

Soraia Raquel Faria Cunha

# **O Papel do Farmacêutico na Reconciliação Terapêutica**



Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Porto, 2018



# **O Papel do Farmacêutico na Reconciliação Terapêutica**

---

(Soraia Raquel Faria Cunha)

Trabalho apresentado à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos  
requisitos para obtenção do grau de  
Mestre em Ciências Farmacêuticas

# **O Papel do Farmacêutico na Reconciliação Terapêutica**

## **Resumo**

Os eventos adversos ao medicamento são uma das principais causas de lesões e morte em diversos sistemas de saúde, sendo que, muitos desses eventos adversos ao medicamento são pela existência de uma fraca comunicação entre profissionais de saúde e entre o profissional de saúde e o doente durante as várias transições de cuidados do doente e no momento da alta, tornando-se imperativo uma resolução deste problema. Estas falhas de comunicação com o doente podem levar à falta de adesão à terapêutica ou ao reinício de medicamentos descontinuados, promovendo uma terapia inadequada.

Os pacientes idosos, normalmente polimedicados, são os doentes mais propícios a erros de medicação obrigando a um especial cuidado por parte dos profissionais no momento de explicar a medicação.

A reconciliação terapêutica é um processo contínuo e ativo que garante uma comunicação precisa e consistente das informações sobre a medicação do doente nas diferentes transições de cuidados promovendo uma diminuição de erros de medicação.

Nesta dissertação vamos poder constatar que o papel do farmacêutico é relevante no processo da reconciliação terapêutica, fazendo a diferença na revisão da medicação, evitando discrepâncias não intencionais e educando o doente para uma maior adesão à terapêutica.

**Palavras-Chave:** Reconciliação Terapêutica, Farmacêutico, Erros de Medicação, Discrepâncias, Polimedicação, Readmissões Hospitalares.

## **Abstract**

The adverse drug events are one of the leading causes of injury and death in a variety of health systems. Since many of these adverse drug events are due to poor communication between health professionals and between the health professional and the patient during the various transitions of patient care and discharge, it is imperative that a resolution of this problem. These failure to communicate with the patient can lead to lack of adherence to therapy, resumption of discontinued medications, and inadequate therapy.

The elderly patients, usually polymedicated, are the patients who are more susceptible to medication errors, requiring a special care from the professionals when explaining the medication.

The therapeutic reconciliation is a continuous and active process that ensures accurate and consistent communication of patient medication information in different care transitions, promoting a decrease in medication errors.

In this dissertation, we will be able to verify that the role of the pharmacist is relevant in the process of therapeutic reconciliation, making a difference in the review of the medication, avoiding unintentional discrepancies and educating the patient for a greater adherence to the therapeutics.

**Keywords:** Medication Reconciliation, Pharmaceutical, Medication Errors, Discrepancies, Polypharmacy, Hospital Readmissions.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar o meu agradecimento à Professora Doutora Carla Matos que disponibilizou sempre a sua atenção, orientação e o seu apoio quando mais precisei.

Aos meus pais, irmãos e namorado por todo o carinho, apoio incondicional e amor que sempre me transmitiram. A conclusão desta dissertação e deste curso não teria sido possível sem eles.

A todos os meus amigos pela amizade, pelo ânimo e pelas conversas. Realmente são a família que nós escolhemos.

Por último ao universo UFP, que sempre me acompanharam nesta jornada, com quem partilhei medos, dificuldades e oportunidades.

O meu profundo agradecimento a todos que acreditaram em mim.

## Índice Geral

	<b>Pág.</b>
<b>Resumo</b>	i
<b>Abstract</b>	ii
<b>Agradecimentos</b>	iii
<b>Índice de Figuras</b>	v
<b>Índice de Tabelas</b>	vi
<b>Abreviaturas</b>	vii
<b>1. Introdução</b>	1
1.1. A problemática dos Erros de Medicação (EM)	2
1.2. Classificação de EM	7
1.2.1 Causas dos EM	8
<b>2. Polimedicação no Idoso</b>	10
<b>3. Reconciliação Terapêutica</b>	11
3.1. <i>Best Possible Medication History</i> (BPMH)	12
3.1.1. Como obter a BPMH?	15
3.2. Princípios e Implementação da RT	16
3.2.1 Os Benefícios e as Barreiras na Implementação da RT	18
3.3. Procedimento da RT	19
3.3.1. Intervenientes no processo da RT	22
3.4. O Papel do Farmacêutico	25
<b>4. RT e as Readmissões Hospitalares</b>	27
<b>Conclusão</b>	32
<b>Bibliografia</b>	33

## Índice de Figuras

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1.</b> Mapa da Reconciliação Terapêutica.	21

## Índice de Tabelas

	<b>Pág.</b>
<b>Tabela 1.</b> Classificação dos PRM retirado do Segundo Consenso de Granada 2002 de acordo com a necessidade, a efetividade e a segurança.	5
<b>Tabela 2.</b> Índice de Erros de Medicação do Conselho Nacional de Coordenação para a Notificação e Prevenção de Erros de Medicação.	8
<b>Tabela 3.</b> Causas dos Erros de Medicação.	9
<b>Tabela 4.</b> Sumário das competências dos intervenientes no processo de RT	24

## **Abreviaturas**

**ACTION** – *Aged Care Transition*

**ASPH** – *American Society of Health-System Pharmacists*

**BPMH** – *Best Possible Medication History*

**BPDP** – *Best Possible Discharge Plan*

**DAC** – Doença Arterial Coronária

**DGS** – Direção-Geral de Saúde

**EAM** – Evento Adverso ao Medicamento

**EM** – Erro de Medicação

**EUA** – Estados Unidos da América

**ICA** – Insuficiência Arterial Coronária

**IOM** – Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América

**ISMP** – *Institute for Safe Medication History*

**MNSRM** – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

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

**NICE** – *National Institute for Health and Clinical Excellence*

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PRM** – Problemas Relacionados com Medicamentos

**RAM** – Reações Adversas aos Medicamentos

**RT** – Reconciliação Terapêutica

**TJC** – *The Joint Commission*

## 1. Introdução

Atualmente, em todo o Mundo, os cuidados de saúde são uma preocupação crescente, não só pelo impacto a nível financeiro mas pelo seu valor fundamental para a qualidade de vida das sociedades (Moeller, 2001).

Cada vez mais, os cidadãos exigem mais transparência na informação, mais regulação e maior participação nos processos de tomada de decisão, tendo expectativas cada vez mais elevadas (Campos *et al.*, 2010). Sendo assim, espera-se que os cuidados de saúde sejam acessíveis, adequados, efetivos, de qualidade, com baixo risco e com custos socialmente suportáveis (Pisco e Biscaia, 2011).

Numa época em que visualizamos rápidas alterações nos cuidados de saúde, a profissão farmacêutica, uma profissão antiga e reconhecida mundialmente, tem experienciado um significativo crescimento e desenvolvimento (Pearson, 2007).

Tradicionalmente, a farmácia era identificada como a instituição que promove a ligação entre as ciências químicas e as ciências da saúde, estando responsável por assegurar o uso seguro do medicamento. Nos anos 50, com a grande produção de produtos farmacológicos, pela indústria farmacêutica, o papel do farmacêutico ficou reduzido à elaboração, distribuição e rotulagem dos medicamentos. Posto isto, os farmacêuticos evoluíram, focando-se mais no paciente, dando origem à farmácia clínica, e posteriormente, aos cuidados farmacêuticos (Pearson, 2007).

Os farmacêuticos clínicos fizeram-se acompanhar por esta evolução, melhorando a sua interação com o doente, contribuindo ainda, resultado da sua formação distinta em terapêutica medicamentosa, para a compreensão dos fármacos por parte dos doentes, mas principalmente por parte de outros profissionais de saúde (Kaboli *et al.*, 2006).

Esta evolução marcou, assim, um período de expansão e integração das funções do farmacêutico, que passa a ser reconhecido como especialista do medicamento, bem

como um aumento da interação com outros profissionais de saúde, tornando-se uma peça fulcral na relação entre estes e os doentes (Pearson, 2007). O papel do farmacêutico tem sido considerado vital para o sucesso do sistema de saúde, bem como para a saúde da população. É também devido aos elevados custos dos medicamentos e à tecnologia associada aos mesmos, que nos dias de hoje, é exigida uma estratégia que promova a melhoria do uso do medicamento nos sistemas de saúde, convertendo-se em algo exequível, com possível retorno financeiro e resultados na segurança e qualidade. Posto isto, é de extrema importância que os serviços farmacêuticos tomem as melhores decisões possíveis (Vermeulen *et al.*, 2007).

### **1.1. A problemática dos Erros de Medicação (EM)**

Os medicamentos são considerados o instrumento primordial terapêutico para o diagnóstico, recuperação ou manutenção das condições de saúde da população (Vieira, 2005).

O Decreto-Lei nº 20/2013, de 14 de Fevereiro, define o medicamento como “*toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas.*” (Ministério da Saúde, 2013).

Uma utilização adequada do medicamento é fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde. A segurança, em conjunto com a eficácia, constituem os dois critérios mais importantes para a seleção dos medicamentos promovendo a qualidade no uso dos fármacos (Serna, 2008).

Os efeitos adversos ao medicamento (EAM) são definidos pela Sociedade Americana de Farmacêuticos Hospitalares (*American Society of Healthy-System Pharmacist-ASHP*) como qualquer lesão ou dano, advindo de medicamentos, provocados pelo uso ou falta do uso do medicamento, quando necessário. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS)

define EAM como qualquer evento “*nocivo e não intencional causado pelo uso, no homem, de medicamentos nas doses convencionadas para a profilaxia, diagnóstico, tratamento ou alterações das funções fisiológicas*” e também, “*lesão resultante de uma intervenção médica relacionada com o medicamento.*” (OMS, 2014).

Os EAM podem surgir, não só quando os fármacos são usados nas condições adequadas, mas também por falhas e erros que ocorrem durante o seu uso clínico, sendo, neste último caso, denominados EM, ou seja, “erro que designa qualquer incidente prevenível, que pode causar danos ao doente ou que dá origem ao uso inadequado dos medicamentos (Herrero-Herrero, 2010; Mayhew; 2010; Serna, 2008).

As interações fármaco-fármaco são dos EM mais comuns, constituindo uma importante causa de morbidade e mortalidade, levando a um consecutivo aumento dos custos hospitalares. No entanto, ao serem previsíveis, são portanto, evitáveis (Interchange, 2011).

Existe um conjunto de fatores que podem levar a erros cada vez mais frequentes, conduzindo a eventos adversos e/ou a interações entre medicamentos, tais como:

- I. doenças concomitantes e polimedicação, ou seja, tendo em conta o aumento da esperança média de vida, os doentes estão, cada vez mais, sob medicação crónica;
- II. os registos de saúde: um doente pode ter vários médicos envolvidos no seu tratamento e, caso não haja um registo com a totalidade dos medicamentos que o doente toma, complica-se o esforço para manter um tratamento consistente e regular;
- III. as características da estadia hospitalar, uma vez que o objetivo atual se prende com o facto dos internamentos ocorrerem no menor período de tempo, o que pode levar a que medicações regulares sejam negligenciadas;
- IV. a adaptação às práticas hospitalares, o que pode levar a que, no momento da alta hospitalar, devido à logística do hospital, o doente tenha a alta com a medicação anterior e não com a nova medicação (Franco-Donat *et al.*, 2010);

- V. falta de comunicação entre o doente e os profissionais de saúde e durante as transições entre os vários profissionais (OMS, 2014);
- VI. prescrições evasivas quanto à dose, forma farmacêutica, posologia e/ou via de administração, levando a interpretações erradas dos profissionais de saúde (Ferrah *et al.*, 2017).

A existência de Problemas Relacionados com a Medicação (PRM), estando incluídos os EAM, as Reações Adversas ao Medicamento (RAM) e EM, diligenciou a necessidade da elaboração de normas a seguir, com o propósito de garantir a segurança (Meyer-Masseti *et al.*, 2011). Na tabela 1 sumariza-se a classificação dos PRM, de acordo com o Segundo Consenso de Granada em 2002 e de acordo com a necessidade, a efetividade e a segurança (Correr *et al.* 2007).

O envelhecimento gradual da população, resultante do aumento da esperança média de vida, bem como do declínio da natalidade, promoveu um incremento da prevalência das patologias crónicas, verificando-se um acréscimo no número de medicamentos por cada doente e, por conseguinte, uma predisposição dos doentes para o aparecimento de eventos adversos relacionados com o medicamento (Knez *et al.*, 2011; Silva, Luís, e Biscaia, 2004).

Os EAM podem alterar e agravar significativamente a saúde dos doentes, com consequências não só a nível económico, mas também a nível social. Os EM são os EAM mais comuns, contudo a sua diferença reside na possibilidade de prevenção, tornando-se fundamental distingui-los (Knez *et al.*, 2011).

Nos pontos cruciais da transição assistencial do doente, a existência de barreiras de comunicação entre os profissionais de saúde fomentam o aparecimento dos EAM, principalmente de EM (Knez *et al.* 2011; Bates *et al.* 1993).

Independentemente dos EM serem bastante comuns, durante ou após uma hospitalização (Greenwald *et al.*, 2010), e existirem estudos associados ao meio hospitalar, é muito importante que estes se realizem em outros momentos e locais (Mayhew, 2010), tais como nas transições de cuidados de saúde, na admissão hospitalar

ou potenciais transferências, que podem colocar a vida do doente em risco ou conduzir à morte, limitando a qualidade do tratamento (Meyer *et al.*, 2012; Vira, Colquhoun e Etchells, 2006).

**Tabela 1.** Classificação dos PRM retirado do Segundo Consenso de Granada 2002 de acordo com a necessidade, a efetividade e a segurança (Correr *et al.* 2007).

<b>Necessidade</b>	<p><b>PRM 1:</b> Por não utilizar a medicação que precisa, o doente manifesta um problema de saúde;</p> <p><b>PRM 2:</b> O doente manifesta um problema de saúde por utilizar medicação que não precisa.</p>
<b>Efetividade</b>	<p><b>PRM 3:</b> O doente demonstra um problema de saúde, devido a uma inefetividade não quantitativa da medicação;</p> <p><b>PRM 4:</b> O doente demonstra um problema de saúde, por causa de uma inefetividade quantitativa da medicação.</p>
<b>Segurança</b>	<p><b>PRM 5:</b> O doente manifesta um problema de saúde, devido a uma insegurança não quantitativa da medicação;</p> <p><b>PRM 6:</b> O doente manifesta um problema de saúde, devido a uma insegurança quantitativa da medicação.</p>

Por estes motivos, nos últimos anos, verificou-se um considerável aumento dos estudos relacionados com a segurança do doente, para conhecer e compreender melhor este problema, considerado mundial e de saúde pública (Anacleto *et al.*, 2010).

Em 1999, o estudo “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM), aumentou a consciencialização e o conhecimento sobre os eventos adversos, promovendo o aumento das iniciativas governamentais, de modo a prevenir os mesmos (Reis, Martins, e Laguardia, 2013). Em 2007, o IOM, em outra importante publicação sobre EM e após análise de vários trabalhos publicados sobre os mesmos, concluiu que cada doente internado nos hospitais americanos está sujeito a um EM por dia. Verificou-se, ainda, que quando a incidência de EM é regularmente avaliada, são encontrados níveis inaceitáveis e inesperados e que a etapa do processo de utilização do medicamento (desde a prescrição, dispensa, administração e monitorização) é crítica, havendo necessidade de mais estudos para demonstrar falhas e determinar ações de prevenção (Anacleto *et al.*, 2010).

Os EM podem ocorrer em diferentes fases do circuito do medicamento, ocorrendo normalmente no momento da prescrição do medicamento. No entanto, outras revisões defendem que ocorrem distintamente durante as transições de cuidados, evidenciando a importância da Reconciliação Terapêutica (RT) (Herrero-Herrero e García-Aparício, 2011).

O grande propósito da RT é garantir que todos os doentes recebem os seus medicamentos, independentemente da sua condição social ou clínica, iniciando este processo com o internamento do doente no hospital, continuando sempre que o mesmo seja transferido para outros cuidados ou quando tem alta do hospital (Herrero-Herrero e García-Aparício, 2011).

Os EM provocados por alterações da RT poderão, então, surgir, sendo considerados discrepâncias intencionais ou discrepâncias não intencionais. As primeiras são uma alteração do médico (decisão de não prescrever um medicamento, ou alterar uma dose, por exemplo), justificada, perante uma nova situação clínica ou um novo diagnóstico do doente. As discrepâncias não intencionais comportam uma omissão ou duplicação da medicação, numa prescrição incompleta ou em dosagens, via de administração e frequência diferentes da medicação habitual do doente, sem justificação clínica. Estas discrepâncias podem ter consequências clínicas, podendo causar danos no doente,

devendo ser consideradas como potenciais eventos adversos (Herrero-Herrero e García-Aparício, 2011).

## 1.2. Classificação de EM

O *Nacional Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCC MERP) publicou, em 1998, uma classificação de EM, considerando diferentes tipos e subtipos. Em 2001, esta instituição publicou uma atualização, identificando nove categorias de A a I considerando se houve ou não danos para o doente, a sua duração e a extensão desse dano e se foi necessário algum tipo de intervenção (Tabela 2) (Dhawan *et al.*, 2017).

Esta classificação, apesar de importante, apresentava algumas limitações. Ou seja, a gravidade dos EM e o impacto que têm na saúde do doente é importante, no entanto, para definirmos medidas preventivas, temos que saber em que fase do circuito do medicamento o erro ocorreu, não sendo possível esta análise com esta classificação (Anacleto *et al.*, 2010).

Em 2002, um grupo de farmacêuticos espanhóis, executou uma classificação baseada na referida anteriormente, publicando-a em 2008. Esta classificação veio então colmatar algumas limitações existentes fazendo uma classificação através do tipo de erro de medicação como: medicamento errado, omissão de dose ou do medicamento, dose errada, frequência da administração errada, forma farmacêutica errada, erro de manipulação, técnica de administração errada, via, velocidade e horário de administração errado, doente errado, duração e monitorização do tratamento errado, medicamento deteriorado, falta de adesão do doente, entre outros. É importante referir, que a mesma ocorrência pode ser classificada em mais de um tipo de erro (Anacleto *et al.*, 2010).

**Tabela 2.** Índice de Erros de Medicação do Conselho Nacional de Coordenação para a Notificação e Prevenção de Erros de Medicação (Dhawan *et al.*, 2017).

<b>Categoria A</b>	Circunstância ou evento, capaz de causar um erro.
<b>Categoria B</b>	Ocorrência de um erro, mas não atingiu o doente.
<b>Categoria C</b>	Ocorrência de um erro que afetou o doente, mas não ocasionou danos.
<b>Categoria D</b>	Ocorrência de um erro, que atingiu o doente, e tem premência de monitorização para confirmar se resultou em dano.
<b>Categoria E</b>	Ocorrência de um erro com suspeita de danos temporários no doente, possuindo necessidade de intervenção.
<b>Categoria F</b>	Ocorrência de um erro com capacidade de provocar danos temporários no doente e hospitalização.
<b>Categoria G</b>	Ocorrência de um erro com capacidade de provocar danos permanentes no doente.
<b>Categoria H</b>	Ocorrência de um erro, com necessidade de intervenção, para sustentar a vida.
<b>Categoria I</b>	Ocorrência de um erro, que pode ter contribuído ou resultado na morte do doente.

### 1.2.1 Causas dos Erros de Medicação

O *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) identificou determinados parâmetros, que podem estar diretamente relacionados com as causas das falhas no sistema de utilização de medicamentos, estando estes parâmetros descritos na tabela 3 (Anacleto *et al.*, 2010).

**Tabela 3.** Causas dos Erros de Medicação (Retirado de Anacleto *et al.*, 2010).

<b>Informação sobre o doente:</b>	Os profissionais de saúde devem ter em consideração todas as informações fundamentais do doente, tais como: a idade, o peso, as alergias ou gravidez, bem como os dados de monitorização dos medicamentos e a progressão da doença, para que se possa definir uma terapêutica adequada para o doente.
<b>Informação sobre o medicamento:</b>	Os profissionais de saúde devem ter acesso rápido e atualizado acerca da informação relativa aos medicamentos em fontes de informação fidedignas, além de um registo da administração dos medicamentos e do perfil dos doentes e atividade clínica dos farmacêuticos.
<b>Comunicação entre profissionais relativamente aos medicamentos:</b>	A comunicação entre profissionais de saúde, é considerada uma das mais importantes causas de EM, sendo fundamental criar medidas para promover uma redução das barreiras existentes na comunicação entre estes profissionais.
<b>Rótulos, embalagens e nome dos medicamentos:</b>	Todos os intervenientes na produção do medicamento devem garantir que os rótulos sejam claros e os medicamentos semelhantes se distingam devidamente;
<b>Dispensa, armazenamento e padronização dos medicamentos:</b>	A facilidade no acesso a medicamentos potencialmente perigosos deve ser reduzida.  A padronização de algumas concentrações prontas para serem administradas, contribuiria, de igual forma, para a diminuição destes erros.
<b>Adquirição, utilização e monitorização de dispositivos de administração de medicamentos:</b>	O <i>design</i> de alguns dispositivos médicos, tais como, sondas utilizadas na nutrição parenteral, nem sempre de fácil compreensão podem levar a ocorrência de erros.
<b>Ambiente de trabalho desorganizado:</b>	Fatores como desorganização no local de trabalho, pouca luminosidade ou muito barulho podem levar ao aumento de erros.
<b>Educação e competência dos profissionais:</b>	Atividades educativas relacionadas com novos medicamentos ou com medicamentos potencialmente perigosos bem como, estratégias de prevenção, devem ser promovidas pelas instituições.
<b>Educação do doente:</b>	A comunicação entre profissional de saúde e o doente é fulcral, ou seja, se o doente for devidamente informado quanto à importância do cumprimento da terapêutica, esclarecido sobre os seus medicamentos (nome, dose, administração, motivo da sua utilização) e encorajado a questionar sempre que tiver alguma dúvida os profissionais de saúde a probabilidade de erro na medicação é menor.
<b>Gestão do risco e processo de qualidade:</b>	As instituições devem promover junto aos utentes e funcionários a identificação e a divulgação dos erros, estimulando discussões produtivas para identificar estratégias de resolução credíveis, de forma, a que seja possível detetar e intercalar erros, evitando possíveis lesões no doente.

## 2. Polimedicação no Idoso

Os progressos na área da saúde e da tecnologia contribuíram muito para a melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, para o aumento da esperança média de vida da população. No entanto, mesmo com estes progressos, tal não significa que o aumento da esperança média de vida seja diretamente proporcional à qualidade da mesma. Os idosos acabam por ser um grupo populacional muito vulnerável, pois, de uma forma geral, são pessoas com mais problemas de saúde crónicos, levando ao consumo de um maior número de medicamentos prescritos. Estes dois fatores, associados a alterações metabólicas, aumentam a predisposição destas pessoas para a ocorrência de problemas relacionados com os medicamentos e usualmente a terem mais admissões e altas hospitalares (Garcia-Caballos *et al.*, 2010; Soares *et al.*, 2011; Viktil *et al.*, 2007).

Dependendo dos autores, o conceito de polimedicação varia principalmente no número de medicamentos a contemplar, sendo que alguns autores definem a polimedicação como quatro ou mais medicamentos prescritos por doente (Patterson *et al.*, 2014). No entanto, a definição que considera cinco ou mais medicamentos prescritos por pessoa tem sido bastante mais consensual (Dovjak, 2012; Koper *et al.*, 2013; Santos *et al.*, 2015; Stewart *et al.*, 2017). Contudo, a polimedicação não consiste só na quantidade de medicamentos prescritos, mas também abrange conceitos como medicamentos a evitar em determinadas condições e populações, devido ao risco que trazem, medicação que seja excessiva ou omissa (Patterson *et al.*, 2014; Dovjak, 2012).

Vários fatores estão intimamente relacionados com a polimedicação, todavia, não podemos deixar de referir o acesso aos cuidados de saúde como um fator preponderante, devido aos doentes que recorrem a múltiplos profissionais de saúde para obter uma segunda opinião, maior segurança ou mesmo para tratar diferentes problemas de saúde em diferentes especialidades (Dovjak, 2012; Patterson *et al.*, 2014).

A polimedicação conduz a vários problemas, tais como o elevado potencial de efeitos adversos e interações, o uso inadequado da medicação, a taxa de não adesão que é bastante elevada, internamentos por PRM, que resulta num aumento do risco de morbilidade e mortalidade. Os impactos financeiros são também bastante reconhecidos,

não só para o doente, como também para o Estado, fazendo com que a sustentabilidade e viabilidade dos sistemas de saúde sejam diminuídas (Christensen e Lundh, 2016; Dovjak, 2012; Scott *et al.*, 2013).

Com o avançar da idade, a polimedicação pode tornar-se preocupante, pois ocorrem muitas alterações fisiológicas, tornando as pessoas mais frágeis e por consequência mais vulneráveis aos efeitos adversos e PRM (Christensen e Lundh, 2016). Por conseguinte, as alterações fisiológicas comprometem a farmacocinética e a farmacodinâmica dos fármacos, dado que modificam a resposta aos medicamentos e naturalmente a sua segurança e eficácia (Guaraldo *et al.*, 2011; Kaur *et al.*, 2012).

Em suma, a polimedicação nos idosos torna a prescrição de medicamentos num desafio. Na população idosa, o risco de RAM fica consideravelmente aumentado com o número de medicamentos prescritos, sendo que, quando são prescritos dois ou mais medicamentos, o risco de RAM é de 13%, que aumenta para 58% caso o doente já esteja a tomar cinco ou mais medicamentos (Patterson *et al.*, 2014).

Para além disto, estima-se que mais de 10% das admissões hospitalares nos idosos estejam relacionadas com problemas de medicação, das quais 30% a 55% poderiam ser prevenidas, caso todas as precauções necessárias fossem tomadas (Opondo *et al.*, 2012; Scott *et al.*, 2013).

### **3. Reconciliação Terapêutica**

A definição de reconciliação terapêutica varia dependendo do autor e do local onde está a ser implementada. No entanto, segundo a Organização Mundial de Saúde, a reconciliação terapêutica é o processo no qual os profissionais de saúde se associam aos doentes, com o objetivo de garantir que toda a informação transmitida sobre os medicamentos é realizada de forma completa e precisa, nos vários interfaces do medicamento (OMS, 2014).

A grande parte dos estudos demonstra a importância das intervenções em ambiente hospitalar e, inevitavelmente, do seguimento dos doentes. Dado o número considerável

de EM nesta área, e uma vez que a medicina se encontra em constante progresso, é necessário uma melhoria nos cuidados de saúde prestados. Foi nesta conjuntura que o IOM dos Estados Unidos da América (EUA) constatou a relevância do papel do farmacêutico em visitas hospitalares, bem como da vantagem da colaboração entre este, o médico e o doente (Kaboli *et al.*, 2006).

Uma revisão cuidada e uma análise correta à medicação do doente garantem que qualquer introdução, alteração ou até interrupção de um medicamento seja avaliado de forma eficaz, protegendo o doente de possíveis EAM. É desta forma que a reconciliação é vista como o meio mais importante de deteção e prevenção de EAM (Remtulla *et al.*, 2009).

Posto isto, a RT é definida como um procedimento de validação sistemática, que consiste na obtenção de uma lista atualizada, completa, precisa e clara dos medicamentos que o doente utiliza (nome, dosagem, via de administração e a sua frequência) para que, posteriormente, esta possa ser comparada com a lista de prescrição hospitalar durante a admissão, transferência e alta, com o intuito de fornecer a correta medicação ao doente em todas as fases de transição de cuidados (Herrero-Herrero e García-Aparício, 2011; Nicholls e Wilcock, 2010). Embora o objetivo seja simples, os procedimentos para o alcançar são notavelmente mais complexos (Endo e Jacobsen, 2006).

Uma lista de medicamentos precisa e completa é uma parte fulcral da avaliação do doente no momento da admissão hospitalar e no processo de RT. Para isto acontecer é, então, realizada uma lista a partir da *Best Possible Medication History* (BPMH), ou seja, a melhor história possível da medicação (Slain, Kincaid e Dunsworth, 2008).

### **3.1. *Best Possible Medication History* (BPMH)**

A criação da BPMH, quando é realizada no momento da admissão do doente numa instituição, permite assegurar a correta continuação dos cuidados de saúde durante a hospitalização do mesmo e, integrado na realização do diagnóstico, contribui para a diminuição de EM (Allenet *et al.*, 2010).

A BPMH consiste num conjunto de informações, obtida por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou farmacêutico), onde está incluída toda a informação relativamente ao doente, aos medicamentos que o doente tomava e toma atualmente (prescritos e não prescritos), usados de forma habitual pelo mesmo (Allenet *et al.*, 2010).

Esta história ou lista deve então incluir a dosagem, a frequência e a via de administração, alergias conhecidas e reações a medicamentos. Deve também ser examinada no contexto da história de saúde global do doente, isto é, para além da lista que contém os medicamentos, devemos incluir a forma como o doente toma a medicação, a hora, a data da última toma, o nome dos médicos prescritores e outros profissionais de saúde envolvidos nos cuidados de saúde do doente e a origem da medicação (por exemplo farmácias, estrangeiro...). As reações e alergias do doente aos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) também devem estar documentadas, pois podem interagir com os Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (Schwartzberg *et al.*, 2007).

A BPMH deve ser realizada recorrendo a várias fontes de informação, designadamente:

- I. Entrevista ao doente sobre a sua terapêutica;
- II. Entrevista a um familiar/prestador de cuidados;
- III. Registos da farmácia comunitária;
- IV. Registos do médico de família;
- V. Confirmação da informação através da visualização das embalagens de medicamentos e/ou análise da lista de medicamentos do doente (assegurando sempre que o doente transmite a informação correta acerca da toma destes medicamentos, pois é frequente os doentes tomarem os medicamentos de forma diferente do que lhes foi prescrito pelo seu médico, bem como a não atualização da lista pessoal do doente por vários motivos);
- VI. Registos anteriores existentes no processo médico (Schwartzberg *et al.*, 2007; OMS, 2014).

No entanto, podem ser encontradas algumas dificuldades na obtenção da BPMH, tais como:

- I. **Dificuldades inerentes ao doente:** a sua doença, os seus conhecimentos (Tam *et al.*, 2005), bem como a barreira de língua e cultura podem ser uma limitação na obtenção de informações; os doentes polimedicados podem não se recordar do nome dos medicamentos, das posologias e das dosagens utilizadas; medicamentos que sejam semelhantes no aspeto ou no nome podem criar confusões; e não considerar certas preparações como medicamentos (Gleason, *et al.*, 2009; Karapinar-Çarkit *et al.*, 2009).
- II. **Dificuldades inerentes à complexidade em encontrar informações:** o seguimento dos doentes por médicos de diferentes especialidades e a dispensa em diferentes farmácias comunitárias leva a registos incompletos (Gleason, *et al.*, 2009).

Foi realizado um estudo em pediatria num hospital nos Estados Unidos da América, onde foram comparadas várias fontes de informação possíveis para obter uma BPMH completa. As fontes escolhidas foram os doentes, a farmácia comunitária, o médico de família, os registos médicos da última admissão hospitalar e a BPMH obtida na admissão. Neste estudo foram incluídos 23 doentes com condições clinicamente complexas. A conclusão a que os autores chegaram foi que nenhuma fonte de informação é a ideal em termos de precisão e sensibilidade ou especificidade. O ideal será reunir, no mínimo, duas fontes de informação para se obter a BPMH (Stone *et al.*, 2010).

O profissional de saúde com o melhor conhecimento sobre os medicamentos é o farmacêutico, podendo auxiliar o médico e os enfermeiros nesta ação. Nester e Hale demonstraram que a BPMH composta por um farmacêutico clínico era, além de mais completo, mais preciso que a BPMH composta por um enfermeiro (Nester e Hale, 2002). Bond *et al.*, também evidenciaram que a realização da BPMH pelo farmacêutico na admissão do doente levou a uma deteção precoce dos EM, bem como a uma resolução mais rápida dos EM que encontraram, promovendo uma diminuição da mortalidade (Bond *et al.*, 2006; Bond *et al.*, 2007).

No momento da admissão do doente, a obtenção da BPMH deverá ser da responsabilidade do farmacêutico (Bond *et al.*, 2006).

### 3.1.1. Como obter a BPMH?

São necessárias algumas orientações para que seja possível obter a BPMH o mais eficiente possível, tais como:

- I. Ser pró-ativo, ou seja, reunir o máximo de informação possível antes da entrevista com o doente, pelos registos já existentes nas bases de dados;
- II. Fazer questões já idealizadas relativamente aos medicamentos que estão na categoria dos não prescritos, tais como, MNSRM, vitaminas, drogas recreacionais;
- III. Fazer questões já idealizadas relativamente aos medicamentos que as pessoas se podem esquecer, como as gotas oculares, os medicamentos transdérmicos, inaladores ou *sprays* nasais;
- IV. Não assumir que os doentes fazem a medicação como foi prescrita, perguntar se houve alterações recentes aconselhadas pelo médico ou por iniciativa própria;
- V. Utilizar questões abertas, fazendo com que os doentes falem mais, por exemplo: “Diga-me como fazia a toma deste medicamento?”;
- VI. Confirmar com o doente que todos os medicamentos que estão na lista que ele entrega são medicamentos habituais e que não está nenhum a “mais”;
- VII. Confirmar a veracidade da informação com pelo menos mais duas fontes de informação;
- VIII. Obter a informação sobre a farmácia comunitária onde é habitual ir (seja uma ou mais) e entrar em contacto com os farmacêuticos;
- IX. Fazer uma lista com todas as perguntas necessárias e utilizar em todas as entrevistas, uniformizando o processo (OMS, 2014).

Em 2005, a *The Joint Commission* (TJC) considerou a RT como um dos Objetivos Nacionais de Segurança do Doente, realçando que os pontos de transição na prestação de cuidados podem constituir uma fonte comum de EM (Meyer *et al.*, 2012). A aplicabilidade deste conceito implica considerar dois pontos-chave:

- I. Elaboração de um procedimento que permita comparar a medicação atual de um doente com a prescrita, durante os cuidados da instituição;
- II. Cedência de uma lista completa e clara dos medicamentos do doente ao próximo fornecedor de cuidados de saúde, dentro ou fora da instituição e no momento da sua alta (Greenwald *et al.*, 2010).

Todavia, devido à dificuldade de implementação deste processo, a TJC decretou que, a partir de janeiro de 2009, este objetivo não seria um fator para a decisão de acreditação de instituições e que deveria ser revisto e novamente publicado, (Greenwald *et al.*, 2010), tendo entrado em vigor no dia 1 de julho de 2011 (Gleason e Brake, 2012).

No entanto, os EM e EAM continuaram a ser a quinta causa mais comum de lesões evitáveis no doente, promovendo vários estudos na área e uma avaliação contínua, com o intuito de cumprir o objetivo anteriormente supracitado (Meyer *et al.*, 2012).

Os EM podem também verificar-se em outras situações e não só nas transições de cuidados, sendo, portanto, muito importante que a ação da farmácia comunitária se procedesse igualmente à reconciliação da medicação aquando da dispensa da medicação (Anacleto *et al.*, 2010).

Vários estudos têm demonstrado que a RT tem um impacto muito positivo na prevenção de EAM e naturalmente na redução de EM, ao evitar ou diminuir erros de transição, adição, omissão e interações medicamentosas (Anacleto *et al.*, 2010).

### **3.2. Princípios e Implementação da RT**

Um dos princípios fundamentais da RT é a segurança do doente (Greenwald *et al.*, 2010). Este processo está dependente do contexto dos cuidados e dos recursos dos sistemas, todavia deverá ser adaptada quer ao local quer a cada caso individual (Liang *et al.*, 2007).

A RT é um processo constante, ativo e imprescindível para a gestão segura e correta do medicamento, que se inicia com a prescrição do medicamento certo, para a indicação

correta, com uma revisão regular da medicação. Tal deve ser centralizado no doente, devendo existir respeito pelos valores deste, considerando as preferências e necessidades manifestadas por ele. A comunicação deve considerar a literacia, a compreensão e a educação do doente, pelo que os profissionais devem esforçar-se para criar uma relação de confiança para ser possível desenvolver ambientes onde a comunicação seja eficiente. Este envolvimento entre os profissionais de saúde e o doente leva, assim, a uma responsabilidade partilhada, garantindo uma melhor gestão dos medicamentos e da RT, pelo que cada doente deve ter em sua posse uma lista com a sua medicação precisa, revista e atualizada, sendo que esta lista deve conter tudo o que o doente toma, isto é, para além dos medicamentos prescritos, os MNSRM também devem constar nesta lista, produtos de saúde e suplementos alimentares, nas doses e frequências de administração. O processo da RT deve, portanto, ocorrer sempre que haja uma alteração na medicação, independentemente do local ou especialidade em que o doente se encontre e sempre que o doente tenha um encontro clínico e em cada transição de cuidados de saúde. Este processo deve ser interdisciplinar e interdependente, tendo em conta a abordagem da equipa, sendo da inteira responsabilidade do médico, quer a nível legal quer a nível ético. O doente deve ser informado de que a não inclusão de certos medicamentos, incluindo substâncias controladas, poderá conduzir a danos previsíveis e evitáveis (Liang *et al.*, 2007).

A implementação da RT, sendo um processo muito complexo, requer uma abordagem gradual que permita aos participantes adaptarem novos processos e procedimentos. Visto que é uma implementação necessária para a prestação de cuidados, uma abordagem faseada e que permita um início de processos mais lento, adaptado às estruturas organizacionais e fluxos de trabalho de cada instituição, não descurando as necessidades individuais e clínicas dos doentes, permite aumentar a probabilidade de este processo ser bem-sucedido (Greenwald *et al.*, 2010).

Após a escolha da estratégia a seguir para a implementação da RT, deve ser definido um esquema claro, prático e funcional, para que a desfecho deste processo seja eficaz e completo em todas as transições significativas de cuidados de saúde, para todos os doentes hospitalizados e envolvendo toda a sua medicação. Na implementação deste processo deve-se, ainda, ter em conta a necessidade de uma definição constante e

admissível que reconheça todos os processos que se encontram compreendidos pela RT, sendo isto crucial para garantir um impacto maior e a homogeneidade do processo. Devem também estar bem definidas todas as funções de todos os participantes multidisciplinares neste processo, bem como a função do doente e da sua família/cuidador (Greenwald *et al.*, 2010).

Se por ventura não for executável a implementação destes processos em todos os pontos críticos associados às transições de cuidados de saúde, é categórico que sejam instituídas prioridades. No que se refere aos Cuidados Hospitalares, o ponto crítico que deve ser considerado é a admissão que resulta em internamento. Ao nível de Cuidados de Saúde Primários, o ponto crítico a ser considerado é a consulta após a alta hospitalar com entrega da nota de alta e, por fim, se se tratar dos Cuidados Continuados Integrados, o primeiro ponto a considerar é o momento da admissão (Direção-Geral de Saúde, 2016).

Em 2016, foi publicada uma norma da Direção-Geral da Saúde, dirigida a todas as instituições que prestam cuidados de saúde no Sistema de Saúde português, ditando os princípios gerais de reconciliação terapêutica, para que todas as instituições estejam aptas a fazer RT na transição de cuidados (Norma nº 018/2016 de 30 de Dezembro de 2016) (Direção-Geral de Saúde, 2016).

### **3.2.1. Os Benefícios e as Barreiras na Implementação da RT**

A RT é um processo que visa melhorar a segurança no tratamento do doente nos diferentes cuidados de saúde (Climente-Martí *et al.*, 2010).

Como principais benefícios da RT podemos destacar:

- I. redução dos erros de medicação;
- II. redução do risco de eventos adversos e dos custos a eles associados;
- III. redução do número de medicamentos ocultados durante o internamento hospitalar;

- IV. aumento da qualidade da informação reunida sobre a medicação pré-hospitalar do doente e minimização do tempo para a reunião dessa informação, com o intuito de melhorar o tratamento do doente, bem como os resultados terapêuticos;
- V. aumento da participação do doente no seu tratamento, que poderá trazer benefícios na adesão ao tratamento deste (Boletim do CIM, 2013).

Whittington e Cohen demonstraram, num estudo que realizaram, que os EAM são reduzidos drasticamente sempre que um processo de reconciliação é implementado, tendo um maior impacto quando este processo é realizado na fase de admissão hospitalar (Vira, Colquhoun e Etchells, 2006).

Como principais barreiras e/ou dificuldades na implementação da RT temos:

- I. pouca disponibilidade da equipa multidisciplinar envolvida neste processo, não podendo dedicar-se a tempo inteiro;
- II. falta de um sistema informático que seja eficiente e permita um correto registo da informação;
- III. pouca articulação entre as diferentes fases de transição de cuidados do doente;
- IV. pouca partilha de dados entre a Farmácia Hospitalar e a Farmácia Comunitária;
- V. pouco acesso a informação entre os Hospitais e os Centros de Saúde (Boletim CIM, 2013).

### **3.3. Procedimento da RT**

A reconciliação terapêutica pode ser realizada de várias formas, mas todas as versões incluem a BPMH, podendo ser realizada em um ou vários momentos do processo (Shekelle *et al.*, 2013).

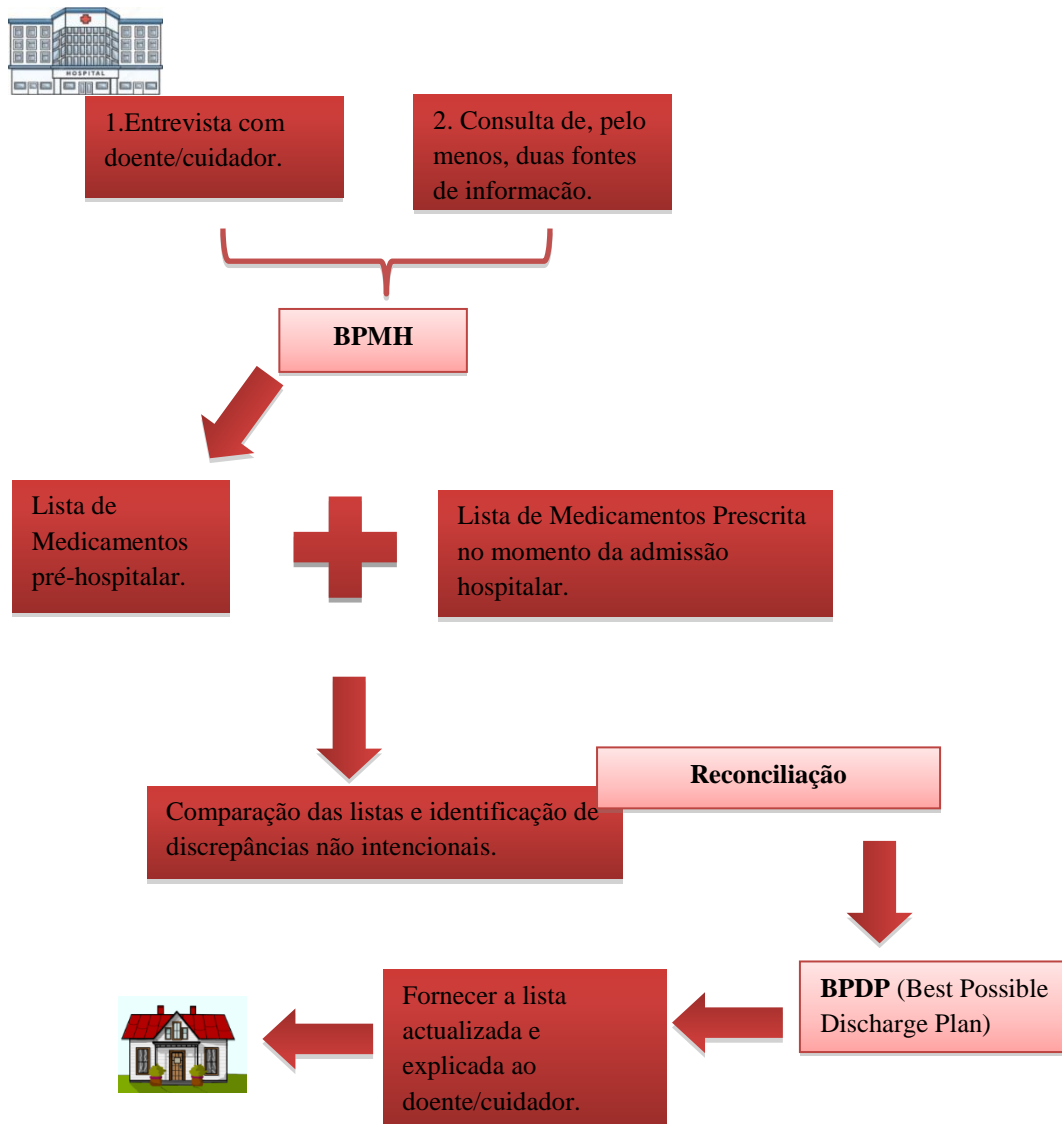
Este processo deve ocorrer durante as transições de cuidados (admissão, transferência interna, alta) e durante as transições entre instalações, como hospitais, centros de saúde, ou unidades cuidados continuados, que acaba por ser a altura em que o doente está mais sujeito a que ocorram discrepâncias de medicação. Estes intervalos entre transições são

chamados de pontos vulneráveis (OMS, 2014). É, frequentemente, durante estas transições, que surgem confusões e equívocos relacionados com a terapêutica do doente, provocados por múltiplas alterações do esquema terapêutico, pela descontinuidade de cuidados, períodos de hospitalização mais curtos e educação inadequada do doente (Poon *et al.*, 2016), sendo esta educação uma questão prioritária no processo de RT, segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS) (Direção-Geral de Saúde, 2016).

Segundo Mazer *et al.*, a RT pode ser dividida em 5 passos:

- I. Desenvolvimento de uma lista completa e atualizada da medicação que o doente faz em fase pré-hospitalar;
- II. Desenvolvimento de uma lista de medicamentos a ser prescritos;
- III. Comparar as listas e reconhecer as discrepâncias que possam existir entre elas;
- IV. Análise e correção dos erros de medicação, pelo médico responsável, que possam ter sido detetados no passo anterior;
- V. Comunicação da nova lista ao próximo prestador de cuidados e ao doente (Mazer *et al.*, 2011).

Durante este processo, a primeira etapa deve ser realizada por fontes de informação fidedignas, que reúnam uma lista de medicamentos precisa (Dolin *et al.*, 2007). No segundo passo, num hospital, a informação para a lista pode ser recolhida por enfermeiros ou farmacêuticos. Nos passos três e quatro, são os farmacêuticos, os enfermeiros e os médicos que trabalham em conjunto para identificar erros, sempre que o doente é internado, transferido entre unidades ou tem alta (Endo e Jacobsen, 2006) e onde o médico prescritor, auxiliado pela experiência de enfermeiros e farmacêuticos, faz as alterações necessárias (Coffey *et al.*, 2009). É precisamente neste passo que se recorre à RT propriamente dita. O quinto passo consiste na partilha da lista completa, com todas as alterações realizadas até ao momento, com o próximo profissional de saúde e com o doente (*Best Possible Discharge Plan* – BPDP). Consegue-se, assim, uma coordenação detalhada com informações explícitas, tal como representado na figura 1, sendo particularmente importante nos processos de transferência ou na alta (Endo e Jacobsen, 2006).



**Figura 1.** Mapa da Reconciliação Terapêutica (Adaptado de Mazer *et al.*, 2011).

Neste processo, é ainda considerado importante a referência a alergias ou a reações alérgicas aos medicamentos já conhecidas, garantindo assim uma coordenação e informação precisas (Mazer *et al.*, 2011).

A Organização Mundial de Saúde iniciou, em 2006, o projeto “*Action on Patient Safety: High 5s*” com o objetivo de auxiliar os profissionais de saúde na implementação do processo da reconciliação terapêutica, que envolve quatro passos:

**Passo 1:** Obter a BPMH – Consiste na recolha de uma lista com toda a medicação que o doente está a tomar naquele momento, conversando com o doente, os seus cuidadores e procurando em outras fontes de informação;

**Passo 2:** Confirmar a veracidade da BPMH – Confirmar a história na farmácia comunitária ou no médico de família;

**Passo 3:** Reconciliar a lista da medicação obtida com a lista da medicação prescrita pelo médico – Comparar as duas listas, verificar se existem discrepâncias medicamentosas e corrigir caso seja necessário. Documentar todas as alterações;

**Passo 4:** Fornecer a lista atualizada no momento da alta – Explicar ao doente a nova lista, explicar as alterações efetuadas e o porquê de terem sido realizadas (OMS, 2014).

Todo o processo pode variar consoante o local e a disponibilidade de registos médicos. De qualquer forma, os passos mais importantes permanecem os mesmos, tal como a importância e a necessidade de fazer a reconciliação terapêutica cada vez que os doentes são deslocados para níveis de cuidados diferentes (Greenwald, *et al.*, 2010). Durante este processo, o uso de símbolos e abreviaturas deve ser evitado (Direção-Geral de Saúde, 2016).

Pode ainda ser benéfico que as instituições de saúde sejam capazes de padronizar os seus métodos de recolha de informação, bem como de desenvolver procedimentos claros para cada passo do processo de RT (Mazer *et al.*, 2011).

### **3.3.1. Intervenientes no processo da RT**

No processo de RT a responsabilidade da implementação da mesma é partilhada pelos diversos profissionais de saúde: farmacêuticos hospitalares ou comunitários, médicos e enfermeiros, em colaboração com os pacientes e familiares. Através desta intervenção é assegurada a continuidade transversal da prestação de cuidados farmacêuticos entre as diferentes unidades prestadoras de cuidados de saúde (Brito *et al.*, 2017).

A liderança da equipa multidisciplinar deve ser reconhecida, aceite e efetiva por cada um dos intervenientes e cada um deve saber e cumprir exatamente o seu papel no processo. Em alguns países esta liderança foi assumida pelos farmacêuticos devido à sua especialização técnica no medicamento e também pela sua transversalidade no que respeita à gestão do circuito do medicamento. É também necessário que os recursos permitam a realização das várias fases do processo, bem como consigam que a RT se faça de forma contínua e sistemática (Afonso, 2015).

Para o sucesso desta intervenção é importante uma formação interprofissional que permita a todos os profissionais de saúde conhecerem o processo como um todo e interiorizarem a mais-valia de cada um para o resultado final. As responsabilidades de cada um dos elementos da equipa são atribuídas segundo a formação específica e competências profissionais de cada um e podem ser sumarizadas na tabela 4 (Afonso, 2015).

Em Portugal existem hospitais com a metodologia de RT implementada e alguns ainda em estudos piloto, contudo todos se confrontam com diversas dificuldades. A nível interno, verifica-se a falta de disponibilidade da equipa multidisciplinar, bem como a falta de um sistema informático que permita o registo de todas as intervenções e as integre de forma eficiente, dado que o Processo Clínico Eletrónico ainda não permite esta vertente. Relativamente à articulação entre as várias fases de transição assistencial do doente, esta é muito deficiente, sendo ainda necessário uma articulação efetiva entre o hospital e os centros de Saúde, bem como entre a farmácia hospitalar e a farmácia comunitária. Também é necessário aumentar a literacia em saúde dos doentes e dos cuidadores, e aqui devem ser então incluídos os lares e outros locais que recebem os doentes na alta, uma vez que os doentes são o centro da intervenção e o objetivo é potenciar a sua adesão à terapêutica com ganhos em segurança e eficácia (Afonso, 2015).

**Tabela 4.** Sumário das competências dos intervenientes no processo de RT (Afonso, 2015).

<p><b>Farmacêutico</b></p>	<p>É o profissional responsável pela coordenação de todo o processo de RT. Ou seja, o farmacêutico deve garantir uma correta partilha de informação, relativamente à medicação do doente, entre os diferentes profissionais de saúde, bem como, juntamente com o enfermeiro, ser responsável pela primeira entrevista ao doente. É também da responsabilidade do farmacêutico, fazer as comparações necessárias entre a lista da medicação obtida na entrevista ao doente da medicação pré-hospitalar e a lista da medicação prescrita no ambiente hospitalar com o objetivo de detetar discrepâncias (não intencionais) que possam ocorrer. Caso encontre estas discrepâncias, o farmacêutico deve transmitir ao médico responsável, e em conjunto corrigi-las.</p>
<p><b>Médico</b></p>	<p>O médico é o responsável por garantir que a medicação prescrita é a certa, ao doente certo, na dose, via de administração e hora adequadas à situação clínica do doente. É também da responsabilidade do médico corrigir as discrepâncias não intencionais encontradas pelo farmacêutico.</p>
<p><b>Enfermeiro</b></p>	<p>O papel do enfermeiro é essencial no processo da RT, pois é o profissional que está mais perto do doente e com o qual estabelece uma relação de confiança. Sendo um dos responsáveis pela recolha de informação da terapêutica do doente, é ele que garante, junto dos cuidadores do mesmo que as embalagens da terapêutica pré-hospitalar chegam ao hospital nas 24h-72h subsequentes ao internamento. É também da responsabilidade deste profissional de saúde fazer a transmissão da lista atualizada da terapêutica ao doente, na altura da alta.</p>
<p><b>Doente/Cuidador</b></p>	<p>Os doentes e os seus cuidadores são o recurso mais importante para se obter a informação sobre a terapêutica do doente. São os doentes que fornecem as listas com os medicamentos que fazem (bem como as doses e os horários de administração) aos enfermeiros e/ou farmacêuticos.</p>

### 3.4. O Papel do Farmacêutico

Os farmacêuticos são considerados os profissionais de saúde responsáveis pelo medicamento, pelo que devem se certificar que estes são seguros, efetivos e utilizados de forma racional. São também os farmacêuticos os cuidadores de saúde, responsáveis pela prevenção, deteção e comunicação dos erros de medicamentos, colaborando para a diminuição de PRM e das RAM (Christensen e Lundh, 2016; Kaur *et al.*, 2012).

Complementarmente, através da informação da população sobre o medicamento e a sua gestão, bem como os cuidados a ter e a educação para a promoção de estilos de vida saudáveis, os farmacêuticos desempenham um papel fundamental para a sociedade (Thomas *et al.*, 2014).

O conceito de RT está intimamente ligado ao farmacêutico, visto que o seu crescimento e evolução só se torna viável pela inclusão deste profissional de saúde no processo. Desta forma, é crucial que o farmacêutico tenha as suas responsabilidades neste processo bem definidas e que seja uma parte interveniente em todas as etapas do internamento do doente (Delgado Sánchez *et al.*, 2008).

Pela natureza da formação especializada destes profissionais relativamente aos medicamentos, os farmacêuticos podem personalizar os mais credíveis esquemas terapêuticos, com base em cada caso individual de cada doente, com o objetivo de diminuir os PRM intrínsecos às transições de cuidados de saúde, particularmente na alta hospitalar, estando reconhecidos como distintamente aptos à realização da reconciliação terapêutica (Peyton *et al.*, 2010; Bayley *et al.*, 2007).

Deste modo, podemos considerar que uma estratégia da RT na admissão hospitalar é ter um farmacêutico clínico a obter a BPMH de cada doente internado. Todavia, os recursos humanos são poucos para esta prática, levando a que esta avaliação por parte dos farmacêuticos clínicos possa apenas ser justificada quando as discrepâncias não intencionais clinicamente significativas são elevadas (Coffey *et al.*, 2009). Porém, tem sido documentado por diversos autores que a revisão da medicação pelo farmacêutico tem levado a uma redução de efeitos adversos dos fármacos e a uma melhoria na adesão

à terapêutica e qualidade de vida dos doentes. A participação dos farmacêuticos foi avaliada num ambiente controlado e randomizado, onde foi demonstrado que o número de discrepâncias entre a medicação após a admissão hospitalar e o tratamento anterior foi reduzido, com a participação do farmacêutico, de 44% para 19%. (Excellence NIfHaC, 2007).

Tem sido demonstrado também noutros estudos que as listas de medicação realizadas pelos farmacêuticos são mais completas e precisas do que as listas realizadas por outros profissionais, como os enfermeiros. Para além disso, tem sido demonstrado que os farmacêuticos que participam nas reuniões com os médicos levam à redução de erros de medicação na fase de prescrição, bem como os custos associados, e que na altura da alta hospitalar permitem uma educação para a saúde efetiva, diminuindo readmissões hospitalares (Bruce *et al.*, 2007).

Encontra-se bem estabelecida a alta responsabilidade que se atribui ao farmacêutico no processo da RT. O *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) estabelece que um farmacêutico deve realizar a RT o mais rápido possível após a admissão hospitalar do doente. No entanto, nos EUA, existe uma grande divergência relativamente ao papel do farmacêutico, uma vez que alguns autores discordam que o farmacêutico seja o profissional mais capacitado para este processo, defendendo e limitando o seu papel apenas a determinadas situações, como no caso de doentes que tomam medicação de alto risco ou nos casos em que o número de medicamentos para o tratamento de situações crónicas é superior a dez (Delgado Sánchez *et al.*, 2008).

Concluindo, o farmacêutico hospitalar deve, de forma prioritária, executar no seu quotidiano a RT em todas as suas atividades. No entanto, para além da atitude enquanto profissional individual, a farmácia hospitalar deve assumir a responsabilidade para diminuir os EM através de ações de sensibilização e formação sobre esta questão, assim como no desenvolvimento de soluções possíveis de integração (Delgado Sánchez *et al.*, 2008).

#### **4. RT e as Readmissões Hospitalares**

O momento da alta hospitalar, quer para os profissionais de saúde quer para o doente, pode ser difícil, visto que se estima que 49% dos doentes hospitalizados experimentam, pelo menos, um erro médico após a alta, envolvendo o uso de medicamentos (Kripalani *et al.*, 2007). Cerca de 19% a 23% dos doentes sofrem um evento adverso após a alta, dos quais, grande parte destes eventos poderia ser evitada, através de uma melhoria da comunicação (Cua e Kripalani, 2008).

É comum as readmissões hospitalares nomeadamente em idosos, verificando-se que um em cada quatro pacientes internados por insuficiência cardíaca é readmitido num período de 30 dias. Acrescido a este facto, as admissões acarretam custos elevados ao sistema de saúde (Dharmarajan, 2016).

Existem várias condicionantes que põem em causa o sucesso da RT nesta altura, sendo elas os termos de difícil compreensão para o doente, a falta de recursos educacionais e administrativos, as restrições de tempo e iliteracia em saúde, que contribuem para uma comunicação ineficaz entre o profissional de saúde e o doente. É então crucial que a informação transmitida seja através de vocabulário acessível e de fácil compreensão, destacando as informações mais importantes, assegurando a compreensão da informação transmitida, pois é fulcral que após o processo da alta, haja uma correta utilização do medicamento para uma maior segurança do doente (Cua e Kripalani, 2008).

Os estudos clínicos randomizados e controlados sugerem que as readmissões podem ser evitadas através de estratégias que podem ser adaptadas e aconselhadas a qualquer doente, independentemente da patologia, tais como: ensino da terapêutica aos doentes e aos respetivos prestadores de cuidados de saúde, instruções bem organizadas na altura da alta do doente, telefonemas de acompanhamento, visitas domiciliárias e uma maior coordenação com os prestadores de cuidados externos (Bradley *et al.*, 2012; Dharmarajan e Krumholz, 2014).

Apesar destas estratégias, são necessárias intervenções sinérgicas entre os diferentes hospitais, as equipas multidisciplinares, os cuidados de saúde direcionados para cada tipo de doença que acompanhem as transições de cuidados e o ambulatório (Dharmarajan, 2016).

Todavia, ainda não existem dados suficientes para se definir quais as melhores estratégias a adotar, uma vez que todos os estudos acerca desta temática envolveram um número reduzido de participantes (Dharmarajan e Krumholz, 2014). São muitos os estudos que tentam compreender quais as medidas e o respetivo impacto do farmacêutico para reduzir as readmissões hospitalares, através da RT. Segundo Sebaaly *et al.* (2015) a RT é um processo desafiante e essencial, no meio hospitalar, no qual os farmacêuticos têm uma função preponderante. Num estudo cujo principal objetivo foi a avaliação do impacto destes profissionais de saúde na resolução de EM, na redução das taxas de readmissão hospitalar e de todos os custos associados, durante a RT no momento da alta hospitalar por um período de 7 semanas, os farmacêuticos executaram 67 RT na alta, onde conseguiram identificar 84 EM, sendo 6% considerados erros graves. Obtiveram uma taxa de readmissão, num período de 30 dias após a alta hospitalar, de 18%, comparativamente aos 20% do grupo controlo. Concluíram, desta forma, que a identificação e resolução dos EM durante as RT, pelos farmacêuticos, resultou num benefício clínico para o paciente, mas também financeiro para a instituição (Sebaaly *et al.*, 2015).

Apesar de limitada, a informação na literatura disponível no que diz respeito à implementação de estratégias de RT nas transições de cuidados de saúde, bem como a informação sobre o papel do farmacêutico hospitalar permanece ainda desconhecido, apesar de se saber que há um impacto nos resultados clínicos e que estes são satisfatórios (Rafferty *et al.*, 2016).

Um estudo realizado nos EUA acerca da influência do farmacêutico nos doentes readmitidos, no qual foram analisados um total de 904 intervenções em 384 doentes, e cuja intervenção do farmacêutico passou pela análise da história da medicação e reconciliação na admissão, pela entrevista com o doente ou com o seu prestador de cuidados de saúde, pela revisão da prescrição da medicação da alta, bem como o

esclarecimento de toda a terapêutica ao doente e comunicação com o nível de cuidados seguinte, demonstrou que a intervenção do farmacêutico resultou numa diminuição significativa nas readmissões hospitalares, num período de 30 dias, de 50,2% para 11%. Concluiu-se, então, que uma das estratégias para a diminuição das readmissões hospitalares passa pela integração de um farmacêutico numa equipa multidisciplinar, nas transições de cuidados de saúde (Rafferty *et al.*, 2016).

Outros autores referem que a educação em saúde é a estratégia mais importante na diminuição das readmissões hospitalares (Bell *et al.*, 2016). Nos EUA, as taxas de readmissão hospitalar, por um período de 30 dias após a alta hospitalar, em doentes com Doença Arterial Coronária (DAC) e Insuficiência Cardíaca Aguda (ICA) permaneceram elevadas nos últimos 10 anos. Este facto prende-se com a necessidade de os doentes que têm alta hospitalar após um evento cardiovascular agudo terem um novo e complexo esquema de medicação, que pode ser visto como um problema de adesão à terapêutica ou a causa de EM, com especial risco para os doentes com baixa alfabetização em saúde, ou seja, indivíduos com baixa capacidade de obter, processar e entender informações básicas de saúde (Bell *et al.*, 2016).

Foi, ainda, realizado um estudo em dois centros médicos americanos de cuidados terciários com doentes diagnosticados com DAC e ICA, com o objetivo de avaliar o efeito de uma intervenção educativa na saúde. Neste sentido, um farmacêutico realizou uma RT dando relevância e prioridade ao esclarecimento e ao aconselhamento em doentes internados e acompanhamento telefónico após a alta hospitalar, verificando-se uma diminuição das taxas de readmissão e de visitas aos serviços de urgência, especialmente nos doentes iletrados, o que levou a que os autores do estudo concluíssem que a educação para a saúde pode ser uma das estratégias a considerar para a diminuição da taxa de readmissão hospitalar (Bell *et al.*, 2016).

De forma a melhorar os *outcomes* da alta hospitalar em visitas domiciliárias, os farmacêuticos do *Singapore General Hospital*, realizaram um estudo, no âmbito de um programa nacional iniciado pelo governo, entre os anos de 2011 e 2015, designado por *Aged Care Transition (ACTION)*. Este estudo incluía pacientes com idade superior a 60 anos, polimedicados com mais de 5 medicamentos e que tivessem sofrido duas

readmissões hospitalares num período de três meses, anteriores à primeira visita domiciliária, e demonstrou que com esta intervenção (visitas domiciliares do farmacêutico) verificou-se uma redução de 26% de readmissões e das 464 discrepâncias identificadas, 169 foram resolvidas no mês seguinte à visita. Os autores concluíram que esta é uma estratégia que se demonstrou eficaz, contudo, são necessários mais estudos na população asiática para determinar os seus benefícios a longo prazo e aceitabilidade do doente (Cheen *et al.*, 2017).

A alta hospitalar é um momento muito aguardado pelos doentes e pelos seus familiares. No entanto, é um momento com sentimentos ambíguos pois o doente sente-se feliz por ir embora, mas ao mesmo tempo com medo por não ter o suporte dos profissionais de saúde na continuação do tratamento e do processo de recuperação (Marra *et al.*, 1989).

As orientações a ter em conta pelo doente após a alta hospitalar devem ser abordadas antes do dia da alta propriamente dita, devendo ser destacadas informações como alterações do seu esquema terapêutico, que resultaram do processo de reconciliação, inclusões e exclusões de medicamentos e alterações de doses e de horários da toma da medicação (Cua e Kripalani, 2008). Independentemente da explicação verbal, deve ser sempre entregue ao doente uma lista atualizada com toda a informação necessária (Spinewine *et al.*, 2006).

O governo do Reino Unido recomenda que todos os doentes sejam sujeitos ao processo de RT, realizado por um farmacêutico, nas 24 horas após a admissão e alta hospitalar. Esta estratégia foi acompanhada de um estudo onde foram recrutados pacientes por um período de 7 dias, de 5 enfermarias do *Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust*, durante 9 meses, para que se pudesse proceder à comparação entre uma intervenção baseada na RT após as 24 horas da admissão, ou alta hospitalar, e os cuidados de saúde habituais (grupo controlo). Esta estratégia permitiu resolver 250 das 255 discrepâncias identificadas na admissão. De salientar que apenas 2 discrepâncias foram identificadas no momento da alta hospitalar, contrariamente ao grupo controlo que obteve 268 discrepâncias. Foi ainda averiguada uma taxa de readmissão no primeiro grupo de 17,9%, enquanto o grupo controlo obteve 26,7%. Este estudo demonstrou que

esta estratégia pode ser fundamental para os doentes, no sentido de minimizar eficazmente as readmissões hospitalares (Cadman *et al.*, 2017).

Nesta fase, a responsabilidade do doente e/ou dos seus cuidadores aumenta, apresentando novos desafios. Caso não haja uma boa coordenação, cuidados ineficazes podem prejudicar todo o processo de RT, facilitando eventos adversos e o aumento de readmissões hospitalares (Kripalani *et al.*, 2007).

## **Conclusão**

A reconciliação terapêutica é um processo destinado a evitar os erros de medicação em todas as interfaces de cuidados de saúde, incorporando, para além do processo de identificação e resolução de discrepâncias, a avaliação da capacidade do doente em aderir à terapêutica. Neste processo o doente é o centro da intervenção, sendo o seu envolvimento fundamental para o sucesso da reconciliação da medicação. A reconciliação terapêutica é uma ferramenta que visa melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e consequentemente assegurar as melhores condições para que o doente possa realizar a sua terapêutica e melhorar a sua qualidade de vida.

A reconciliação terapêutica também é um instrumento fundamental para garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde uma vez que diminui os custos associados aos erros de medicação.

A presença do farmacêutico na equipa multiprofissional é essencial, este profissional realiza um rigoroso histórico medicamentoso do paciente, detetando os erros de medicação, e possibilita através da sua intervenção prevenir potenciais efeitos adversos, aumentando a segurança do paciente e reduzindo os custos para as instituições.

Para além disto, o farmacêutico está habilitado para colocar em prática algumas estratégias, tais como, a educação para o utente relativamente à sua medicação, o seguimento após a alta hospitalar, promovendo assim a adesão à terapêutica e a diminuição de readmissões hospitalares.

Atualmente ainda não existe uma verdadeira consciencialização das vantagens deste processo a nível das populações, devendo-se reunir esforços para implementar o sistema de reconciliação terapêutica ao nível da organização do Serviço Nacional de Saúde para que o processo de consciencialização seja uma realidade.

## **Bibliografia**

Afonso, R. (2015). Reconciliação de Terapêutica. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca*, 3(1), pp. 35-36.

Allenet, B., *et al.* (2010). From medication history to pharmaceutical anamnesis: a standardised patient interview by clinical pharmacists in hospital. *J Pharm Belg.*, 2, pp. 39-46.

Bates, D. W. *et al.* (1993). The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 277(4), pp. 307-311.

Bayley, K. B. *et al.* (2007). Evaluation of Patient Care Interventions and Recommendations by a Transitional Care Pharmacist. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 3 (4), pp. 695-703.

Bell, S. P. *et al.* (2016). Effect of Pharmacist Counseling Intervention on Health Care Utilization Following Hospital Discharge: A Randomized Control Trial. *Journal of General Internal Medicine*, 31(5), pp. 470-477.

Bond, C. e Raehl, C. (2006). Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and adverse drug reactions in United States hospitals. *Pharmacotherapy*, 26(6), pp. 735-747.

Bond, C. e Raehl, C. (2007). Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy*, 27(4), pp. 481-493.

Bond, C. *et al.* (1999). Clinical pharmacy services and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy*, 19(5), pp. 556-564.

Bradley, E. H. *et al.* (2012). Contemporary Evidence about Hospital Strategies for Reducing 30-Day Readmissions: A National Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 60(7), pp. 607-614.

Brito, A. M. *et al.* (2017). Optimising patient safety using pharmaceutical intervention in domiciliary hospitalization. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 39(5), pp. 980-984.

Bruce, B. K. *et al.* (2007). Evaluation of patient care interventions and recommendations by a transitional care pharmacist. *Ther Clin Risk Manag.*, 3(4), pp. 695-703.

Cadman, B. *et al.* (2017). Pharmacist Provided Medicines Reconciliation Within 24 hours of Admission and on Discharge: A Randomised Controlled Pilot-Study. *BJM*, 7, pp. 1-9.

Campos, L.; Saturno, P. de Vaz Carneiro, A. (2010). A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços, A Qualidade no PNS 2011-2016. Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

Cheen, M. H. H. *et al.* (2017). Evaluation of a Care Transition Program with Pharmacist- Provided Home-Based Medication Review for Elderly Singaporeans at High Risk of Readmissions. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(2), pp. 200-205

Christensen, M. E Lundh, A. (2013). Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). [Em linha]. Disponível em: < <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008986.pub3>>. [Consultado em 12 de julho de 2018].

Climente-Martí, M. *et al.* (2010). Potential risk of medication discrepancies and reconciliation errors at admission and discharge from an inpatient medical service. *The Annals of pharmacotherapy*. 44(11), pp. 1747-1754.

Coffey, M, *et al.* (2009). Implementation of Admission Medication Reconciliation at Two Academic Health Sciences Centres: Challenges and Success Factors. *Healthcare Quarterly*, 12, pp. 102-109.

Coffey, M. (2009). Medication reconciliation: Coming to a hospital near you. *Paediatr Child Health*, 14(2), pp. 76-77.

Correr, C. J. *et al.* (2007). Riscos de Problemas Relacionados com Medicamentos em Pacientes de uma Instituição Geriátrica. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 43 (1), pp. 55-62.

Cua, Y. M., e Kripalani, S. (2008). Medication Use in the Transition From Hospital to Home. *ANNALS of the Academy of Medicine Singapore*, 37 (2), pp. 1-10.

Delgado Sánchez, O. *et al.* (2008). Conciliación de la Medicación: Asumamos la Responsabilidad Compartida. *Farmacia Hospitalaria*, 32 (2), pp. 63-64.

Dharmarajan, K. (2016). Comprehensive Strategies to Reduce Readmissions in Older Patients With Cardiovascular Disease. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(11), pp. 1306-1314.

Dharmarajan, K. e Krumholz, H. M. (2014). Strategies to Reduce 30-Day Readmissions in Older Patients Hospitalized with Heart Failure and Acute Myocardial Infarction. *Current Geriatrics Reports*, 3 (4), pp. 306-315.

Dhawan, I. *et al.* (2017). Erros de medicação em anestesia: inaceitável ou inevitável?. *Rev Bras Anesthesiol.*, 67(2), pp. 184-192.

Direção-Geral de Saúde. (2016). Reconciliação da Medicação - Norma no18/2016, 30/12/2016. Normas DGS.

Dolin, R. H.; Giannone, G. e Schadow, G. (2007). Enabling joint commission medication reconciliation objectives with the HL7 / ASTM Continuity of Care Document standard. *AMIA Annu Symp Proc.*, 11, pp. 186-190.

Domingo, S. e Santos, A. (2013). Reconciliação da Medicação: Um Conceito Aplicado ao Hospital, *Boletim do CIM*, 106, pp. 1-2.

Dovjak, P. (2012). Tools in polypharmacy. Current evidence from observational and controlled studies. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 45(6), pp. 468-472.

Endo, J. e Jacobsen, K. (2006). Medication Reconciliation in Wisconsin: Insights from a Local Initiative. *Wisconsin Medical Journal*, 105 (8), pp. 42-44.

Excellence NifHaC. (2007). *Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital*. National Patient Safety Agency. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

Ferrah, N., Lovell, J. J. e Ibrahim, J. E. (2017). Systematic Review of the Prevalence of Medication Errors Resulting in Hospitalization and Death of Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(2), pp. 433-442.

Franco-Donat, M. *et al.* (2010). Medication reconciliation at hospital admission and discharge in an orthopedic surgery and traumatology department. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 54(3), pp. 149-155.

Garcia-Caballos, M. *et al.* (2010). A. Drug-related Problems in Older People after Hospital Discharge and Interventions to Reduce them. *Age and Ageing*, 39(4), pp. 430-438.

Gleason, K., e Brake, H. (2012). Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Toolkit for Medication Reconciliation. *Agency for Healthcare Research and Quality*

Gleason, K., *et al.* (2010). Results of the Medications At Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. *J Gen Intern Med*, 25(5), pp. 441-447.

Greenwald, J. L. *et al.* (2010). Making Inpatient Medication Reconciliation Patient Centered, Clinically Relevant, and Implementable: A Consensus Statement on Key Principles and Necessary First Steps. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36 (11), pp. 504-513

Greenwald, J. L. *et al.* (2010). Making Inpatient Medication Reconciliation Patient Centered, Clinically Relevant and Implementable: A Consensus Statement on Key Principles and Necessary First Steps. *Journal of Hospital Medicine*, 5(8), pp. 477-485.

Guaraldo, L. *et al.* (2011). Inappropriate medication use among the elderly: a systematic review of administrative databases. *BMC Geriatrics*, 11, pp. 79-89.

Herrero-Herrero J. I. e García-Aparicio, J. (2010). Medication discrepancies at discharge from an internal medicine service. *European Journal of Internal Medicine*, 22(1), pp. 43-48.

Interchange, I. (2011). Customizing Clinical Decision Support to Prevent Excessive Drug-Drug Interaction Alerts. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 68, pp. 662-664.

Kaboli, P. J. *et al.* (2006). *Clinical Pharmacists and Inpatient Medical Care. Archives of Internal Medicine*, 166, pp. 955-964.

Karapinar-Çarkit, F. *et al.* (2009). Effect of Medication Reconciliation With and Without Patient Counseling on the Number of Pharmaceutical Interventions Among Patients Discharged From the Hospital. *The Annals of Pharmacotherapy*, 43, pp. 1001-1010.

Kaur, S., Roberts, J. A. e Roberts, M. S. (2012). Evaluation of medication-related problems in medication reviews: a comparative perspective. *The Annals of Pharmacotherapy*, 46(7-8), pp. 972-982.

Knez, L. *et al.* (2011). *The Need for Medication Reconciliation: A Cross-Sectional Observational Study in Adult Patients. Respiratory Medicine*, 105, pp. S60-S66.

Koper, D. *et al.* (2013). Frequency of medication errors in primary care patients with polypharmacy. *Family Practice*, 30(3), pp. 313-319.

Kripalani, S. *et al.* (2007). Promoting Effective Transitions of Care at Hospital Discharge: A Review of Key Issues for Hospitalists. *Journal of Hospital Medicine*, 2, pp. 314-323.

Liang, B. A. *et al.* (2007). *The Physician's Role Issues, Strategies and Safety Principles*. American Medical Association. 11(12)-0059. **[Em linha]. Disponível em:** < <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/match.pdf> >. **[Consultado em 10 de julho de 2018].**

Marra, C. C. *et al.* (1989). Orientação planejada de enfermagem na alta hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2(4), pp. 123-127.

Mayhew, M. S. (2010). Medication Reconciliation and Discontinuity of Care. *The Journal for Nurse Practitioners*, 6(1), pp. 61-62.

Mazer, M. *et al.* (2011). Medication History Taking in Emergency Department Triage Is Inaccurate and Incomplete. *Academic Emergency Medicine*. 18, pp. 102-104.

Meyer, C. *et al.* (2012). How Reliable are Patient-Completed Medication Reconciliation Forms Compared with Pharmacy Lists?. *American Journal of Emergency Medicine*, 30, pp. 1048-1054.

Meyer-Masseti, C. *et al.* (2011). Systematic Review of Medication Safety Assessment Methods. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 68, pp. 227-240.

Ministério da Saúde. (2013). Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de Fevereiro. Diário Da Republica, 35-G1.

Moeller, J. (2001). The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care:International. *Journal for Quality in Health Care*, 13 (1), pp. 45-49.

Nester, T. e Hale, L. (2002). Effectiveness of a pharmacist-acquired medication history in promoting patient safety. *Am J Health Syst Pharm*, 59(22), pp. 2221-2225.

Nicholls, I. e Wilcock, M. (2010). A Primary Care Initiative to Support Medicines Reconciliation. *Prescriber*, 21(1-2), pp. 35-37.

Opondo, D. *et al.* (2012). Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: a systematic review. *PloS One*, 7(8), e43617. [**Em linha**]. **Disponível em:** < <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0043617> >. [**Consultado em** 12 de julho de 2018].

Organização Mundial de Saúde (2014). *The High 5s Project Medication Reconciliation Implementation Guide*, [**Em linha**]. **Disponível em:** < <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5sguide> >. [**Consultado em** 18 de outubro de 2018].

Patterson, S. M. *et al.* (2014). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). DOI: 10.1002/14651858.CD008165.pub3.

Pearson, G. J. (2007). Evolution in the Practice of Pharmacy--Not a Revolution!, *CMAJ*, 176 (9), pp. 1295-1296.

Peyton, L. *et al.* (2010). Evaluation of Medication Reconciliation in an Ambulatory Setting Before and After Pharmacist Intervention. *Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA*, 50, pp. 490-495.

Pisco, L. e Biscaia, J. L. (2011). Qualidade de cuidados de saúde primários, Avaliação da Qualidade. *Rev Port Saúde Pública*, 2, pp. 43-51.

Poon, E. G. *et al.* (2006). Design and Implementation of an Application and Associated Services to Support Interdisciplinary Medication Reconciliation Efforts at an Integrated Healthcare Delivery Network. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13 (6), pp. 581-592.

Rafferty, A., Denslow, S. e Michalets, E. L. (2016). Pharmacist-Provided Medication Management in Interdisciplinary Transitions in a Community Hospital (PMIT). *Annals of Pharmacotherapy*, 50(8), pp. 649-655.

Reis, C. T., Martins, M. e Laguardia, J. (2013). A Segurança do Paciente como Dimensão da Qualidade do Cuidado de Saúde: Um Olhar sobre a Literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (7), pp. 2029-2036.

Remtulla, S., Brown, G. e Frighetto, L. (2009). Best Possible Medication History by a Pharmacy Technician at a Tertiary Care Hospital. *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 62 (5), pp. 402-405.

Santos, A. P. A. L. *et al.* (2015). Conceptualizing and measuring potentially inappropriate drug therapy. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 40(2), pp. 167-176.

Schwartzberg, J. *et al.* (2007). *The physician's role in medication reconciliation – Issues, strategies and safety principles: American Medical Association; Medication Reconciliation: A Learning Guide*". [Em linha]. Disponível em: < <https://meds.queensu.ca/central/assets/modules/mr/1.htm> >. [Consultado em 10 de julho de 2018].

Scott, I. A. *et al.* (2013). Deciding when to stop: towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations. *Evidence-Based Medicine*, 18(4), pp. 121-124.

Sebaaly, J. *et al.* (2015). Clinical and Financial Impact of Pharmacist Involvement in Discharge Medication Reconciliation at an Academic Medical Center: A Prospective Pilot Study. *Hospital Pharmacy*, 50 (6), pp. 505-513.

Serna, J. C. M. (2008). Conciliation of Pharmacological Treatment on Admission and Discharge: A Multidisciplinary Challenge. *Atención Primaria*, [Comment Letter], 40(12), pp. 597-602.

Shekelle, P. G. *et al.* (2013). Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. *Evidence Report/technology Assessment*, (211), pp. 1-945.

Silva, P., Luís, S. e Biscaia, A. (2004). Polimedicação: Um Estudo de Prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20, pp. 323-336.

Slain, D. *et al.* (2008). Discrepancies Between Home Medications Listed at Hospital Admission and Reported Medical Conditions. *Am J Geriatr Pharmacother*, 6(3), pp. 161-166.

Soares, M. A. *et al.* (2011). Critérios de avaliação de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados: uma revisão sistemática. *Acta Med Port*, 24, pp. 775-784

Spinewine, A. *et al.* (2006). Implementation of ward-based clinical pharmacy services in Belgium - description of the impact on a geriatric unit. *The Annals of Pharmacotherapy*, 40, pp. 720-728.

Stewart, D. *et al.* (2017). Guidance to manage inappropriate polypharmacy in older people: systematic review and future developments. *Expert Opinion on Drug Safety*, 16(2), pp. 203-213.

Stone, B. *et al.* (2010). Hospital admission medication reconciliation in medically complex children: an observational study. *Arch Dis Child*, 95(4), pp. 250-255.

Tam, V. *et al.* (2005). Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ*, 173(5), pp. 510-515.

Thomas, R. *et al.* (2014). Pharmacist-led interventions to reduce unplanned admissions for older people: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Age and Ageing*, 43(2), pp. 174-187.

Vermeulen, L. C. *et al.* (2007). Strategic Approach for Improving the Medication-Use Process in Health Systems: The High-Performance Pharmacy Practice Framework. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 64, pp. 1699-1710.

Vieira, F. S. (2005). Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 12(1), pp. 213-220.

Viktil, K. K. *et al.* (2007). Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *British journal of clinical pharmacology*, 63(2), pp. 187-195.

Vira, T., Colquhoun, M. e Etchells, E. (2006). Reconcilable Differences: Correcting Medication Errors at Hospital Admission and Discharge. *Quality and Safety in Health Care*, 15, pp. 122-126.