 38 doses separadas de 17 medicamentos diferentes por período de 24 horas. Compreender e organizar o regime diário de medicação foi um desafio constante para o paciente durante sua doença.

Discussão: Este caso destaca as complexidades dos regimes de medicação e as oportunidades para melhorar o gerenciamento de medicação e a reconciliação entre as transições de cuidados. Este caso ressalta a necessidade e a importância da comunicação paciente-provedor de qualidade, avaliando e administrando a complexidade do regime de medicação, avaliando medicamentos contra os critérios da American Geriatrics Society, avaliando possíveis interações medicamentosas ou medicamentosas, e reconhecendo comportamentos de risco que pode levar a discrepâncias de medicação e erros nas transições de cuidados. Possíveis oportunidades em que especialistas clínicos de enfermagem possam intervir para promover o gerenciamento seguro e eficaz de medicação em transições de cuidados são apresentadas.

Conclusão / Implicações: Especialistas em enfermagem clínica têm a capacidade única de fazer contribuições importantes e influenciar o gerenciamento e a reconciliação de medicamentos nas transições de cuidados para promover a eficácia e a segurança da medicação.

13. Conhecimento dos pacientes sobre a prescrição medicamentosa no serviço de emergência

Objetivo: Identificar quais orientações foram recebidas pelo paciente sobre prescrição medicamentosa e qual profissional as realizou; avaliar conhecimento dos pacientes sobre medicamentos prescritos; e correlacioná-lo as variáveis socioeconômicas, comorbidades e frequência com que o paciente procura o serviço de emergência com o conhecimento sobre medicamentos prescritos após o atendimento.

Método: Estudo transversal e analítico com 304 pacientes que receberam alta do serviço juntamente com prescrição medicamentosa.

Instrumentos aplicados: caracterização socio demográfica e avaliação do conhecimento sobre a medicação prescrita. Utilizou-se análise descritiva e inferencial.

Resultados: A maioria não teve dúvida sobre como nem por quanto tempo tomar o medicamento; e apresentou dúvidas sobre reações adversas e o que fazer no caso de esquecimento de doses do

medicamento. Associação significativa entre idade; escolaridade; comorbidade; usuário frequente do serviço de emergência e conhecimento sobre medicamentos.

Conclusão: Dos pacientes, 48% declararam precisar de informações sobre efeitos adversos e sobre o que fazer se esquecerem de fazer uso do medicamento.

Descritores: Conhecimento; Prescrição de Medicamentos; Atendimento de Emergência; Serviço Médico de Emergência; Enfermagem em Emergência.

14. Coordinating resources for prospective medication risk management of older home care clients in primary care: procedure development and RCT study design for demonstrating its effectiveness

Contexto: A magnitude dos riscos de segurança relacionados às medicações dos idosos tem sido evidenciada por inúmeros estudos, mas sabe-se menos sobre como gerenciar e prevenir esses riscos em diferentes contextos de atenção à saúde.

O objetivo deste estudo foi coordenar recursos para a gestão de risco de medicação prospectiva de clientes de cuidados em casa ≥ 65 anos na atenção primária e desenvolver um desenho de estudo para demonstrar a eficácia do procedimento.

Métodos: As unidades de saúde envolvidas no estudo são da atenção primária em Lohja, no Sul da Finlândia: atendimento domiciliar (191 clientes consentidos), o centro de saúde pública e uma farmácia comunitária privada. A teoria de gestão de risco baseada em sistemas e o método de pesquisa-ação foram aplicados para construir o procedimento colaborativo utilizando os recursos existentes de cada profissão no gerenciamento de risco de medicação de clientes idosos de atendimento domiciliar. Um inventário de medidas clínicas na prática clínica usual e revisão sistemática de desenhos de estudo rigorosos foi utilizado no desenho do estudo de eficácia.

Discussão: O novo modelo de gestão coordenada de medicamentos (CoMM) tem as seguintes 5 etapas: 1) Os enfermeiros são treinados para identificar problemas clinicamente significativos relacionados a medicamentos (DRPs) durante visitas domiciliares e relatá-los ao farmacêutico clínico. O farmacêutico clínico prepara os casos para 2) uma reunião de triagem interprofissional (50-70 casos / reunião de 2 h) onde as decisões são tomadas em outras ações, por exemplo, revisões de medicamentos mais detalhadas, 3) farmacêuticos comunitários realizam revisões de medicação necessárias e médico toma decisões finais sobre as mudanças de medicação necessárias. Os estágios finais envolvem 4) implementação e 5) acompanhamento das mudanças de medicação. Ensaio controlado randomizado (RCT) foi desenvolvido para demonstrar a eficácia do procedimento.

Conclusões: O procedimento desenvolvido é viável para a triagem e revisão de medicamentos de um grande número de clientes idosos em atendimento domiciliar para identificar clientes com DRPs graves e fornecer intervenções para resolvê-los utilizando os recursos de atenção primária existentes.

15. Development of a collaborative transitions-of-care program for heart failure patients

Objetivo: O desenvolvimento e implementação de transições lideradas por farmácias, sendo descrito um programa de cuidados para reduzir o risco de readmissão e aumentar a satisfação dos pacientes com insuficiência cardíaca (IC).

Resumo: Um comitê de transições foi criado em Providence St. Peter Hospital, uma instalação de ensino comunitário de 390 leitos em Olympia, Washington, focado na implementação de processos de fluxo de trabalho padronizados para conduzir a revisão de medicamentos de admissão e descarregar a revisão de medicamentos e fornecer aconselhamento de alta para pacientes com IC. Todos os pacientes com IC deveriam ter a reconciliação da medicação de admissão realizada dentro de 48 horas após a admissão. A todos os pacientes com IC foi atribuída uma pontuação de complexidade de risco de readmissão após serem admitidos no piso médico. O farmacêutico, residente e estudante realizaram avaliações diárias do perfil de medicação do paciente em todos os pacientes com IC para garantir o uso de doses ideais de regimes de medicação de IC apropriados. O farmacêutico monitorou proativamente as altas de pacientes usando relatórios disponíveis no prontuário eletrônico. O farmacêutico, residente, estudante ou enfermeira/enfermeiro de HF aconselhou cada paciente sobre as medicações de alta e respondeu a quaisquer perguntas ou abordou preocupações relativas a medicamentos. As informações fornecidas pelo especialista em melhoria de qualidade foram usadas para garantir a conformidade com as medidas essenciais de HF. O programa resultou num aumento na adesão à medida central e uma redução de readmissões de alta com uma frequência de 30 dias, e os índices de satisfação do paciente melhoraram. Para cada readmissão evitada, houve um decréscimo associado de \$ 5652 em custos variáveis.

Conclusão: A implementação de um programa de transições de cuidados liderado pela farmácia melhorou o atendimento ao paciente, priorizando aqueles que precisavam de reconciliação de medicação e levaram a aumentos na conformidade da medida principal de IC e nos escores de satisfação do paciente.

16. Discharge Time Out: An Innovative Nurse-Driven Protocol for Medication Reconciliation

Um método inovador para a reconciliação de medicamentos de descarga foi desenvolvido pelos enfermeiros para garantir a transição segura dos cuidados e melhorar os resultados dos pacientes. O processo de tempo limite de quitação habilitou os enfermeiros a assumirem um papel mais ativo na alta de seus pacientes e promoveu uma relação mais colaborativa entre enfermeiros e médicos. A alta hospitalar pode ser um momento estressante para pacientes que transitam de cuidados agudos para a comunidade. A transição do hospital para casa é um processo complexo e potencialmente perigoso para os pacientes e um desafio para os profissionais de saúde. Embora muitos gestores hospitalares tentem ansiosamente estabelecer padrões para práticas de descarga, outros lutam com a necessidade de aumentar os serviços com menos recursos. A transição bem-

sucedida para o lar é multifacetada e depende parcialmente da reconciliação completa e precisa da medicação para a segurança do paciente em todo o cuidado.

Um estudo retrospectivo de Foust e coautores (2012) encontrou 71,2% (n = 141) de altas hospitalares que tiveram pelo menos um tipo de problema de RM. Discrepância de medicação foi o erro mais comum (58,9%, n = 83) no momento da alta. Dos 375 pacientes que receberam alta em um estudo de Coleman, Smith, Raha e Min (2005), 53 (14,1%) apresentaram uma ou mais discrepâncias de medicação, com 49,2% (n = 61) daqueles categorizados como relacionados ao sistema. Dos pacientes que apresentaram discrepâncias de medicação, 14,3% (n = 7) foram re-hospitalizados em 30 dias, em comparação com 6,1% (n = 3) que não apresentaram discrepâncias. Entre os eventos adversos pós-hospitalares, os medicamentos foram o problema mais comum (66% - 72%), e quase todos os eventos adversos pós-hospitalar (ADE) envolveram novos medicamentos ou dosagem na mudança no momento da alta. Dados sobre ADEs após a alta são limitados; no entanto, em um estudo, a ocorrência de EAM foi relatada em 35% (n = 70) dos adultos que tomavam mais de cinco medicamentos diariamente; 84% (n = 58) necessitaram de atendimento médico e 11% (n = 7) necessitaram de internação hospitalar.

A Joint Commission definiu os Objetivos Nacionais de Segurança do Paciente (NPSGs) para orientar os hospitais no uso de melhores práticas uniformizadas. Reconciliação de medicamentos foi introduzida em 2005 como NSPG 8. Foi revisto e reintroduzido em 2011 em um esforço para reconhecer e resolver discrepâncias de medicação e minimizar o risco de eventos adversos durante transições de cuidados. Como os gestores hospitalares lutam continuamente com um processo efetivo para implementar o padrão, os pacientes recebem alta com medicação discrepâncias que os colocam em risco de eventos adversos a medicamentos e reinternações. O impacto desses eventos no bem-estar do paciente, na assistência à saúde custos e reinternações são significativas para o paciente e para o sistema de saúde.

Conclusões: A necessidade de diminuir as readmissões é uma alta prioridade, pois mais hospitais dos EUA estão sendo sancionados por taxas mais altas de reinternamento. A criação de listas de medicamentos precisas durante a transição do atendimento poderia diminuir a reinternamento. Um foco mais forte na reconciliação efetiva de medicamentos é necessário para garantir uma transição segura.

17. Errors Related to Medication Reconciliation: A Prospective Study in Patients Admitted to the Post CCU

Os erros de medicação são um dos fatores importantes que aumentam as lesões fatais para os pacientes e sobrecarregam os custos econômicos significativos para os cuidados de saúde. Um histórico médico adequado poderia reduzir os erros relacionados à omissão dos medicamentos anteriores no momento da hospitalização. O objetivo deste estudo, como primeiro no Irão, foi avaliar

as discrepâncias entre as histórias de medicamentos obtidas por farmacêuticos e médicos / enfermeiros e a primeira ordem do médico.

De setembro de 2012 a março de 2013, os pacientes internados no pós-CCU de um hospital universitário de 550 leitos, foram recrutados no estudo. Como parte da reconciliação medicamentosa na admissão, os médicos / enfermeiros obtiveram histórico de medicação de todos os pacientes admitidos. Para os pacientes incluídos no estudo, a história de medicação foi obtida tanto pelo médico / enfermeiro quanto por um estudante de farmácia (após formação de um farmacêutico clínico do corpo docente) durante as primeiras 24 horas de internamento.

250 pacientes preencheram os critérios de inclusão. A idade média dos pacientes foi de $61,19 \pm 14,41$ anos. A comparação do histórico farmacológico das farmácias com as listas de medicamentos obtidas pelos enfermeiros / médicos revelou 3036 discrepâncias. Em média, 12,14 discrepâncias, variando de 0 a 68, foram identificadas por paciente. Somente em 20 pacientes (8%) houve 100% de concordância entre as listas de medicamentos obtidas pelo farmacêutico e médico / enfermeiro. A comparação dos medicamentos por lista de medicamentos solicitados pelo médico na primeira visita mostrou 12,1 discrepâncias, em média, variando de 0 a 72.

Conclusões: De acordo com os resultados, os erros de omissão em nosso ambiente são maiores que os outros países. A reconciliação medicamentosa baseada em farmácia pode ser recomendada para diminuir esse tipo de erro.

18. Evaluation of a Team-Based, Transition-of-Care Management Service on 30-Day Readmission Rates

Transições de cuidados do hospital para o ambiente ambulatoria muitas vezes não cumprem o Triplo Objetivo de melhorar a qualidade, melhorar a saúde das populações e diminuir o custo dos cuidados. Um grande esforço para melhorar a qualidade das transições e reduzir as readmissões hospitalares está na ordem do dia.

Métodos: Foi implementado um modelo de transição de cuidados baseado em equipe e avaliamos o impacto nas taxas de readmissão de 30 dias. Os três componentes da intervenção foram o contato com um gestor de cuidados de enfermagem, reconciliação de medicamentos e acompanhamento com um médico. Comparou-se as taxas de readmissão de 30 dias para o período anterior versus após a implementação desta intervenção.

Resultados: A taxa de readmissão de 30 dias diminuiu de 14,2% no grupo de cuidados habituais para 5,3% no grupo de intervenção ($P = 0,011$). Quase 90% dos pacientes no grupo de intervenção receberam todos os 3 componentes da intervenção.

Limitações: A generalização é limitada a práticas com membros da equipe incorporados. Nem todos os pacientes receberam todos os 3 componentes da intervenção.

Conclusões: O desenvolvimento de uma intervenção em equipe foi associado a uma redução significativa nas readmissões hospitalares. Este método pode ser implementado em outros locais.

19. How nurses contribute to medicines reconciliation

O processo de obtenção de uma lista de medicamentos atualizada e precisa, reconciliação de medicamentos (MedRec), é vital para garantir a segurança do paciente. Apesar de seu alto *status* como uma questão de segurança do paciente, e os esforços feitos para impulsionar e implementar processos robustos do MedRec, são necessários esforços adicionais para identificar e disseminar as melhores práticas.

Este artigo descreve alguns dos princípios envolvidos na condução de MedRec eficaz e convida enfermeiros interessados para participar de um grupo de trabalho que visa desenvolver um kit de ferramentas de melhores práticas.

Palavras-chave: Melhor prática, erros de medicação, reconciliação de medicamentos, MedRec, segurança do paciente

20. Impact of Students Pharmacists on the Medication Reconciliation Process in High-Risk Hospitalized General Medicine Patients

Objetivo: Comparar a precisão das listas de medicamentos obtidas por estudantes farmacêuticos, enfermeiros e médicos e quantificar o número de discrepâncias identificadas como parte do processo de reconciliação de medicamentos.

Métodos: Entre maio e julho de 2012, os pacientes internados numa equipe de medicina interna em um centro médico acadêmico terciário de 350 camas foram avaliados para inclusão no estudo. Médicos e / ou enfermeiros realizaram revisões de medicamentos para esses pacientes no momento da admissão, enquanto os farmacêuticos estudantes realizaram a reconciliação medicamentosa.

Resultados: Oitenta e seis pacientes foram avaliados e 52 preencheram todos os critérios de inclusão. Um total de 268 discrepâncias foram identificadas como parte da reconciliação de medicação realizada pelos estudantes farmacêuticos, aproximando-se de 5 discrepâncias por paciente (intervalo 0-13). Farmacêuticos estudantis identificaram 532 medicamentos pré-admissão, significativamente mais do que os enfermeiros (355) ou médicos (368), $p = 0,006$.

Conclusão: Farmacêuticos estudantis, com supervisão apropriada, podem ser usados em várias tarefas que anteriormente podem ter sido designadas apenas para farmacêuticos, como a reconciliação de medicamentos.

Palavras-chave: reconciliação medicamentosa, farmácia, farmacêutico estudantil.

21. Improving medication reconciliation at hospital admission, discharge and ambulatory care through a transition of care team

Reconciliação medicamentosa é um componente importante para o atendimento de pacientes hospitalizados e sua transição segura para o ambiente ambulatorio. No Serviço Hospitalar de Medicina Familiar em estudo, o atendimento ao paciente é frequentemente transferido entre os vários

médicos, residentes, enfermeiros e, eventualmente, para um grupo separado de provedores que fornecem gestão ambulatorio. Devido às frequentes transições de cuidados, não houve uma clara apropriação do processo de reconciliação de medicamentos. Para melhorar o processo de reconciliação de medicação, foi criada uma Equipe de Transição de Cuidados composta por enfermeiros para supervisionar todo o processo de reconciliação. A equipe envolveu o paciente e sua família, quando necessário, contatou as farmácias e seus provedores, reconciliou a lista de medicamentos do hospital com a lista de pacientes na admissão do hospital e 24 horas após a alta, e compareceu à consulta de acompanhamento para verificar os medicamentos e fornecer continuidade de cuidados. A implementação da equipe permitiu recursos de investigação adicionais, redundância na prevenção de erros e recuperação antecipada caso ocorra um erro. O percentual de medicamentos com erro após a implementação da Equipe de Transição de Cuidados foi reduzido de 131/386 (33,9%) para 147/787 (18,7%) na admissão hospitalar, 81/354 (22,9%) para 42/834 (5,0%) na alta e 43/337 (12,8%) a 6/809 (0,7%) na consulta de acompanhamento (dois testes de proporção, $p < 0,001$). Além disso, o percentual de prontuários sem erros melhorou na alta hospitalar de 8/31 (25,8%) para 46/70 (65,7%) e na consulta de acompanhamento hospitalar de 16/31 (51,6%) para 64/70 (91,4%) (teste de duas proporções, $p < 0,001$). Previamente vista como três reconciliações separadas ocorridas na admissão, alta e acompanhamento hospitalar, a abordagem da reconciliação de medicação foi reformulada como um processo contínuo ocorrendo durante a hospitalização e acompanhamento hospitalar, resultando em melhor precisão de reconciliação e transições mais seguras para o ambiente ambulatorio.

Na admissão hospitalar, a equipe de enfermagem completa uma verificação em duas etapas dos medicamentos, atualiza o registro eletrônico e notifica o residente para assinar a lista. No momento da alta, os medicamentos são reconciliados no hospital e os registros ambulatoriais são encaminhados ao provedor do paciente. Na visita de acompanhamento hospitalar, tanto a equipe de enfermagem quanto os residentes verificam a lista de medicamentos. Frequentemente, a admissão, Verificação, alta hospitalar e acompanhamento hospitalar são pessoas diferentes. A Equipe de Transição de Cuidados inicia a reconciliação de medicação ambulatorial na admissão, revê a lista novamente dentro de 24 horas após a alta e participa da visita de acompanhamento para fornecer continuidade de atendimento. O uso da Equipe de Transição de Cuidados removeu a estrutura do silo do processo inicial de reconciliação de medicamentos.

Após a adição da equipa de transição de cuidados e o novo desenho do processo de reconciliação de medicação, a precisão da reconciliação na admissão, alta e acompanhamento hospitalar foi medida para 70 pacientes pós-intervenção.

A percentagem de medicamentos com erros foi reduzida em todos os três momentos de reconciliação. Na admissão, o percentual de medicamentos com erros foi reduzido de 131/386 (33,9%) para 147/787 (18,7%). Na alta hospitalar, a percentagem de medicamentos com erros foi

reduzida de 81/354 (22,9%) para 42/834 (5,0%). A percentagem de medicamentos com erros na consulta de acompanhamento hospitalar foi reduzida de 43/337 (12,8%) para 6/809 (0,7%).

Conclusão: O atendimento em equipe, que usa vários provedores, muitas vezes não resulta em propriedade clara do processo de reconciliação de medicamentos. Com a criação de uma equipe de cuidados de enfermeiros registrados conciliou-se a reconciliação de medicação como um processo contínuo que ocorre durante a hospitalização do paciente, alta e acompanhamento hospitalar e melhora na precisão da reconciliação de medicação, cuidados de pacientes hospitalizados, e leva a transições mais seguras para o ambiente ambulatorial.

22. Improving medication safety for home nursing clients: A prospective observational study of a novel clinical pharmacy service -The Visiting Pharmacist (ViP) study

O que é conhecido e objetivo: polifarmácia, erros de medicação e eventos adversos são comuns em pessoas idosas que recebem apoio domiciliário em gestão de medicação de enfermagem. O acesso aos farmacêuticos clínicos é limitado. Na Austrália, poucos clientes domiciliários de enfermagem recebem uma revisão domiciliária de medicamentos (Home Medicines Review) iniciado por farmacêuticos iniciados em clínica geral (GP), apesar de sua elegibilidade e dos esforços dos enfermeiros comunitários (CN) para facilitar isso. Um serviço de farmácia clínica de enfermagem domiciliar integrada, no qual as CNs encaminhavam diretamente os clientes a um farmacêutico, era, portanto, desenvolvido e testado. O objetivo foi explorar o número e tipo de problemas relacionados à medicação (MRPs) e discrepâncias de autorização de tratamento de medicação (ordem de medicação) identificadas e abordadas por farmacêuticos clínicos.

Métodos: Dois farmacêuticos clínicos em tempo parcial foram empregados. Eles reviram e reconciliaram os medicamentos dos clientes, instruíram os clientes / cuidadores sobre seus medicamentos, forneceram aconselhamento e apoio às CNs e trabalharam com os GPs dos clientes e outros prescritores para otimizar os regimes de medicação e revisar / atualizar as autorizações de tratamento medicamentoso das enfermeiras. A avaliação envolveu a análise dos dados de medicamentos dos clientes, incluindo autorizações de tratamento e relatórios de revisão de medicamentos farmacêuticos.

Resultados e discussão: Oitenta e quatro clientes (mediana 86 anos, 6 condições de saúde, 13 medicamentos) foram revisados. Os farmacêuticos identificaram 334 MRPs (mediana 4 por cliente) e 307 discrepâncias de medicação em autorizações de tratamento (mediana 2 por cliente). Os farmacêuticos fizeram 282 recomendações aos prescritores para abordar os MRPs; 148 (52,5%) recomendações foram postas em prática, resultando em 190 mudanças de medicação para 60 (71,4%) clientes (mediana 2 por cliente). Os farmacêuticos prepararam ou ajudaram os GPs a atualizar as autorizações de tratamento para 68 (81%) clientes.

O que é novo e a conclusão: Integrar farmacêuticos em um serviço de enfermagem domiciliar identificou e abordou as discrepâncias de autorização de MRPs e tratamento medicamentoso, contribuindo assim para aumentar a segurança dos medicamentos.

23. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping

~~Melhorar a alta do paciente e reduzir as readmissões hospitalares usando Intervenção Mapeamento~~

Antecedentes: Há um ímpeto crescente de reorganizar o processo de alta hospitalar para reduzir as readmissões e custos evitáveis. O objetivo deste estudo foi fornecer informações sobre os problemas de alta hospitalar e causas subjacentes, e para dar uma visão geral das soluções que orientam os provedores e os formuladores de políticas na melhoria da alta hospitalar.

Métodos: O *framework* Mapeamento de Intervenção foi usado. Primeiramente, foi realizada uma análise do problema estudando a escala, as causas e as consequências da descarga hospitalar ineficaz. A análise baseou-se em dados primários de 26 entrevistas com grupos focais e 321 entrevistas individuais com pacientes e familiares, e envolveu prestadores de cuidados hospitalares e comunitários. Segundo, melhorias em termos de resultados de intervenção, objetivos de desempenho e objetivos de mudança foram especificados. Em terceiro lugar, 220 especialistas foram consultados e uma revisão sistemática de intervenções efetivas de alta foi realizada para selecionar métodos baseados em teoria e estratégias práticas necessárias para alcançar a mudança e um melhor desempenho.

Resultados: A descarga ineficaz está relacionada a fatores no nível do prestador de cuidados individuais, do paciente, da relação entre os prestadores e do suporte organizacional e técnico dos prestadores de cuidados. Os provedores podem reduzir as taxas de readmissão hospitalar e eventos adversos, concentrando-se em informações de alta qualidade de descarga, cuidados bem coordenados e comunicação direta e oportuna com seus colegas de contrapartida. Os pacientes, ou seus cuidadores, devem participar do processo de alta e estar bem conscientes de seu estado de saúde e tratamento. A avaliação por parte dos prestadores de cuidados hospitalares, se as informações de alta são precisas e entendidas pelos pacientes e suas contrapartes na comunidade, são exemplos importantes de superação das barreiras identificadas para a alta efetiva. Modelos de alta, reconciliação de medicação, enfermeiro de ligação ou farmacêutico, visitas regulares ao local de trabalho e retorno ao ensino são identificadas como estratégias eficazes e promissoras para alcançar a mudança comportamental e ambiental desejada.

Conclusões: Este estudo fornece uma estrutura orientadora abrangente para provedores e formuladores de políticas para melhorar a transferência de pacientes do hospital para a atenção primária.

24. Medication discrepancies across multiple care transitions: A retrospective longitudinal cohort study in Italy

As discrepâncias de medicação são definidas como diferenças inexplicáveis entre regimes em diferentes locais de atendimento. O problema das discrepâncias de medicação que ocorrem durante todo o percurso do cuidado desde a admissão hospitalar até a alta hospitalar local (ou seja, todos os tipos de configurações dedicadas a cuidados formais que não sejam hospitais) tem recebido pouca atenção na literatura médica.

O estudo tem como objetivo (1) determinar a prevalência de discrepâncias de medicamentos que ocorrem durante todo o percurso da admissão hospitalar até a alta hospitalar local, (2) descrever a discrepância e o tipo de medicação e (3) identificar potenciais fatores de ~~risco~~ ~~Discrepâncias de medicação~~ em transições de cuidados ao paciente. Evidências de um sistema integrado de saúde, como o italiano, podem explicar os resultados de outros estudos em diferentes sistemas de saúde. Conclusões: Este estudo sugere que um sistema integrado de atenção à saúde, como o italiano, pode influenciar a prevalência de discrepâncias, evidenciando a necessidade de uma reconciliação multidisciplinar e, se possível, informatizada, para prevenir discrepâncias de medicação e melhorar a qualidade da documentação médica.

25. Medication Errors at Hospital Admission and Discharge: Risk Factors and Impact of Medication Reconciliation Process to Improve Healthcare

Objetivo: Primeiro, o objetivo do estudo foi avaliar a prevalência, características e gravidade das discrepâncias não intencionais de medicamentos (UMDs) e erros de medicação (MEs) na admissão e alta da hospitalização. Em segundo lugar, o objetivo do estudo foi identificar fatores clínicos e de hospitalização associados ao risco de UMDs, bem como características do processo de reconciliação de medicação associado à detecção de UMDs.

Métodos: Este estudo observacional prospectivo incluiu todos os pacientes adultos admitidos de 2013 a 2015 no Departamento de Endocrinologia-Diabetologia-Nutrição do Hospital de Montpellier, França. Os farmacêuticos clínicos realizaram a reconciliação da medicação, coletando o melhor histórico possível de medicação de diferentes fontes e comparando-a com as prescrições de admissão e alta para identificar as discrepâncias.

Discrepâncias de medicação não intencionais corrigidas pelo médico foram consideradas como MEs. Fatores de risco de UMDs foram identificados com regressão logística.

Resultados: Dos 904 pacientes incluídos, 266 (29,4%) tinham pelo menos um UMD, na admissão ou na alta. No total, 378 (98,2%) dos 385 UMDs foram considerados MEs. A maioria dos MEs foi omissão (59,3%). Os erros de medicação foram graves ou muito graves em 36% dos pacientes e tiveram gravidade potencialmente moderada em quase 40% dos pacientes.

Conclusões: As discrepâncias não intencionais de medicamentos são frequentes no hospital e dependem de parâmetros clínicos intrínsecos, mas também da prática do processo de reconciliação medicamentosa, como número e tipo de fontes utilizadas.

26. Medication Errors in the Southeast Asian Countries: A Systematic Review

Antecedentes: O erro de medicação (EM) é uma questão mundial, mas a maioria dos estudos sobre EM tem sido realizada em países desenvolvidos e muito pouco se sabe sobre EM em países do Sudeste Asiático. Este estudo objetivou sistematicamente identificar e revisar pesquisas realizadas sobre EM em países do Sudeste Asiático com o objetivo de identificar tipos comuns de EM e estimar sua prevalência nessa região.

Métodos: A literatura referente a EMs em países do Sudeste Asiático foi sistematicamente revisado em dezembro de 2014 usando; Embase, Medline, Pubmed, ProQuest Central e CINAHL.

Os critérios de inclusão foram estudos (em qualquer idioma) que investigaram a incidência e os fatores contribuintes da EM em pacientes de todas as idades.

Resultados: Os 17 estudos incluídos relataram dados de seis dos onze países do Sudeste Asiático: cinco estudos em Singapura, quatro na Malásia, três na Tailândia, três no Vietnã, um nas Filipinas e um na Indonésia. Não havia dados sobre ME em Brunei, Laos, Camboja, Mianmar e Timor. Dos dezassete estudos incluídos, onze erros de administração medidos, quatro focados em erros de prescrição, três foram feitos em erros de preparação, três em erros de dispensação e dois em erros de transcrição. Houve apenas um estudo de erro de reconciliação. Três estudos foram intervencionais.

Discussão: Os tipos de erros de administração mais frequentemente relatados foram tempo incorreto, erro de omissão e dose incorreta. Escassez de pessoal e, portanto, sobrecarga de trabalho para os enfermeiros, distração médico / enfermeira e má interpretação do gráfico prescrição / medicação, foram identificados como fatores contribuintes de EM. Há uma séria falta de estudos sobre este tópico nesta região que precisa ser abordada para que a questão do EM seja totalmente compreendida e abordada.

27. Medication governance: preventing errors and promoting patient safety

Este artigo destaca a importância dos erros de medicação, identificando possíveis problemas e sistemas de suporte necessários. Erros de medicação envolvem diferentes profissionais de saúde e se apresentam em vários estágios do ciclo de medicação. Concentrar-se numa abordagem colaborativa e no papel do enfermeiro é necessário. Grupos especiais, particularmente adultos mais velhos, são considerados quando múltiplas condições e múltiplas medicações aumentam o risco de reações adversas a medicamentos. A responsabilidade das enfermeiras e seu conhecimento sobre medicamentos são levados em conta juntamente com o papel dos enfermeiros educadores. Relatar erros é crucial; a cultura da organização contribui significativamente para que erros sejam relatados.

A aprendizagem surge de quase erros e erros, permitindo que medidas preventivas sejam postas em prática. Existe uma necessidade de uma cultura de segurança dentro das organizações onde a governança de medicamentos promove a segurança do paciente e a prestação de cuidados de alta qualidade.

Erros de medicação são um problema persistente e recorrente e uma causa significativa de danos aos pacientes no ambiente hospitalar. Administrar medicação é uma habilidade de enfermagem de alto risco que pode levar a erros e sérios resultados para o paciente e para a carreira do enfermeiro. Considerando que esta atividade é estimada em 40% do tempo dos enfermeiros, é de suma importância que os fatores que contribuem para os erros sejam identificados e tratados sistematicamente a fim de fazer melhorias efetivas na segurança do paciente. Embora os incidentes de medicação tenham sido reconhecidos como uma causa evitável comum de lesão do paciente, "reduzir os erros de medicação é um processo contínuo de melhoria da qualidade". A governança de medicação é necessária para construir uma cultura de segurança em que a investigação de erros, a implementação de soluções e o aprendizado do incidente possam reduzir os riscos futuros e promover o fornecimento de assistência ao paciente de alta qualidade.

Gestão medicamentosa: Para os enfermeiros, a gestão de medicamentos é uma responsabilidade importante, envolve uma série de habilidades complexas e é uma atividade de alto risco. Não envolve apenas preparar, calcular, confirmar e administrar medicamentos, mas também atualizar seus conhecimentos de medicação, monitorar a eficácia do tratamento e quaisquer reações a medicamentos, interações e eventos adversos que ocorram, além de educar os pacientes sobre seus medicamentos. Irlanda; Conselho de Enfermagem e Obstetrícia; Autoridade de Informação e Qualidade em Saúde. Conhecimento da doença processos e alinhamento de dose, conhecimento de questões ético-legais relacionadas ao consentimento, legislação sobre medicamentos e administração encoberta, habilidades de comunicação e tomada de decisão clínica também são considerados aspectos essenciais das responsabilidades das profissões de enfermagem.

Conhecimento dos enfermeiros sobre medicamentos: Enfermeiros são responsáveis pelos medicamentos que administram e devem possuir a base de conhecimento relevante, que inclui conhecimento da ação, efeitos colaterais, dosagem e possíveis interações de qualquer medicamento que administram. Ndosi e Newell encontraram enfermeiros com deficiência no conhecimento de farmacologia, o que aumenta significativamente o risco de erros de medicação. Os enfermeiros devem atualizar continuamente os seus conhecimentos de drogas usando materiais de referência, comunicando-se com colegas, comparecendo regularmente às atualizações de medicamentos e acedendo a informações sobre medicamentos, enquanto trabalham sempre dentro de seu escopo de prática. Oportunidades para o desenvolvimento profissional contínuo em relação aos medicamentos devem ocorrer, pois é vital para a manutenção e desenvolvimento de competência. Ofosu e Jarrett recomendaram a oferta de sistemas de apoio a enfermeiros recém-qualificados para

incluir um programa estruturado de preceptoria, além de priorizar o desenvolvimento de competência em gestão de medicamentos.

28. Medication reconciliation: A qualitative analysis of clinicians' perceptions

Antecedentes: A reconciliação de medicação tem estado na vanguarda dos esforços nacionais de segurança do paciente há quase uma década, mas as instituições de saúde continuam sendo desafiadas com a implementação.

Objetivos: O objetivo deste artigo foi relatar uma análise de um estudo qualitativo das experiências de médicos, enfermeiros e farmacêuticos com práticas de gestão de medicamentos, focalizando especificamente a prática da conciliação de medicamentos.

Métodos: Este estudo utilizou grupos focais numa abordagem qualitativa para explorar as percepções dos participantes sobre comunicação interprofissional e eventos adversos a medicamentos. Três grupos focais foram conduzidos em cada um dos 3 hospitais da Veterans Administration, 1 para médicos (13), enfermeiros (19) e farmacêuticos (16). A análise deste artigo enfocou discussões específicas sobre a reconciliação de medicamentos.

Resultados: Duas questões temáticas primárias emergiram da discussão sobre a reconciliação medicamentosa: O que significa realmente a reconciliação medicamentosa? Quem é realmente responsável pelo processo? Os participantes de cada profissão tinham diferentes perspectivas sobre o propósito e os processos de reconciliação de medicamentos. As responsabilidades percebidas pareciam ser influenciadas por suas visões distintas em relação ao significado e propósito da reconciliação medicamentosa. O papel do farmacêutico surgiu como um papel crítico para garantir a segurança da medicação.

Conclusões: Traduzir a intenção de reconciliação medicamentosa em prática efetiva requer o reconhecimento das diversas perspectivas dos profissionais envolvidos funções independentes, conjuntas e sobrepostas da gestão de medicamentos, bem como o reconhecimento das limitações da tecnologia.

Os processos de reconciliação de medicação têm como objetivo minimizar os erros e mitigar os danos quando as transições ocorrem. No entanto, a eficácia deste processo é mista e pouco se sabe sobre a experiência dos provedores envolvidos no processo.

O gerenciamento de medicamentos é uma tarefa cooperativa altamente complexa que envolve papéis clínicos essenciais, como médicos, enfermeiros e farmacêuticos, para maximizar os resultados e minimizar os erros. Cada papel tem responsabilidades independentes, conjuntas e sobrepostas, tornando o gerenciamento de medicação uma das tarefas clínicas interdependentes mais complexas na área da saúde.

A reconciliação de medicação é exigida por muitas instituições como um método para fornecer estrutura para minimizar a complexidade da gestão de medicação nas transições nos cuidados e para diminuir o erro.

A reconciliação de medicação é definida pela *Joint Commission* como um processo sistemático para comparar os medicamentos atuais de um paciente com os pedidos de entrada para um novo ambiente. A Agência para Pesquisa e Qualidade em Assistência à Saúde expandiu a definição de reconciliação de medicação para incluir um “processo de evitar inconsistências inadvertidas [no uso de medicamentos] nas transições de atendimento, revisando o regime completo de medicação do paciente no momento da admissão, transferência ou alta e compará-lo com o regime considerado para o novo cenário de cuidado. “As etapas de reconciliação de medicação delineadas pelo Institute for Healthcare Improvement incluíram a verificação de um histórico preciso da medicação, esclarecendo que os pedidos de medicação são apropriados e documentadas quaisquer alterações. Conclusão: A reconciliação de medicamentos tem estado na vanguarda dos esforços nacionais de segurança do paciente há quase uma década, mas as instituições de saúde continuam sendo desafiadas com a implementação. Reconhecer que a reconciliação de medicação é um processo importante que afeta o gerenciamento de medicação e a segurança geral do paciente é importante para ganhar impulso para uma tradução bem-sucedida na prática. Reconhecendo as limitações da tecnologia, bem como a contribuição de cada papel clínico no processo de reconciliação de medicação e gestão global de medicamentos é fundamental; no entanto, os atuais sistemas de documentação clínica e os processos de trabalho existentes devem ser re-projetados. Os sistemas de tecnologia ainda serão insuficientes se os desafios comuns relacionados à alfabetização em saúde, apoio à decisão integrada, planejamento e coordenação da equipe e adesão à medicação não forem considerados no contexto da reconciliação de medicamentos e do maior processo de gerenciamento de medicação.

29. Process mapping evaluation of medication reconciliation in academic teaching hospitals: a critical step in quality improvement

Contexto: A reconciliação de medicamentos (MedRec) tem sido uma atividade obrigatória ou recomendada no Canadá, nos EUA e no Reino Unido por quase 10 anos. Organismos de acreditação na América do Norte em breve exigirão MedRec para cada admissão, transferência e alta de cada paciente. Estudos do MedRec revelaram discrepâncias não intencionais nas prescrições, mas não há evidências claras de que resultados clinicamente importantes sejam melhorados, levando a práticas amplamente variáveis. O objetivo dos autores era aplicar a metodologia de mapeamento de processos à MedRec para esclarecer os processos atuais e o uso de recursos, identificar possíveis eficiências e lacunas no atendimento e recomendações para melhoria à luz da evidência atual da literatura de eficácia.

Reconciliação de medicação baseada em hospital (MedRec) é definida como o processo de identificação da lista mais precisa dos medicamentos de pré-medicação do paciente, incluindo nome, dosagem, rota de frequência, última dose e avaliação de aderência, comparando com as medicações

atuais, reconhecer e abordar as discrepâncias e documentar quaisquer alterações, resultando assim num "Melhor Histórico de Medicamentos Possíveis (BPMH)".

O MedRec é um componente da gestão de medicamentos, que envolve a avaliação mais ampla e importante de diagnósticos, contraindicações, valores de pacientes e evidências de custo-efetividade comparativa de medicamentos para elaborar e comunicar o regime de medicação mais adequado para o paciente.

Em resposta a uma crise de segurança de medicação percebida, o MedRec foi mandatado por organismos nacionais de acreditação hospitalar no Canadá e nos EUA em 2006 como uma Prática Organizacional Requerida (ROP), e foi recomendado pelo Instituto Nacional de Saúde e Excelência de Cuidados no Reino Unido.

O uso de técnicas de mapeamento de processos no contexto da saúde é um conceito relativamente recente. O Estudo de Melhoria da Qualidade de Reconciliação de Medicamentos Multi-Centro (MARQUIS) recomenda fortemente o mapeamento de processos (um componente de kit de ferramentas) para compreender o estado atual dos processos MedRec e para executar.

Métodos: Os engenheiros de processo observaram e registraram todas as atividades do MedRec em 3 hospitais de ensino acadêmico, desde a triagem inicial do departamento de emergência até a alta do paciente, para pacientes de medicina interna geral. Os mapas de processos foram validados com a equipe da linha de frente, depois com a equipe do estudo, os gestores e a segurança do paciente para resumir os problemas atuais e discutir as soluções.

Resultados: Em todos os 3 hospitais, foram identificados 5 temas problemáticos gerais: falta de uso de todas as fontes de medicamentos disponíveis, duplicação de esforços gerando ineficiência, falta de pontualidade na conclusão do Melhor Histórico de Medicamentos Possíveis, falta de padronização do processo MedRec. e comunicação sub-ótima dos problemas do MedRec entre médicos, farmacêuticos e enfermeiros.

Discussão: O MedRec, conforme praticado neste ambiente, requer melhorias na qualidade, tempestividade, consistência e disseminação. Mais pesquisas explorando o uso eficiente de recursos, em termos de pessoal e custos, são necessárias.

Este estudo de mapeamento de processos contribui com informações valiosas para melhorar a qualidade e a eficiência do processo hospitalar MedRec e para uma medição mais precisa do uso e dos custos dos recursos de saúde. Estudos de alta qualidade para responder à questão de custo-efetividade ainda são necessários.

30. Quality improvement through implementation of discharge order reconciliation

Objetivo: Descreve-se um processo multidisciplinar coordenado para reduzir os erros de medicação relacionados às altas do paciente para instalações de enfermagem especializada (IEEs).

Resumo. Depois de determinar que os erros de medicação eram uma causa frequente de readmissão entre os pacientes que haviam sido liberados para SNFs, um centro médico lançou um projeto de

melhoria da qualidade em duas fases com foco em pacientes cardíacos e médicos. A primeira fase do projeto envolveu três modos de falha e análise de efeitos da descarga de procedimentos existentes, seguido pelo desenvolvimento e teste piloto de um processo de fluxo de trabalho multidisciplinar, envolvendo pessoal e médicos residentes, coordenadores clínicos de enfermeiros e farmacêuticos clínicos. Durante o teste piloto do novo processo de fluxo de trabalho, a taxa de erros de medicação de descarga envolvendo pacientes com SNF foi rastreada e os dados sobre readmissões relacionadas à medicação em um grupo de intervenção designado (n = 87) e um grupo de controle de pacientes (n = 1893) receberam alta para SNFs através de procedimentos padrão durante um período de nove meses foram coletados, com os dados estratificados usando a classificação da gravidade da doença (SOI). A análise dos dados recolhidos indicou uma taxa de readmissão cumulativa relacionada à medicação de 30 dias para pacientes do grupo de estudo nas categorias menor, moderada e maior de 5,4% (4 de 74 pacientes), comparada com uma taxa de 9,5% (1780 pacientes) no grupo controle.

Na fase 2 do projeto, o procedimento revisto de reconciliação da medicação de descarga da SNF foi implementado em todo o hospital. Desde a implementação em todo o hospital do novo fluxo de trabalho, a taxa de readmissão para pacientes com SNF foi mantida em cerca de 6,7%.

Conclusão. A implementação de um processo padronizado de reconciliação de pedidos de alta que incluía farmacêuticos levou a uma redução nas taxas de readmissão e melhorou os cuidados para os pacientes que receberam alta para os SNFs.

Para o estudo piloto, a reconciliação medicamentosa foi estritamente definida como um processo clínico pelo qual um profissional de saúde gera uma lista atual de medicamentos com base no relato do paciente, condições médicas, revisão de registros médicos anteriores, história de prescrição de medicamentos e medicamentos administrados em unidades de saúde. Documentara-se os erros de reconciliação de medicamentos de descarga encontrados por meio do sistema interno de monitoramento de eventos internos.

31. Role of the Emergency Nurse in Medication Reconciliation

A reconciliação de medicação é um processo usado para reduzir as discrepâncias de medicação nas transições do atendimento ao paciente. O processo é descrito no *Joint Commission Sentinel Event Alert # 35* como uma comparação de pedidos de medicação com uma lista de medicamentos que estão sendo tomados pelo paciente e descreve os seguintes passos:

- a) compilar uma lista de medicamentos atuais,
- b) desenvolver uma lista de medicamentos a serem prescritos,
- c) comparar as duas listas,
- d) tomar decisões clínicas com base na comparação,
- e) comunicar a nova lista (por exemplo, durante a comunicação de transferência).

Embora o processo possa parecer simples, pode ser repleto de desafios no cenário de atendimento de emergência. Três disciplinas diferentes estão envolvidas: farmácia, medicina e enfermagem. Como um autor afirma, há “pouco acordo sobre o papel e a responsabilidade de cada profissão no processo de reconciliação”. As necessidades de registros eletrônicos compartilhados e padronizados e o uso de terminologias de medicação padrão também foram identificados como desafios.

A posição da Associação de Enfermeiras de Emergência:

1. Reconciliação de medicação é o processo de comparar o histórico de medicação de um paciente com uma lista de pedidos de medicação.
2. Os enfermeiros de emergência recolhem o melhor histórico possível de medicamentos (BPMH), mas não realizam a reconciliação medicamentosa.
3. O uso de pessoal de farmácia para completar o Melhor Histórico de Medicamentos Possíveis (BPMH) e realizar a avaliação de reconciliação economiza tempo e reduz as discrepâncias de medicação.
4. A conclusão do Melhor Histórico de Medicamentos Possíveis (BPMH) requer a coleta de informações de pacientes, famílias, fornecedores e outros profissionais de saúde.
5. Enfermeiras de emergência envolvem os pacientes para identificar déficits no conhecimento de seus regimes de medicação e fornecer educação sobre a importância de manter um histórico de medicação atual e preciso.
6. A triagem é para a triagem rápida de pacientes de atendimento de emergência e não é o melhor momento para realizar a reconciliação de medicação.
7. Pesquisas adicionais são necessárias para esclarecer o papel do enfermeiro de emergência na reconciliação de medicamentos e o processo mais eficaz para alcançá-lo.
8. Os enfermeiros de emergência fornecem feedback e participam do desenvolvimento de políticas e diretrizes em todos os níveis - local a internacional - para assegurar que processos ótimos de reconciliação de medicação sejam desenvolvidos.

O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) sintetizou as etapas dos processos de reconciliação de medicação em:

- 1) verificação (coleta do histórico de medicação),
- 2) clarificação (doses precisas de medicação) e
- 3) reconciliação (mudanças documentadas nos pedidos).

A coleta de histórias de medicamentos no cenário de emergência é apenas um importante primeiro passo no processo de reconciliação de medicamentos.

O BPMH preciso, completo e atual é a base para a reconciliação de medicamentos. Ele é obtido por um processo sistemático e minucioso no qual uma história de medicamentos prescritos e não prescritos é montada após discussões com o paciente e a família, e os resultados. No entanto, existem poucas orientações publicadas sobre como realizar o processo de forma eficaz. Diversas

questões carecem de padronização em como lidar com pacientes com diferentes níveis de acuidade e como a reconciliação de medicação altera o fluxo de trabalho.

No mínimo, pesquisas adicionais são essenciais para esclarecer o papel do enfermeiro na recolha de histórico de medicação, determinar barreiras para a obtenção de um histórico completo e preciso e identificar estratégias de medicação segura para o paciente.

32. Role of Transitional Care Measures in the Prevention of Readmission After Critical Illness

Mais de 44% dos erros de medicação ocorrem durante a transferência dos cuidados para os pacientes dentro do ambiente de cuidados agudos. Essa descoberta significativa exige que a coordenação do cuidado para pacientes críticos complexos incorpore métodos que incluam práticas rigorosas de reconciliação de medicamentos. É vital para o desenvolvimento de iniciativas de reconciliação de medicação a inclusão de medicações domiciliares pré-admissão de base do paciente e uma avaliação contínua da necessidade de continuar com os medicamentos.

Após a implementação do processo de reconciliação de medicação, essa taxa caiu para quase zero. Vital para a implementação de práticas de reconciliação de medicação é o desenvolvimento de sistemas que são facilmente incorporados dentro do plano de cuidados e diminuem a carga de cuidado da enfermeira de leito crítico que está completando a ferramenta de reconciliação.

33. Standard Operating Protocol - Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care

O Protocolo Operacional Padrão foi o principal documento de referência para hospitais e Agências Técnicas Líderes (LTAs) que participam do projeto da OMS High5s. Ele descreve as etapas padrão de reconciliação de medicação, orientação para implementação, referências e sugestões para melhoria da qualidade. Este documento e o Kit de Introdução são fornecidos para ajudar mais organizações a implementar a reconciliação de medicamentos.

Reconciliação medicamentosa é o processo formal em que os profissionais de saúde fazem parceria com os pacientes para garantir a transferência de informações precisas e completas de medicamentos nas interfaces de atendimento.

Os eventos adversos a medicamentos (ADE) são uma das principais causas de lesões e morte nos sistemas de saúde em todo o mundo. Muitos desses eventos ocorrem como resultado de uma má comunicação entre profissionais de saúde e entre profissionais de saúde e pacientes e / ou cuidadores quando os cuidados são transferidos, como quando os pacientes são admitidos no hospital, se deslocam entre as enfermarias e recebem alta para a comunidade ou para uma casa residencial.

Estima-se que cerca de metade dos erros de medicação que ocorrem no hospital ocorrem na admissão ou alta de uma unidade clínica ou hospital⁴ e cerca de 30% desses erros têm o potencial de causar danos ao paciente. Esses erros podem ocorrer quando se obtém do paciente o histórico de medicação (por exemplo, na admissão no hospital), quando registrar os medicamentos no

prontuário médico e quando prescrever medicamentos na admissão, na transferência para outra enfermaria e na alta.

Até 67% das histórias de medicamentos com receita médica registrados na admissão no hospital têm um ou mais erros e 30 a 80% dos pacientes têm uma discrepância entre os medicamentos encomendados no hospital e aqueles que estavam tomando em casa.

Quando a transição do paciente do hospital para o domicílio é inadequada, as repercussões podem ser de grande alcance - readmissão hospitalar, evento adverso a medicamentos e até mesmo a mortalidade. Vários estudos nacionais europeus sobre eventos adversos em diferentes países revelaram que entre 6,3– 12,9% dos pacientes hospitalizados sofreram pelo menos um evento adverso durante a internação e entre 10,8 e 38,7% desses eventos adversos foram causados por medicamentos que eram evitáveis.

É bem conhecido que os eventos adversos a medicamentos (ADE) são uma das principais causas de lesão e morte na saúde e que problemas de comunicação entre os locais de atendimento são um fator significativo em sua ocorrência. Para sessenta e sete por cento dos pacientes “as histórias de medicamentos têm um ou mais erros e até 46% dos erros de medicação ocorrem durante a prescrição na admissão ou alta do paciente. As revisões de prontuários revelam que mais da metade de todos os erros de medicação hospitalar ocorrem nas interfaces de cuidado. As estimativas de custo da Europa e na América do Norte, descobriram que o uso excessivo, subutilização e uso indevido de medicamentos custam bilhões de dólares. No entanto, pouco trabalho está sendo realizado para entender e abordar esse problema. Nos Estados Unidos, os custos relacionados às 1,5 milhão de pessoas que são prejudicadas e às que são mortas são estimadas em 3,5 bilhões anualmente.

Um estudo europeu em seis países envolvendo 900 pacientes consecutivos internados em hospitais de ensino universitário mostrou uma variação de 22% a 77% das prescrições potencialmente inapropriadas em idosos. Embora os idosos estejam super representados em termos de número de pacientes, esse grupo está sub-representado ou mesmo excluídos de muitos ensaios clínicos que geram a base de evidências para intervenções de cuidados de saúde.

Histórias de medicação errôneas podem levar à descontinuidade da terapia, reinício de medicamentos descontinuados, terapia inadequada e falha na detecção de um problema relacionado à droga. Até 27% dos erros de prescrição hospitalar são atribuíveis a histórias de medicação imprecisas ou incompletas na admissão hospitalar, sendo a omissão de um medicamento regular o erro mais comum. Pacientes mais velhos (≥ 65 anos) e aqueles que tomam vários medicamentos apresentam uma maior incidência de erros.

A admissão hospitalar coloca os pacientes em risco aumentado de suspensão de medicamentos crônicos, e esse risco é maior em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva. Se esses erros não forem resolvidos, podem ter consequências adversas para o paciente. durante a internação ou após a alta hospitalar.

Discrepâncias também ocorrem comumente na alta quando as receitas são escritas e os resumos de alta são preparados. Em uma população de pacientes que receberam alta de um serviço de medicina interna, 23% dos pacientes apresentaram um evento adverso e 72% deles estavam relacionados à medicação.²⁶

A maioria das questões descritas acima pode ser prevenida através da reconciliação de medicação - um processo projetado para melhorar a precisão das histórias de medicação registradas e seu uso ao prescrever. É um sistema de comunicação efetiva de mudanças nos regimes de medicação para pacientes e profissionais de saúde dentro do círculo de cuidados do paciente, à medida que os pacientes passam pelo sistema de saúde.

Fundamentação: O uso seguro de medicamentos no tratamento de pacientes requer conhecimento e consideração de todos os medicamentos que o paciente está tomando ou recebendo atualmente, a fim de evitar omissões, duplicações, erros de dosagem e possíveis interações adversas com novos medicamentos prescritos.

A reconciliação de medicamentos do projeto High5 da OMS aplica-se ao cenário hospitalar. Abrange a implementação da reconciliação de medicamentos na admissão, na transferência interna e na alta hospitalar.

Princípios orientadores para a implementação da reconciliação de medicamentos:

A base para uma reconciliação medicamentosa eficaz é o desenvolvimento, a manutenção e a comunicação de uma lista completa e precisa de medicamentos ao longo do tratamento contínuo.

Princípio Orientador: Uma lista atualizada e precisa de medicamentos para pacientes é essencial para garantir a prescrição segura em qualquer ambiente.

A reconciliação de medicação requer a implementação de um processo padronizado de reconciliação de medicação sempre que o cuidado é transferido. Ou seja, na admissão, transferência dentro do hospital e na alta do hospital para casa ou para uma instituição de longa permanência (lar de idosos).

Princípio orientador: Um processo estruturado formal para a reconciliação de medicamentos deve estar em vigor em todas as interfaces de cuidado.

Embora simples em conceito, a reconciliação de medicamentos é complexa para ser implementada de forma confiável. Considerando a complexidade e os requisitos de recursos para uma implementação confiável, recomenda-se uma implementação faseada.

Ao testar a implementação, de preferência começando na admissão, as organizações podem garantir que o processo funcione de forma confiável antes de implementá-lo em todas as interfaces de atendimento. As organizações também podem considerar a implementação em primeiro lugar em áreas de alto impacto, como a medicina geral, ou em pacientes selecionados de alto risco.

A reconciliação de medicação na admissão é a base para a reconciliação durante todo o episódio de cuidado.

Durante a Fase 1 do projeto High da OMS, a intervenção foi limitada a uma população específica considerada de alto risco de eventos adversos a medicamentos devido ao aumento do uso de drogas.

Ou seja, pacientes com idade igual ou superior a 65 anos internados em serviços de urgência por internação.

A reconciliação de medicação é integrada aos processos existentes para gerenciamento de medicação e fluxo de pacientes.

O processo de reconciliação de medicação é de responsabilidade compartilhada com a equipe ciente de seus papéis e responsabilidades.

O processo de reconciliação de medicação é uma atividade multidisciplinar com responsabilidades compartilhadas entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros médicos envolvidos no cuidado do paciente. Para que a reconciliação de medicação seja eficaz, a equipe precisa estar ciente de seus papéis e responsabilidades no processo, para que os pacientes tenham seus medicamentos reconciliados e as discrepâncias resolvidas no início da admissão.

Idealmente, um farmacêutico deve estar envolvido na coleta ou validação da melhor lista de medicamentos atuais do paciente (BPMH) e na comparação dessa lista com os pedidos de medicação. Quando um farmacêutico não está disponível, essas tarefas devem ser realizadas por um profissional de saúde (por exemplo, médico, enfermeiro, terapeuta ou técnico / tecnólogo) que tenha sido treinado na coleta de um BPMH e na reconciliação de medicamentos.

A cultura da organização em relação à colaboração interdisciplinar e ao trabalho em equipe influenciará significativamente a eficácia do processo de reconciliação de medicamentos. O processo é melhor conduzido em um ambiente de responsabilidade compartilhada e é nesse contexto que o protocolo operacional padrão é baseado.

Pacientes e familiares estão envolvidos na reconciliação de medicamentos.

O pessoal responsável pela reconciliação de medicamentos é treinado para tomar um BPMH e reconciliar os medicamentos.

O contexto (ou ambiente) no qual o SOP de reconciliação de medicação é implementado influenciará o sucesso de sua implementação. Fatores externos, como política de saúde, diretrizes nacionais e requisitos de acreditação para a reconciliação de medicamentos, terão influência, assim como os fatores internos que são as características únicas da organização de assistência médica individual. Fatores como a cultura, liderança, tamanho e estrutura da organização, a natureza da propriedade da intervenção e a disponibilidade de recursos podem afetar o sucesso da implementação e devem ser considerados no planejamento da estratégia de implementação.

Para entender melhor a influência do contexto no trabalho de melhoria de qualidade bem-sucedido, recomenda-se que a liderança e a equipe de implementação revisem esse excelente recurso para a equipe do projeto.

A implementação eficaz e eficiente de um processo de reconciliação de medicação exigirá a integração de suas etapas nos processos existentes para o gerenciamento de medicação e fluxo de pacientes, em vez de simplesmente adicionar novas tarefas. Portanto, é importante identificar os

outros aspetos do atendimento ao paciente com os quais a reconciliação de medicamentos deve se relacionar, incluindo os seguintes:

- Admissão / entrada de pacientes
- Avaliação inicial do paciente
- Encomenda, preparação e dispensação de medicação
- Documentação de cuidados
- Procedimentos internos de transferência de pacientes
- Comunicação de informações entre provedores
- Planejamento de descarga
- Instruções para educação e alta do paciente

Como a conciliação da medicação é basicamente uma questão de gerenciamento de informações, os detalhes da implementação dependerão, em um grau considerável, da equipe, sistemas e processos existentes da organização de saúde para coletar, usar e comunicar informações sobre medicamentos, por exemplo, registros médicos em papel ou registros médicos eletrônicos. As atividades de gestão de informações que suportam a reconciliação de medicação devem ser integradas o máximo possível nos sistemas e processos existentes, adaptando os formulários atuais ou as ferramentas de recolha de dados e alinhando o processo o máximo possível com o fluxo de trabalho atual para otimizar a eficiência.

Envolvimento do paciente e da família

Os pacientes são a única constante no processo à medida que se movem ao longo do sistema de saúde e a reconciliação de medicação funciona melhor quando os pacientes e as famílias estão ativamente envolvidos no processo. Eles estão em melhor posição para fornecer informações atualizadas sobre os medicamentos que tomam.

Os pacientes devem ser educados sobre a importância de participar na reconciliação de medicamentos por:

- Manter uma lista atualizada de seus medicamentos e / ou trazer seus medicamentos quando eles forem admitidos no hospital ou atendam ambulatorios de pré-atendimento e ambulatorios e mostrar sua lista de medicamentos em cada encontro com um profissional de saúde. Isso pode ser feito através do uso de materiais e ferramentas educacionais para apoiar a manutenção auto-dirigida de listas de medicamentos. Exemplos de recursos e ferramentas educacionais para envolver os pacientes são fornecidos no Guia de implementação do SOP de reconciliação de medicação.

34. Whose responsibility is medication reconciliation: Physicians, pharmacists or nurses? A survey in an academic tertiary care hospital

Antecedentes: erros de medicação ocorrem com frequência em transições nos cuidados e podem resultar em morbidade e mortalidade. A reconciliação de medicação é um requisito de credenciamento hospitalar reconhecido e projetado para limitar os erros nas transições nos cuidados. Objetivos: Identificar crenças, papéis percebidos e responsabilidades de médicos, farmacêuticos e enfermeiros antes da implementação de um processo padronizado de reconciliação de medicamentos.

Métodos: Uma pesquisa foi distribuída para as três profissões: farmacêuticos na farmácia e médicos e enfermeiros em unidades hospitalares de internação. Continha perguntas sobre o nível atual de práticas de reconciliação de medicação, bem como os papéis e responsabilidades percebidos de cada profissão quando um processo padronizado é implementado.

Valor, barreiras à implementação da reconciliação de medicamentos e o papel da tecnologia da informação também foram avaliados. As análises foram realizadas utilizando estatísticas univariadas. Resultados: Houve falta de clareza das práticas atuais de reconciliação de medicamentos, bem como falta de concordância entre as três profissões.

Os médicos e farmacêuticos consideravam as suas profissões como os principais provedores, enquanto os enfermeiros consideravam os médicos seguidos por eles mesmos como os principais provedores com papéis limitados para os farmacêuticos. As três profissões reconhecem os valores e benefícios da reconciliação medicamentosa, mas os farmacêuticos, mais do que outros, afirmaram que o tempo limitado para implementar a reconciliação é uma barreira importante. Obstáculos como fontes não confiáveis de histórico de medicação, conhecimento do paciente e falta de coordenação e comunicação entre as três profissões foram expressos.

Conclusões: As três profissões de saúde reconhecem o valor da reconciliação de medicação e querem vê-la implementada no hospital, mas há uma falta de concordância em relação aos papéis e responsabilidades de cada profissão dentro do processo. Isso precisa ser tratado pela administração do hospital para planejar procedimentos claros e definir papéis para cada profissão dentro de um processo padronizado de reconciliação de medicamentos.