

Afonso de Sá Coutinho Caldeira

A Reconciliação Terapêutica na Transição Hospitalar para Ambulatório



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2021

A Reconciliação Terapêutica na Transição Hospitalar para Ambulatório

Afonso de Sá Coutinho Caldeira

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

Orientador: Professor Doutor Pedro Barata

A Reconciliação Terapêutica na Transição Hospitalar para Ambulatório

Resumo

Os eventos adversos ao medicamento são uma das principais causas de morbidades e morte nos diversos sistemas de saúde, sendo que, muitos desses eventos adversos ao medicamento resultam de uma fraca comunicação entre profissionais de saúde e o doente durante os cuidados ao doente e no momento da alta. Por outro lado, estas falhas de comunicação com o doente podem acarretar a falta de adesão à terapêutica ou, ao reinício de medicamentos descontinuados, promovendo uma terapia inadequada (Mirco, *et al.*, 2005; Knez *et al.*, 2011).

A reconciliação terapêutica é um processo formal no qual os profissionais de saúde trabalham em conjunto com os doentes, familiares e prestadores de cuidados de forma a garantir a transmissão de informação segura e de qualidade acerca da medicação do doente entre as transições de cuidados. Este processo carece de uma revisão sistemática e exaustiva de toda a terapêutica habitual do doente para garantir que os novos medicamentos, os alterados ou os interrompidos, são cuidadosamente avaliados. Este processo é definido como *Best Possible Medication History* (BPMH) (ISMP Canada, 2012).

Por outro lado, após alta hospitalar, os doentes estão vulneráveis aos riscos que resultam da falta de preparação para o autocuidado em casa e de muitas vezes não conseguirem contactar um profissional de saúde que tenha acesso ao seu plano de cuidados quando as dúvidas surgem, e da ausência de seguimento adequado da continuidade do atendimento o que geralmente origina discrepâncias medicamentosas e a um novo internamento. (Cornish *et al.*, 2005)

Assim sendo, este trabalho teve como objetivo promover a discussão e reflexão acerca da responsabilidade dos resultados farmacoterapêuticos após alta hospitalar, em sintonia com os princípios da atenção farmacêutica.

Palavras-Chave: Reconciliação Terapêutica, Eventos adversos a medicamentos, Erros de Medicação, Discrepâncias, Polimedicação, Readmissões Hospitalares.

Abstract

Adverse drug events are one of the main causes of morbidity and death in various health systems, and many of these adverse drug events result from poor communication between health professionals and the patient during patient care and at the time of high. On the other hand, these communication failures with the patient can lead to lack of adherence to therapy or, to the resumption of discontinued medications, promoting inadequate therapy (Mirco, *et al.*, 2005; Knez *et al.*, 2011).

Therapeutic reconciliation is a formal process in which healthcare professionals work together with patients, families and caregivers to ensure the transmission of safe and quality information about the patient's medication between care transitions. This process requires a systematic and thorough review of all of the patient's usual therapy to ensure that new medications, changed or discontinued, are carefully evaluated. This process is defined as Best Possible Medication History (BPMH) (ISMP Canada, 2012).

On the other hand, after hospital discharge, patients are vulnerable to risks resulting from the lack of preparation for self-care at home and from often not being able to contact a health professional who has access to their care plan when doubts arise, and from the lack of adequate follow-up and continuity of care, which generally leads to drug discrepancies and to a new hospitalization. (Cornish *et al.*, 2005)

Therefore, this work aimed to promote discussion and reflection on the responsibility of pharmacotherapeutic results after hospital discharge, in line with the principles of pharmaceutical care.

Keywords: Therapeutic Reconciliation, Adverse Drug Events, Medication Errors, Discrepancies, Polymedication, Hospital Readmissions

Agradecimentos

A todos os docentes da universidade que foram responsáveis pela minha formação.

Ao Professor Doutor Pedro Barata, meu orientador na realização desta dissertação, por toda a ajuda, disponibilidade e por me ter facultado material de apoio à realização da mesma.

Aos meus pais e à minha avó, pelo apoio e coragem que me transmitiram nos momentos mais difíceis, assim como por todo o apoio e esforço para que eu concluísse o curso.

À minha namorada e às restantes pessoas e amigos que acreditaram em mim.

Ao meu avô, que apesar de não estar aqui, sempre cuidou de mim e acredito que onde quer que esteja, estará muito orgulhoso.

A todos o meu muito obrigado!

Índice Geral

Resumo	i
Abstract	ii
Agradecimentos	iii
Índice Geral	iv
Índice de figuras	v
Abreviaturas	vi
1. Introdução	1
1.1. Reconciliação Terapêutica	4
1.2. Princípios	5
1.3. Implementação da RT	7
1.4. Aplicabilidade no âmbito hospitalar	10
2. Alta hospitalar e os riscos associados aos EM	12
3. Polimedicação no idoso	19
3.1. Desprescrição	21
4. Conclusão	26
Bibliografia	28

Índice de figuras

	Página
Figura 1. Mapa da Reconciliação Terapêutica	9
Figura 2. Processo de RT em âmbito hospitalar	10
Figura 3. Etapas do processo de desprescrição	22

Abreviaturas

BPMH - *Best Possible Medication History*

DGS - Direção Geral da Saúde

EM - Erro de medicação

IHI - *Institute for Healthcare Improvement*

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

MAI - *Medication Appropriateness Index*

MNSRM - Medicamentos não sujeitos a receita médica

MSRM - Medicamentos sujeitos a receita médica

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIM - Medicamentos potencialmente inapropriados

PIP - Prescrição potencialmente inapropriada

PRM - Problemas relacionados com medicação

RAM- Reação Adversa Medicamentosa

RT - Reconciliação ou conciliação terapêutica

SNC - Sistema nervoso central

START - *Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*

STOPP - *Screening Tool of Older persons' Potentially inappropriate Prescriptions*

1. Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008), a segurança e o bem-estar dos doentes são os princípios fundamentais nos cuidados de saúde. Um dos principais fatores associados às morbidades em doentes em regime hospitalar é o erro de medicação (EM), tornando-se fundamental a recolha de informação objetiva com relação aos medicamentos utilizados pelo doente (Mendes *et al.*, 2016).

Os erros na terapia são parte integrante da vida dos Profissionais de Saúde e uma realidade cada vez mais complexa e difícil que acarreta sérios prejuízos para a saúde dos doentes (Miasso *et al.*, 2006). Erros tais como: a administração do medicamento à hora errada, a omissão da dose, ou na dose errada são os erros cada vez mais comuns na terapêutica. Uma gestão eficiente através de ações, protocolos e o comprometimento de todos os profissionais de saúde, doente e familiares envolvidos na medicação permite diminuir/evitar os erros (Miasso *et al.*, 2006). Outros erros muito comuns são a utilização indiscriminada de medicamentos o que potencia riscos como: a toxicidade, as falhas na administração, e a forma de administração associada a administração com outros medicamentos, ao álcool e a alimentos.

As discrepâncias podem ocorrer em qualquer etapa do sistema e o controlo de medicamentos é um processo complexo, sendo necessário a intervenção conjunta de uma equipa multiprofissional para se alcançar um nível de maior qualidade dos serviços onde a troca de conhecimentos farmacológicos é essencial (Cassiani, 2005; Miranda *et al.*, 2012).

A reconciliação ou conciliação terapêutica (RT) é um recurso fundamental para garantir a segurança do doente que se encontra em internamento hospitalar (Ramos, 2013), que permite a redução dos erros de medicação quando de uma análise sistémica do processo, a deteção dos seus pontos vulneráveis e a implementação de medidas para diminuir as taxas dos eventos adversos previsíveis durante o internamento e no pós-alta (Rosa e Perini, 2003).

A reconciliação terapêutica hospitalar consiste na relação completa e precisa dos medicamentos de uso habitual do doente em associação com a prescrição durante o internamento, mudanças de ambientes e na alta hospitalar (Coffey *et al.*, 2009).

Os estudos relativos ao uso racional de medicamentos são essenciais para a prevenção e diminuição da estatística de erros na reconciliação terapêutica, contribuindo para uma melhor segurança e qualidade de vida dos doentes.

A RT deve ser implementada de forma a garantir um ajuste no processo que auxilia a prevenção de erros de medicação e consequentemente a diminuição de readmissões hospitalares. Esta é utilizada na atualidade na alta hospitalar com o objetivo de analisar e prevenir os erros de medicações e prováveis interações entre os protocolos apresentados para o tratamento e os medicamentos de uso contínuo do doente ou que este venha a necessitar a partir do início da sua terapia medicamentosa (Frizon *et al.*, 2014).

Face ao exposto, o presente trabalho tem como objetivo geral realizar um estudo sobre os serviços de reconciliação terapêutica na Transição Hospitalar para Ambulatório.

Assim sendo, a realização deste trabalho teve como objetivo a revisão bibliográfica relativa ao tema: “A Reconciliação Terapêutica na Transição Hospitalar para Ambulatório”, sendo que esta dissertação de índole teórica está isenta de qualquer tipo de trabalho prático experimental.

Em termos metodológicos e tendo por base os objetivos delineados, procedeu-se à pesquisa de artigos científicos e outras publicações, num período compreendido entre os meses de março de 2021 e julho de 2021, utilizando como fontes de pesquisa científicas: o PubMed, o Science Direct e a b-On e motores de busca tais como, o Google Académico e o AltaVista Search. A escolha destas bases de dados para a realização da pesquisa bibliográfica prende-se com o facto de serem as bases que em regra compilam o maior número de artigos científicos recentemente publicados na área da saúde. As palavras utilizadas na pesquisa foram: Reconciliação Terapêutica, Eventos adversos a medicamentos, Erros de Medicação, Discrepâncias, Polimedicação, Readmissões Hospitalares. Os critérios usados na seleção dos artigos resultantes da pesquisa científica

incluem o interesse para o tema, limitando a pesquisa a artigos científicos e estudos escritos em inglês, português e espanhol, com data de publicação de um período de 10 anos, ou anteriores cujo conteúdo fosse relevante e ainda com evidências experimentais acerca do tema dos quais se retirou a informação e os dados que conduziram à escrita desta tese.

1.1. Reconciliação Terapêutica

O conceito e a metodologia de reconciliação terapêutica foram desenvolvidos por Jane Jestesen, uma enfermeira do Luther Midelfort-Mayo Health System no Eau Claire (Wisconsin). Esta iniciativa da *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) teve como objetivo a prevenção dos eventos adversos, sendo também esta equipa de Jestesen do Luther Midelfort a pioneira nas ferramentas e formas necessárias para criar, atualizar e reconciliar a medicação dos doentes durante o internamento hospitalar (How-to Guide, 2011).

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

Já o IHI define a RT como um processo de aquisição de uma lista completa e precisa da medicação atual que o doente usa, incluindo nome do medicamento, dose, frequência e via de administração. Esta lista posteriormente irá ser utilizada como guia da terapêutica para comparar com a lista prescrita no hospital. O objetivo desta lista é proporcionar um melhor tratamento ao doente durante as transições dentro do hospital, sendo considerada terminada quando cada medicamento do doente é avaliado como suspensão, continuação, alteração ou adição (Medicines reconciliation: a guide to implementation, 2014).

A definição RT depende do autor, segundo o *Institute for Healthcare Improvement*, a RT é um processo de elaboração de uma lista atualizada da medicação do doente e da comparação dessa lista com a medicação instituída na admissão, transferência e alta hospitalar, com objetivo primordial de providenciar a medicação correta em todas as fases de transição de cuidados (*Institute for Healthcare Improvement*, 2018).

1.2. Princípios

A RT é parte integrante da redução de erros de medicação relacionados com hospitalizações. A prática da RT requer uma revisão sistemática e abrangente de todos os medicamentos atuais do doente para garantir que os que vão ser adicionados, alterados ou descontinuados à terapêutica sejam avaliados cuidadosamente com o objetivo de manter uma lista atualizada, completa a partir da *Best Possible Medication History* (BPMH). A realização da BPMH no momento da admissão do doente numa instituição, permite assegurar a continuação correta dos cuidados de saúde ao longo da hospitalização do doente contribuindo para a diminuição de EM (Allenet *et al.*, 2010).

Quando um doente é internado numa unidade hospitalar, transferido entre unidades hospitalares, transferido entre especialidades da mesma unidade, ou tem alta hospitalar, é fundamental a comunicação precisa e confiável das informações sobre a sua medicação. Neste sentido, a lista atualizada, completa e precisa de medicação pré-hospitalar dos doentes, através da *Best Possible Medication History* (BPMH) é fundamental, e será sempre comparada com a lista de medicação prescrita pelo clínico ao longo das diferentes interfaces de cuidados (admissão, transferência e alta hospitalar), permitindo identificar os possíveis erros ou discrepâncias. (Slain, Kincaid e Dunsworth, 2008; Meyer *et al.* 2012). Neste processo participam diferentes profissionais de saúde em parceria com os doentes e/ou seus familiares, assim, também é necessário que a lista de medicamentos esteja disponível para o doente ou família/cuidador e todos os envolvidos no cuidado do doente, especialmente quando ocorre uma transferência de cuidado para o domicílio (Greenwald *et al.*, 2010).

Assim sendo, a RT é um processo contínuo e dinâmico necessário para a gestão segura dos medicamentos cujo princípio fundamental é a segurança do doente, o qual se rege por diversos princípios, tais como:

- Revisão constante e detalhada de toda a medicação do doente relativamente à sua eficácia e efeitos adversos;
- Deve ser centrada no doente, respeitando as suas necessidades, convicções culturais, filosóficas e religiosas. Esta deve ter em consideração o nível de

literacia, compreensão e educação do doente de forma a desenvolver a comunicação adequada e suporte emocional, conforto físico, alívio do medo e da ansiedade;

- Desenvolver estratégias e medidas que garantam o envolvimento do doente e familiares e/ou cuidadores de forma a estabelecer uma relação de confiança que garanta uma melhor adesão à terapêutica;
- Assegurar que o doente utiliza a lista pormenorizada e atualizada de toda a medicação como referência pessoal à sua terapêutica;
- A lista de medicação deve incluir medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), bem como medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), vitaminas, suplementos e outros produtos de saúde, juntamente com as respetivas dosagens, frequência e via de administração, alergias conhecidas e reações a medicamentos.
- O processo de RT poderá ocorrer em qualquer local ou nível de cuidados de saúde sempre que surjam alterações no regime terapêutico do doente;
- A transição entre instituições de cuidados ou mesmo entre serviços clínicos deve beneficiar do processo de RT, uma vez que pode ocorrer alterações na medicação do doente;
- É fundamental que a equipa multidisciplinar e interdependente trabalhe de forma a auxiliar e assegurar que a informação da medicação seja útil e proporcione a eficácia e eficiência do tratamento, neste sentido, toda a equipa que colabora nos cuidados do doente deve ter acesso à lista da medicação para o sucesso do processo de RT;
- O doente deve informar aos profissionais a exclusão ou omissão de medicamentos, a não inclusão de certos medicamentos na sua lista de medicação resultante de deveres éticos, restrições legais e preferências pessoais, e este deve ser informado que tais restrições poderão conduzir a danos previsíveis e evitáveis, o que pode afetar a sua segurança (AMA, 2007; DGS, 2016; Liang, Alper e Hickner, 2007; Matias, 2011).

1.3. Implementação da RT

A RT deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais de saúde adequados, nomeadamente, os diretores hospitalares que apoiem, forneçam linhas orientadoras e minimizem barreiras no trabalho da equipa multidisciplinar para a implementação do processo, bem como, na definição do papel de cada participante no processo, nos métodos para analisar e dirigir quaisquer necessidades especiais devido à idade, dependência, linguagem ou nível de literacia do doente e dos seus familiares/prestadores de cuidados; usar medidas de processo que sejam clinicamente relevantes (ex. adesão aos passos do procedimento) e *outcomes*, tais como, alteração no número de reações adversas medicamentosas (RAM's) e número de hospitalizações, se for necessário analisar o impacto da RT; e incluir sistemas de feedback (Greenwald et al., 2010).

O processo de RT deve ser faseado e iniciado em pequena escala, permitindo que os profissionais de saúde envolvidos se adaptem aos novos processos e procedimentos. Este processo varia de acordo com as estruturas organizacionais, os fluxos de trabalho de cada organização e às necessidades clínicas de cada doente. Assim, a implementação da RT deve ser sistemática, conforme o local tendo as seguintes opções:

- Iniciar numa área clínica ou serviço específico;
- Iniciar o processo de RT na admissão ou na alta hospitalar;
- Iniciar com uma população de doentes com maiores probabilidades para eventos adversos;
- Iniciar em doentes com medicação de alto risco (Greenwald *et al.*, 2010).

A RT deve ser revista sempre que ocorrer uma transição de pontos críticos, nomeadamente, na admissão, transição intra/inter serviços e na alta hospitalar, a todos os doentes hospitalizados e envolver as respetivas medicações (Institute for Healthcare Improvement, 2011).

Quando não for possível realizar a implementação simultânea em todos pontos, deve-se definir prioridades, ou seja: nos cuidados hospitalares, o ponto vulnerável a ponderar é a admissão caso resulte em internamento; nos cuidados de saúde primários, o ponto crítico é a consulta após a alta hospitalar; nos cuidados continuados integrados, deverá ser a admissão (DGS, 2016).

De acordo com a *The Joint Commission*, o processo de RT consiste em cinco etapas fundamentais (Figura 1):

1. Desenvolver uma lista completa e atual de toda a medicação do doente, bem como de outras informações, antes da admissão (BPMH);
2. Elaborar uma lista de medicamentos prescritos;
3. Comparar a medicação das duas listas e certificar que a medicação prescrita foi adequada verificando as possíveis discrepâncias;
4. Analisar e tomar decisões clínicas com a equipa médica acerca da comparação das listas, de forma a dar continuidade à medicação;
5. Comunicar e fornecer uma nova lista com medicação aos prestadores de cuidados e ao doente (Johnson *et al.*, 2015).

A recolha de informação na primeira etapa deve ser credível de forma a elaborar a lista de medicação e pode ser iniciada em sinergia por enfermeiros e farmacêuticos, mas também por médicos (Curatolo e Cudennec, 2014).

As quatro seguintes, sempre que o doente é internado, transferido entre unidades, ou tem alta hospitalar, os profissionais envolvidos devem assegurar uma revisão correta de todos os medicamentos do doente, garantindo que a introdução, alteração, ou interrupção de um medicamento seja avaliada prevenindo discrepâncias não intencionais e serem

comunicadas ao médico prescriptor as discrepâncias não intencionais identificadas, e caso seja necessário, proceder-se às respetivas alterações (DGS, 2016; Domingos, 2013).

A quinta etapa, que é especialmente importante nos processos de transferência ou alta hospitalar, consiste na partilha da lista de medicação completa e atualizada com o próximo profissional de saúde e com o doente (Domingos, 2013).

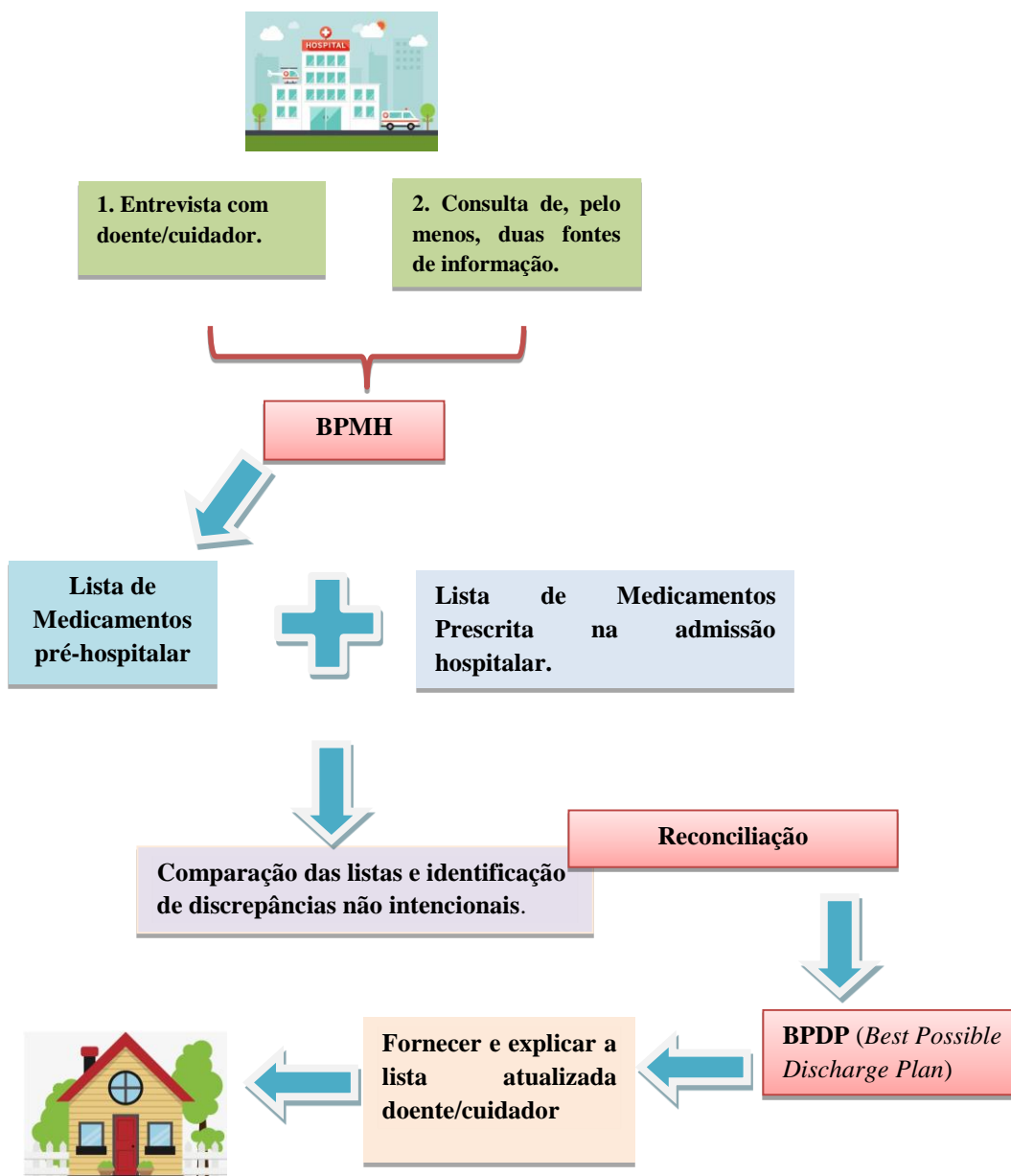


Figura 1. Mapa da Reconciliação Terapêutica (Videira, 2017).

1.4. Aplicabilidade no âmbito hospitalar

Um dos principais pontos de transição de cuidados é a admissão hospitalar, quando desta passagem do doente dos serviços dos cuidados primários para o serviço hospitalar, deve ser realizada uma avaliação robusta da história medicamentosa do doente para que não ocorram prescrições incorretas e que impactem de forma negativa nos cuidados prestados (Tam *et al.*, 2005). Estes erros podem ser replicados durante o internamento e transferidos para a medicação de alta, ocasionando erros, tais como, a não reintrodução de medicamentos descontinuados temporariamente ou a continuidade de medicamentos que deveriam ser utilizados por um tempo limitado (Karapinar-Çarklt *et al.*, 2019). Para minimizar os erros, a RT deverá acompanhar o doente em todas as fases de transição de cuidados (Figura 2).

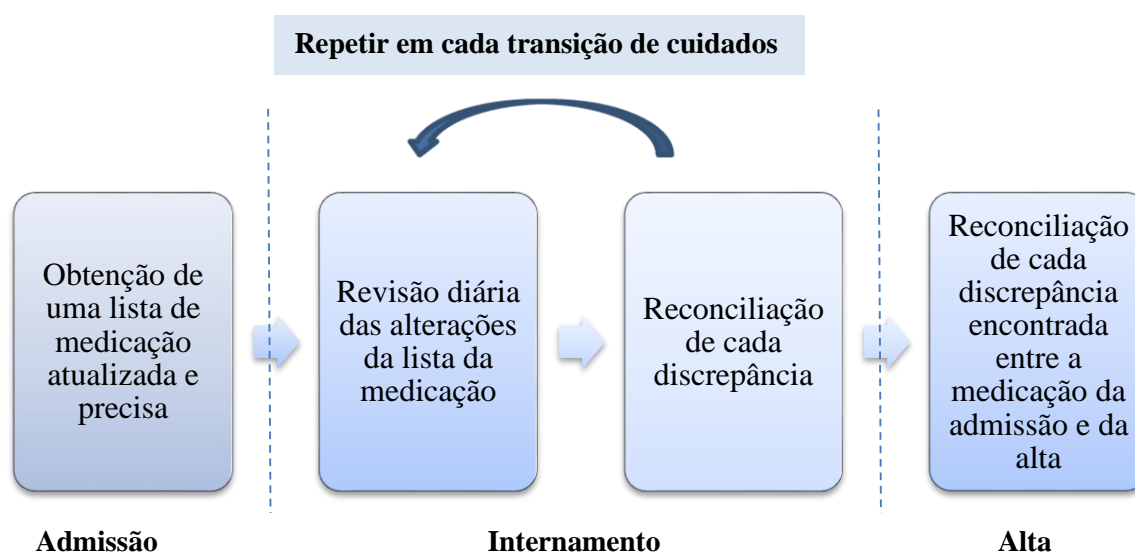


Figura 2. Processo de RT em âmbito hospitalar (Cua e Kripalani, 2008).

Após a admissão hospitalar, envolvendo o doente ou familiar e/ou cuidador é elaborada a lista de medicação e outras informações, se possível registadas em sistema informático e de seguida efetuada uma análise detalhada de toda a informação recolhida, de forma padronizada, pelo farmacêutico responsável (Santos e Domingos, 2013).

A RT deverá ser realizada num prazo máximo de 24 horas a 72h seguintes à admissão hospitalar por comparação da medicação prescrita aquando da admissão com a informação relativa à medicação pré-hospitalar constante na BPMH, levando à deteção das discrepâncias por parte do farmacêutico hospitalar (Santos e Domingos, 2013).

Os estudos demonstraram que a percentagem de erros na RT na admissão hospitalar varia entre 26,9% a 86,8% (Mazhar *et al.*, 2017) e a taxa de doentes internados com pelo menos uma discrepância na sua história farmacoterapêutica durante a admissão é de aproximadamente 60,0% (Cornish *et al.*, 2005; Gizzi *et al.*, 2010; Greenwald *et al.*, 2010). De acordo com as faixas etárias 3,4%-97,0% dos doentes adultos (Lehnbom *et al.*, 2014) e 22,0%-72,3% de doentes pediátricos apresentam respetivamente estas percentagens de erro (Huynh *et al.*, 2013).

A transição de um doente internado numa unidade hospitalar de uma unidade para outra ou em diferentes níveis de especialidade dentro da mesma unidade, são pontos de risco na comunicação de informação (Lehnbom *et al.*, 2014).

Estima-se que em média a ocorrência de discrepâncias na admissão varia entre 30% a 80%, o que pode aumentar o risco de danos ao doente provocados pela ocorrência de erros de medicação e eventos adversos a medicamentos decorrentes de falhas de reconciliação (DGS, 2017; Hung *et al.*, 2019). Acredita-se que mais de 40% dos erros de medicação resultem da reconciliação inadequada na transferência de cuidados durante a admissão, transferência e alta e que cerca de 20% destes resulte em danos para o doente (Gleason *et al.*, 2004; Rozich *et al.*, 2004), o que, conseqüentemente, origina uma ineficiência em todo o processo de tratamento do doente que pode levar a re-hospitalização ou morte e a elevadas despesas de saúde (Johnson *et al.*, 2015; Lehnbom *et al.*, 2014).

A alta hospitalar é o momento mais complexo quer para os profissionais de saúde quer para os doentes, uma vez que exige uma compreensão exata do uso dos medicamentos para garantir a segurança, a adesão e a eficácia da terapêutica do doente no período subsequente. Nesta fase, existem diversos fatores que podem comprometer a adesão à terapêutica pondo em causa o processo de alta hospitalar, tais como: termos técnico-científicos de difícil compreensão por parte do doente; escassez de recursos educativos e

administrativos; falta de tempo por parte dos profissionais de saúde envolvidos, que contribui para uma reduzida comunicação; história de medicação incompleta ou incorreta; falta de suporte social e dificuldades financeiras (Mixon *et al.*, 2014). No entanto, a RT após a alta hospitalar tem como objetivo que todas alterações na medicação do doente sejam intencionais e que as discrepâncias encontradas até ao momento da alta sejam resolvidas. Segundo a BPMH, deve-se estabelecer um plano de medicação atualizado, com todos os medicamentos que o doente deve tomar na alta hospitalar, apresentar também uma lista dos medicamentos que foram iniciados, interrompidos, alterados em relação ao BPMH, e comentários sobre suplementos ou produtos de saúde a serem tomados pelo doente (World Health Organization, 2014; Shiu *et al.*, 2016). O BPMDP deve ser cedido ao doente e aos familiares e/ou cuidadores, e a informação transmitida deve ser clara e de fácil compreensão. Os médicos e as farmácias comunitárias frequentadas pelo doente devem ter acesso ao BPMDP, sendo que o envio deste é essencial para uma boa RT (Queen's University, 2009).

De acordo com os estudos, as discrepâncias na alta hospitalar apresentam uma variação de 20% a 87% no número de doentes com discrepâncias relacionadas com a terapêutica (Michaelsen *et al.*, 2015).

Para minimizar as discrepâncias e os EM durante as transições nos cuidados hospitalares a RT tem sido identificada como um procedimento de extrema importância (Mekonnen *et al.*, 2016). Em 1917, a DGS, publicou uma norma, relativa à importância da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, que fornece as diretrizes de comunicação em saúde e promove a segurança do doente, como a técnica de ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation*) (DGS, 2017).

2. Alta hospitalar e os riscos associados aos EM

Como já foi referido, a segurança do doente assume particular importância na transição do cuidado, como é o caso da alta hospitalar, estimando-se que 11% a 23% dos doentes apresentam eventos adversos relacionados com medicamentos após alta hospitalar e que

6% a 27% dos eventos seriam evitados com uma RT adequada (Foster *et al.*, 2003). Por outro lado, 6% a 12% dos EM estão relacionados a erros nos medicamentos que ocorrem após alta ocasionando episódios de urgência e 5% em readmissão hospitalar (Schnipper *et al.*, 2006).

Após a alta hospitalar, em regra os doentes estão psicologicamente e fisicamente vulneráveis apresentando dificuldades no autocuidado; falta ou inadequação de orientação; bem como falta de acesso a profissionais de saúde quando as dúvidas surgem; descontinuidade do cuidado na interface do atendimento hospitalar e ambulatorial; transferência incorreta ou incompleta de informações, além de ausência de sistema integrado de informações nos diferentes serviços de atendimento à saúde do doente (Marques e Romano-Lieber, 2014).

A falta de informação completa e rigorosa acerca dos medicamentos antes do internamento, pode resultar na interrupção ou inadequação da terapia medicamentosa durante a hospitalização e na falha na detecção de problemas relacionados com a medicação quando da admissão hospitalar. Já na alta hospitalar, a propagação destes erros pode resultar na prescrição de terapia farmacológica inapropriada quer pela omissão de medicamentos anteriormente utilizados pelo doente, pela duplicação de medicamentos, presença de interações medicamentosas, manutenção de medicamentos desnecessários, desencadeando efeitos adversos que diminuem a qualidade de vida do doente e acarretam custos adicionais no atendimento (Cornish *et al.*, 2005).

É comum, ouvir relatos de doentes que afirmam não ter tido oportunidade de questionar os profissionais de saúde acerca dos seus medicamentos, e que quando recebem a alta hospitalar a informação acerca da sua medicação é insuficiente ou mesmo não recebem qualquer orientação sobre seu tratamento, chegando mesmo esta a ser inadequada (Kerzman *et al.*, 2005). Esta falta de conhecimento acerca dos problemas de saúde, medicamentos e do plano de monitorização, é uma das principais causas da adesão ao regime farmacoterapêutico por parte do doente comprometendo os resultados do tratamento e deteriorando o estado de saúde do doente, além de aumentar os recursos e os custos do atendimento em saúde (Marques e Romano-Lieber., 2014).

Outro problema do após-alta hospitalar é a falta de seguimento adequado do doente sendo uma das causas do comprometimento da segurança dos doentes durante o período vulnerável da transição de atendimento (Coleman *et al.*, 2006).

A maioria dos hospitais não oferecem seguimento do doente após alta hospitalar no domicílio, e o doente só retorna ao acompanhamento em ambulatório. Aquando do acompanhamento em ambulatório, o seguimento do doente em outros serviços de saúde, nomeadamente pelo centro de saúde, pode ser comprometido por falhas na comunicação e transferência de informações devido à falta de articulação das ações e serviços em todos os níveis de complexidade do atendimento (Glintborg *et al.*, 2007).

Os estudos têm demonstrado que a cooperação estratégica durante a hospitalização e após a alta hospitalar permitem reduzir as discrepâncias entre regimes farmacoterapêuticos pré e pós-hospitalização, melhorar a adesão ao tratamento, reduzir a percentagem de eventos adversos relacionados com medicamentos, bem como de novos atendimentos em serviços de saúde, tanto em emergência como readmissões hospitalares (Coleman *et al.*, 2006; Marques e Romano-Lieber., 2014).

As diversas estratégias utilizadas na transição do cuidado na alta hospitalar têm demonstrado ter impacto positivo sobre a segurança do doente, com maior incidência as estratégias com componentes educacionais e aquelas que combinam intervenções pré e pós-alta (Mistiaen *et al.*, 2007).

Para além da RT outras estratégias direcionadas na prevenção do EM são: a orientação do doente e/ou cuidador, seguimento domiciliário do doente após alta hospitalar, comunicação efetiva entre hospital e demais serviços de saúde, e articulação do cuidado entre o hospital e os demais serviços de atendimento à saúde do doente.

a) Orientação do doente e/ou cuidador

A orientação do doente tem por objetivo auxiliá-lo na resolução de problemas existentes com a farmacoterapia; prevenir a ocorrência de futuros problemas, e desenvolver a

capacidade de o doente lidar com problemas relacionados com o uso de medicamentos que possam vir a ocorrer no seu domicílio (Rantucci, 2007).

No ato da alta hospitalar, é recomendável que se destaque as alterações no tratamento a que o doente foi sujeito antes da hospitalização, para que não haja dúvidas quanto ao tratamento que este deverá realizar no domicílio, especialmente se deve ou não continuar a fazer uso dos seus medicamentos antes do internamento hospitalar. Esta abordagem cuidadosa quanto à identificação dos medicamentos prescritos na alta e dos medicamentos usados anteriormente à hospitalização tendo em atenção a possibilidade de medicamentos remanescentes no domicílio do doente por meio da RT, evita EM muitas vezes graves (Cua e Kripalani, 2008).

Nesta fase, deve dar-se especial atenção aos medicamentos de uso contínuo que podem ter sido substituídos por equivalente terapêutico durante a hospitalização, em função de adaptação ao formulário terapêutico do hospital (lista de medicamentos padronizados para uso na instituição). Na alta, deve ser avaliada a possibilidade de retorno ao medicamento que o doente estava a utilizar antes da hospitalização, e proceder à orientação adequada do mesmo. Por outro lado, o nome do medicamento na receita de alta pode confundir o doente, dando origem à duplicação ou omissão do medicamento, se este medicamento for prescrito pelo nome comercial e o doente estiver a usar um produto genérico do mesmo medicamento, ou vice-versa (Cua e Kripalani, 2008).

Apesar de os medicamentos de referência e os genéricos apresentarem os mesmos princípios ativos, estes podem, para o doente, parecer diferentes, podendo levá-lo a fazer uso inadequado dos medicamentos quando não existir orientação. Por outro lado, a apresentação dos produtos e a concentração do princípio ativo pode potenciar o EM, nomeadamente erros de dosagem (Stuffken e Egberts, 2004).

No momento da orientação medicamentosa do doente, deve ser fornecida uma cópia do resultado da RT, com a informação clara e precisa sobre todos os medicamentos excluídos, incluídos, ou que foram sujeitos a alterações da sua posologia, incluindo a justificação para as mesmas. Um estudo revelou que 96% dos doentes, com média de idade de 60 anos, apresentam pelo menos uma alteração no regime farmacoterapêutico

em alta hospitalar relativamente ao tratamento utilizado antes da hospitalização, apenas 44% dos doentes foram informados de forma clara e precisa sobre os novos medicamentos da sua terapia, e 12% receberam instruções por escrito para deixar de utilizar medicamentos que tomavam antes da hospitalização e que foram excluídos (Unroe *et al.*, 2010).

Para uma RT é aconselhável que durante o período de hospitalização, sejam realizadas sessões de orientação onde se transmita informações acerca do medicamento que deverá ser utilizado após alta, bem como dos tratamentos prévios com medicamentos de uso contínuo (Marques e Romano-Lieber., 2014).

b) Comunicação entre os serviços de saúde

O plano de alta é um importante instrumento de comunicação entre o hospital e os serviços de atenção primária. Este deve incluir informações, tais como: o motivo da admissão hospitalar do doente, as intervenções realizadas durante a hospitalização; o tratamento proposto (nome, dose, frequência e via de administração, duração e razão para cada medicamento), orientações sobre monitorização (o que fazer, quando fazer e o que esperar dos procedimentos de monitorização), além das justificações de exclusões, inclusões e substituições de medicamentos e/ou alterações da posologia, resultantes da RT e em que circunstâncias o doente deve contactar um profissional para esclarecer dúvidas (Kripalani *et al.*, 2007).

Em geral, o plano de alta é bem recebido pelos médicos, os doentes e os cuidadores. De acordo com os doentes e cuidadores, o plano de alta apresenta procedimentos de satisfação tais como:

1. Levantamento das necessidades do doente e elaboração do plano de alta com base nessas mesmas necessidades;
2. Avaliação das condições físicas, psicológicas e sociais do doente;
3. A doença como foco, na continuidade da terapêutica e nos cuidados após alta;

4. Participação ativa do doente no processo;
5. Implementação de atividades de ensino, fornecendo informações verbais, escritas, por meio de recursos audiovisuais, durante a hospitalização;
6. Comunicação adequada entre os profissionais, o hospital e os serviços de atendimento à saúde da comunidade (Marques, 2010).

Os estudos revelam que é frequente a falta de informações no resumo de alta, nomeadamente, dos medicamentos receitados na alta (2% a 40%) e planos de seguimento (2% a 43%) (Kripalani *et al.*, 2007).

Grimes *et al.* (2011), num estudo envolvendo 1.245 episódios de atendimento ambulatorial com doentes após hospitalização, verificaram que em 50,1% dos casos ocorreu pelo menos um erro de prescrição ou uma falha na documentação ou comunicação relativa à alteração do tratamento, da receita de alta ou no resumo de alta.

Segundo Bergkvist *et al.* (2009) um eficiente plano de alta reduz em 45% os EM dos doentes após alta hospitalar.

c) Seguimento domiciliário do doente após alta hospitalar

Após alta hospitalar, o hospital, durante os primeiros dias da transição do atendimento, pode realizar o seguimento do doente. Este seguimento, durante este período vulnerável, transmite segurança ao doente e aos seus familiares permitindo colmatar dúvidas e necessidades destes com a equipa de saúde e evitar EM (Coleman *et al.*, 2006).

Por outro lado, o ideal é a equipa de saúde telefonar ao doente poucos dias após a alta permitindo esclarecer dúvidas acerca do regime farmacoterapêutico, avaliar possíveis novos sintomas que podem estar relacionados com a utilização de medicamentos, ou ainda comunicar dificuldades na obtenção de medicamentos (Kripalani *et al.*, 2007).

Num estudo realizado com 79 doentes em seguimento de três a cinco dias após alta, verificou-se que 15,2% dos doentes não estavam a usar um dos medicamentos da receita de alta, 13,9% utilizavam a dose ou frequência diferente da prescrita, 2,5% usavam medicamentos diferentes mas da mesma classe terapêutica, 2,5% dos doentes apresentavam efeitos laterais, 17,7% tinham dificuldades em encontrar os medicamentos prescritos e 11,4% apresentavam dificuldades económicas com relação ao preço dos medicamentos (Schnipper *et al.*, 2006).

Após orientação farmacêutica de três a cinco dias após alta e seguimento por telefone, o grupo sob intervenção apresentou menor número de eventos adversos relacionados com medicamentos que o grupo controlo (1% *versus* 11%) e menor número de atendimentos em serviços de urgência (1% *versus* 8%) (Schnipper *et al.*, 2006).

Um outro estudo verificou que as readmissões hospitalares em 30 dias após a alta foram significativamente menores (12,8%) após hospitalizações nos doentes que não receberam a intervenção da equipa de saúde 20,0%, demonstrando a oportunidade de melhorar os resultados de saúde a partir do momento da alta hospitalar em ambientes abertos de saúde (Voss *et al.*, 2011).

Num estudo de gerontologia no qual o plano de alta contemplava visitas domiciliárias por parte de enfermeiros, contacto telefónico semanal com o doente/familiares e no qual também era disponibilizado o contacto telefónico durante sete dias por semana para esclarecimentos de dúvidas, verificou-se que o número de readmissão hospitalar após três meses do grupo sob intervenção em comparação com o grupo controlo foi 4 *versus* 13, e mortes após alta 0 *versus* 4. Por outro lado, os doentes sob acompanhamento por parte dos enfermeiros apresentaram melhor capacidade para realização de atividades diárias e obtiveram uma maior pontuação em testes de avaliação da qualidade de vida (Huang e Liang, 2005).

As atividades desenvolvidas pela equipa hospitalar são fundamentais para um cuidado diferenciado na alta hospitalar que, conjuntamente com uma boa colaboração entre as instituições de saúde, permite que as transições de cuidados sejam efetivas e seguras para o doente (Giovannella *et al.*, 2009).

Contudo, as instituições tendem a funcionar de forma isolada, fragmentada e a falta de articulação dos cuidados em saúde têm contribuído para a perda da eficiência, aumentando a iatrogenia, os custos dos serviços de saúde e a ineficácia de avaliar a responsabilidade sobre os resultados nos atendimentos realizados (Campos e Domitti, 2007).

3. Polimedicação no idoso

O termo polimedicação refere-se à toma concomitante de múltiplos medicamentos ou administração de mais medicamentos do que aqueles indicados clinicamente. No entanto, não existe um conceito universal que defina um valor *cut-off* a partir do qual se considere a existência de polimedicação. A literatura científica refere que a utilização regular de cinco ou mais medicamentos é considerada polimedicação (O'Dwyer *et al.*, 2016; Gnjidic *et al.*, 2012; Linton, 2007). Estima-se que cerca de 60% dos idosos (com idade igual ou superior a 65 anos) tomem regularmente 5 ou mais medicamentos e que 24% tomem 8 ou mais medicamentos (Eiras *et al.*, 2016).

A polimedicação é um problema relevante no idoso, no qual há maior vulnerabilidade fisiológica aos efeitos laterais da medicação e uma menor capacidade para se recuperar dos efeitos induzidos pelos medicamentos. As preocupações ao longo dos anos com a polimedicação criou a necessidade de controlar esta situação, no sentido de melhorar a qualidade de vida do idoso.

No idoso, as alterações fisiológicas corporais ao longo da vida, associadas ao declínio da função renal e hepática contribuem para a alteração da farmacocinética do fármaco, originando a sua acumulação no organismo. Estas variações na resposta ao fármaco, aumentam o risco de interações medicamentosas e de efeitos adversos nos idosos (Doan *et al.*, 2013). O processo de envelhecimento, também, é acompanhado por mudanças farmacodinâmicas que alteram a resposta do organismo devido a alterações na afinidade aos recetores e comprometimento de mecanismos homeostáticos que aumentam a sensibilidade do indivíduo ao fármaco (Turnheim, 2003).

A toma regular de 8 ou mais fármacos em idosos hospitalizados é um preditor de RAM's. Quando os doentes tomam 5 a 7 medicamentos, o risco de desenvolver uma reação grave

é 58% maior comparativamente com os que apenas tomam menos de 5 (Onder *et al.*, 2010).

Existem alguns motivos para a polimedicação que incluem:

- envelhecimento da população com comorbidades que necessitam de diversos medicamentos e disponibilidade de novos medicamentos;
- automedicação com medicamentos não sujeitos a receita médica e preparações à base de plantas cujas reações adversas e interações nem sempre são claras;
- multiprescritores os quais podem não conhecer a terapêutica que os seus doentes realizam e duplicam prescrições;
- cascata de prescrição, que ocorre quando os doentes tomam a medicação e apresentam efeitos secundários que são mal interpretados como sintomas de uma nova doença e por esse motivo necessitam de uma medicação adicional;
- comunicação e coordenação ineficaz entre os vários profissionais de saúde;
- fatores socioeconómicos (Domingos, 2013).

Um dos principais problemas associados à utilização de diversos medicamentos e com maior impacto no idoso, é a prescrição potencialmente inapropriada (PIP). A PIP consiste no uso de medicação que pode causar mais danos do que benefício. A PIP está associada a RAM's, morbidade e hospitalização e representa no uso de medicamentos potencialmente inapropriados (PIM), omissões de prescrição ou subprescrição, assim como, na prescrição de doses incorretas ou prescrição de medicamentos para os quais não existe uma indicação clínica clara (O'Connor *et al.*, 2012).

3.1. Desprescrição

“(Des)Prescrever adequadamente é uma arte, um processo extremamente complexo e individualizado, principalmente quando considerando que a literatura científica não fornece evidências seguras sobre a utilização dos medicamentos em idosos, principalmente naqueles frágeis. O ato de “não fazer” ou “desfazer”, ou ainda de pensar que “menos é mais”, é a base da desprescrição. (Des)Prescrever contempla de uma forma muito harmoniosa a dualidade terapêutica, onde prescrever e desprescrever tem o mesmo impacto na melhoria da saúde do idoso (Sgnaolin e Engroff, 2019)

O termo desprescrição é um processo supervisionado e sistemático de identificar, suspender e/ou reduzir medicamentos cujo potencial risco de prejuízo é superior aos benefícios, tendo em consideração os objetivos individuais do cuidado, o nível de funcionalidade, a expectativa de vida, os valores e as preferências do doente (Scott *et al.*, 2015; Krishnaswami, *et al.*, 2019).

A desprescrição pode ser considerada uma intervenção reversa, que consiste na suspensão de medicamentos que podem causar danos atuais (medicamentos inapropriados) ou danos futuros (medicamentos potencialmente inapropriados) ou ainda que não ofereçam benefícios (medicamentos fúteis).

A desprescrição é uma intervenção ativa e estruturada que necessita de ser planeada, monitorizada e implementada individualmente, tendo como base a melhor relação risco-benefício, as preferências, os desejos e as expectativas do idoso, a presença de comorbidades, a utilização de polifarmácia, a idade, a expectativa de vida e a funcionalidade do indivíduo (Page *et al.*, 2016; Salahudeen, 2018). Todos os idosos beneficiam da desprescrição, mas alguns são mais vulneráveis e apresentam menor reserva homeostática cujos maiores benefícios são esperados, uma vez que apresentam mais suscetibilidade aos efeitos adversos dos medicamentos (Sgnaolin e Engroff, 2019).

O processo de desprescrição é um processo empírico para a maioria dos medicamentos, mas parte de um importante pressuposto, que é conhecer profundamente o diagnóstico geriátrico-gerontológico e estabelecer uma relação de confiança entre a equipa de saúde, o idoso e sua família (Salahudeen, 2018).

O processo de desprescrição envolve as seguintes etapas (Figura 3):

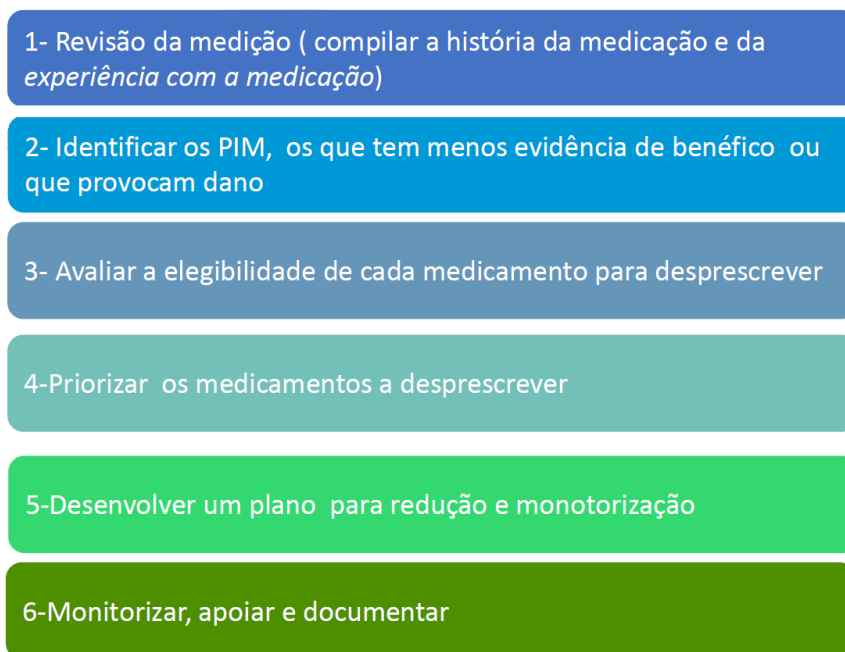


Figura 3. Etapas do processo de desprescrição (Sgnaolin e Engroff, 2019).

A desprescrição deve ser realizada de forma gradual, progressiva e sob supervisão, evitando desta forma as reações adversas resultantes da retirada dos medicamentos. Contudo, pode ocorrer abstinência ao medicamento, originando determinada sintomatologia orgânica, física e/ou psíquica resultante da interrupção de um medicamento. Os medicamentos mais associados a esta complicação são os anticonvulsivantes, as benzodiazepinas e a levodopa. Pode ocorrer também um agravamento da sintomatologia em níveis superiores aos anteriores ao tratamento. São citados neste contexto os alfa-agonistas central e os beta-bloqueadores. Também podem surgir reações de recrudescência, ou seja, o reaparecimento da sintomatologia para a qual o medicamento estava a ser utilizado, neste contexto surgem os anticolinesterásicos, antidepressivos, anti-hipertensivos, antidiabéticos, antivertiginosos, ou seja, todo medicamento com ação sintomática intrínseca (Sgnaolin e Engroff, 2019). Na desprescrição é necessário ter em atenção as possíveis interações medicamentosas, por exemplo, a supressão do omeprazol em paciente com dose estável de varfarina pode originar um aumento da ação deste fármaco, que estava diminuída pela presença do

omeprazol. Neste caso é essencial a monitorização do paciente no processo de desprescrição (Le Couteur *et al.*, 2011).

A desprescrição é uma temática atual e em evolução que requer interação interdisciplinar dos diferentes profissionais da saúde para o sucesso terapêutico e a melhoria da qualidade de vida do idoso. À medida que novos estudos são publicados e novos algoritmos são utilizados tem sido mais fácil identificar qual o melhor protocolo a seguir.

Para identificar PIMs e prevenir resultados associados ao medicamento, foram desenvolvidos diversos critérios. Seguidamente serão apresentados alguns destes instrumentos para reduzir a polimedicação.

a) Critérios de *Beers*

Os critérios de *Beers* são diretrizes criadas para profissionais de saúde com o objetivo de melhorar a segurança de medicamentos prescritos em idosos. Estes critérios incluem uma lista de PIM que devem ser evitados em idosos, bem como doses ou frequências de administrações que não devem ser excedidas, ou medicamentos que devem ser evitados em determinadas patologias concomitantes (Fick *et al.*, 2003). Ao longo dos anos foram realizadas diversas atualizações dos critérios de *Beers* com o objetivo de adicionar listas de medicamentos que devem ser evitados ou a sua dose ajustada, com base na função renal do indivíduo e nas interações medicamentosas (Samuel, 2015).

b) Critérios STOPP/START

Os critérios START (*Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*) e STOPP (*Screening Tool of Older persons' Potentially inappropriate Prescriptions*) são ferramentas por vezes utilizadas em conjunto. O STOPP consiste em 65 critérios clinicamente significativos para a PIP principalmente em duplicação de classes farmacológicas e interações fármaco-fármaco ou fármaco-patologia que aumentam o risco de quedas. Na versão original, estes critérios estão divididos em 10 categorias, nomeadamente, o sistema cardiovascular, o sistema nervoso central (SNC) e fármacos psicotrópicos, o sistema gastrointestinal, o respiratório, o músculo-esquelético, o urogenital, o endócrino, os fármacos que propiciam quedas, os analgésicos e as classes farmacológicas duplicadas. O START consiste em 22 indicadores de prescrição, habitualmente omitidos pelos médicos, para doenças geralmente encontradas em idosos.

Estes indicadores encontram-se organizados em 6 sistemas: cardiovascular, SNC, músculo-esquelético, gastrointestinal, respiratório e endócrino) (Gallagher *et al.*, 2008).

Apesar desta ferramenta apresentar uma maior sensibilidade do que os critérios de *Beers* na detecção de problemas de prescrição, tem a capacidade de poder detetar omissões de prescrição além de PIM. Por outro lado, os medicamentos que constam nos critérios STOPP são comumente utilizados na Europa Ocidental, já os medicamentos que constam nos critérios de *Beers* raramente são comercializados nesta região do globo (Delgado Silveira *et al.*, 2009).

c) MAI

O MAI (*Medication Appropriateness Index*) é constituído por 10 critérios que medem uma prescrição adequada, tendo em conta: o baixo custo, a duração adequada do tratamento, a existência/ausência de indicação, a eficácia de acordo com as diretrizes, as indicações práticas e corretas e a ausência de duplicação terapêutica e de interações. O MAI para ser aplicado necessita da avaliação clínica do doente. Cada critério adquire uma cotação de acordo com a avaliação efetuada. A cotação final é tanto mais elevada quanto maior a inadequação da terapêutica do doente (Samsa *et al.*, 1994).

Este método é vantajoso uma vez que apresenta um largo espectro de aplicabilidade em ambulatório e está validado cientificamente. Contudo, consome muito tempo, necessitando de no mínimo 10 minutos por medicamento (Gokula e Holmes, 2012).

d) Lista PRISCUS

A Lista PRISCUS foi desenvolvida pela Segurança de Medicamentos do Ministério da Saúde da Alemanha para 2008/2009, este projeto foi designado de PRISCUS, que vem do latim “velho e venerável”. A lista PRISCUS é uma lista alemã de medicamentos potencialmente inapropriados que identifica 83 medicamentos como sendo PIM (Holt, Schmiedl e Thürmann, 2010). Esta lista foi criada em quatro etapas:

a) Análise qualitativa de listas de PIM de outros países (duas publicações dos EUA, uma do Canadá, e uma da França) analisadas e avaliadas relativamente à aplicabilidade ao mercado alemão de medicamentos;

b) Pesquisa bibliográfica;

c) Desenvolvimento de uma lista preliminar de PIM para doentes idosos adaptada ao mercado alemão. A lista preliminar continha 131 medicamentos 17 pertencentes a 24 classes diferentes;

d) Criação da Lista PRISCUS final por consulta de especialistas (processo DELPHI modificado) (Holt, Schmiedl e Thürmann, 2010).

A Lista PRISCUS permite obter sugestões para uma monitorização segura de um PIM no caso da prescrição deste não poder ser evitada, pode ser integrada nas diretrizes geriátricas existentes para o estado alemão e pode ser integrada na prescrição eletrónica. Esta lista também oferece conselhos práticos que podem ajudar os médicos a tomar decisões terapêuticas para os seus pacientes (Holt, Schmiedl e Thürmann, 2010).

O processo de desprescrição é um procedimento que requer tempo de forma a avaliar todas as comorbidades do doente, a medicação prescrita, o planeamento partilhado da intervenção com base em documentação científica e atualizada, o consentimento do utente e a avaliação da sua resposta ao longo do tratamento, bem como as alterações que forem surgindo.

A revisão da medicação é um processo sistemático e documentado que avalia o uso de todos os medicamentos do paciente e tem como objetivo melhorar o processo de uso e o conhecimento dos medicamentos, através da identificação, prevenção e resolução de todos os problemas relacionadas com medicação (PRM), em colaboração com o doente/cuidador e todos os profissionais de saúde (médicos e farmacêuticos). Um método validado é fundamental para garantir a identificação PRM e proceder à desprescrição, sendo que a otimização da terapêutica também passa pela educação dos profissionais de saúde, nomeadamente para a problemática da polimedicação e da PIP (Ferreira-Iglésias, 2013).

4. Conclusão

A RT permite a diminuição dos EM e as reações adversas ao medicamento através de um aumento da disponibilidade e pontualidade de informações precisas sobre a medicação do doente, evitando internamentos hospitalares devido a erros.

A RT garante uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde, o doente e as restantes pessoas envolvidas, aumentando a eficiência no processo de transferência de cuidados de saúde e dos cuidados com o doente. Esta intercomunicação entre todos os intervenientes permite ao doente ter uma melhor compreensão dos seus medicamentos aumentando a sua capacidade de comunicar essas informações aos profissionais de saúde, pois são os doentes a fonte mais fidedigna da sua medicação contribuindo ativa e eficazmente no processo.

Geralmente, os médicos de família, quando os seus doentes recebem alta hospitalar, têm pouca informação acerca do processo que envolveu todo o período de hospitalização. Deste modo, a RT permite a este profissional realizar um tratamento continuado. A RT tem a vantagem de reduzir o tempo e recursos que cada profissional de saúde terá de disponibilizar para analisar as informações dos medicamentos que o doente está a usar. A informação disponibilizada atempadamente é essencial para um tratamento rápido e adequado.

Os medicamentos que foram reconciliados têm por parte dos enfermeiros uma maior confiança e aceitação. A introdução de um processo de RT permite uma melhor utilização dos recursos, quer financeiramente quer das capacidades e tempo dos profissionais de saúde (Medicines reconciliation, 2007).

Por outro lado, a descontinuidade do atendimento ao doente na fase pós-alta hospitalar aumenta os riscos de EM e de readmissão hospitalar. Neste sentido, deveriam ser implementados programas/parcerias para além do hospital, tais como, seguimento ao domicílio, seguimento em farmácias comunitárias, lares para idosos e orfanatos, entre outras organizações. Este atendimento integral e integrado, dentro e fora do hospital, com a participação dos profissionais de saúde, inclusive do farmacêutico, pode evitar que haja

interrupção no cuidado ao doente, promovendo uma melhor qualidade de vida para o próprio e seus familiares.

Bibliografia

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.

AMA. (2007). The physician's role in medication reconciliation - Issues, strategies and safety principles. *American Medical Association*. [Em linha]. Disponível em: < <https://pogoe.org/sites/default/files/Medication%20Reconciliation.pdf> >. [Consultado em 10 de maio de 2021].

Bergkvist, A. *et al.* (2009). Improved quality in the hospital discharge summary reduces medication errors-LIMM: Landskrona Integrated Medicines Management. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 65, pp. 1037-1046.

Campos, G. W. S. e Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), pp. 399-407.

Cassiani, S. H. De B. (2005). A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Rev. bras. enferm.*, 58(1), pp. 95-99.

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.

Coleman, E. A. *et al.* (2006). The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166, pp. 1822-1828.

Cornish, P. L. *et al.* (2005). Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Archives of Internal Medicine*, 165, pp. 424-429.

Cua, Y. M. e Kripalani, S. (2008). Medication use in the transition from hospital to home. *Annals of Academy of Medicine Singapore*, 37, pp. 136-141.

Curatolo, N. e Cudennec, T. (2014). Medication reconciliation in the elderly. *Soins. Gerontologie*, 15(105), pp. 47-48.

Delgado Silveira, E. *et al.* (2009). Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 44(5), pp. 273-279.

DGS. (2016). Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde. Reconciliação da Medicação, Norma 018/2016. 30/12/2016.

DGS. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017. Direção Geral Da Saúde.

Doan, J. *et al.* (2013). Prevalence and Risk of Potential Cytochrome P450 – Mediated Drug-Drug Interactions in Older Hospitalized Patients with Polypharmacy. *Ann Pharmacother*, 47, pp. 324-332.

Domingos, S. (2013). *Discrepâncias Na Medicação E Reconciliação Terapêutica Em Doentes Internados: Uma Avaliação Descritiva*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas. Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa: Lisboa.

Eiras, A. *et al.* (2016). Consumo de medicamentos en mayores de 65 años en Oporto (Portugal) y riesgo de prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados. *Aten Primaria*, 48(2), pp. 110-120.

Ferreira-Iglésias, P. (2013). Reconciliação da medicação: um conceito aplicado ao hospital [Em linha]. Disponível em: < Available from:

<https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/boletim-do-cim/boletim-do-cim-jan-mar-2013/> >. [Consultado em 19 de junho de 2021].

Fick, D. M. *et al.* (2003). Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med.*, 163(22), pp. 2716-2724.

Foster, A. J. *et al.* (2005). Adverse drug events occurring following hospital discharge. *Journal of General Internal Medicine*, 20, pp. 317-323.

Gallagher, P. *et al.* (2008). O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther.*, 46(2), pp. 72-83.

Giovanella, L. *et al.* (2009). Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro*, 14(3), pp.783-794.

Gizzi, L. A. *et al.* (2010). Assessment of a safety enhancement to the hospital medication reconciliation process for elderly patients. *American Journal Geriatric Pharmacotherapy*, 8(2), pp. 127-135.

Gleason, K. M. *et al.* (2004). Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 61(16), pp. 1689-1695.

Glintborg, B.; Andersen, S. E. e Dalhoff, K. (2007). Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. *Quality and Safety Health Care*, 16, pp. 34-39.

Gnjidic, D. *et al.* (2012). Polypharmacy cutoff and outcomes: Five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol*, 65(9), pp. 989-995.

Gokula, M. e Holmes, H. M. (2012). Tools to Reduce Polypharmacy. *Clin Geriatr Med.*, 28(2), pp. 323-341.

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.

Grimes, T. C. *et al.* (2011). Medication details documented on hospital discharge: cross-sectional observational study of factors associated with medication non-reconciliation. *British Journal of Clinical Pharmacology, Oxford*, 7(3), pp. 449-457.

Holt, S.; Schmiedl, S. e Thürmann, P. A. (2010). Potentially Inappropriate Medications in the Elderly: The PRISCUS. *List. Dtsch Arztebl Int.*, 107(31-32), pp. 543-551

Huang, T. T. e Liang, S. H. (2005). A randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due falling. *Journal of Clinical Nursing*, 14, pp. 1193-1201.

Hung, P. L. *et al.* (2019). The impact of a medication reconciliation programme at geriatric hospital admission: A pre-/postintervention study. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 85(11), pp. 2614-2622.

Huynh, C. *et al.* (2013). Medication discrepancies at transitions in pediatrics: A review of the literature. *Pediatric Drugs*, 15(3), pp. 203-215.

Institute for Healthcare Improvement. (2011). *How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events by Implementing Medication Reconciliation*. Institute for Healthcare Improvement: Cambridge.

Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP Canada), (2012). Medication Reconciliation (MedRec), [Em linha]. Disponível em:< <https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/20121101MedRecCanadaENG.pdf> >. [Consultado em 24 de novembro de 2020].

Johnson, A., Guirguis, E. e Grace, Y. (2015). Preventing medication errors in transitions of care: A patient case approach. *Journal of the American Pharmacists Association*, 55(2), pp. e264-276.

Karapinar-Çarklt, F. *et al.* (2019). The effect of a pharmaceutical transitional care program on rehospitalisations in internal medicine patients: An interrupted-time-series study. *BMC Health Services Research*, 19(1), pp. 1-13.

Kerzman, H.; Baron-Epel, O. e Toren, O. (2005). What do discharged patients know about their medication? *Patient Education and Counseling*, 56, pp. 276-282.

Knez, L. *et al.* (2011). The need for medication reconciliation: a cross-sectional observational study in adult patients. *Respiratory medicine*, 105 Suppl., pp. S60-6.

Kripalani, S. *et al.* Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. *Journal of Hospital Medicine*, v. 2, n. 5, p. 314-322, 2007a.

Krishnaswami, A. *et al.* (2019). Geriatric Cardiology Section Leadership Council, American College of Cardiology. Deprescribing in older adults with cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol.*, 73(20), pp. 2584-2595.

Le Couteur, L. *et al.* (2011). Deprescribing. *Austr Prescr.*, 34, pp. 182-185.

Lehnbom, E. C. *et al.* (2014). Impact of medication reconciliation and review on clinical outcomes. *Annals of Pharmacotherapy*, 48(10), pp. 1298-1312.

Liang, B., Alper, E. e Hickner, J. (2007). The physician's role in medication reconciliation - Issues, strategies and safety principles. *American Medical Association*. **[Em linha]**. **Disponível em:** < <https://pogoe.org/sites/default/files/Medication%20Reconciliation.pdf> >. **[Consultado em 10 de maio de 2021]**.

Linton, A. (2007). Examination of Multiple Medication. *Use*, 13(2), pp. 155-162.

Marques L. F. G. e Romano-Lieber, N. S. (2014). *Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar*. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24(2), pp. 401-420.

Marques, L. F. G. (2010). *Alta Hospitalar: Um enfoque farmacêutico*. Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-graduação apresentado ao Instituto Racine como requisito parcial para obtenção de título de especialista em Atenção Farmacêutica. Instituto Racine: São Paulo.

Matias, M. R. (2011). *Reconciliação da Medicação no Pós-operatório da Cirurgia Ortopédica*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas. Universidade da Beira Interior: Covilhã.

Mazhar, F. *et al.* (2017). Medication reconciliation errors in a tertiary care hospital in Saudi Arabia: Admission discrepancies and risk factors. *Pharmacy Practice*, 15(1), pp. 864.

Mekonnen, A. B. *et al.* (2016). Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 6(2), pp. e010003.

Mendes, A. E. M. *et al.* (2016). Medication reconciliation at patient admission: a randomized controlled trial. *Pharm Pract (Granada)*, 14(1), pp. 656-673.

Miasso, A. I. *et al.* (2006). Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Rev. esc. enferm. USP*, 40(4), pp. 524-532.

Michaelsen, M. *et al.* (2015). Medication reconciliation at discharge from hospital: Asystematic review of the quantitative literature. *Pharmacy*, 3(2), pp. 53-71.

Miranda, T. M. M. *et al.* (2012). Intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico na unidade de primeiro atendimento. *Einstein, São Paulo*, 10(1), pp. 74-78.

Mirco, A. *et al.* (2005). Medication errors in internal medicine department. Evaluation of a computerized prescription system, *Pharm World Sci*, 27, pp. 351-352.

Mistiaen, P.; Francke, A. L. e Poot, E. (2012). Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BioMed Central Health Services Research*, 7, pp. 47-66.

O'Connor, M. N.; Gallagher, P. e Omahony, D. (2012). Inappropriate prescribing: Criteria, detection and prevention. *Drugs and Aging*, 29(6), pp. 437-452.

O'Dwyer, M. *et al.* (2016). Factors associated with polypharmacy and excessive polypharmacy in older people with intellectual disability differ from the general population: a cross-sectional observational nationwide study. *BMJ Open*. 6(4), pp. 1-18.

Onder, G. *et al.* (2010). Development and validation of a score to assess risk of adverse drug reactions among in-hospital patients 65 years or older: the GerontoNet ADR risk score. *Archives of internal medicine*, 170(13), pp. 1142-1148.

Page, A. T. *et al.* (2016). Deprescribing in older people. *Maturitas*, 91, pp. 115-134

Pippins, J. R. *et al.* (2008). Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *J Gen Intern Med.*, 23(9), pp. 1414-1422.

Ramos, M. R. de O. (2013). *Informação de Medicamentos e Reconciliação Terapêutica: Impacto para Doentes e Cuidadores Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia Comunitária, Hospitalar e Investigação*. Relatório para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas. Universidade da Beira Interior: Covilhã,

Rantucci, M. J. (2007). *Pharmacists talking with patients: a guide to patient counseling*. 2nd ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Rosa, M. B. e Perini, E. (2003). Erros de medicação: quem foi? *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 49(3), pp. 335-341.

Rozich, J. D. *et al.* (2004). Standardization as a mechanism to improve safety in health care. *Joint Commission journal on quality and safety*, 30(1), pp. 5-14.

Salahudeen, M. S. (2018). Deprescribing medications in older people: a narrative review. *Drugs Today (Barc)*, 54(8), pp. 489-498.

Samsa, G. P. *et al.* (1994). A summated score for the medication appropriateness index: development and assessment of clinimetric properties including content validity. *J Clin Epidemiol*, 47(8), pp. 891-896.

Samuel, M. J. (2015). American Geriatrics Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.*, 63(11), pp. 2227-2246.

Santos, A. P. e Domingos, S. (2013). Reconciliação da medicação: um conceito aplicado ao Hospital. *Boletim Do CIM, ROF106*, pp. 1-2.

Schnipper, J. L. *et al.* (2006). Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. *Arch Intern Med.*, 166(5), pp. 565-571.

Scott, I. A. *et al.* (2015). Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med.*, 175(5), pp. 827-834.

Sgnaolin, V. e Engroff, P. (2019). Desprescrição. *PAJAR*, 7(2), pp. e34609.

Stuffken, R. e Egberts, T. C. G. (2004). Discontinuities in drug use upon hospital discharge. *Pharmacy World & Science*, 26, pp. 268-270.

Tam, V. C. *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.

Turnheim, K. (2003). When drug therapy gets old: Pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. *Exp Gerontol*, 38(8), pp. 843-853.

Unroe, K. T. *et al.* (2010). Inpatient medication reconciliation at admission and discharge: a retrospective cohort study of age and other risk factors for medication discrepancies. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 8, pp. 115-126.

Videira, J. S. T. C. (2017). *O papel do farmacêutico na reconciliação terapêutica após alta hospitalar. Trabalho para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas*. Instituto Superior De Ciências Da saúde Egas Moniz: Almada.

Voss, R. *et al.* (2011). The Care Transitions Intervention: Translating From Efficacy to Effectiveness. *Arch Intern Med.*, 171(14), pp. 1232-1237.