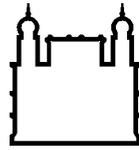


©



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PESQUISA CLÍNICA

AMANDA CAMPOS ARAUJO

**ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA PARA
IMPLANTAÇÃO EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA EM INFECTOLOGIA DO
RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro

2021

AMANDA CAMPOS ARAUJO

**ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA PARA
IMPLANTAÇÃO EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA EM INFECTOLOGIA DO
RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica do
Instituto Nacional de Infectologia Evandro
Chagas, para obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Dra. Lusiele Guaraldo
Coorientador: Dr Thiago Silva Torres

Rio de Janeiro

2021

Araujo, Amanda Campos

Elaboração de protocolo de conciliação medicamentosa para
implantação em uma unidade de referência em infectologia do Rio
de Janeiro/ Amanda Campos Araujo Lopes

Orientadora: Dra. Lusiele Guaraldo / Coorientador: Dr Thiago SilvaTorres.
Rio de Janeiro, 2021

Dissertação (Mestrado Profissional) - Instituto Nacional de Infectologia Evandro
Chagas, Pós-graduação em Pesquisa Clínica.

BIBLIOGRAFIA: Incluir Bibliografias

1. Reconciliação de medicamentos; 2. Segurança do Paciente; 4. Revisão de
literatura; 5. Protocolos clínicos

AMANDA CAMPOS ARAUJO

ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA PARA
IMPLANTAÇÃO EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA EM INFECTOLOGIA DO RIO
DE JANEIRO

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica do
Instituto Nacional de Infectologia Evandro
Chagas, para obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Dra. Lusiele Guaraldo
Co-Orientador: Dr. Thiago Silva Torres

Aprovada em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Mayumi Duarte Wakimoto
Doutora em Saúde Pública
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - Fiocruz

Profa. Dra. Guacira Correia Matos
Doutora em Saúde Pública
Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Graciele Oroski Paes
Doutora em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Luana Monteiro Spíndola Marins
Doutora em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - Fiocruz

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus. A Ele toda honra e toda glória, agora e sempre.

À minha filha Letícia por tanto amor. Sabemos que este trabalho foi fruto de muita dedicação. Quero que siga os caminhos dos estudos e que nunca desista de lutar pelos seus sonhos.

Aos meus pais pelo incentivo, torcida e pelo amor incondicional. Sempre ensinando que a busca pelo conhecimento é o melhor caminho para conquistas e vitórias. Aos meus irmãos pelo apoio. As minhas sobrinhas queridas e ao meu afilhado pelos ensinamentos da vida.

À minha orientadora Dra. Lusiele Guaraldo. Um exemplo de orientadora, educadora e pessoa. Uma pessoa incrível, paciente e amável. Agradeço a Deus todos os dias pela sua vida. Agradeço por ter me aceitado, por me ensinar tanto e acreditar em mim e no nosso trabalho durante todo o período; mesmo em meio a tantas mudanças. Sempre com uma palavra de ensinamento e de conforto. Agradeço imensamente pela amizade que levarei para a vida.

Ao meu Coorientador Dr. Thiago Torres. Obrigada pelo apoio. Sempre disponível, trazendo soluções e ideias para o projeto e para a vida. Obrigada por me incentivar e por acreditar em mim.

A professora e Chefe do Serviço de Vigilância Epidemiológica, Dra Mayumi Duarte Wakimoto, que se prontificou a participar de todos os seminários de avaliação propostos pela Coordenação de Ensino do curso de Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica e contribuiu imensamente com sugestões desse projeto.

Aos estimados amigos e colegas do Núcleo de Segurança do Paciente do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas INI-Fiocruz pela amizade e apoio. Agradeço à Sheila Rocha, por acreditar no meu trabalho, oferecendo a oportunidade de aprender. É muito bom participar das sugestões de melhorias e dos processos assistenciais relacionadas à Segurança do Paciente.

Aos amigos e colegas do Laboratório de Pesquisa Clínica Lapclin AIDS. Agradeço todos os dias a oportunidade de ter vivido os desafios da Pesquisa Clínica. Agradeço especialmente a Luana Monteiro Spíndola Marins pelas palavras de incentivo durante minha trajetória e a Valeria Teixeira Ribeiro pelo apoio.

Aos estimados amigos e colegas do Hospital Barra D'Or. Agradeço todos os ensinamentos adquiridos durante os anos que trabalhei como farmacêutica clínica. Agradeço aos farmacêuticos, aos amigos e parceiros do CTI Pós-operatório e as coordenadoras Dra. Maria Chiara e Dra. Anna Butter que foram grandes incentivadoras no início desta caminhada.

Agradeço aos coordenadores, professores, secretaria, e aos colegas de classe do Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica 2019 – 2021. Sempre muito parceiros. Obrigada pelas contribuições na execução do trabalho, nos seminários, nas aulas, sempre compartilhando seus saberes e experiências.

Agradeço a todos que participaram diretamente e indiretamente para a minha formação e para a realização deste trabalho.

Agradeço aos pacientes, verdadeiro motivo da realização desse estudo. Obrigada por me permitirem sondar suas vidas. É para vocês que dedico essa honrosa missão farmacêutica.

“Caminhante, não há caminho, o caminho se faz ao caminhar”

Antônio Machado

Dedico esse trabalho aos pacientes do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), verdadeiro motivo da realização do estudo.

Obrigada

Araujo, Amanda. Elaboração de protocolo de conciliação medicamentosa para implantação em uma unidade de referência em infectologia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2021. Dissertação [Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica] – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas.

Resumo

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde a Conciliação Medicamentosa (CM) é um processo em que os profissionais de saúde e os pacientes trabalham em conjunto para garantir a transferência de informações precisas e completas sobre os medicamentos do paciente nas transições dos cuidados do cuidado. É um processo importante para a segurança do paciente, quanto à efetividade dos tratamentos e à prevenção de eventos adversos a medicamentos.

Justificativa: As evidências atuais mostram que os eventos adversos a medicamentos ocorrem em um ritmo alarmante em todos os setores da assistência à saúde. Com o intuito de mitigar os danos a pacientes nas transições de cuidado, a CM vem sendo implementada em instituições de cuidados agudos e de longo prazo em todo o mundo. Embora simples em conceito, a CM é complexa para ser implementada de forma fidedigna. O Instituto Nacional de Infectologia (INI-Fiocruz) não possui ainda um protocolo de CM implantado, elemento essencial para um ambiente seguro para os pacientes.

Objetivos: Elaborar, com base na literatura nacional e internacional um Protocolo de CM para o INI-Fiocruz, unidade de referência em pesquisa e assistência em doenças infecciosas do Rio de Janeiro. **Metodologia:** Numa primeira etapa, foi realizada revisão integrativa sobre implantação do processo de CM em unidades hospitalares foi revisada através de busca sistemática nas bases Medline, Lilacs, IBECs, CUMED, por publicações a partir de 2004. Os métodos identificados nos estudos foram descritos, assim como os principais resultados quanto à efetividade nos cenários/populações estudados. Na segunda etapa, foi elaborado um protocolo de CM, considerando as recomendações dos documentos de qualidade da Organização Nacional de Acreditação (ONA) da JCAHO e do ISMP bem como as principais evidências sistematizadas na revisão de literatura.

Resultados: Foram selecionados 28 estudos publicados há menos de 11 anos que descreveram a implantação da CM em unidades hospitalares, desenvolvidos em países como EUA, Espanha, Irlanda, França, Holanda, Dinamarca, Noruega e Japão. Quanto ao desenho dos estudos, 46,4% são experimentais, dentre os quais 32,1% são ensaios clínicos randomizados e controlados e 17,8% são descrições dos protocolos de ensaios clínicos. Os resultados apontam que as discrepâncias intencionais não documentadas foram identificadas, sendo a omissão a discrepância não intencional mais identificada. O Protocolo elaborado consiste em três etapas, contém três formulários de coleta e dois formulários para a orientações aos profissionais. **Conclusão:** A maioria dos estudos selecionados na revisão da literatura segue as diretrizes da OMS e de Agências Nacionais e Internacionais de Qualidade, com algumas adaptações, sem, contudo, apresentar especificidades para o cenário das doenças infecciosas. A elaboração de uma abordagem multifacetada cuidadosamente projetada para avaliação medicamentosa dos pacientes do INI-Fiocruz nas transições de cuidado é desafiadora, porém o protocolo aqui proposto pode contribuir para otimizar o cuidado seguro do paciente na instituição.

Palavras-Chave: Reconciliação de Medicamentos; Revisão de literatura; Protocolos clínicos, Segurança do Paciente.

Araujo, Amanda. Elaboration of a drug reconciliation protocol for implantation in a reference unit in infectology in Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2021. Dissertation [Professional master's in clinical research] - National Institute of Infectious Diseases Evandro Chagas.

Abstract

Introduction: According to the World Health Organization, Medication Reconciliation (MR) is the formal process in which health professionals partner with patients to ensure accurate and complete medication information transfer at interfaces of care. It is an important process for patient safety in preventing adverse drug events. Rationale: Current evidence shows that adverse drug events occur at an alarming rate in all sectors of health care. In order to mitigate harm to patients in care transitions, MR has been implemented in acute and long-term care institutions around the world. Although simple in concept, MR is complex to be reliably implemented. The National Institute of Infectious Diseases (INI-Fiocruz) does not have an MR protocol yet, an essential element for a safe environment for patients. Objectives: To develop, a MR Protocol for INI-Fiocruz, a reference unit in research and assistance in infectious diseases in Rio de Janeiro. Methodology: In a first step, an integrative review was conducted on the implantation of the MR process in hospital units was reviewed through a systematic search in the Medline, Lilacs, IBECs, CUMED databases, for publications from 2004. The methods identified in the studies were described, as well as the main results regarding methods effectiveness in the studied scenarios / populations. In the second step a MR protocol was elaborated, considering the recommendations of the quality documents of the National Accreditation Organization (ONA) of JCAHO and ISMP as well as the main evidences systematized in the literature review. Results: We selected 28 studies published less than 11 years ago that described the implantation of MR in hospital units, developed in countries such as the USA, Spain, Ireland, France, Holland, Denmark, Norway and Japan, 46. Four are experimental, among which 32.1% are randomized controlled clinical trials and 17.8% are descriptions of clinical trial protocols. The results show that intentional undocumented discrepancies were identified, with omission being the most unintentional discrepancy identified. The developed Protocol consists of three stages, containing three data collection forms and two instruction guides to professionals. Conclusion: Most of the studies selected in the literature review follow the guidelines of the WHO and National and International Quality Agencies, with some adaptations, without, however, showing specificities for the infectious disease scenario. The elaboration of a carefully designed multifaceted approach for drug assessment of INI-Fiocruz patients in care transitions is challenging, however the protocol proposed here can contribute to optimize safe patient care in the institution.

Key words: Drug Reconciliation; Literature review; Clinical protocols, Patient Safety.

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo do queijo suíço de James Reason.....	15
Figura 2 - Fluxograma da busca sistemática e seleção dos artigos sobre métodos em Conciliação Medicamentosa (CM).	35
Figura 3 - Fluxograma do Processo de Conciliação Medicamentosa na Admissão Hospitalar	63
Figura 4 - Fluxograma do Processo de Conciliação Medicamentosa nas transferências intra hospitalares.....	66
Figura 5 - Fluxograma do Processo de Conciliação Medicamentosa na Alta Hospitalar	69

Lista de Quadros

Quadro 1 - Equação de busca de estudos sobre Conciliação Medicamentosa utilizada na base de dados Medline (interface PUBMED)	33
Quadro 2 - Equação de busca de estudos sobre Conciliação Medicamentosa utilizada na base de dados Lilacs, IBECs e CUMED (interface BVS).....	33
Quadro 3 - Características do Melhor Histórico medicamentoso Possível.....	57
Quadro 4 - Fontes iniciais de informação sobre medicamentos	58

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estudos sobre Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020	39
Tabela 2 - Resultados dos Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020	53

Lista de abreviações

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CM	Conciliação Medicamentosa
COVID	Coronavírus
DIP	Doenças Infecciosas Pediátricas
EA	Eventos Adversos
EAM	Eventos Adversos a Medicamentosos
EM	Erros de medicação
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IHI	<i>Institute of Healthcare Improvement</i>
INI	Instituto Nacional de Infectologia
IOM	Institute of Medicine
IPEC	Instituto de Pesquisa Evandro Chagas
ISMP	<i>Institute of Safe Medication Practices</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
MCPME	<i>Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors</i>
MHMAP	Melhor Histórico Medicamentoso de Alta Possível
MHMP	Melhor Histórico Medicamentoso Possível
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PMA	Plano Medicamentoso de Admissão
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PRMs	Problemas Relacionados a Medicamentos
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RAM	Reação Adversa a Medicamento
RRA	Razão de Risco Ajustada
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SP	Segurança do Paciente
TI	Tecnologia de Informação
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Segurança do Paciente.....	14
1.2	Eventos Adversos a Medicamentos e Erros de Medicação	17
1.3	Conciliação Medicamentosa.....	19
1.3.1	Conceitos e Contexto	19
1.3.2	Estratégias e Importância da Conciliação Medicamentosa	22
1.4	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas	27
2	JUSTIFICATIVA.....	29
3	OBJETIVOS	31
3.1	Objetivo Geral	31
3.2	Objetivos Específicos	31
4	METODOLOGIA.....	32
4.1	Revisão Integrativa da Literatura.....	32
4.2	Estruturação do Protocolo de Conciliação Medicamentosa	33
5	RESULTADOS	35
5.1	Revisão Integrativa.....	35
5.2	Protocolo de Conciliação Medicamentosa.....	56
5.2.1	Elaboração do Melhor Histórico Medicamentoso Possível	56
5.2.2	Conciliação Medicamentosa, documentação e comunicação.....	60
6	DISCUSSÃO.....	71
7	CONCLUSÃO.....	79
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
	Apêndice 1 – Formulário de Registro do Melhor Histórico Medicamentoso Possível.....	89
	Apêndice 2 – Orientações para a obtenção do MHMP	90
	Apêndice 3 – Formulário de transferência interna do paciente até reavaliação de 24h.....	92
	Apêndice 4 – Formulário medicamentoso de alta hospitalar / 24h	93
	Apêndice 5 - Orientações para a obtenção Plano Medicamentoso de Alta Possível.....	94
	Apêndice 6: Protocolo de Conciliação Medicamentosa	96

1 INTRODUÇÃO

1.1 Segurança do Paciente

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Segurança do Paciente (SP) como a “redução do risco de danos, a um mínimo aceitável associado ao atendimento em saúde”. É um tema de interesse dos pacientes e seus cuidadores, profissionais e instituições de saúde, instituições de ensino e pesquisa, organizações governamentais e não governamentais (WHO, 2009).

Um Evento Adverso (EA) é definido como um “*um dano relacionado ao tratamento do paciente devido a complicações da doença*” (WHO, 2005). Os EA prolongam o tempo de permanência do paciente nos hospitais ou resultam em uma incapacidade permanente no momento da alta (WHO, 2009).

Preocupações relacionadas à SP surgiram desde a década de 1999 com a divulgação do relatório do *Institute of Medicine (IOM)*, intitulado “*To Err is Human*”. A partir deste documento, o tema sobre SP ganhou relevância e o relatório baseou-se na avaliação da incidência de EA em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas nos Estados Unidos da América (EUA), onde os autores relataram a morte de 44.000 a 98.000 americanos resultantes de incidentes que eram, em grande parte, evitáveis (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000).

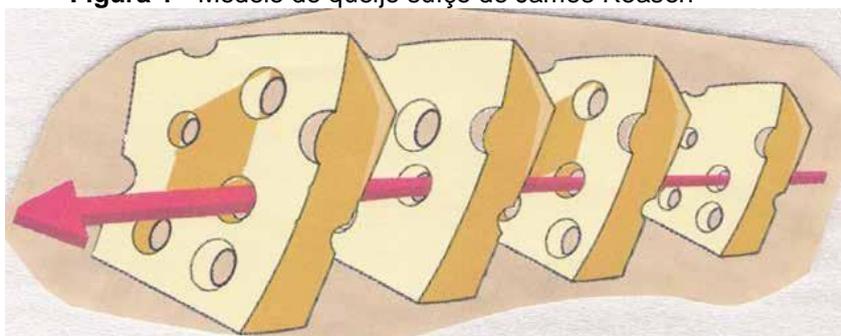
A ideia de que o profissional da saúde não erra, está disseminada na sociedade e entre os próprios profissionais da saúde. Desde a formação, tem-se a errada noção de que os “bons profissionais da saúde não erram”, ou de que “basta ter atenção que não há erro”, poucos se dão conta que errar é humano. Os serviços de saúde devem-se organizar considerando que os profissionais vão errar em algum momento durante o cuidado, então cabe ao sistema criar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente (BRASIL, 2014a).

Reason et al; (2000) propôs um modelo sobre os erros organizacionais, que é aplicável aos serviços de saúde e que podem ocorrer dentro dos sistemas de saúde conhecido como “o modelo do queijo suíço” (Figura 1). As fatias do queijo suíço representam as barreiras de segurança dos processos assistenciais, e os furos indicam as falhas nas barreiras. O vetor representa os erros nos processos de cuidados que não encontraram barreiras. Quando os furos em várias camadas se

alinham, permitem a ocorrência de um erro que pode atingir o paciente. Uma série de falhas em um processo pode e causar um EA.

A premissa básica na abordagem desse sistema é que os seres humanos são falíveis e erros são esperados, mesmo nas melhores organizações. Erros são vistos como consequências e não como causas. As contrapartidas baseiam-se na hipótese de que, embora não possamos mudar a condição humana, podemos mudar as condições sob as quais os humanos trabalham. Quando ocorre um EA, a questão importante não foi quem errou, mas como e por que as defesas falharam. Erros de medicação (EM), um dos erros médicos mais frequentes, estavam entre as principais questões examinadas neste relatório (REASON, 2000).

Figura 1 - Modelo do queijo suíço de James Reason



Fonte: Imagem extraída da página 17 do Documento de Referência para o Programa Nacional de SP (ANVISA, 2013)

Houve uma mudança na forma de prestação de cuidados, com o avanço dos conhecimentos científicos. “O cuidado à saúde, que antes era simples, menos efetivo e relativamente seguro, passou a ser mais complexo, mais efetivo, porém potencialmente perigoso” (CHANTLER, 1999).

Há um interesse crescente pela qualidade nos serviços, especialmente na área da saúde. Usuários, gestores e profissionais de saúde costumam se importar com a qualidade dos seus serviços. Os usuários estão cada vez mais educados, informados e participativos, exigindo qualidade. Os gestores preocupam-se com a melhor utilização dos seus recursos e sabem que fazer as coisas bem, entre outros benefícios, diminui os custos. Os profissionais de saúde preocupam-se com a qualidade devido ao compromisso ético intrínseco a esta área (ANVISA, 2013).

Em maio de 2002, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a resolução 55.18, “Qualidade da atenção: Segurança do Paciente”, que solicitava urgência aos

Estados-membros da OMS em relação ao problema da SP. A fim de nortear as ações seria necessário maior conhecimento sobre o problema (WHO, 2004).

A partir de então, o tema sobre a SP permeou vários países e instituições preocupadas com as melhorias dos processos em saúde, como por exemplo o *Institute of Healthcare Improvement (IHI)*, *Institute of Safe Medication Practices (ISMP)* e a *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, nos EUA (ANVISA, 2013).

Em 2004, durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, a OMS criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, atualmente caracterizada como Programa de Segurança do Paciente, com o objetivo de organizar os conceitos e as definições sobre SP e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os EAs (WHO, 2004).

A partir de então, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) incorporou ao seu escopo de atuação as ações previstas na Aliança, da qual o Brasil faz parte, inclusive promovendo as campanhas globais: “Uma Assistência Limpa é uma Assistência Mais Segura” (ANVISA, 2015).

A formulação de políticas sobre SP teve início com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa nº. 63 de 2011 sobre Boas Práticas de Funcionamento em serviços de saúde que incluem o Gerenciamento da Qualidade e Ações para a Segurança do Paciente (BRASIL, 2011).

Entretanto, o marco do tema no Brasil, foi o lançamento oficial do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da publicação da Portaria GM 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013a).

Essa portaria estabeleceu protocolos básicos para a qualificação dos cuidados, definidos pela OMS, que deviam ser elaborados e implantados em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Foi elaborado um plano para a implementação dos Núcleos de Segurança do Paciente em estabelecimentos de saúde que têm por objetivo medir e aumentar a cultura da segurança existente no serviço de Saúde (ANVISA, 2013).

No sentido de regulamentar as ações sobre SP, atendendo aos objetivos do PNSP, foi publicada pela ANVISA a RDC nº 36 ainda em 2013. A RDC incorpora os conceitos de gestão de risco e traz a obrigatoriedade da criação do NSP nos serviços de saúde, além da notificação, vigilância e monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde (BRASIL, 2013b).

Para organizar as ações de forma a operacionalizar a vigilância e o monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde, promovendo a melhoria da qualidade e SP, foi publicado pela ANVISA, em 2015, o “Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente” (ANVISA, 2015).

Além disso, existem iniciativas específicas sobre esse tema. Em 2001 a ANVISA lançou o programa “Rede Sentinela” que é uma estratégia que tem por objetivo ser um observatório ativo do desempenho e segurança de produtos em saúde regularmente usados no Brasil. Este programa atua sob três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde. Os hospitais participantes deste projeto criaram uma estrutura responsável por fazer a busca, a identificação e a notificação dos eventos adversos e das queixas técnicas (desvios de qualidade), ligadas aos produtos sob vigilância sanitária, além do desenvolvimento do eixo “uso racional de medicamentos” (BRASIL, 2014b).

Em março de 2017, a OMS lançou uma iniciativa global para a redução em 50% os danos graves e evitáveis associados a medicamentos em todos os países nos próximos cinco anos. O objetivo foi abordar as fragilidades nos sistemas de saúde que levam a Erros de Medicação e os danos graves que podem causar. Essa iniciativa estabelece maneiras de melhorar a forma como os medicamentos deverão ser prescritos, distribuídos e consumidos, bem como o aumento da conscientização entre os pacientes sobre os riscos associados ao uso indevido de medicamentos (WHO, 2017).

1.2 Eventos Adversos a Medicamentos e Erros de Medicação

Um Evento Adversos a Medicamentos (EAM) é “qualquer ocorrência negativa ou prejudicial que ocorra durante um tratamento, que pode ou não estar associada a um medicamento”. danos causados pelo uso de um ou mais medicamentos com finalidade terapêutica, abrangendo, portanto, reações adversas e erros de medicação. (WHO, 2004). Os EAM figuram entre as principais causas de lesões e morte nos sistemas de saúde em todo o mundo. Muitos desses eventos ocorrem como resultado de uma má comunicação entre profissionais de saúde e entre profissionais de saúde e pacientes e / ou cuidadores quando o cuidado é transferido, como por exemplo

quando os pacientes são admitidos no hospital, se deslocam entre setores e recebem alta (WHO et al., 2014).

Segundo a OMS et al; (2016), Erros de Medicação (EM) podem ser definidos como:

Quaisquer eventos evitáveis que possam ser causados pelo uso inadequado de medicamentos ou que causem danos ao paciente enquanto o medicamento está sob controle de um profissional de saúde, paciente ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, produtos de saúde, procedimentos e sistemas, incluindo prescrição, comunicação de pedido, rotulagem de produto, embalagem e nomenclatura, composição, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso.

Os EM nem sempre geram dano ao paciente, porém quando geram, estão entre as principais causas de morbidade, com consequências clínicas e econômicas para os pacientes e para a sociedade e representam um importante problema de saúde pública (BELDA-RUSTARAZO et al., 2015).

Estima-se que cerca de metade dos EM no ambiente hospitalar ocorra na admissão ou alta e cerca de 30% destes têm o potencial de causar danos ao paciente. Eles podem ocorrer em diferentes processos tais como: na obtenção do histórico de medicação do paciente, durante o registro dos medicamentos no prontuário médico, durante a prescrição dos medicamentos na admissão, na transferência para outra enfermaria e na alta (WHO et al., 2014).

As falhas na comunicação e registro dos medicamentos utilizados por um paciente podem gerar discrepâncias medicamentosas. Uma discrepância medicamentosa é a diferença entre o que o paciente está realmente tomando versus as informações obtidas de outras fontes (CANADA, 2017).

As discrepâncias entre as histórias medicamentosas obtidas pelo médico na admissão e os históricos de medicamentos não são necessariamente erros. Algumas podem ser ajustes terapêuticos intencionais dos medicamentos usuais do paciente pelo médico responsável pelo tratamento. Os médicos podem optar por interromper um medicamento específico ou ajustar sua dose. Portanto, em uma análise documental é importante buscar evidências de discussões com médicos para distinguir discrepâncias intencionais de não intencionais (TAM et al., 2005).

As discrepâncias medicamentosas não intencionais, isto é, diferenças inexplicáveis nos regimes de medicação documentados em diferentes locais de

atendimento representam riscos comuns enfrentados pelos pacientes hospitalizados. Estudos demonstraram que mais de 50% dos pacientes internados apresentaram pelo menos uma discrepância entre a lista de medicamentos tomados em casa e aqueles prescritos na admissão. Essas discrepâncias, caracterizadas como EM, podem causar danos ao paciente e prolongar a hospitalização (SHN, 2010).

Histórias de medicação errôneas podem levar à interrupção da terapia, reinício de medicamentos descontinuados, terapia inadequada e falha na detecção de um problema relacionado ao medicamento. Durante a internação hospitalar os pacientes são expostos a um risco aumentado de suspensão de medicamentos crônicos, o que podem ter consequências graves para o paciente durante a internação ou após a alta hospitalar (WHO et al., 2014).

Os EM também podem ocorrer no momento da alta hospitalar e como resultado de discrepâncias medicamentosas ou instruções inadequadas sobre os medicamentos, como omissões, duplicações, erros de dosagem ou interações medicamentosas. A confusão sobre regimes de medicamentos é a principal fonte de EM no hospital e pós-alta hospitalar (KATOUE; KER, 2018).

Quanto maior o número de medicamentos prescritos, maior a probabilidade de prescrição de um medicamento associado a danos, também denominado como Medicamento Potencialmente Inapropriado (FRIED et al., 2017)

Portanto, em pacientes caracterizados como polimedicados, há maior risco de interações medicamentosas e discrepâncias entre as listas de medicamentos sendo a padronização de processos para documentação das listas de medicamentos um elemento-chave para a SP (KERN et al., 2017).

1.3 Conciliação Medicamentosa

1.3.1 Conceitos e Contexto

Segundo a OMS, a Conciliação Medicamentosa (CM) é um processo formal em que os profissionais de saúde e os pacientes trabalham em conjunto para garantir a transferência de informações precisas e completas sobre os medicamentos usuais de um paciente nas interfaces de atendimento. Em 2014, a OMS nomeou a CM como uma das cinco principais áreas de alto risco para padronização de processos em prol da SP (WHO et al., 2014).

Para implementar um processo de CM bem-sucedido, todos os envolvidos precisam ter o seu papel bem definido nas suas etapas. Para apoiar este processo, ferramentas específicas precisam ser desenvolvidas para ajudar na coleta das informações relevantes por todos os profissionais de saúde em um único formulário na admissão e por médicos em um formulário de prescrição na alta (BÉDARD et al., 2011).

A CM é um processo de responsabilidade compartilhada no qual os profissionais de saúde trabalham em conjunto com pacientes e cuidadores para a obtenção e verificação de uma lista dos medicamentos em uso pelo o paciente; esta lista deve ser completa e precisa incluindo dosagem e posologia (IHI, 2008).

Em 2005, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* definiu a CM um objetivo da segurança do paciente, enfatizando que os pontos de transição na prestação de cuidados são propensos a falhas de comunicação e podem consistir numa fonte comum de erros no uso de medicamentos (DOLIN; GIANNONE; SCHADOW, 2007)

O Processo de CM é um componente importante para a SP e demonstrou efetividade na prevenção de EAM. Quando as organizações não conciliam consistentemente e de forma confiável os medicamentos do paciente ao longo do atendimento, podem ocorrer EAM. Aproximadamente metade de todos os EM relacionados ao hospital e 20% de todos os EAM foram atribuídos à má comunicação nas transições e interfaces do cuidado (ASHP REPORTS, 2013).

Para execução da CM:

- 1- Dever existir um processo para comparar o medicamento atual de um paciente com os medicamentos prescritos para esse mesmo paciente enquanto este estivesse sob os cuidados da instituição de saúde;
- 2- Deve ser comunicada ao próximo fornecedor de cuidados de saúde dentro ou fora da organização uma lista completa dos medicamentos do paciente, assim como fornecida aos próprios pacientes no momento da alta (GREENWALD et al., 2010).

O processo específico de CM irá depender do contexto dos cuidados, contudo, deve ser adequado ao local de cuidados e a cada local em particular. A CM é um processo contínuo, dinâmico e constitui um componente necessário para a gestão segura de medicamentos. O processo inicia com a prescrição do medicamento certo para a indicação correta e contínua com a revisão regular dos medicamentos para a

sua efetividade e segurança, isto é, a gestão do medicamento padrão (SCHWARTZBERG; 2007).

Os detalhes do processo variam de acordo com a configuração e a disponibilidade de registros médicos em papel ou eletrônicos. No entanto, os passos essenciais permanecem os mesmos, assim como a necessidade de realizar a CM a cada vez que o paciente é transferido para um novo ambiente ou nível de atendimento (GREENWALD et al., 2010)

Muitas organizações incluem diferentes processos e tarefas na definição de CM. A maioria das organizações preconiza que uma CM inclui um Melhor Histórico Medicamentoso Possível (MHMP) que é conciliado com os medicamentos prescritos. Um MHMP é diferente de um histórico rotineiro de medicamentos, pois geralmente requer que pelo menos duas fontes independentes sejam obtidas e verificadas (por exemplo, registros dos pacientes de atendimento dos profissionais de saúde que fazem o acompanhamento em nível ambulatorial na linha dos cuidados) (PENM; VAILLANCOURT; POULIOT, 2019).

O MHMP possibilita a segurança do gerenciamento de medicamentos. Consiste primeiramente, em estabelecer o melhor regime de tratamento possível incluindo nome completo do medicamento, dosagem, posologia e frequência de uso com um processo sistemático de entrevista com o paciente e avaliação otimizada de medicamentos. Por isso, o envolvimento do paciente é fundamental neste processo. (DRANCOURT et al., 2016)

O MHMP é constituído de medicamentos prescritos, medicamentos não prescritos, vitaminas, produtos naturais para a saúde ou outras drogas uma vez que estas substâncias são potencialmente causadoras de interações medicamentosas importantes. Em geral, produtos sanguíneos, gases medicinais, suplementos nutricionais e soluções intravenosas são excluídos do MHMP (ISPM; CPSI ICSP; SHN, 2011).

Na prática, a CM requer uma revisão criteriosa e abrangente de todos os medicamentos que o paciente está utilizando para garantir que os medicamentos adicionados, alterados ou descontinuados sejam cuidadosamente avaliados. Sua função é garantir que os medicamentos não sejam adicionados, omitidos ou alterados inadvertidamente durante as transições de cuidados (GREENWALD et al., 2010).

Um processo de análise é conduzido para resolver as diferenças terapêuticas entre a lista obtida e as necessidades terapêuticas. As discrepâncias identificadas são então documentadas e discutidas com o prescritor. Mudanças recomendadas para terapia são fornecidas, com uma lista atual e precisa de medicamentos (HAMMOUR; FARHA; BASHETI, 2016).

Embora simples em conceito é de implementação complexa e demanda recursos para uma padronização confiável, portanto recomenda-se uma implementação faseada. Ao testar a implementação, de preferência começando na admissão, as organizações podem garantir que o processo funcione de maneira confiável antes de programá-lo em todas as interfaces de atendimento (WHO, 2014).

Esse processo foi avaliado e refinado durante as últimas décadas através dos esforços de vários grupos focados na segurança de medicamentos. Médicos, enfermeiros e farmacêuticos geralmente estão envolvidos com diferentes funções no processo do cuidado o que pode dificultar a percepção sobre a importância do cumprimento deste processo em um ambiente de trabalho tão desafiador (AL-HASHAR et al., 2017).

1.3.2 Estratégias e Importância da Conciliação Medicamentosa

De acordo com o a OMS (2014), 77% dos históricos de medicamentos de pacientes apresentam um ou mais erros sendo que de 15 até 46% desses erros, ocorrem durante a prescrição na admissão ou alta do paciente. As estimativas de custo da Europa e América do Norte apontaram que o uso excessivo, subutilizado e inadequado de medicamentos custa bilhões de dólares. No entanto, poucos trabalhos vêm sendo realizados para entender e resolver esse problema.

No relatório do *Institute of Healthcare Improvement - IHI; (2011)*, um processo de CM planejado apresenta elementos fundamentais tais como:

- Usar uma abordagem centrada no paciente;
- Facilitar a condução do processo para os envolvidos de modo que os membros da equipe reconheçam o seu papel no processo de CM;
- Minimizar a oportunidade de interações medicamentosas e duplicações terapêuticas ao disponibilizar a lista de medicamentos atuais do paciente quando os médicos prescrevem novos medicamentos;
- Fornecer ao paciente uma lista atualizada de medicamentos;

- Garantir que outras instituições de saúde ou profissionais de saúde tenham informações sobre mudanças no plano de medicação de um paciente.

A coleta de uma lista de medicamentos de um paciente faz parte de um bom atendimento. Desenvolver os formulários e o sistema para garantir que o processo seja concluído de forma confiável a cada vez requer algum tempo. Se os medicamentos de uso prévio forem alterados ou descontinuados, é necessário fazer modificações nessa lista e comunicar essas informações ao paciente e aos outros profissionais que darão seguimento ao tratamento. A longo prazo, no entanto, a CM economiza tempo e retrabalho ao longo da internação hospitalar de um paciente (IHI, 2011).

Para pacientes hospitalizados, cada vez que o paciente se desloca de um setor para outro, a equipe deve revisar os pedidos de medicamentos prévios ao lado de novos pedidos e planos de cuidados e registrar qualquer diferença. O mesmo deve acontecer quando o paciente percorre a linha dos cuidados assistências entre diferentes instituições ou em transferência do hospital para casa (IHI 2008).

Histórias precisas do uso de medicamentos no momento da admissão hospitalar são importantes para o uso seguro de medicamentos. O MHMP é um histórico de medicamentos obtido por um clínico, que inclui um histórico completo de todo o uso regular de medicamentos (prescritos e não prescritos), usando diversas fontes de informação. Ele é a base do processo de CM. Estudos comprovam que a maioria das discrepâncias não intencionais pode levar a EM originados na obtenção de histórias de medicação dos pacientes (ISPM; SHN; CPSI ICSP, 2015).

Erros de prescrição hospitalar são atribuíveis a MHMP incompletos. Um estudo importante de revisão sistemática da literatura descreveu a frequência, tipo e importância clínica de erros no histórico de medicação na admissão hospitalar. Os pesquisadores avaliaram artigos publicados de 1966 a abril de 2005 e reviram os estudos publicados com resultados quantitativos que compararam as histórias de medicação por prescrição obtidas por médicos no momento da admissão hospitalar com históricos abrangentes de medicação. Foram identificados 22 estudos envolvendo um total de 3755 pacientes (TAM et al., 2005). Os resultados corroboram a importância da história admissão precisa de medicamentos no momento da admissão hospitalar para a SP.

- Cerca de 30% de todos os erros de prescrição foram atribuídos a histórias de medicação incompletas no momento da admissão.
- Entre 10% e 67% das prescrições apresentaram pelo menos um erro de prescrição relacionado à história da medicação. Quando medicamentos isentos de prescrição foram incluídos, a frequência de erros subiu para 27% a 83%; quando informações sobre alergias a medicamentos e prévias reações adversas a medicamentos foram adicionadas, a frequência foi de 34% a 95% dos pacientes com pelo menos um erro.
- Entre 10% e 61% das prescrições tiveram pelo menos um erro de omissão, ou seja, medicamentos utilizados anteriormente pelo paciente não foram reintroduzidos, apesar de necessários.
- Entre 11% e 59% dos erros de história de medicação eram clinicamente importantes.

Um estudo multicêntrico financiado pela *Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ)* em Melhoria da Qualidade da Conciliação Medicamentosa, avaliou o efeito das discrepâncias medicamentosas não intencionais potencialmente prejudiciais e estabelecem barreiras e facilitadores para a implementação bem-sucedida da conciliação em seis hospitais dos EUA. A maioria das discrepâncias ocorreu devido a erros de histórico medicamentoso e erros de conciliação. Os ensinamentos durante a implementação proporcionaram um grande impacto na segurança no uso dos medicamentos durante as transições nos cuidados nos hospitais (SALANITRO et al., 2013).

A CM possibilita a segurança do gerenciamento de medicamentos, reduzindo o risco de omissão e adição nas prescrições. Os esforços para a melhoria da qualidade exigem um envolvimento multiprofissional e a compreensão dos fluxos de trabalho. Um protocolo padronizado, designando o papel de cada profissional na obtenção de históricos de medicação e documentado é importante para o sucesso do processo. Quando isso não ocorre, há o risco de ocorrer erros como a não obtenção de um histórico de medicação suficientemente abrangente (PEVNICK; SHANE; SCHNIPPER, 2016).

Segundo Greenwald (2010), a CM deve ser realizada durante as transições de cuidados e deve ser realizada nos seguintes momentos:

- **Admissão:** quando os médicos conciliam os medicamentos tomados pelo paciente em casa ou em um ambiente de cuidados prévios com novos pedidos de medicamentos prescritos no momento da admissão;
- **Transferência (mudança de cuidados clínicos ou local de atendimento):** quando os médicos revisam se os pedidos medicamentosos anteriores estão de acordo com estado clínico do paciente, juntamente com a necessidade de novos pedidos ou planos medicamentosos;
- **Alta:** quando os médicos revêem todos os medicamentos que o paciente estava utilizando antes da hospitalização, incorporando novas prescrições durante a hospitalização e determinando se algum medicamento deve ser adicionado, descontinuado ou modificado, e os intercâmbios terapêuticos necessários.

1.3.3 As etapas do processo de Conciliação Medicamentosa

De acordo com a OMS (2014), o processo deve ser cumprido em quatro etapas:

- **1º Obtenção do Melhor Histórico Medicamentoso Possível:** Elaborar uma lista abrangente dos medicamentos que o paciente está utilizando ao entrevistar pacientes e / ou cuidador
- **2º Verificação quanto à acurácia do Melhor Histórico Medicamentoso Possível:** Confirmar precisão do histórico; verificar com uma ou mais fontes de informação;
- **3º Conciliação do Melhor Histórico Medicamentoso Possível com Plano Terapêutico:** Conciliar o MHMP com medicamentos prescritos na admissão pela comparação do MHMP com os medicamentos necessários no momento; resolver as discrepâncias com alterações do esquema medicamentoso pelo prescritor;
- **4º Documentação e Comunicação sobre os medicamentos prescritos:** Documentar as alterações realizadas. Fornecer informações precisas sobre medicamentos ao médico, paciente ou prestador de cuidados. Quando os cuidados são transferidos, incluir lista de medicamentos atuais,

motivos para alterações. Informar e documentar as mudanças resultantes do novo plano terapêutico ao paciente e familiar/cuidador.

O processo de CM deve ser concluído dentro das primeiras 24 horas a partir do momento da decisão de admissão. Os profissionais aptos para coletar o MHMP devem ser médicos, enfermeiros ou farmacêuticos e devem receber treinamentos. A garantia da qualidade deverá apoiar essa prática (ISPM; CPSI ICSP; 2011; KERN et al., 2017).

Segundo a OMS (2014) informações sobre os medicamentos devem ser verificadas com mais de uma fonte. Estes podem incluir: profissionais de saúde da atenção primária (médicos ou prestadores de cuidados domiciliares), inspeção dos frascos dos medicamentos, listas de medicamentos dos pacientes e registros anteriores de saúde do paciente.

O MHMP é um registro de informações sobre medicamentos que inclui: nome do medicamento (genérico e marca), dose, posologia e via de administração dos medicamentos em uso, mesmo que possa ser diferente do que foi prescrito. O MHMP é diferente e mais abrangente do que um histórico de medicamentos primários de rotina (que geralmente é um histórico rápido de medicamentos de pacientes) (ISPM, 2015).

O processo na admissão pode ser realizado nos modelos: proativo, retroativo, ou uma combinação dos dois. No modelo proativo, o MHMP é criado antes da prescrição do plano terapêutico; já no modelo retroativo, o plano terapêutico é estipulado pelo prescritor antes que o MHMP seja criado. Em ambos os modelos, a CM ocorre na interface entre o MHMP e os novos pedidos de medicamentos gerados e as discrepâncias são identificadas e resolvidas. Desta forma, estipula-se assim, o novo plano terapêutico (ISPM; IHI; SHN, 2017).

A documentação adequada sobre as informações dos medicamentos durante a transferência nos cuidados é um passo fundamental no processo, portanto, deve ser realizada corretamente (SILVESTRE et al., 2017).

O objetivo da CM é garantir medicamentos corretos para o paciente em todos os pontos de transição dentro do hospital. A CM pode ser considerada segura quando cada medicamento que o paciente estiver tomando for ativamente continuado, descontinuado, mantido ou modificado em cada ponto de transição e as alterações forem devidamente documentadas (IHI, 2011).

Após a alta hospitalar, a não adesão ao esquema terapêutico é comum. Medicamentos introduzidos recentemente podem levar a efeitos adversos e os pacientes podem ter dificuldade em conciliar seus próprios medicamentos e corre-se o risco de fazer uso indevido dos medicamentos ou doses incorretas (POLINSKI et al., 2016).

As responsabilidades pela SP em CM envolvem várias disciplinas e vários profissionais de saúde como os administradores e líderes de unidades de cuidado de longa duração, cuidadores e instalações hospitalares. A autonomia dos pacientes, familiares de pacientes e cuidadores ao mudar de um ambiente para outro deve sempre ser incentivada, pois a transição de um ambiente para outro pode ocorrer com frequência, com mudanças de prescritores do paciente, e toda transição tem o potencial de causar problemas relacionados aos medicamentos.

1.4 Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

O Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz (INI-Fiocruz) foi criado em 1912 como Hospital de Manguinhos. Ao longo de sua história, foi denominado *Hospital de Doenças Tropicais*, *Hospital Oswaldo Cruz*, *Hospital Evandro Chagas*, *Centro de Pesquisa Clínica Hospital Evandro Chagas* e *Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC)* (INI, 2020).

Foi o primeiro e único hospital do País criado com o objetivo de desenvolver pesquisa, como relata o próprio decreto de sua criação, em 1912. Oswaldo Cruz e Carlos Chagas planejaram a criação em Manguinhos de um hospital no qual os doentes pudessem ser cuidadosamente estudados e convenientemente tratados à luz das mais recentes aquisições científicas. Assim é que, nas décadas de 20-60, pelos estudos de médicos-cientistas, em pacientes procedentes de diversas regiões do País, definiram-se formas clínicas, manifestações anatomopatológicas, diagnósticos diferenciais e avaliações terapêuticas de novas doenças endêmicas, como doença de Chagas, leishmanioses visceral e tegumentar, boubá, sífilis, febre amarela, malária e micoses sistêmicas (INI, 2020).

O INI é uma unidade da Fiocruz voltada à Pesquisa Clínica, ao ensino, e serviços é referência na assistência às vigilâncias das doenças infecciosas. Atua como referência na assistência a doenças infecciosas com atendimento multiprofissional em nível ambulatorial, hospitalar e de hospital-dia.

Promove cursos de especialização em diversos temas de doenças infecciosas, estágio curricular, residência médica, possuindo programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* Acadêmico e Profissional (mestrado e doutorado) em pesquisa e doenças infecciosas. Integra diversas redes nacionais e internacionais de Pesquisa Clínica, desenvolvendo estudos sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e fatores relacionados às doenças infecciosas (INI, 2020).

Sua missão congrega a produção de conhecimento e tecnologias para melhorar a saúde da população, por meio de ações integradas de pesquisa, atenção à saúde, ensino e vigilância, com interface humana-animal-ambiente, tendo como valores centrais o compromisso com o SUS e a redução das iniquidades (INI, 2020b).

Discutida a necessidade de resposta à pandemia do novo coronavírus (Covid-19), o INI-Fiocruz foi preparado para receber os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, com a construção do Centro Hospitalar para a Covid-19, que se somou ao complexo assistencial do Instituto. A ampliação do número de leitos e a complexidade envolvida no cuidado aos pacientes suspeitos de Covid-19 oferece novos desafios à segurança do paciente na instituição. (INI, 2020).

2 JUSTIFICATIVA

As evidências atuais indicam que EAM ocorrem em um ritmo alarmante em todos os setores da assistência à saúde. No centro deste problema estão a falta de comunicação e os cuidados em saúde fragmentados. A CM vem sendo implementada em instituições de cuidados agudos e de longo prazo em todo o mundo (SHN, 2010) para mitigar os danos a pacientes nas transições de cuidado.

Erros no uso de medicamentos e na prescrição hospitalar, orientações imprecisas ou incompletas na admissão hospitalar e discrepâncias não justificadas entre as prescrições de admissão e alta podem ser evitadas através da CM. O uso seguro de medicamentos no tratamento de pacientes requer conhecimento e consideração de todos os medicamentos que o paciente está tomando ou recebendo no momento, a fim de evitar omissões, duplicações, erros de dosagem e possíveis reinternações por EAM (MUELLER et al., 2013).

Segundo a OMS, alguns fatores podem afetar o sucesso do processo da CM e a sua manutenção, tais como: a cultura da equipe sobre SP, o apoio das lideranças, o tamanho do hospital, a estrutura organizacional e a disponibilidade de recursos pessoais e financeiros (WHO et al., 2014).

Embora conceitualmente simples, a CM envolve considerável complexidade para implementação confiável, portanto, recomenda-se que seja realizada por fases/etapas. As organizações também podem considerar a implementação prioritária em áreas de alto impacto, como a clínica geral, ou em pacientes selecionados de alto risco (WHO et al., 2014).

O INI-Fiocruz não possui um protocolo de CM implantado. Desta forma, seguindo a premissa de um ambiente seguro para os pacientes, com menor risco de eventos adversos, e considerando a ausência de diretrizes específicas de CM para o campo das doenças infecciosas, faz-se necessária a elaboração de um protocolo que possa ser implementado em suas unidades hospitalares. Este deve considerar além das evidências científicas disponíveis, as peculiaridades da Instituição e o cenário das doenças infecciosas, contribuindo com as ações de SP e com a diminuição dos riscos e eventos adversos a medicamentos durante as transições de cuidado.

Além disso, como estratégia para as ações de enfrentamento à pandemia de Covid-19, foi construído o Centro Hospitalar para a Pandemia de Covid-19 do INI-Fiocruz. Destinada a pacientes graves acometidos pela doença, a unidade começou a receber pacientes em maio de 2020, transferidos pela Central Estadual de Regulação de Vagas do Estado do Rio de Janeiro.

Um protocolo em CM poderá contribuir para as condições de SP necessárias para os pacientes admitidos, transferidos de unidades hospitalares e pré-hospitalares (INI, 2020).

Diante da crescente implantação do processo de CM em instituições de saúde do país e da escassez de estudos nacionais sobre o tema, o protocolo de CM aqui proposto poderá ainda contribuir com as instituições de saúde de natureza semelhante que pretendem implantar ou avaliar o processo com vistas à melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um Protocolo de Conciliação Medicamentosa para uma unidade de referência em doenças infecciosas do Rio de Janeiro.

3.2 Objetivos Específicos

- Sistematizar as evidências da literatura nacional e internacional, acerca dos métodos de CM;
- Elaborar um protocolo de conciliação medicamentosa como proposta a se incorporar ao plano de melhorias para a Segurança do Paciente do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – Fiocruz (INI-Fiocruz), bem como instrumentos para registro do processo em prontuários.

4 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado em duas etapas a saber:

- 1- Revisão integrativa da literatura acerca dos métodos nacionais e internacionais de CM.
- 2- Estruturação do Protocolo em CM, instrumentos para coleta e registro de dados.

4.1 Revisão Integrativa da Literatura

Revisão integrativa foi realizada a fim de sistematizar as evidências acerca dos métodos de conciliação medicamentosa considerando a pergunta norteadora: “Quais os métodos de conciliação medicamentosa utilizados para adultos nas transições de cuidado hospitalar?” A revisão foi conduzida conforme as etapas descritas a seguir. (TORONTO; REMINGTON, 2020)

Busca e Seleção dos Artigos

A revisão da literatura nacional e internacional foi realizada por meio de busca sistemática nas bases de dados Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), interface do Pubmed, Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde) e CUMED (Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas de Cuba) acessados na interface da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) até novembro de 2020 utilizando descritores de cada base combinados com termos livres (Quadros 1 e 2). Foram incluídos artigos nos idiomas português, espanhol, inglês, publicados a partir de 2004, (data das primeiras publicações sobre CM), que descreveram estudos sobre a implantação desse processo em unidades hospitalares. Foram excluídos estudos em população pediátrica e os que não detalharam os métodos utilizados, além de revisões, editoriais, cartas e artigos de opinião.

Extração de dados e análise

Os dados dos artigos foram extraídos em planilha Microsoft Excel (versão 2013). As seguintes variáveis foram consideradas: população (número de participantes do

estudo, idade, sexo); desenho do estudo (observacional ou experimental); métodos de CM (etapas, forma de registro dos dados, tempo das avaliações, parâmetros analisados) bem como seus principais resultados quanto à efetividade nos cenários/populações estudados.

O delineamento dos estudos incluídos foi considerado na análise crítica das evidências obtidas na revisão (TOKLU, 2015)

Quadro 1 - Equação de busca de estudos sobre Conciliação Medicamentosa utilizada na base de dados Medline (interface PUBMED).

```
((((medication reconciliation[Title/Abstract]) OR (medication
reconciliation[MeSH Terms])) AND (((evaluation methodology[MeSH Terms])
OR (method*[Title/Abstract]) OR (protocol*[Title/Abstract]) OR
(description*[Title/Abstract]))) AND (("2004/01/01"[Date - Publication] :
"3000"[Date - Publication])) Filters: Case Reports, Clinical Study drug therapy
problems[Title/Abstract]) AND "humans"[MeSH Terms]
```

Quadro 2 - Equação de busca de estudos sobre Conciliação Medicamentosa utilizada na base de dados Lilacs, IB ECS e CUMED (interface BVS).

```
((("medication reconciliation" AND "methods") AND (db:("IB ECS" OR "LILACS"
OR "CUMED"))) AND (year_cluster:[2004 TO 2020])
```

4.2 Estruturação do Protocolo de Conciliação Medicamentosa

O Protocolo de Conciliação Medicamentosa, foi estruturado com base nos métodos de conciliação identificadas identificados e sintetizados na revisão integrativa, considerando as recomendações dos documentos de qualidade da Organização Nacional de Acreditação (*ONA*), da *JCAHO* e do *ISMP* bem como análise situacional que compreende os perfis dos pacientes e rotinas de atendimento do Instituto.

O protocolo inclui, de maneira detalhada:

a) O papel dos profissionais no processo de CM desde a internação até a alta e suas responsabilidades na abordagem dos pacientes, registros e mudanças na terapêutica;

b) Os formulários de documentação do processo com os instrumentos de registro dos dados a serem coletados nas suas várias etapas, documentos de comunicação nas transferências no cuidado, bem como os documentos na alta do paciente, envolvendo a equipe multiprofissional.

c) Fluxogramas descritivos das ações e setores envolvidos.

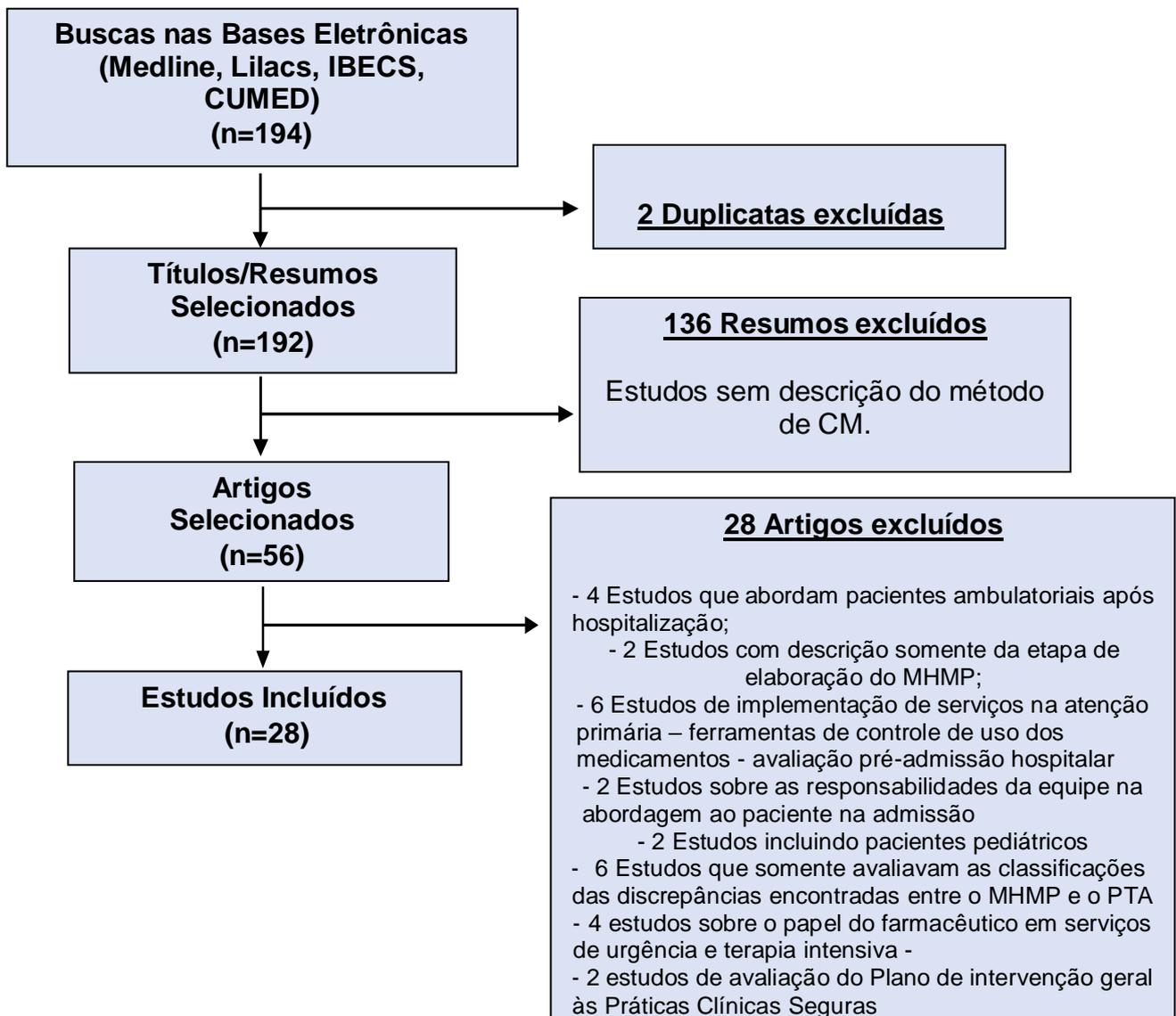
O protocolo considera também a articulação com os Serviços envolvidos na internação dos pacientes bem como com o Núcleo de Segurança do Paciente do INI e políticas de qualidade e segurança do paciente instituídas internamente na Instituição

5 RESULTADOS

5.1 Revisão Integrativa

As buscas nas bases eletrônicas Medline, Lilacs, IBECs e CUMED resultaram em 194 referências, dentre artigos, dissertações e teses, publicados entre 2004 e 2020. Após a leitura dos títulos e resumos dos estudos e aplicando os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 56 artigos. Destes, 28 foram excluídos após leitura na íntegra, sendo então selecionados 28 estudos conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma da busca e seleção dos artigos sobre métodos em Conciliação Medicamentosa (CM).



Os estudos selecionados que descrevem o método de CM estão apresentados na **Tabela 1**.

Dos 28 estudos selecionados, 53% (15) foram conduzidos em países desenvolvidos, como EUA, Espanha, Irlanda, França, Holanda, Dinamarca, Noruega e Japão, e foram publicados há menos de 11 anos. Mais de três quartos (22; 78,6%) incluíram população acima de 60 anos e 52% (12) apresentavam predomínio de mulheres na população estudada.

Quanto ao desenho, 46,4% (13) eram estudos experimentais, dentre os quais 32,1% (9) foram ensaios clínicos randomizados e controlados (BECKETT; CRANK; WEHMEYER, 2012; GRAABAEK et al., 2019; JOHANSEN et al., 2018; KOMAGAMINE et al., 2018; LISBY et al., 2018; OKERE; RENIER; TOMSCHE, 2015; PHATAK et al., 2016; POURRAT et al., 2014; SCHNIPPER et al., 2009) e cinco (17,8%) eram descrições dos protocolos de ensaios clínicos (BOSMA et al., 2017; JOHANSEN et al., 2018; KOMAGAMINE et al., 2018; LISBY et al., 2018; POURRAT et al., 2014).

Os estudos selecionados ofereciam o protocolo de CM com entrevista realizada nas primeiras 24h de internação. Treze estudos (46,4) descreveram os métodos em CM no momento da admissão (BECKETT; et al, 2012; BELDA-RUSTARAZO et al., 2015; BOOCKVAR et al., 2017; CHAN et al., 2015; CHUNG et al., 2019; HERNÁNDEZ MARTÍN et al., 2010; LISBY et al., 2018; POURRAT et al., 2014; QUÉLENNEC et al., 2013; RODRÍGUEZ VARGAS et al., 2016; UITVLUGT et al., 2019; URBIETA SANZ et al., 2014; VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016), 11 estudos (39,3%) descreveram os métodos da admissão à alta hospitalar (BREUKER et al., 2017; FRANCO et al., 2012; GRAABAEK et al., 2019; JOHANSEN et al., 2018; KOMAGAMINE et al., 2018; OKERE; RENIER; TOMSCHE, 2015; RUBIO-CEBRIÁN et al., 2016; SAAVEDRA-QUIRÓS et al., 2016; SCHNIPPER et al., 2009, 2010; VALVERDE et al., 2016). Três estudos (10,7%) abordaram o impacto do processo pós alta hospitalar (DELATE et al., 2008; PHATAK et al., 2016; SCHNIPPER et al., 2010).

Dos 28 estudos incluídos, dezenove (67,8%) utilizaram métodos baseados em diretrizes de qualidade pré estabelecidas; cinco (17,8%) foram baseados nos documentos da *JCAHO* (CHUNG et al., 2019; DELATE et al., 2008; RUBIO-CEBRIÁN et al., 2016; SCHNIPPER et al., 2009, 2010; VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016); três (10,7%) no *The High5s Project: Standard Operating Protocol for Medication Reconciliation*, estabelecido pela OMS com a participação de Agências de Países

como Alemanha, Holanda e França (BOOCKVAR et al; 2017; POURRAT et al; 2014; QUÉLENNEC et al., 2013); três (10,7%) estudos utilizaram diretrizes da *European Union Network for Patient Safety and Quality of Care do Patient Safety* (HERNÁNDEZ MARTÍN et al., 2010; SAAVEDRA-QUIRÓS et al., 2016; VALVERDE et al., 2016); dois estudos (7,1%) basearam-se nas diretrizes da *Institute of Health Care Improvement Canadá* (RODRÍGUEZ VARGAS et al., 2016; RUBIO-CEBRIÁN et al., 2016). Nove estudos (32,1%) não mencionam fontes das diretrizes utilizadas (BELDA-RUSTARAZO et al., 2015; BOSMA et al., 2017; BREUKER et al., 2017; CHAN et al., 2015; GRAABAEK et al., 2019; LISBY et al., 2018; PHATAK et al., 2016; UITVLUGT et al., 2019; URBIETA SANZ et al., 2014).

Quanto às etapas de CM, cada estudo apresentou um número de etapas (abordagens e documentações) específico, porém seguiam uma mesma ordem pré-determinada: vinte e seis estudos (92,8%) levaram em consideração a criação do MHMP e elaboração de pedidos de medicamentos na admissão, transferência e alta (BECKETT; CRANK; WEHMEYER, 2012; BELDA-RUSTARAZO et al., 2015; BOOCKVAR et al., 2017; BOSMA et al., 2017; BREUKER et al., 2017; CHAN et al., 2015; CHUNG et al., 2019; FRANCO et al., 2012; GRAABAEK et al., 2019; HERNÁNDEZ MARTÍN et al., 2010; HOLLAND, 2015; JOHANSEN et al., 2018; KOMAGAMINE et al., 2018; LISBY et al., 2018; OKERE; RENIER; TOMSCHE, 2015; POURRAT et al., 2014; QUÉLENNEC et al., 2013; RODRÍGUEZ VARGAS et al., 2016; RUBIO-CEBRIÁN et al., 2016; SAAVEDRA-QUIRÓS et al., 2016; SCHNIPPER et al., 2009, 2010; UITVLUGT et al., 2019; URBIETA SANZ et al., 2014; VALVERDE et al., 2016; VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016); vinte e sete (96,4%) identificaram, avaliaram e resolveram as discrepâncias na etapa de admissão ou alta (denominando a etapa como avaliação dos problemas relacionados a medicamentos) (BECKETT; CRANK; WEHMEYER, 2012; BELDA-RUSTARAZO et al., 2015; BOOCKVAR et al., 2017; BOSMA et al., 2017; BREUKER et al., 2017; CHAN et al., 2015; CHUNG et al., 2019; DELATE et al., 2008; FRANCO et al., 2012; GRAABAEK et al., 2019; HERNÁNDEZ MARTÍN et al., 2010; HOLLAND, 2015; JOHANSEN et al., 2018; KOMAGAMINE et al., 2018; LISBY et al., 2018; OKERE; RENIER; TOMSCHE, 2015; PHATAK et al., 2016; QUÉLENNEC et al., 2013; RODRÍGUEZ VARGAS et al., 2016; RUBIO-CEBRIÁN et al., 2016; SAAVEDRA-QUIRÓS et al., 2016; SCHNIPPER et al., 2009, 2010; UITVLUGT et al., 2019; URBIETA SANZ et al., 2014; VALVERDE et al., 2016; VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016); e quatorze (50%) estudos consideravam

documentar e comunicar quaisquer alterações resultantes nas ordens de medicamentos ao paciente, família / cuidador e ao próximo prestador de cuidados por registros nos prontuários ou registro no sumário de alta (BELDA-RUSTARAZO et al., 2015; BREUKER et al., 2017; DELATE et al., 2008; FRANCO et al., 2012; GRAABAEK et al., 2019; HERNÁNDEZ MARTÍN et al., 2010; JOHANSEN et al., 2018; KOMAGAMINE et al., 2018; OKERE; RENIER; TOMSCHE, 2015; PHATAK et al., 2016; POURRAT et al., 2014; SAAVEDRA-QUIRÓS et al., 2016; SCHNIPPER et al., 2009, 2010; VALVERDE et al., 2016).

Quanto aos profissionais envolvidos na CM, em dezessete (60,7%) estudos o farmacêutico aparece na liderança do processo no momento da admissão (BECKETT; CRANK; WEHMEYER, 2012; BELDA-RUSTARAZO et al., 2015; BOOCKVAR et al., 2017; BOSMA et al., 2017; BREUKER et al., 2017; CHUNG et al., 2019; FRANCO et al., 2012; GRAABAEK et al., 2019; JOHANSEN et al., 2018; KOMAGAMINE et al., 2018; OKERE; RENIER; TOMSCHE, 2015; POURRAT et al., 2014; QUÉLENNEC et al., 2013; RODRÍGUEZ VARGAS et al., 2016; SCHNIPPER et al., 2010; URBIETA SANZ et al., 2014; VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016) e quatorze (50%) no momento da alta, (BELDA-RUSTARAZO et al., 2015; CHUNG et al., 2019; DELATE et al., 2008; FRANCO et al., 2012; GRAABAEK et al., 2019; HOLLAND, 2015; JOHANSEN et al., 2018; KOMAGAMINE et al., 2018; OKERE; RENIER; TOMSCHE, 2015; PHATAK et al., 2016; RUBIO-CEBRIÁN et al., 2016; SAAVEDRA-QUIRÓS et al., 2016; SCHNIPPER et al., 2009, 2010; VALVERDE et al., 2016).

Quanto aos indicadores de resultados, as discrepâncias intencionais não documentadas foram identificadas e classificadas em quinze (53,6%) estudos (BECKETT; CRANK; WEHMEYER, 2012; BELDA-RUSTARAZO et al., 2015; BOOCKVAR et al., 2017; BREUKER et al., 2017; CHAN et al., 2015; CHUNG et al., 2019; FRANCO et al., 2012; HERNÁNDEZ MARTÍN et al., 2010; HOLLAND, 2015; QUÉLENNEC et al., 2013; RODRÍGUEZ VARGAS et al., 2016; UITVLUGT et al., 2019; URBIETA SANZ et al., 2014; VALVERDE et al., 2016; VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016) sendo a omissão a discrepância não intencional mais identificada (BECKETT; CRANK; WEHMEYER, 2012; BELDA-RUSTARAZO et al., 2015; CHUNG et al., 2019; HERNÁNDEZ MARTÍN et al., 2010; HOLLAND, 2015; QUÉLENNEC et al., 2013; UITVLUGT et al., 2019; URBIETA SANZ et al., 2014; VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016).

Em onze estudos (39,3%), foi possível a identificação de problemas relacionados a medicamentos (PRM) após a admissão dos pacientes com destaque para as reações adversas; administração inadequada de medicamentos (dose e/ou frequência incorretas); e interações medicamentosas (BELDA-RUSTARAZO et al., 2015; BREUKER et al., 2017; CHAN et al., 2015; FRANCO et al., 2012; GRAABAEK et al., 2019; HERNÁNDEZ MARTÍN et al., 2010; PHATAK et al., 2016; SCHNIPPER et al., 2010; URBIETA SANZ et al., 2014; VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016; RUBIO-CEBRIÁN et al., 2016).

Além disso, três (10,7%) estudos evidenciaram que pacientes que receberam CM tiveram menor chance de atendimento de urgência/emergência após a alta hospitalar comparados aos que receberam tratamento usual (OKERE; RENIER; TOMSCHE, 2015; PHATAK et al., 2016; SCHNIPPER et al., 2009). Observaram ainda que EM estão diretamente associados a polimedicação e pluripatologia em pacientes maiores que 65 anos (CHUNG et al., 2019; URBIETA SANZ et al., 2014; BELDA-RUSTARAZO et al., 2015; SAAVEDRA-QUIRÓS et al., 2016; BREUKER et al., 2017)

Tabela 1 - Estudos sobre Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020

Referência/Ano	País/Período de realização do estudo	População	Delineamento do estudo	Método de Conciliação Medicamentosa
DELATE et al., 2008	EUA 1/10/2003 a 31/03/2004	N= 521 pacientes; Idade: 77,7 DP 10,5; 62,7% mulheres.	Experimental	<p>Metodologia utilizada segundo as diretrizes <i>JCAHO</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Análise do resumo de alta (72 horas após a alta) e revisão do regime de medicamentos (regime ambulatorial de medicamentos vs lista de medicamentos de alta) pelo farmacêutico; 2) Comunicação do médico de alta ao médico assistente do paciente ou médico da atenção básica e discussão de discrepâncias não justificadas; conversões recomendadas de medicamentos não formulados; e problemas potenciais relacionados ao medicamento não resolvidos e sem recomendações; 3) Contato com o paciente/ cuidador por telefone para revisão dos medicamentos de alta, do plano terapêutico atualizado ou outros medicamentos que o paciente possa ter em casa; 4) Comunicação com médico assistente do paciente ou médico da atenção básica para informá-lo sobre a não adesão aos medicamentos; 5) documentação em prontuário eletrônico.
SCHNIPPER et al., 2009	EUA 1/5 a 20/6/ 2006	N= 322 pacientes, 54,6% ≥ 84 anos; 54,6% mulheres.	Experimental (descrição de protocolo)	<p>Metodologia utilizada segundo as diretrizes da <i>JCAHO</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Obtenção do MHMP, por fontes eletrônicas com atualização durante a hospitalização (os médicos receberam a responsabilidade primária de registrar o histórico de medicamentos antes da admissão e os farmacêuticos a compreensão do regime terapêutico pré admissão); 2) Conciliação Medicamentosa na admissão e registro (continuar, descontinuar, continuar com dose / frequência / via diferente ou substituir por um medicamento diferente); 3) Conciliação Medicamentosa na alta: segundo o MHMP e as prescrições na internação e confirmação da conciliação com os medicamentos de alta.

Tabela 1 (Continuação) - Estudos sobre Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020

Referência/Ano	País/Período de realização do estudo	População	Delineamento do estudo	Método de Conciliação Medicamentosa
HERNÁNDEZ MARTÍN et al., 2010	Espanha Primeiro Trimestre/2007	N= 35 pacientes transplantados cardíacos Idade: 50 DP 14 anos; 25,7% mulheres.	Observacional	<p>Metodologia utilizada segundo as diretrizes da <i>European Union Network for Patient Safety and Quality of Care</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Obtenção do MHMP utilizando 2 fontes de informação nas primeiras 24h; 2) Análise de discrepâncias e validação do medicamento na admissão hospitalar; 3) A comunicação das discrepâncias ou erros de prescrição foram realizadas de acordo com a repercussão clínica, por meio de uma nota no prontuário eletrônico do paciente, por telefone ou pessoalmente. Qualquer modificação da prescrição motivada pela intervenção farmacêutica nas 48 horas seguintes foi considerada como "intervenção aceita". No caso de discrepâncias, seriam chamados de EM; 4) Comunicação do perfil farmacoterapêutico: a história farmacoterapêutica do paciente era registrada no formulário "Farmácia-conciliação" 5) Revisão com o paciente dos medicamentos prescritos e recomendações gerais de uso, reforçando seu conhecimento sobre a patologia, tratamento e seus efeitos adversos;
SCHNIPPER et al., 2010	EUA 05/2008 09/2009	N= 430 pacientes com síndrome coronariana aguda ou insuficiência cardíaca descompensada aguda Idade: ≥ 18 anos.	Experimental (Descrição de Protocolo)	<p><i>Metodologia utilizada segundo as diretrizes da JCAHO</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Obtenção do MHMP pelo farmacêutico, revisão e avaliação da compreensão do esquema medicamentoso, adesão, ingestão de medicamentos e efeitos adversos; 2) Identificação e comunicação com a equipe médica para resolver discrepâncias entre o MHMP e PMA para pacientes internados e ordens de alta; 3) Acompanhamento da alta por revisão da lista de medicamentos de alta atualizada com o paciente, com destaque nas mudanças da lista de medicamentos de pré-admissão e elaboração de cronograma medicamentoso personalizado; 4) Acompanhamento do paciente pós alta hospitalar com ligações telefônicas adicionais, dependendo da natureza do (s) problema (s).

Tabela 1 (Continuação) - Estudos sobre Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020

Referência/Ano	País/Período de realização do estudo	População	Delimitação do estudo	Método de Conciliação Medicamentosa
FRANCO et al., 2012	Espanha 2010	N= 1.106 pacientes com > 3 medicamentos no tratamento usual ou, com patologias crônicas; idade: ≥ 50 anos; 39% Mulheres.	Observacional	<p>Baseado nas diretrizes da <i>Sociedade Valenciana de Farmácia Hospitalar</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Revisão do censo eletrônico de paciente pelo farmacêutico com a obtenção do tratamento ambulatorial e as patologias crônicas; 2) Registro do motivo da internação, dados previstos para a cirurgia, tratamento crônico do paciente, doenças crônicas e alergias e intolerâncias a drogas; 3) Entrevista, nas primeiras 24 horas após a admissão, para obtenção do MHMP; 4) Avaliação das discrepâncias identificadas entre o MHMP e os registros na atenção primária e, se necessário, contato com o médico de atenção primária para discutir as divergências; 5) Revisão do tratamento na alta hospitalar, conciliando os medicamentos com foco: duplicações, interações, discrepâncias nas doses, duração do tratamento, regime de dosagem, omissão; 6) Elaboração de relatório com lista completa de medicamentos após a admissão e plano de administração de cada medicamento
BECKETT; CRANK; et al, 2012	EUA 1/12/ 2009 a 31/03/2010	N=81 pacientes; Idade: ≥ 70 anos; 63% Mulheres.	Experimental (Intervenção farmacêutica)	<p>Baseado nas diretrizes da <i>Massachusetts Coalition for the Prevention of Medication Errors</i>.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Elaboração do MHMP por um farmacêutico na admissão em 24 horas da admissão, com pelo menos uma fonte de informação além do prontuário eletrônico e entrevistar todos os pacientes quando possível; 2) Avaliação das discrepâncias definidas como qualquer uso inadequado de medicamentos ou prescrições que requerem intervenção de acordo com o julgamento clínico dos farmacêuticos (farmacêuticos foram orientados a utilizar pelo menos uma fonte de informação além do prontuário eletrônico do paciente e entrevistar o paciente); 3) Comunicação das intervenções ao residente médico por mensagem eletrônica, conversa telefônica ou interação pessoal.

Tabela 1 (Continuação) - Estudos sobre Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020

Referência/Ano	País/Período de realização do estudo	População	Delimitação do estudo	Método de Conciliação Medicamentosa
QUÉLENNEC et al., 2013	França 04/2011	N= 256 idosos admitidos no Departamento de Medicina Interna; Idade: média 82,2 (DP 7.2) anos; 64.3% mulheres.	Observacional	<p>Baseado nas diretrizes do <i>The High5s Project: Standard Operating Protocol for Medication Reconciliation</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Obtenção do MHMP de pacientes, familiares, frascos de prescrição, listas de medicamentos, informações de alta dos medicamentos dos pacientes em internações hospitalares recentes e contatos com farmácias comunitárias e médicos; 2) Comparação do MHMP com a prescrição de medicamentos de admissão pelos farmacêuticos; 3) Identificação das discrepâncias de admissão pela avaliação de qualquer diferença entre o uso de medicamentos em casa e a prescrição de medicamentos; 4) Classificação das discrepâncias como omissão, medicamentos extras ou diferenças na dose ou frequência. Discrepâncias não intencionais foram consideradas EM; 5) Correção das discrepâncias medicamentosas
POURRAT et al., 2014	França 2014	N= 1.176 pacientes com ≥ 21 dias de internação e que visitem o mesmo farmacêutico comunitário por pelo menos três meses; Idade: ≥ 18 anos.	Experimental (Descrição de protocolo)	<p>Baseado nas diretrizes do <i>The High5s Project: Standard Operating Protocol for Medication Reconciliation</i>.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) identificar o esquema terapêutico do paciente por um farmacêutico; 2) Registro, em documento específico, do motivo da hospitalização, modificações terapêuticas na internação em relação aos medicamentos usados em casa e resultados laboratoriais necessários; 3) Avaliação da prescrição de alta e, se necessário, discutir com o médico e registrar no cartão de acompanhamento; 4) Orientação do paciente sobre tratamento e modificações realizadas; 5) Comunicação com o farmacêutico comunitário para informar a inclusão do paciente no estudo, o tempo de alta e as modificações no tratamento e envio da folha de prescrição antes da alta do paciente.

Tabela 1 (Continuação) - Estudos sobre Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020

Referência/Ano	País/Período de realização do estudo	População	Delineamento do estudo	Método de Conciliação Medicamentosa
URBIETA SANZ et al., 2014	Espanha 09 a 12/2012	N=125 pacientes do Serviço de Emergência, Idade média 76,6 DP 10,1 anos; 42,4% mulheres.	Observacional	<p>1) Obtenção do MHMP realizada pelo farmacêutico no atendimento de emergência. Seleção dos pacientes candidatos ao processo de conciliação através de pelo menos uma fonte e em seguida, comparação dessa lista com a lista de medicamentos obtida no prontuário do paciente e revisão das listas não conciliadas de medicamentos diretamente com o paciente;</p> <p>2) Identificação dos possíveis PRM;</p> <p>Os casos selecionados eram apresentados diariamente a equipe farmacêutica para um acordo sobre as possíveis recomendações antes de conciliar com o médico do hospital.</p>
CHAN et al., 2015	Canadá 2010	N= 228 pacientes em uma unidade de hemodiálise; Idade: 60 a DP 17 anos; 43,4% mulheres.	Observacional	<p>1) Obtenção do MHMP por entrevista na admissão e consulta ao prontuário por um estudante de farmácia e uma enfermeira devidamente treinados de acordo com o protocolo padronizado do departamento de farmácia do hospital;</p> <p>2) Documentação do MHMP;</p> <p>3) Identificação e registro das discrepâncias em formulário específico;</p> <p>4) Análise e classificação das discrepâncias pelo farmacêutico clínico;</p> <p>5) Avaliação multiprofissional do impacto clínico das discrepâncias. Identificação e resolução dos possíveis EAM.</p>

Tabela 1 (Continuação) - Estudos sobre Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020

Referência/Ano	País/Período de realização do estudo	População	Delimitação do estudo	Método de Conciliação Medicamentosa
OKERE et al; 2015	EUA 01 a 03/ 2011	N= 497 pacientes em uso de ≥ 1 medicamento/dia idade: ≥ 18 anos; 60% Mulheres.	Experimental	<ol style="list-style-type: none"> 1) Revisão do perfil do paciente pelo farmacêutico segundo perfil dos medicamentos e histórico médico, razões para a admissão no pronto-socorro e os resultados laboratoriais; 2) Entrevista com o paciente/ cuidador sobre adesão ao tratamento e checagem nas farmácias primárias / secundárias onde as prescrições foram preenchidas; 3) Gerenciamento da terapia medicamentosa; 4) Avaliação do registro das discrepâncias; 5) Ajuste dos EM com base nas comorbidades e discussão com o médico do pronto-socorro. 6) Orientação do paciente com uma lista completa de medicamentos antes da alta; 7) Comunicação aos profissionais de Atenção Primária sobre as recomendações futuras importantes e outras questões relacionadas com o tratamento do paciente documentadas pelo farmacêutico no prontuário eletrônico.
BELDA-RUSTARAZO et al., 2015	Espanha 05/ 2012 a 04/ 2014	N= 814 pacientes com ≥ 5 medicamentos na pré-admissão; Idade: ≥ 65 anos; 51,3% mulheres.	Observacional	<ol style="list-style-type: none"> 1) Obtenção do MHMP pelo farmacêutico clínico (incluindo vitaminas fitoterápicos ou outros medicamentos sem prescrição); 2) Comparação do MHMP com prescrição na admissão hospitalar; 3) Identificação das discrepâncias não justificadas e/ou erros detectados com as devidas alterações; 4) Classificação dos erros em: omissão, diferenças na dose ou frequência, início de terapia não justificada ou medicamento incorreto; 5) Comparação e registro da ficha de prescrição de alta e as discrepâncias injustificadas e correção.

Tabela 1 (Continuação) - Estudos sobre Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020

Referência/Ano	País/Período de realização do estudo	População	Delimitação do estudo	Método de Conciliação Medicamentosa
HOLLAND et al; 2015	Irlanda 2015	N= 224 pacientes; Idade média 71 (17-93) anos; 58% Mulheres.	Observacional	<p>Baseado nas diretrizes da <i>Commission on Patient Safety and Quality Assurance</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Elaboração do MHMP por um farmacêutico levando em consideração quaisquer alterações de medicamentos do paciente durante a internação, medicamentos não conformes e não prescritos; 2) Documentação de Medicamentos Controlados, de acordo com a legislação irlandesa; 3) Elaboração de Prescrição de alta; 4) Avaliação das discrepâncias não intencionais entre a prescrição de alta do paciente e a lista de medicamentos de alta, considerando as alterações feitas durante a internação do paciente; 5) Classificação das não conciliações em: prescrição ou comunicação; 6) Classificação dos medicamentos não conciliados: omissão, descontinuação, dose, frequência, posologia.
SAAVEDRA-QUIRÓS et al., 2016	Espanha 2014	N= 318 pacientes; internados em um hospital terciário de Traumatologia; a idade média de 86,2 anos (DP: 6,4);82,7% mulheres.	Observacional	<p>Baseado nas diretrizes da <i>European Union Network for Patient Safety and Quality of Care</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Obtenção na admissão do MHMP (pelo menos duas fontes de informação nas primeiras 24-48h da admissão); 2) Análise de discrepâncias e validação dos medicamentos na admissão (checklist); 3) Documentação e obtenção do relatório do perfil farmacoterapêutico: em prontuário eletrônico (formulário) ; 4) CM na alta com resolução das discrepâncias pelo farmacêutico e médico de internação ou traumatologista: registro do esquema de dosagem e as recomendações ao paciente; 5) Confecção do relatório de alta com das recomendações da conciliação; 6) Orientação ao paciente pelo farmacêutico sobre o esquema posológico e forma de administração.

Tabela 1 (Continuação) - Estudos sobre Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020

Referência/Ano	País/Período de realização do estudo	População	Delimitação do estudo	Método de Conciliação Medicamentosa
VALVERDE et al., 2016	Espanha 1/11/2013 a 30/10/2014	N=77 pacientes; em uso de ≥ 6 medicamentos; Idade: 65 a 74 anos; 37,7% mulheres.	Experimental	<p>Baseado nas diretrizes da <i>European Union Network for Patient Safety and Quality of Care</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Obtenção do MHMP nas primeiras 24 horas após a admissão, pelo enfermeiro, após entrevista com o paciente/familiares/cuidadores, e pelo menos uma outra fonte de informação; 2) CM da prescrição de admissão pelo farmacêutico usando o MHMP; 3) Análise e resolução de discrepâncias na admissão pelo farmacêutico/médico; 4) Conciliação dos medicamentos na alta pelo farmacêutico comparando o MHMP, o relatório de alta. Análise e resolução das discrepâncias na alta pelo farmacêutico/médico; 5) Elaboração de relatório de conciliação destinado ao médico da atenção primária; 6) Verificação se a conciliação foi feita no prazo máximo de 15 dias após a alta, e todas as discrepâncias que exigiam esclarecimento foram resolvidas com o médico da atenção primária.
PHATAK et al., 2016	EUA 2013	N= 341 pacientes internados em hospital de ensino terciário com medicamentos de alto risco ou ≥ 3 medicamentos prescritos na alta; 60% Mulheres.	Experimental	<ol style="list-style-type: none"> 1) Elaboração do MPMAP pelo farmacêutico e médico; 2) Avaliação das discrepâncias identificadas antes das instruções de alta; 3) Esclarecer, por ligações telefônicas, o MPMAP com a farmácia comunitária da assistência primária; 4) Aconselhamento medicamentoso no momento da alta pelo farmacêutico; 5) Acompanhamento e avaliação de EA e EM, por telefone, 3, 14 e 30 dias após a alta.

Tabela 1 (Continuação) - Estudos sobre Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020

Referência/Ano	País/Período de realização do estudo	População	Delimitação do estudo	Método de Conciliação Medicamentosa
RUBIO-CEBRIÁN et al., 2016	Espanha 10/2013 a 09/2014	N= 818 pacientes, hospitalizados por ≥ 48 hs; Idade: ≥ 75 anos; 55,6% mulheres.	Observacional	<p>Baseado nas diretrizes da JCAHO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Elaboração do MHMP por lista de medicamentos de uso crônico na admissão pelo prontuário eletrônico da atenção primária e relatos de internações anteriores pelo farmacêutico; 2) Confirmação das fontes de informação por entrevista com o paciente / família / cuidador; 3) Comparação do MHMP com o PMA; 4) Identificação e Classificação das discrepâncias injustificadas com o médico responsável; 5) Comparação do esquema terapêutico de alta com o MHMP; 6) Esclarecimento com o médico da atenção básica sobre qualquer discrepância detectada.
VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016	Espanha 2014	N= 23.701; idade média 63 anos; 53% mulheres.	Observacional	<p>Baseado nas diretrizes da JCAHO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Elaboração do MHMP pelo farmacêutico, incluindo a lista de medicamentos, doses, regime e última dose administrada, hábitos de automedicação, medicamentos sem prescrição e outros produtos, alergia, intolerância a medicamentos ou interrupções anteriores do tratamento por efeitos adversos e adesão ao tratamento prescrito; 2) CM do paciente por um médico, por consulta às informações e aos medicamentos coletados na tela de prescrição ativa; 3) Identificação de duplicidades terapêuticas, ultrapassagem da dose máxima de princípio ativo, interação com outros medicamentos prescritos ou de pouca utilidade terapêutica, dos medicamentos domiciliares; 4) Validação dos medicamentos prescritos em relação aos medicamentos utilizados em casa e inclusão; 5) Identificação das discrepâncias entre a lista de medicamentos domiciliares coletada pela equipe de enfermagem e a prescrita pelo médico na prescrição ativa, o tipo de discrepância e se eram justificadas ou não; 6) Classificação dos EM de acordo com o tipo e a gravidade como: a) nenhum dano potencial, b) requer monitoramento ou intervenção para prevenir danos e c) danos potenciais.

Tabela 1 (Continuação) - Estudos sobre Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020

Referência/Ano	País/Período de realização do estudo	População	Delimitação do estudo	Método de Conciliação Medicamentosa
RODRÍGUEZ VARGAS et al., 2016	Espanha 1/12/2011a 31/05/2012	N= 206 pacientes em uso de ≥ 5 medicamentos antes da internação, Idade: média 79,6 (DP 7,2); 39% mulheres.	Observacional	Baseado nas diretrizes do <i>Institute de Health Care Improvement Canadá</i> 1) Obtenção do MHMP por um farmacêutico por: registros médicos hospitalares, lista de medicamentos coletada no departamento de emergência, relatórios anteriores de outros serviços de saúde, registros médicos eletrônicos e prescrições usada na comunidade; 2) Revisão do MHMP por entrevista padronizada com o paciente e/ou cuidador até 24 horas após a admissão; 3) Comparação do MHMP com o PMA; 4) Identificação das discrepâncias intencionais e não intencional; 5) Esclarecimento junto ao prescritor das discrepâncias não intencionais, contato telefônico ou pessoal no caso de discrepância com medicamentos de alto risco.
BOOCKVAR et al., 2017	EUA 25/01/2012 a 25/08/2014	N= 381 pacientes; Idade média: 60 anos; 5% mulheres.	Experimental	Baseado nas diretrizes do <i>The High5s Project: Standard Operating Protocol for Medication Reconciliation</i> 1) Elaboração do MHMP por revisão das informações sobre o esquema medicamentoso nos prontuários e entrevista com o paciente e / ou cuidador na admissão hospitalar; 2) Identificação das discrepâncias entre os medicamentos na internação e a lista pré-admissão; 3) Registro das discrepâncias na evolução clínica descrita no prontuário e alerta imediato à equipe sobre quaisquer discrepâncias indesejadas potencialmente importantes.

Tabela 1 (Continuação) - Estudos sobre Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020

Referência/Ano	País/Período de realização do estudo	População	Delimitação do estudo	Método de Conciliação Medicamentosa
BOSMA et al., 2017	Holanda 2017	N=SI Pacientes em uso de ≥ 1 medicamento antes da internação e admitidos em UTI por pelo menos 24 h.	Observacional (descrição de protocolo)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Na admissão na UTI: Registro do MHMP no prontuário eletrônico pelo farmacêutico e comunicação ao médico da UTI responsável pelo paciente; 2) Identificação das discrepâncias sem justificativas entre a pré-admissão e a prescrição na UTI e correções das prescrições da UTI; 3) Na alta na UTI: o farmacêutico faz um resumo dos medicamentos no MHMP mais usados na UTI; 4) O médico da UTI faz a CM e PMA; 5) Registro do PMA da UTI e envio ao médico da enfermaria.
BREUKER et al., 2017	França 11/2013 a 05/2015	N= 904, idade: média de 55,9 (DP 16,6) anos; 49% mulheres.	Observacional	<ol style="list-style-type: none"> 1) Obtenção do MHMP na admissão, (todos os medicamentos tomados pelo paciente, prescritos e de venda livre) por entrevista detalhada e estruturada ao paciente; leitura de prescrições de medicamentos e listagem de embalagens de medicamentos trazidas pelo paciente; contato telefônico com farmácias comunitárias, médicos e / ou enfermeiros e leitura de relatórios de internações anteriores; 2) Avaliação das discrepâncias entre o MHMP e o PMA; 3) Classificação das discrepâncias como omissão, um medicamento adicionado, modificação na dosagem, frequência ou via de administração; 4) Resolução e registro das discrepâncias intencionais ou não intencionais. As discrepâncias não intencionais corrigidas pelo médico foram consideradas EM; 5) Na alta o mesmo procedimento foi seguido, com MPMAP realizado a partir do MHMP na admissão e incluindo todas as modificações medicamentosas feitas durante a internação.

Tabela 1 (Continuação) - Estudos sobre Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020

Referência/Ano	País/Período de realização do estudo	População	Delimitação do estudo	Método de Conciliação Medicamentosa
LISBY et al., 2018	Dinamarca 2010	N=108 pacientes com ≥4 medicamentos prescritos; Idade: ≥ 65 anos, 71,3% mulheres.	Experimental	<ol style="list-style-type: none"> 1) Obtenção do MHMP dos registros médicos, nas 24 horas de admissão pelo farmacêutico. 2) CM de acordo com as prescrições no prontuário eletrônico. 3) Avaliação das discrepâncias, contraindicações, interações medicamentosas e medicamentos, dosagens, vias e horários inadequados. 4) Revisão do tratamento medicamentoso 5) Discussão das recomendações para mudanças de medicamentos com a equipe.
KOMAGAMINE et al., 2018	Japão 11/2017 - 11/2019	N= 220 pacientes ortopédicos com em uso de medicamentos ou ≥ 1prescrição potencialmente inadequada; Idade: ≥70 anos.	Experimental (descrição de protocolo)	<p>Metodologia utilizada segundo as diretrizes do <i>American College of Emergency Physicians Geriatric Emergency Department Guidelines</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Obtenção do MHMP nas primeiras 72H após a admissão. 2) Revisão medicamentosa: (a) prescrição de medicamentos inadequados ou desnecessários, (b) início de medicamentos eficazes ou necessários e (c) modificação de medicamentos e dosagens. 3) Documentação das orientações por farmacêuticos e com a anuência dos ortopedistas, envio do resumo de alta para os responsáveis pelo paciente na atenção primária. 4) Orientação dos pacientes quanto aos danos e benefícios de seus medicamentos. 5) Na alta: As informações sobre medicamentos de alta são resumidas em um documento, escrito pelos farmacêuticos, utilizado para o aconselhamento do paciente

Tabela 1 (Continuação) - Estudos sobre Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020

Referência/Ano	País/Período de realização do estudo	População	Delineamento do estudo	Método de Conciliação Medicamentosa
JOHANSEN et al., 2018	Noruega 2018	N= 456 pacientes Idade: ≥70 anos.	Experimental	<p>Baseado nas diretrizes do <i>ISMP</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Obtenção do MHMP de pacientes e cuidadores; 2) Revisão dos medicamentos na internação por consulta ao MHMP; revisão dos dados clínicos e laboratoriais e outras informações relevantes pelo farmacêutico; 3) Identificação dos PRM; 4) Registro da lista de medicamentos nos resumos de alta; 5) Aconselhamento do paciente por meio de uma lista de medicamentos atualizada, discutida e explicada; 6) Identificação de qualquer problema de adesão e ajustar as informações sobre medicamentos identificados durante o aconselhamento ao paciente ou na alta hospitalar; 7) Comunicação e discussão com o médico de atenção primária. <p>Procedimento realizado pelo farmacêuticos. As mudanças atuais na terapia medicamentosa e as recomendações apresentadas no resumo de alta.</p>
CHUNG et al., 2019	França 02/2016	N= 100 pacientes admitidos no departamento de cardiologia, idade média 67.6 DP 16.7; 44% mulheres.	Observacional	<p>Baseado nas diretrizes da <i>JCAHO</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Obtenção do MHMP do paciente a partir de embalagens de medicamentos, prontuários médicos anteriores, médicos, farmácias comunitárias e prontuários farmacêuticos, 24 horas após a admissão; 2) Comparação do MHMP com a solicitação de medicamentos de admissão do paciente; 3) Avaliação e classificação das discrepâncias em intencionais ou não intencionais: omissões, comissões ou diferenças de dose, frequência ou forma farmacêutica; 4) Modificação da terapêutica do paciente com discrepâncias não intencionais.

Tabela 1 (Continuação) - Estudos sobre Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020

Referência/Ano	País/Período de realização do estudo	População	Delineamento do estudo	Método de Conciliação Medicamentosa
GRAABAEK et al., 2019	Dinamarca 04/ 2013 a 12/ 2014	N= 600 pacientes admitidos em emergência; Idade média: 74 anos; 49% mulheres	Experimental	<ol style="list-style-type: none"> 1) Coleta de dados do paciente na admissão; informações sobre o tratamento médico e o histórico de medicamentos do prontuário do paciente por um farmacêutico; 2) Obtenção do MHMP e detecção de problemas relacionados aos medicamentos por entrevista com o paciente à beira do leito; 3) Avaliação crítica do tratamento médico com foco em todo o tratamento (incluindo a CM) pelo farmacêutico; 4) Elaboração de recomendações para mudanças médicas registradas no prontuário e comunicação com o médico; 5) Elaboração, na alta, pelo farmacêutico, de laudo de medicamentos, e registro em prontuário com todas as alterações no uso de medicamentos durante a internação, razões para a mudança e outras recomendações ao clínico geral; 6) O conteúdo do laudo pode, por opção do médico, ser citado no sumário eletrônico de alta ao clínico geral.
UITVLUGT et al., 2019	Holanda 2017	N= 66 Pacientes Idade média 66,4 DP 17,0; 47% mulheres	Observacional	<ol style="list-style-type: none"> 1) Obtenção do MHMP, pelos técnicos de farmácia, utilizando os registros de dispensação de medicamentos da Sistema Nacional de Registro de Medicamentos e informações do paciente; 2) Avaliação das discrepâncias entre o SNRM e o MHMP; 3) Análise e Classificação das discrepâncias segundo omissão ou esquema de dosagem.

CM = Conciliação Medicamentosa; **DP** = Desvio Padrão; **EA** = Eventos Adversos; **EM** = Erros de Medicação; **EUA** = Estados Unidos da América; **ISMP** = *Institute of Safe Medication Practices*; **JCAHO** = *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*; **MHMP** = melhor histórico medicamentoso possível; **MPMAH** = Melhor Plano Medicamentoso de Alta Possível; **PMA** = Plano Medicamentoso na Admissão; **PRM** = Problemas relacionados a medicamentos; **UTI** = Unidade de terapia Intensiva.

Tabela 2 - Resultados dos Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020

Referência/Ano	Principais Resultados
DELATE et al., 2008	Redução de 78% no risco de morte após CM (aRR:0,22, IC95% 0,06-0,88)
SCHNIPPER et al., 2009	Taxa de readmissão hospitalar ou visita a emergência (30 dias): 20% no braço de intervenção e 24% no braço de tratamento usual
HERNÁNDEZ et al., 2010	PRMs: 45.7% dos pacientes; 6,6% dos medicamentos, sendo 38% pertencente à profilaxia infecciosa.
SCHNIPPER et al., 2010	Principal erro detectado: omissão do medicamento (37,5%); adesão a CM foi superior a 90%.
	366 (85,3%) receberam entrevista telefônica de acompanhamento realizada 30 dias após a alta para: revisão dos medicamentos, sintomas, avaliação da utilização planejada e não planejada e uma avaliação da qualidade de vida. Para cada EA, os avaliadores decidiram se o evento estava relacionado a um EAM e identificaram que > 50% estavam relacionados.
FRANCO et al., 2012	PRMs: 422 (38%) pacientes;
BECKETT et al, 2012	PRMs mais frequentes: administração inadequada (50%) e discrepâncias entre a prescrição da atenção básica e a administração (30%).
	CM realizada por farmacêutico foi superior à prática hospitalar padrão com relação ao perfil de medicação adequado 48 horas após a admissão: 71% intervenção vs. 48% controle (p = 0,033).
QUÉLENNEC et al., 2013	116 discrepâncias em 81 pacientes, 41% omissões e 35% dose, via ou frequência incorreta.
	173 discrepâncias não intencionais; 20,8% com potencial para maior monitoramento a fim de evitar danos e 6,4% com potencial para causar danos. Erros mais comuns: omissão (87,9%) e dose incorreta (8,1%).
URBIETA SANZ et al., 2014	Classes farmacológicas mais envolvidas com erros: sistema nervoso (22,0%), gastrointestinal (20,0%) e cardiovascular (18,0%).
	564 discrepâncias foram registradas em 95,8% dos pacientes. Das 260 intervenções de conciliação, 167 (73,9%) foram aceitas por meio da categorização dos EM, considerando clinicamente relevantes aqueles que teriam exigido monitoramento; a maioria (71,7%) ocorreram por omissões dos medicamentos. A aceitação pelos médicos de emergência das intervenções de conciliação foi de 73,9%. Regressão logística mostrou que EM foram associados à polimedicação e pluripatologia e maiores nos pacientes com mais de 5 fatores de risco (> 65 anos, insuficiência renal ou hepática, pluripatologia, polimedicação, uso de medicamentos de alto risco, de índice terapêutico estreito ou potenciais interações relevantes)

Tabela 54 (Continuação) - Resultados dos Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a

Referência/Ano	Principais Resultados
CHAN et al., 2015	512 discrepâncias em 151 pacientes (3,4 discrepâncias/ paciente); 34% discrepâncias intencionais não documentadas e 66% não intencionais: 21% omissões, 36% duplicidades e 43% dose/ frequência incorreta, 6% EAM clinicamente significativos. PRM: uso de medicamento não indicado (25%), não uso de medicamento necessário (25%), não uso de medicamento conforme prescrito (28%) ou dosagem incorreta de um medicamento (20%)
OKERE et al; 2015	Menor chance de assistência de urgência em CM vs. tratamento usual (OR = 0.5, IC95%:0.3-0.9); Maior chance de utilizar assistência médica na atenção básica em CM vs. tratamento usual (OR = 1.9 IC95%:1.4-2.6)
SAAVEDRA-QUIRÓS et al., 2016	92,2% CM concluída na admissão e alta; 47,9% provenientes de serviços/instituições de saúde; 86,7% internados por fratura de quadril. 90 EM na admissão e 129 na alta em 113 dos pacientes (média de 1,94 EM/ paciente).
BELDA-RUSTARAZO et al., 2015	Menor risco de erro de conciliação em 525 (64,5%) pacientes na admissão, com média de 2,2 ± 1,3 EM por paciente e em 32,4% dos pacientes na alta. EM mais frequente: omissão de medicamentos (73,6% na admissão e 71,4% na alta); 39% dos EM na admissão e 51% na alta tinham potencial para causar danos moderados ou graves. Risco de EM na admissão: maior número de medicamentos pré-admissão e de comorbidades (p <0,001). Risco de EM na alta: maior número de medicamentos prescritos na alta (p = 0,04) e maior tempo de internação (p = 0,03)
HOLLAND et al; 2015	62,5% (n = 140) das prescrições não foram conciliadas. Destas, 15,8% (n = 355) dos medicamentos não foram conciliados e 92% foram de discrepâncias na comunicação. Principais discrepâncias: omissão (76,6%) e prescrição de medicamentos novos não conciliados (58,5%). Resolução de não conciliações de prescrições: 55,7% antes da alta; 67,9% resolvidas pelo médico, 26,9% pelo farmacêutico clínico e 5,2% por ambos. Todas as divergências foram resolvidas antes da alta; 97,1% (n = 200) pelo farmacêutico.
VALVERDE et al., 2016	Média de discrepâncias por paciente: 7,85 na admissão, 3,67 na alta e 2,19 na atenção básica
PHATAK et al., 2016	CM vs. Tratamento usual: menor número de re-internações ou visitas a emergência 30 dias após a alta (24,8% vs. 39,0%; p = 0,01); Menor registro de EA ou EM (8,0% vs. 12,8%; p < 0,05).
RUBIO-CEBRIÁN et al., 2016	23,4% dos EM na admissão e 22,5% na alta. Prescrições potencialmente inapropriadas afetaram 6,0% dos pacientes conciliados. O número de interações clinicamente relevantes afetou 11,7% dos pacientes
VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016	De 53.920 medicamentos conciliados, 90,4% não apresentaram discrepâncias e 9,6% discrepâncias justificadas (69,7% erros nos registros dos medicamentos domiciliares na admissão, 23,6% omissões e 6,7% duplicações). Nenhum EM atingiu o paciente.

Tabela 2 (Continuação) - Resultados dos Métodos de Conciliação Medicamentosa em pacientes adultos, estudos de 2004 a 2020

Referência/Ano	Principais Resultados
RODRÍGUEZ VARGAS et al., 2016	Erros de CM ocorreram em 49,5% (102/206) dos pacientes. 359 medicamentos registrados com discrepâncias não intencionais; 56,0% (201/359) EM. Fatores de risco: experiência do médico, número de medicamentos prescritos antes da admissão e cirurgias anteriores.
BOOCKVAR et al., 2017	CM vs. tratamento usual: maior número de discrepâncias (8,0 vs. 5,9, $p = 0,038$); Sem diferença entre grupos com relação às discrepâncias ponderadas pelo risco, EA associados à discrepância e retificação das discrepâncias.
BREUKER et al., 2017	EM corrigidos em 19,5% pacientes na admissão e 9,9% na alta. Principal EM: omissões. Pacientes diabéticos: mais afetados na admissão e na alta; EM potencialmente mais graves; polimedicação identificada como fator de risco para EM.
CHUNG et al., 2019	Das 544 discrepâncias não intencionais identificadas, 70,1% eram omissão. Fatores associados às discrepâncias não intencionais: incapacidade de comunicação no idioma, baixo nível educacional, admissão em unidade de terapia não intensiva, duas ou mais comorbidades e oito ou mais medicamentos em uso. A análise multivariada demonstrou que o nível educacional permaneceu significativamente e independentemente associado com discrepância não intencional.
GRAABAEK et al., 2019	Não houve diferença estatisticamente significativa entre CMs (admissão vs admissão e alta). 920 PRMs identificados; 57% corrigidos pelo médico.
UITVLUGT et al., 2019	33% prontuários com registros de discrepância. Principal discrepância não intencional: omissão (44%).

aRR = Razão de Risco Ajustada; CM = Conciliação Medicamentosa; EAM = Evento Adverso a Medicamentos; EA = Eventos Adversos; EM = Erros de Medicação; IC = intervalo de confiança; MHMP = melhor histórico medicamentoso possível; OR = Odds Ratio; PRM = Problemas relacionados a medicamentos; RAM: Reação Adversa Medicamentosa.

5.2 Protocolo de Conciliação Medicamentosa

O Protocolo apresentado a seguir, está descrito conforme os três passos previamente definidos de acordo com o Projeto High5s (Protocolo Operacional Padrão para Conciliação de Medicamentosa da OMS) e do ISMP Canada:

- Primeiro Passo: Elaboração do Melhor Histórico Medicamentoso Possível;
- Segundo Passo: Conciliação Medicamentosa na admissão, transferência interna e alta hospitalar;
- Terceiro Passo: Documentação e comunicação

5.2.1 Elaboração do Melhor Histórico Medicamentoso Possível

O MHMP é a fonte principal de informação para o processo de CM. Sua elaboração depende das habilidades de entrevista do profissional de saúde, do envolvimento e participação dos pacientes e do acesso às listas de medicamentos ambulatoriais dos pacientes.

A obtenção do histórico medicamentoso preciso é um importante elemento do uso seguro de medicamentos, uma vez que as informações são posteriormente utilizadas para gerar regimes farmacoterapêuticos durante a hospitalização e após a alta. A lista inicial de medicamentos - Melhor Histórico Medicamentoso Possível - deve acompanhar o paciente durante toda a hospitalização e posteriormente no ambulatório, por isso sua exatidão constitui um ponto crítico (JOHANSEN et al., 2018).

O MHMP é mais abrangente do que um histórico de uso de medicamentos, que geralmente é uma história de uso de medicamentos preliminar rápida que pode não incluir fontes múltiplas de informação como pode ser observado no **quadro 3**. A documentação completa inclui o nome do medicamento, dosagem, via de administração e frequência.

Quadro 3 - Características do Melhor Histórico medicamentoso Possível

É um processo sistemático e é um histórico de medicação mais completo (por exemplo, na admissão).
Deve ser utilizada pelo menos uma outra fonte confiável de informações, incluindo uma entrevista com o paciente, registro eletrônico de dispensação de medicamentos, frascos de medicamentos, referências de unidades de saúde.
Uma lista completa e precisa de medicamentos, que reflete o uso de medicamentos antes da admissão, pode ser usada para criar (e posteriormente reavaliar) pedidos de medicamentos com segurança.

Objetivos

O objetivo do MHMP é registrar os medicamentos que o paciente estava utilizando antes da admissão. Pode ser necessário fazer uma análise retrospectiva de seis meses para entender o histórico de mudanças de uso de medicamentos.

Profissionais envolvidos

O MHMP deverá ser coletado preferencialmente pelo profissional farmacêutico. Quando possível, deve-se solicitar à ajuda da equipe administrativa da recepção para ajudar nesta etapa inicial. Os profissionais envolvidos devem seguir um processo sistemático, com um guia de entrevista sempre que possível (**anexo 2**). Deve ser previsto treinamento antes de iniciar o MHMP e aperfeiçoamento a cada seis meses. Os treinamentos devem envolver a equipe de qualidade hospitalar juntamente com as equipes de assistência envolvidas.

Atividades

Uma vez iniciada a admissão do paciente, recomenda-se que o MHMP seja concluído o mais rapidamente possível. Todo o processo de CM deverá ser concluído em 24 horas a partir do momento da internação.

Deve ser iniciado com a fonte de informação mais atualizada e pelo menos uma outra fonte confiável de informações. Nem todas as fontes de informação serão úteis. Devem ser consideradas as limitações e os benefícios potenciais de cada fonte a ser utilizada. As fontes iniciais de informação estão listadas detalhadamente no Quadro 4.

Quadro 4 - Fontes iniciais de informação sobre medicamentos

Tipo de admissão	Fontes
<p align="center">Da Comunidade / Home Care</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frascos de medicamentos de posse do paciente ou familiar/cuidador • Lista de medicamentos do próprio paciente • Referências do médico assistente/médico de acompanhamento / documentos de consultas e retornos médicos • Registros de admissão anteriores / resumo de alta • Registros de medicamentos em ambulatório/ prescrições médicas
<p>Outras instituições hospitalares ou outras unidades de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de administração de medicamentos mais atual • Plano de Alta de Medicamentos de outra Unidade de Saúde • Registros de farmácia/prescrições médicas

Em seguida deve ser realizada entrevista com o paciente/familiar/ cuidador, usando um processo sistemático, para identificar o uso real de medicamentos pelo paciente. Durante este processo, comparar e verificar as informações da entrevista com pelo menos uma outra fonte de informação. Recomenda-se que o entrevistador faça perguntas abertas ao paciente para ajudar a registrar os medicamentos que muitas vezes são esquecidos (exemplo: contraceptivos, colírios e inaladores).

Se forem verificadas diferenças entre as informações fornecidas pelo paciente e as fontes de informação sobre medicamentos anteriormente utilizadas, os seguintes passos devem ser seguidos:

- Discussão das diferenças identificadas com o paciente/cuidador e/ou investigar outra fonte.
- Comunicação ao médico responsável sobre as diferenças de maneira específica. Essa comunicação pode ser feita diretamente por meio de conversa com o médico, por meio de uma nota de prontuário para o médico prescritor ou por meio do uso de uma seção de “comentários” no formulário do MHMP.
- Documentação no formulário de registro do MHMP (anexo 1) do que o paciente está realmente tomando para ajudar o prescritor a tomar uma decisão informada com base no que é melhor para o paciente. Devem ser registrados todos os medicamentos, incluindo dosagem, via de administração e posologia.

Essas diferenças entre as informações provenientes do paciente/cuidador e fontes de informação não devem ser contadas como “discrepâncias”, pois devem ser tratadas ao adquirir o MHMP.

Após análise das fontes de informação, o paciente será classificado em uma das três categorias.

- **Categoria 1:** Este grupo não requer nenhum outro trabalho além de documentar o fato de que o paciente não está tomando medicamentos.
- **Categoria 2:** Esses pacientes têm pelo menos outra fonte confiável de informações sobre medicamentos e sabem os nomes dos medicamentos que tomam. Eles têm seus frascos / lista de medicamentos com eles.
- **Categoria 3:** Pacientes que tomam medicamentos e não sabem relatar o nome (de pelo menos um de seus medicamentos), não conseguem dar informações devido ao seu estado de saúde ou não têm cuidadores disponíveis que possam fornecer essas informações. Para esses pacientes são necessários esforços adicionais de coleta de informações pela equipe de saúde para que o paciente seja admitido, tais como: acessar prescrições médicas e registros (conforme disponível); solicitar aos membros da família para trazer os medicamentos; entrar em contato com médicos da família para solicitar listas de medicamentos do paciente. Completada a informação o paciente passa a ser classificado na categoria 2 e estará pronto para admissão e registro do MHMP. Na impossibilidade de completar as informações sobre uso de medicamentos pelo paciente, a ausência de informações deve ser sinalizada à equipe de saúde (médicos e enfermeiras), podendo ser feita por uma pulseira de cores vivas identificadora.

Para sistematizar a abordagem dos pacientes para a o processo de CM na admissão e orientar a entrevista com o paciente/cuidador, o guia de entrevista do paciente para a obtenção do MHMP poderá ser utilizado tanto para consulta quanto nos treinamentos.

Registro

O MHMP deve ser registrado em um local de fácil visualização no prontuário do paciente para que todos os profissionais de saúde possam acessá-lo. As equipes de informática, juntamente com os coordenadores dos sistemas de prontuários eletrônicos, deverão adaptar ou desenvolver ferramentas / formulários de MHMP para apoiar o processo de CM.

5.2.2 Conciliação Medicamentosa, documentação e comunicação

5.2.2.1 Conciliação medicamentosa na admissão:

A admissão hospitalar é um processo que envolve a criação de um MHMP completo. O processo depende das habilidades de entrevista dos profissionais envolvidos, da disponibilidade e memória dos pacientes e do acesso à lista de medicamentos utilizada anteriormente à internação (BOOCKVAR et al., 2017; RODRÍGUEZ VARGAS et al., 2016; VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016)

Objetivo

O objetivo da CM na admissão é garantir uma comunicação clara sobre as decisões que o prescritor toma para continuar, interromper ou modificar o regime de medicamentos previamente utilizados pelo paciente.

Profissionais envolvidos

Os profissionais médicos, enfermeiros e farmacêuticos estão envolvidos no processo (BECKETT; CRANK; WEHMEYER, 2012; HERNÁNDEZ MARTÍN et al., 2010; SCHNIPPER et al., 2009). Se necessário, será contactado o assistente social (SCHNIPPER et al., 2009).

Atividades

A admissão dos pacientes em uma unidade hospitalar é o início da prestação dos cuidados associada a uma mudança no estado clínico do paciente, na qual medicamentos são prescritos conforme necessário. O profissional responsável pelo processo de admissão deve assinar para atestar que o processo ocorreu (**Anexo 1**).

Dentro das primeiras 24-48 horas da admissão, o farmacêutico clínico irá preparar o MHMP do paciente. O farmacêutico irá coletar dados dos registros médicos (incluindo histórico medicamentoso, prescrições e frascos de medicamentos) e realizar uma entrevista semiestruturada com o paciente. Neste momento, o médico já terá solicitado os medicamentos iniciais e realizado a prescrição de admissão do paciente no hospital.

Na entrevista será avaliado o histórico medicamentoso, com informações sobre alergia, intolerância, interrupção por efeitos colaterais e problemas de adesão (VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016). Para pacientes oriundos de outros serviços de saúde, as informações devem ser obtidas na entrevista.

Após a entrevista, o farmacêutico documentará quais medicamentos foram conciliados de acordo com a prescrição no prontuário eletrônico. Todos os medicamentos serão revisados quanto a discrepâncias, contraindicações, interações medicamentosas e medicamentos, dosagens, vias e dosagem inadequados e efeitos colaterais identificados (SCHNIPPER et al., 2009).

Durante a admissão, o prescritor terá as opções de preenchimento (reiniciar, parar, continuar) para cada medicamento no preenchimento do “Formulário de Registro do Melhor Histórico Medicamentoso Possível” na aba admissão. O médico receberá as informações sobre as discrepâncias do tratamento medicamentoso registradas pelo farmacêutico e revisará os medicamentos independentemente, considerando os aspectos farmacológicos e clínicos do tratamento. O farmacêutico e o médico farão as discussões pertinentes de acordo com as recomendações para as mudanças medicamentosas (HOLLAND, 2015). Qualquer discrepância não justificada será considerada um erro de medicação (HERNÁNDEZ MARTÍN et al., 2010).

O enfermeiro verificará a lista de medicamentos após as adequações, encaminhará os novos medicamentos e pedidos da admissão para a farmácia e administrará os medicamentos conforme as prescrições (SCHNIPPER et al., 2009).

Os processos de CM na admissão geralmente se enquadram em dois modelos: prospectivo e retrospectivo: o processo prospectivo ocorre quando o MHMP é criado primeiro e é usado para redigir pedidos de medicamentos de admissão, o processo retrospectivo ocorre quando um MHMP é criado e os medicamentos são reconciliados depois que os pedidos de medicamentos de admissão são escritos.

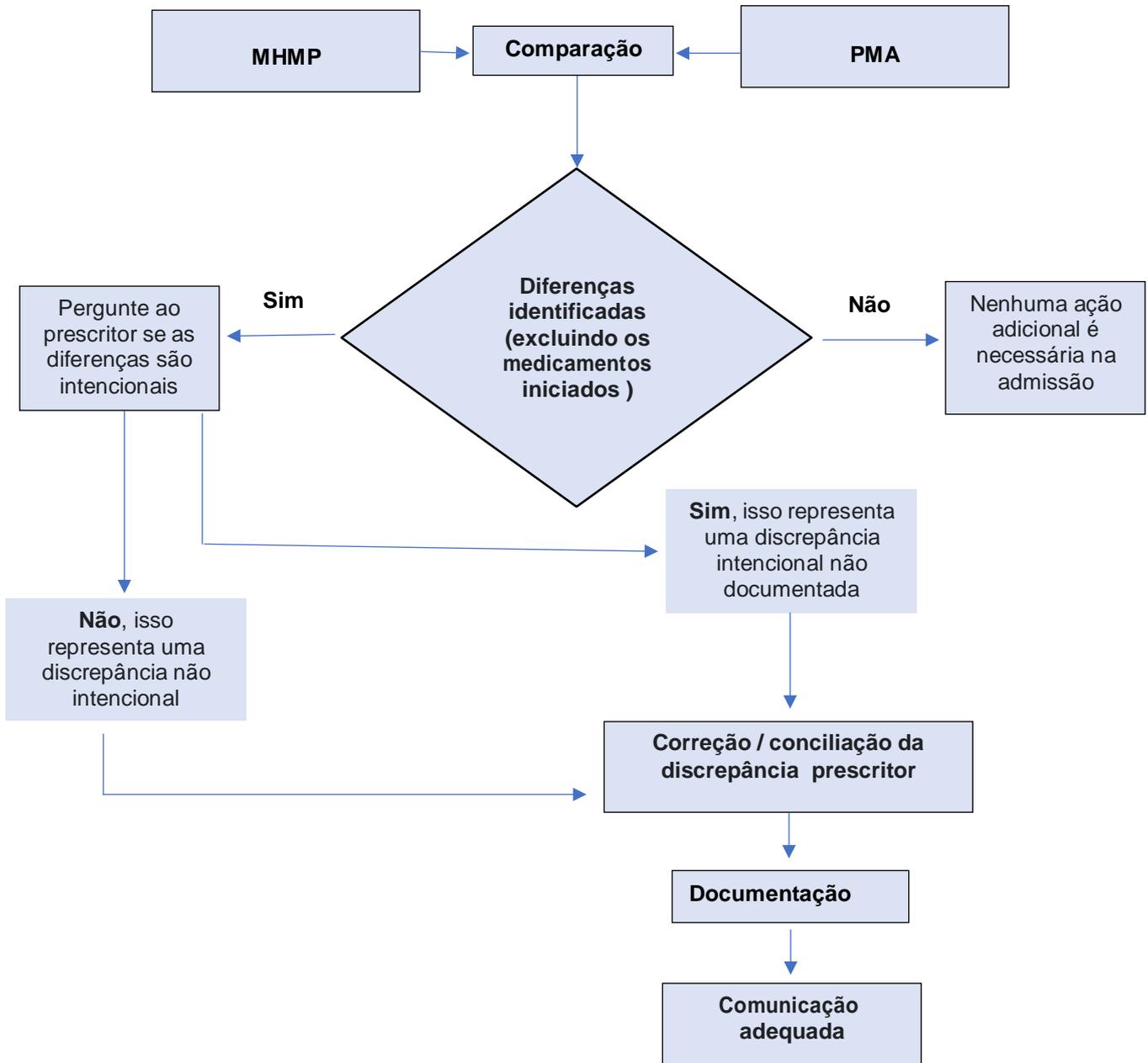
Para o INI, considerando a complexidade dos pacientes internados e o momento atual de pandemia pela COVID-19, propõe-se aqui um “retrospectivo” pela dificuldade na obtenção do MHMP antes que as prescrições de admissão sejam escritas. Pacientes que precisam de tratamento imediato geralmente terão a Conciliação retrospectivamente.

Registro

Todas as alterações dos esquemas terapêuticos realizadas na admissão deverão estar documentadas, com breves justificativas para as mudanças sugeridas. Os prescritores devem assinar o formulário com as alterações recomendadas para confirmar os esquemas terapêuticos que foram sugeridos e para justificar o não cumprimento das recomendações prévias.

O Fluxograma do Processo de CM na Admissão Hospitalar está descrito conforme a **Figura 3**.

Figura 3 - Fluxograma do Processo de Conciliação Medicamentosa na Admissão Hospitalar



MHMP = Melhor Histórico Medicamentoso Possível; PMA = Plano medicamentoso de admissão

5.2.2.2 Conciliação medicamentosa na transferência interna

A transferência é uma interface de atendimento que pode incluir mudanças no nível de assistência e transferências entre unidades. A transferência interna geralmente está associada a uma mudança no estado clínico do paciente - por exemplo, a transferência de uma ala semi-intensiva para outra uma ala de terapia intensiva significa piora clínica e vice-versa.

Objetivo

O objetivo da CM de transferência é avaliar se a terapia medicamentosa que estava sendo utilizada na unidade anterior ou antes da internação deve ser mantida, reiniciada, interrompida ou modificada. Nesta etapa é necessário que as prescrições de medicamentos sejam revistas (**Anexo 3**).

Profissionais envolvidos

Os profissionais médicos, enfermeiros e farmacêuticos estão envolvidos no processo (BOSMA et al., 2017).

É importante ter uma política que designe quem é responsável por concluir a conciliação (unidade de recebimento ou transferência) e quando ela deve ocorrer. O processo deve exigir uma assinatura para confirmar que ocorreu.

Atividades

A CM de transferência interna envolve avaliar e contabilizar: medicamentos anteriores à admissão (MHMP); medicamentos da unidade de transferência (registro de administração de medicamentos; e novos pedidos de medicamentos pós-transferência.

A conciliação na transferência geralmente envolve o uso de um formulário padronizado e a escolha dependerá dos sistemas disponíveis no hospital. O sistema de prontuário eletrônico do INI/Fiocruz tem a capacidade de gerar eletronicamente uma lista de medicamentos atual, no momento da transferência, que permite ao prescritor selecionar os medicamentos que devem continuar no próximo nível de

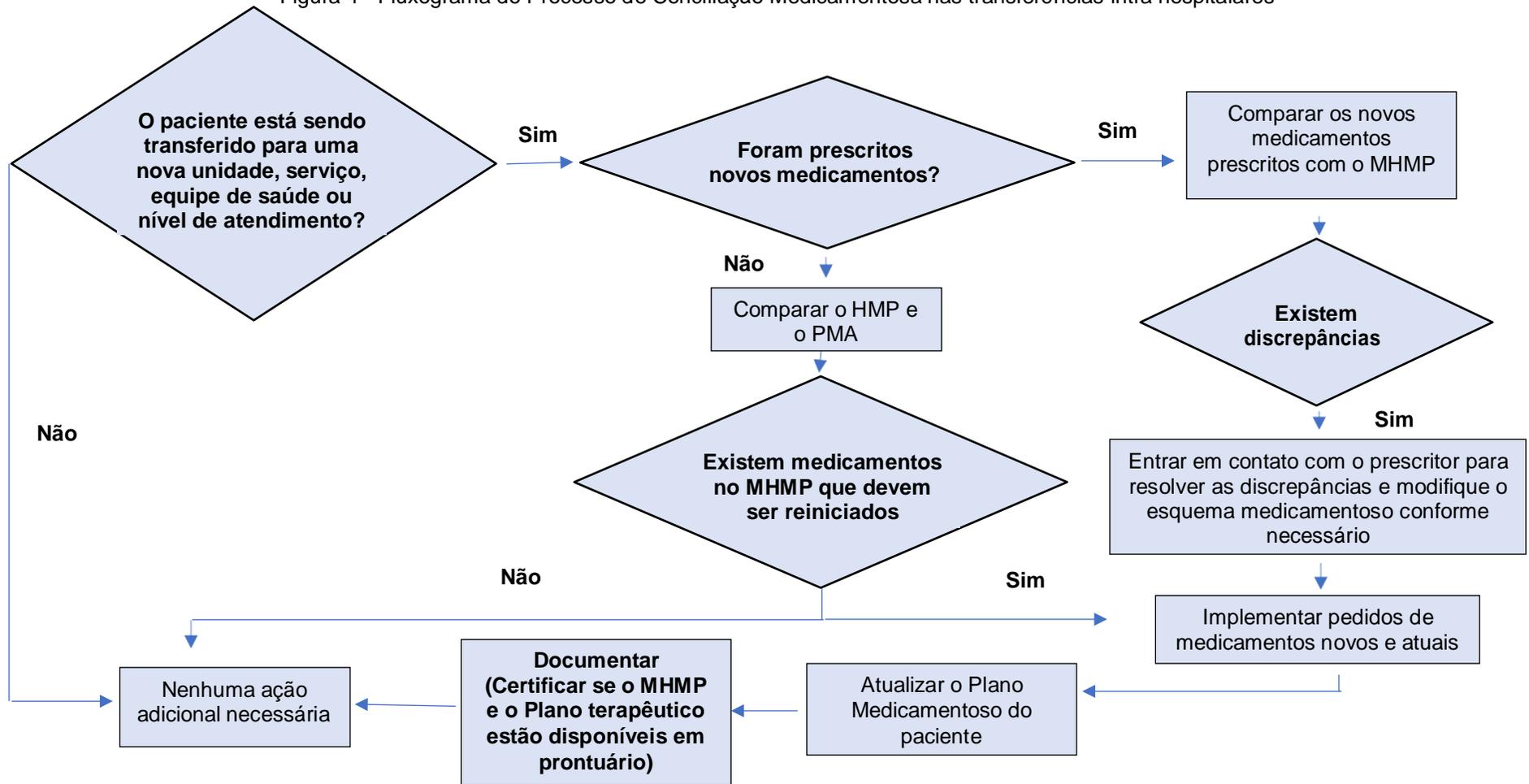
cuidado. No entanto, não é possível resgatar o uso de medicamentos pré-hospitalares registradas em outros sistemas. É necessário garantir que esse tipo de conciliação ocorra, especialmente na transferência de uma unidade de terapia intensiva para uma ala semi-intensiva

Quando um paciente recebe alta da terapia intensiva, o farmacêutico faz um resumo dos medicamentos utilizados durante o período em que esteve internado nesse setor para a realização da transferência interna hospitalar. Este resumo contém uma visão geral dos medicamentos do MHMP e de todos os medicamentos utilizados na terapia intensiva. Para cada medicamento, o médico da terapia intensiva recebe uma série de opções de recomendações (ou seja: reiniciar, parar, continuar), tornando mais fácil e claro o fornecimento da terapia medicamentosa ao médico da enfermaria geral.

Para o INI-Fiocruz, no caso de transferência interna, o MHMP também incluirá os medicamentos pré-admissão conciliados ou não conciliados na ala anterior. O médico da ala anterior preencherá os pedidos de medicamentos para as próximas 24h em formulário próprio, documentando o processo de revisão do histórico medicamentoso completo do paciente na admissão e os medicamentos atuais. Quando um paciente recebe alta da ala intensiva, o farmacêutico clínico fará um resumo do medicamento de alta. O farmacêutico clínico avalia a prescrição de admissão no setor após as 24h e se perceber alguma discrepância inexplicável entre a medicação pré-admissão e a medicação prescrita na ala de transferência, ele discutirá isso com o médico da ala intensiva, permitindo a correção de omissões não intencionais ou outros erros nas prescrições (BOSMA et al., 2017). O enfermeiro verificará a lista de medicamentos após as adequações, encaminhará os novos medicamentos e pedidos da admissão para a farmácia, administrará os medicamentos conforme as prescrições e realizará orientações sobre as indicações terapêuticas de cada medicamento ao paciente antes da administração do mesmo (SCHNIPPER et al., 2009).

O Fluxograma do Processo de CM nas transferências intra hospitalares está descrito conforme a **Figura 4**

Figura 4 - Fluxograma do Processo de Conciliação Medicamentosa nas transferências intra hospitalares



MHNM = Melhor Histórico Medicamentoso Possível; **PMA** = Plano medicamentoso de admissão

O “Formulário de conciliação medicamentosa nas transferências internas do paciente até reavaliação de 24h” (anexo 3) aborda as seguintes questões: os medicamentos de uso pré-hospitalar foram conciliados com os pedidos de transferência; os pedidos da unidade de terapia intensiva foram conciliados com os pedidos de transferência, todas as discrepâncias foram resolvidas antes da transferência; as alergias deverão estar listadas corretamente nas ordens de transferência.

O processo de conciliação documentado após a discussão das divergências ajuda os farmacêuticos a desenvolver o conteúdo do MHMP e a entrega da intervenção médica. Os farmacêuticos devem ser treinados para preenchê-lo de forma padronizada. Este treinamento incluirá um feedback individual usando pacientes clínicos. Os farmacêuticos e equipe receberão treinamento em comunicação verbal clara usando programas educacionais previamente desenvolvidos.

5.2.2.3 Conciliação Medicamentosa na alta

A alta hospitalar é uma interface crítica do cuidado, onde os pacientes correm risco de discrepâncias quanto ao uso de medicamentos durante a transição.

Objetivo

O objetivo da CM na alta é conciliar os medicamentos que o paciente usava antes da admissão (MHMP) e aqueles iniciados no hospital, com os medicamentos que eles devem tomar após a alta para garantir que todas as mudanças sejam intencionais e que as discrepâncias sejam resolvidas antes da saída do paciente do ambiente hospitalar para evitar duplicações terapêuticas, omissões e prescrição de medicamentos desnecessários.

Profissionais envolvidos

Os profissionais médicos, enfermeiros e farmacêuticos estão envolvidos no processo (PHATAK et al., 2016; SCHNIPPER et al., 2009).

Atividades

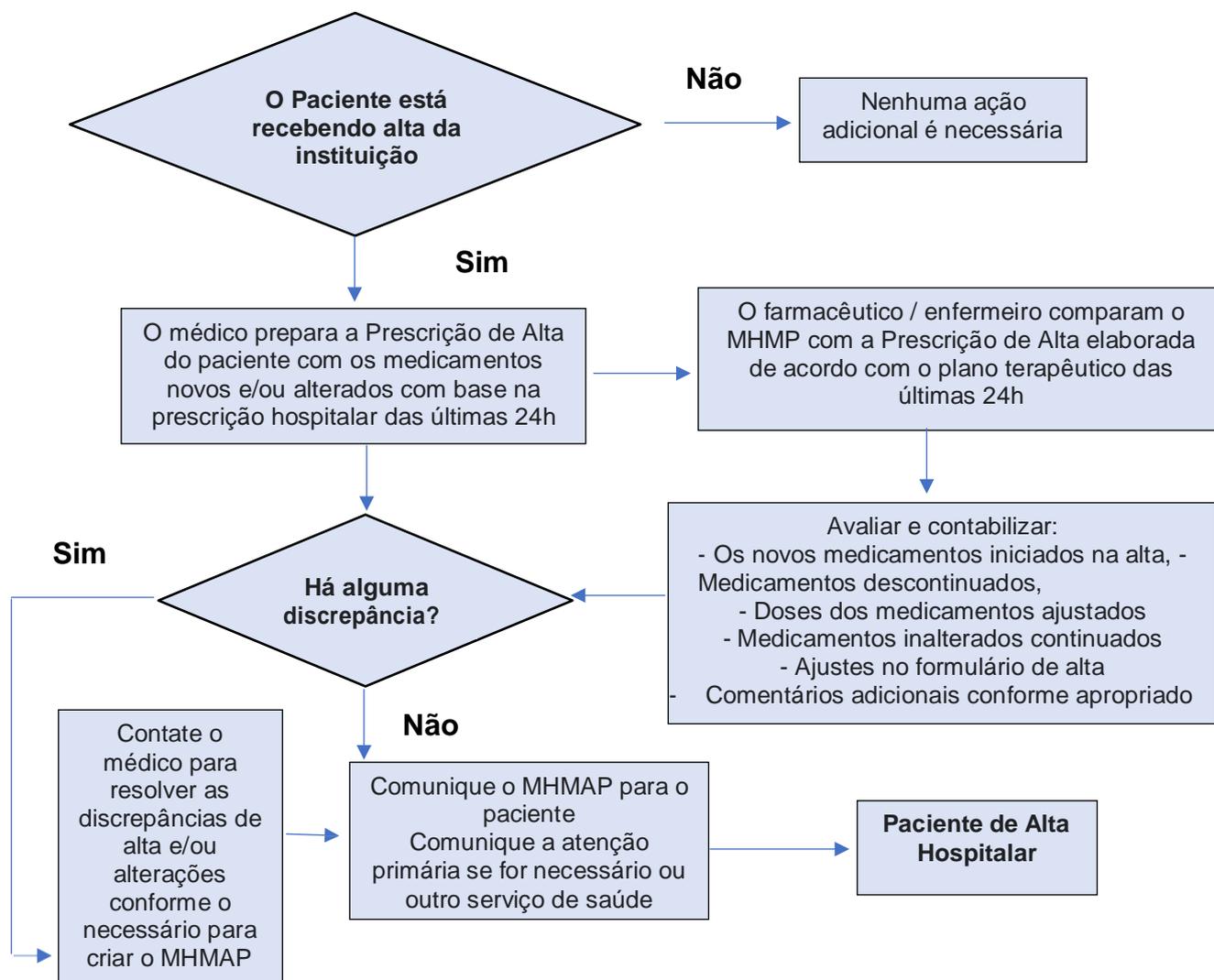
A CM de alta esclarece os medicamentos que o paciente deve tomar após a alta, revisando: medicamentos que o paciente estava tomando antes da admissão (MHMP), última prescrição medicamentosa de 24 horas anterior ou perfil de medicamentos atualizado e novos medicamentos planejados para começar na alta.

Para cada medicamento o médico da unidade semi-intensiva ou enfermaria receberá uma série de opções e deve preencher as opções reiniciar, parar, continuar no campo alta do “Formulário de Registro do Melhor Histórico Medicamentoso Possível”. Esse preenchimento no formulário proposto, facilitará as decisões para a elaboração da prescrição de alta hospitalar (RUBIO-CEBRIÁN et al., 2016).

Os enfermeiros e os farmacêuticos ficarão responsáveis por realizar a análise do resumo de alta confeccionado pelo médico da semi-intensiva ou enfermaria (24 horas antes da alta hospitalar) e pela revisão do regime de medicamentos (regime ambulatorial de medicamentos versus lista de medicamentos de alta). Identificadas divergências ou discrepâncias, os profissionais comunicarão ao médico de alta e, caso necessário, entrarão em contato com o médico assistente do paciente ou médico da atenção básica. Problemas potenciais relacionados ao medicamento não resolvidos durante a internação serão discutidas e serão realizadas as recomendações necessárias (HOLLAND, 2015). Os farmacêuticos farão a revisão dos medicamentos de alta com os pacientes, do Plano Terapêutico atualizado ou outros medicamentos que o paciente possa ter em casa, prestando assistência farmacêutica e as orientações pertinentes (OKERE; RENIER; TOMSCHE, 2015). Se for o caso, farão contato com o serviço de atenção básica para informá-lo sobre a não adesão aos medicamentos e procederão com a documentação em prontuário (BELDA-RUSTARAZO et al., 2015; DELATE et al., 2008; OKERE; RENIER; TOMSCHE, 2015; SCHNIPPER et al., 2009, 2010). O enfermeiro confirmará a CM juntamente com o paciente no momento da alta (SCHNIPPER et al., 2009).

O Fluxograma do Processo de CM na alta hospitalar está descrito conforme a **Figura 5**.

Figura 5 - Fluxograma do Processo de Conciliação Medicamentosa na Alta Hospitalar



MHMP = Melhor Histórico Medicamentoso Possível; MHMAP = Melhor Histórico Medicamentoso de Alta Possível

Registro

O MPMAP pode incluir: uma lista atualizada e precisa de medicamentos que o paciente deve tomar na alta (**Apêndice 4**); uma carta de transferência de informações sobre medicamentos para o próximo prestador de cuidados; uma receita de alta estruturada para o próximo prestador de cuidados; uma grade de informações do paciente elaborada conforme o guia de entrevista ao paciente/cuidador no momento da alta hospitalar (**Apêndice 5**).

O MPMAP deve ser comunicado usando um processo sistemático ao:

- Paciente / cuidador;
- Médico comunitário;
- Prestador de cuidados de longa duração;
- Prestador de cuidados domiciliares;
- Instalação ou serviço de cuidados alternativos

Cada vez que o paciente muda de uma unidade de saúde para outra ou para casa, os profissionais de saúde devem revisar com o paciente / cuidador todas as listas de medicamentos anteriores junto com a lista de medicamentos prescritos na alta e reconciliar as diferenças. Este processo deve ocorrer antes de deixar o hospital e, imediatamente, após a transição para o novo ambiente de atendimento (VALVERDE et al., 2016). Os pacientes idosos e polimedicados receberão uma ligação telefônica realizada pelo farmacêutico após a alta, a fim de identificar a presença de EAMs e EMs. Os pacientes serão solicitados a confirmar seus esquemas medicamentosos, incluindo medicamento, indicação, dose, via e posologia. Serão questionados sobre possíveis efeitos colaterais, novos sintomas e quaisquer alterações em sua terapia atual (PHATAK et al., 2016).

6 DISCUSSÃO

Este estudo apresenta uma proposta de Protocolo de Conciliação Medicamentosa para uma Unidade de Referência de Ensino e Pesquisa em Doenças Infecciosas no Rio de Janeiro (Apêndice 6). Está apoiado por uma busca sistemática da literatura e de documentos orientadores de qualidade hospitalar e de segurança do paciente quanto ao uso de medicamentos e à eficiência do sistema de saúde, garantindo a precisão medicamentosa utilizada pelos pacientes em processos de transição dos cuidados.

O processo formal de adequação do plano farmacoterapêutico a partir da comparação entre a lista completa de medicamentos que o paciente estava utilizando previamente e a prescrição farmacoterapêutica na transição do atendimento é considerada fundamental para segurança da terapia medicamentosa dos pacientes. Embora o objetivo seja simples, os processos que contribuem para alcançá-lo são notavelmente complexos. O paciente que participa do processo apresenta menores chances de re-internações hospitalares de urgência (OKERE et al; 2015; PHATAK et al; 2016).

As organizações internacionais, como a JCAHO, o *National Patient Safety Goal (NPSG)*, o IHI, o ISMP, o *National Institute for Health and Care Excellence*, a Agência Nacional de Segurança do Paciente (ANSP) e a OMS consideram a CM fundamental para garantir a segurança dos pacientes (QUÉLENNEC et al., 2013). Na Espanha, a Sociedade Espanhola de Farmácia Hospitalar publicou em 2009 o documento de Consenso sobre Terminologia e Classificação de Programas de Conciliação Medicamentosa, intitulado "2020 Rumo ao futuro com segurança" e inclui entre os seus objetivos estratégicos para o ano de 2020 a existência de procedimentos padronizados de conciliação da medicação habitual do paciente, tanto na admissão e alta em 100% dos hospitais (HERNÁNDEZ MARTÍN et al., 2010; URBIETA SANZ et al., 2014)

Considerando a realidade atual do INI-Fiocruz, com importante ampliação dos leitos, faz-se necessário o procedimento da CM na prevenção de EAM, por ser uma importante estratégia na redução de riscos potenciais ao paciente e custos no atendimento (DELATE et al., 2008). A CM tem mostrado grande impacto na redução de discrepâncias não intencionais em mudanças de níveis de atenção à saúde, de serviços ou profissionais da saúde, levando a um menor número de erros de

medicação e danos ao paciente. (WHO, 2014). É importante ressaltar que nos nossos achados, no contexto do atendimento clínico ao paciente, observamos estudos que documentam a prevalência significativa de discrepâncias de medicação não intencionais (BECKETT; CRANK; WEHMEYER, 2012; CHAN et al., 2015; HERNÁNDEZ MARTÍN et al., 2010; QUÉLENNEC et al., 2013; RODRÍGUEZ VARGAS et al., 2016)

O Protocolo de Conciliação Medicamentosa aqui proposto, foi estruturado considerando os três passos previamente definidos no Projeto High 5s (Protocolo Operacional Padrão para Conciliação de Medicamentosa da OMS) e do ISMP Canada.

As escolhas metodológicas em cada um dos passos foram embasadas na literatura bem como considerando a realidade do INI-Fiocruz. Em um ambiente rico em possibilidades de erros, o ato de conciliar os medicamentos tem grande importância, uma vez que há muitas incertezas na prescrição de medicamentos sem o conhecimento do perfil de uso prévio pelo paciente (BREUKER et al., 2017; VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016).

Erros no MHMP são comuns na admissão hospitalar devido ao fato dos pacientes frequentemente não serem capazes de relatar a sua história medicamentosa de forma exata e, por muitas vezes, não portarem todos os medicamentos consigo (RUBIO-CEBRIÁN et al., 2016; SAAVEDRA-QUIRÓS et al., 2016; VALVERDE et al., 2016). Além disso, o MHMP não deverá ser simplesmente uma lista dos medicamentos e doses que o paciente utiliza no momento da admissão hospitalar. Outras informações, tais como a adesão à terapêutica, eventos adversos e reações de hipersensibilidade, devem ser registradas e comparadas com os registros médicos anteriores a internação ou com o histórico de prescrições prévias no hospital (CHAN et al., 2015; PHATAK et al., 2016).

Segundo a literatura revisada, a condução da CM por farmacêuticos pode contribuir para reduzir a iatrogênese relacionada a medicamentos. A atividade de conciliar os medicamentos é um ponto de melhoria dos cuidados ao paciente, nos quais o papel do farmacêutico é de grande valor (BOSMA et al., 2017). Desta forma, na proposição do presente protocolo, sugerimos que os farmacêuticos estejam tanto quanto possível, envolvidos na CM, na busca pela segurança total quanto ao uso dos medicamentos do paciente durante a admissão (BECKETT et al; 2012).

Na abordagem ao paciente, o farmacêutico clínico deve fazer perguntas abertas para ajudar a determinar os medicamentos que muitas vezes são esquecidos (contraceptivos, colírios, inaladores), uma vez que, frequentemente, os pacientes se esquecem de falar acerca daqueles medicamentos utilizados sem prescrição médica. (BREUKER et al., 2017; HERNÁNDEZ MARTÍN et al., 2010). O processo com os pacientes e/ou com seus cuidadores, segue pela comparação das prescrições médicas e a sua discussão, incluindo dupla checagem dos medicamentos utilizados, entrevista com paciente, com a família, e, em alguns casos, com a equipe clínica (URBIETA SANZ et al., 2014).

Os erros na obtenção do MHMP na admissão têm grande potencial de causar danos, pois podem se propagar durante a hospitalização do paciente e após a alta. É difícil distinguir o impacto do MHMP preciso do impacto de uma CM bem-sucedida quando ambos são incluídos em uma intervenção. Portanto um programa de CM bem-sucedido inclui um MHMP preciso a partir do qual iniciar o processo de conciliação.

Devem ser consultadas no mínimo duas fontes de informação sobre os medicamentos para obter o MHMP (VALVERDE et al., 2016). As fontes utilizadas na revisão da literatura para a CM variaram de acordo com o local ou país, o tempo disponível e a acessibilidade às diferentes fontes de informação. Em alguns países, como os EUA, o próprio paciente foi a fonte mais frequentemente utilizada (OKERE; RENIER; TOMSCHE, 2015), enquanto que em países da Europa, como Espanha, França e a Irlanda, os registos da farmácia comunitária são mais usados (POURRAT et al., 2014; URBIETA SANZ et al., 2014; VALVERDE et al., 2016).

Em um estudo realizado nos EUA (SCHNIPPER et al., 2010), foi proposta a revisão e a avaliação do regime medicamentoso de pré-admissão com o apoio do Assistente Social para auxiliar no aconselhamento em caso de pacientes carentes e com dificuldades na obtenção das informações necessárias.

Para o protocolo do INI/Fiocruz, dependendo da necessidade e das dificuldades encontradas pelos farmacêuticos na abordagem inicial do paciente, consideramos o apoio dos Assistentes Sociais para as articulações com os serviços da atenção básica. Para os pacientes já acompanhados na instituição os registos ambulatoriais e médicos assistentes são fonte importante de consulta.

No protocolo proposto, os médicos serão responsáveis pela análise do MHMP e do PTA, que é a lista de medicamentos prescritos no momento do atendimento. É

necessário compará-las, e qualquer discrepância ou inconsistência deve ser discutida para posterior modificação da prescrição, caso necessário (BECKETT; CRANK; WEHMEYER, 2012; RODRÍGUEZ VARGAS et al., 2016; SAAVEDRA-QUIRÓS et al., 2016; VALVERDE et al., 2016). Nesta fase, vários fatores devem ser avaliados para decidir se haverá inclusão/ exclusão de medicamentos ou alterações nos esquemas propostos, verificando-se a necessidade de uso ou de ajustes na dose, frequência ou via de administração, avaliação risco/benefício e interações.

Portanto, as alterações na prescrição, após conciliação, podem incluir interrupção do tratamento com medicamentos potencialmente inadequados ou duplicados, inclusão de novos medicamentos, simplificação de regime terapêutico, alterações no uso dos medicamentos, entre outras (GRAABAEK et al., 2019). Devem ser claramente documentadas todas as alterações, suas justificativas (independente de quão óbvias sejam), e se as alterações são temporárias ou permanentes, a fim de fundamentar as avaliações subsequentes. Agrupar os medicamentos por indicação pode auxiliar na compreensão do plano farmacoterapêutico e na checagem de possíveis erros de omissão ou duplicação (GRAABAEK et al., 2019).

Além disso, os farmacêuticos devem fornecer recomendações para o prescritor a fim de otimizar a terapia medicamentosa do paciente e minimizar outros possíveis erros de prescrição (ajuste da dosagem para a função renal do paciente, detecção de interações clinicamente relevantes).

As discrepâncias serão comunicadas ao médico prescritor que, eventualmente, procederá às alterações necessárias (URBIETA SANZ et al., 2014). Esta etapa será simplificada com o preenchimento do impresso do MHMP onde os medicamentos estarão listados, combinados com as prescrições, em que o médico sinalizará se o medicamento continuará durante a internação. Para ser completa, também requer uma assinatura do médico, parâmetro exigido pela *JCAHO*.

Quando o paciente muda de um setor para outro dentro da linha do cuidado, todos os medicamentos deverão ser revisados. No entanto, o efeito da CM após a internação na UTI não está bem descrito na literatura. Apenas um estudo descrevendo as etapas a serem seguidas durante a mudança de cuidados intra hospitalar foi encontrado na busca realizada (BOSMA et al., 2017).

O Protocolo de CM, elaborado no presente estudo, propõe que na transição dos cuidados seja realizada uma revisão do esquema terapêutico do paciente e do

MHMP pelos profissionais médicos de forma documentada (conforme instrumento proposto). Os farmacêuticos clínicos terão então 24h para revisar os documentos para a identificação das discrepâncias identificadas e discussão com o médico para os ajustes caso seja necessário. Além disso, sinalizarão no impresso do MHMP as inclusões ou não dos medicamentos de uso prévio (VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016).

Para a elaboração do Protocolo de CM para alta, é importante ressaltar que as conciliações necessárias, considerando o MHMP, sejam realizadas e que as discrepâncias medicamentosas sejam resolvidas pelo médico, para a continuidade do tratamento em casa. Essas ações devem ser consideradas e deverão estar documentadas no MHMAP elaborado pelo médico antes da alta hospitalar (HOLLAND, 2015).

No Protocolo de CM para alta do INI, os médicos, enfermeiros e farmacêuticos terão responsabilidades para confirmar o processo de CM na alta. Os médicos são responsáveis por prescrever os medicamentos na alta por elaborar o sumário de alta do paciente, perguntar sobre a saúde geral do paciente e identificar quaisquer sintomas desde a admissão até a alta tendo como base todos os medicamentos utilizados pelo paciente. Devem ainda observar sintomas, discrepâncias de medicamentosas e problemas relacionados ao acompanhamento e comunicar as intervenções realizadas ao farmacêutico responsável (SCHNIPPER et al., 2009).

O Farmacêutico, se necessário, contata o paciente e explora questões relevantes para resolver quaisquer problemas com relação à educação do paciente e à comunicação com os médicos da atenção básica. Pode fazer acompanhamento telefônico, dependendo da natureza do(s) problema(s).

Os enfermeiros são responsáveis pelo aconselhamento de alta. Informam os pacientes sobre seus medicamentos, revisam a lista de medicamentos de alta atualizada com o paciente, com destaque nas mudanças da lista de medicamentos de pré-admissão, fornecem ao paciente orientação quanto ao novo esquema terapêutico. Pacientes com condições específicas devem fazer o aconselhamento de alta de acordo com a avaliação médica (SCHNIPPER et al., 2010)

Um ponto importante a ser considerado é a avaliação do paciente após a alta hospitalar. Na revisão da literatura, um ensaio clínico, randomizado realizado nos EUA

(PHATAK et al., 2016) mostrou menor número de reinternações e visitas a emergências no grupo submetido à CM na alta, com seguimento 3, 4 e 30 dias após a alta. O acompanhamento feito via telefônica concentrou-se em esclarecer o plano de alta, resolver quaisquer questões não respondidas ou identificar os PRMs, identificar e superar quaisquer barreiras à adesão e assistência para fornecer aos pacientes acesso aos medicamentos.

O processo de conciliação, com sua maior coordenação de informações entre os profissionais de saúde e os pacientes, pode diminuir a mortalidade após a alta. Consiste em uma etapa integral no processo de transição de cuidados e com mortalidade pós-alta, reinternação e consultas ambulatoriais e de emergência. (DELATE et al., 2008)

Ressalta-se também um outro estudo pós alta hospitalar (FRANCO et al., 2012) em que 18% dos pacientes relataram não adesão a pelo menos um dos medicamentos em seu tratamento usual e 30% dos pacientes com PRM afirmaram tomar doses diferentes das prescritas no prontuário ambulatorial.

Um programa abrangente de educação continuada da equipe é considerado um dos quatro principais fatores de sucesso para a CM. Todos os profissionais envolvidos no processo de CM precisam ser treinados em suas áreas de responsabilidade. Isso requer um compromisso contínuo da organização para: treinamento de todos os novos funcionários; fornecimento de treinamento contínuo (WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 2014).

O treinamento na obtenção e registro do MHMP deve ser incluído nos programas de orientação de todos os profissionais responsáveis pelo histórico de medicamentos. O ideal é que o treinamento seja multidisciplinar, isso favorece a abordagem em equipe, o entendimento do papel de cada disciplina e a consistência do treinamento (QUÉLENNEC et al., 2013).

O treinamento deve se concentrar em dois pontos principais: condução das entrevistas com pacientes para obtenção de históricos de medicamentos precisos e completos; e pensamento crítico ao realizar a CM. A educação da equipe é um investimento significativo para as organizações de serviços de saúde (POURRAT et al., 2014).

Neste sentido, o presente trabalho propõe a elaboração de material com orientações para obtenção do MHMP e do PMA (Apêndices 2 e 5)

Uma intervenção de CM interdisciplinar compreendendo uma nova Tecnologia de Informação (TI) no prontuário eletrônico e desenho de processos está associada a uma redução significativa nas discrepâncias de medicamentos não intencionais com potencial para danos. As intervenções relacionadas a TI reduziram as discrepâncias medicamentosas mas não demonstraram melhora no uso de cuidados de saúde (SCHNIPPER et al., 2009). O INI/Fiocruz possui os sistemas SIPEC e MV e deve considerar a adoção de ferramentas de CM eletrônica à medida que esta esteja disponível. As diferenças específicas do local sugerem que as ferramentas eletrônicas de CM devem facilitar as comparações de listas de medicamentos em pontos de transição e o uso dessas listas para solicitar medicamentos para o próximo ambiente de atendimento.

Para ter sucesso na integração de processos complexos, como CM em práticas hospitalares de rotina, a implementação pode ser facilitada usando uma abordagem em fases para permitir que os profissionais envolvidos adaptem novos processos e procedimentos ao ambiente local de forma interativa. As decisões de faseamento devem ser tomadas com base nos recursos organizacionais e nas necessidades clínicas da população de pacientes dentro de cada cenário clínico (GREENWALD et al., 2010).

Riscos de EM na alta foram mais evidenciados em pacientes com maior número de medicamentos prescritos e com maior tempo de internação, (BELDA-RUSTARAZO et al., 2015). Para o atual protocolo proposto são necessárias a avaliação do farmacêutico a confirmação da CM pelo enfermeiro no exato momento da alta, e eventualmente o contato com o médico da atenção básica. A participação destes três profissionais é fundamental para que as informações quanto às modificações ou não da terapêutica sejam realmente entendidas pelo paciente.

Os idosos são o grupo populacional mais vulnerável, devido à crescente prevalência de doenças crônicas e ao consumo de medicamentos. Muitos idosos tomam mais de cinco medicamentos por dia ou tomam medicamentos de alto risco (insulina, varfarina, medicamentos cardiovasculares, inaladores, anticonvulsivantes, medicamentos oftalmológicos, analgésicos, hipoglicemiantes orais e imunossupressores) (URBIETA SANZ et al., 2014). Um estudo mostrou alta prevalência de erros de conciliação em pacientes idosos (RODRÍGUEZ VARGAS et al., 2016).

A associação destes fatores com alterações metabólicas predispõe os pacientes pertencentes à faixa etária acima dos 65 anos ao maior número de PRMs e a um maior número de admissões e altas hospitalares (CHAN et al., 2015). O uso de medicamentos sem indicação clara reportada é um conceito particularmente associado a pacientes polimedicados, e pode envolver o uso de medicamentos potencialmente inapropriados sendo necessário um aconselhamento adicional com o envolvimento do farmacêutico para uma conciliação efetiva (URBIETA SANZ et al., 2014).

Algumas barreiras a serem superadas podem ser apontadas no presente estudo. Para implementar um processo de CM, é essencial a disponibilidade de equipe multiprofissional na realização das etapas do processo, que demandam tempo adicional. As lideranças do hospital devem apoiar, orientar e remover barreiras para a implementação dos processos e deve fazer as articulações necessárias para a facilitar sua implementação. O mapeamento sistemático da estrutura física e humana bem como das possíveis barreiras presentes na instituição não foi realizado. Desta forma, é fundamental que a implantação seja precedida de estudo piloto para os posteriores ajustes necessários. Não foi possível no momento do estudo realizar testes com o protocolo de acompanhamento elaborado. Desta forma, no momento de sua aplicação é possível que o mesmo sofra alguns ajustes. Contudo, espera-se que os ajustes sejam mínimos uma vez que sua elaboração considerou as características do Instituto.

É possível que a busca sistemática realizada não tenha recuperado alguns dos artigos sobre a descrição dos métodos de CM presentes na literatura de interesse para este estudo. Nenhum estudo sobre a CM em pacientes com doenças infecciosas foi obtido. A escassez destes estudos pode-se dever à importância epidemiológica das doenças crônicas não transmissíveis nos países onde são conduzidos. Portanto, o presente estudo pode constituir-se como inovação principalmente no cenário nacional. Além disso, o método de busca sistemática pode ser repetido periodicamente, agregando novas informações relevantes ao método.

Posteriormente, o protocolo proposto no estudo poderá ser avaliado quanto ao impacto na segurança dos pacientes e uso racional dos medicamentos, além de propiciar estudos que contribuam com a compreensão e prevenção dos principais problemas relacionados a medicamentos no cenário das doenças infecciosas.

7 CONCLUSÃO

Com base na revisão da literatura realizada, observou-se que a maioria dos métodos de conciliação medicamentosa propostos seguiram as diretrizes da OMS e Agências Nacionais e Internacionais de Qualidade. Realizados em diferentes momentos da internação hospitalar, possuem como ponto principal a elaboração do melhor histórico medicamentoso possível. Embora de condução multiprofissional, os estudos destacam ainda a importância da participação do profissional farmacêutico no sucesso do processo.

O Protocolo de CM proposto no presente estudo foi baseado nas evidências apresentadas na revisão da literatura e estruturado segundo os momentos de transição de cuidado da internação hospitalar. Foram elaborados ainda instrumentos de coleta e registro, considerando as rotinas de atendimento proposto para o INI-Fiocruz, além de material de apoio para treinamento e educação continuada dos profissionais envolvidos.

Este estudo constitui uma inovação, pois busca a padronização de um processo crítico e trabalhoso em um hospital de referência em doenças infecciosas num país com poucos estudos sobre o tema. A elaboração de uma abordagem multifacetada cuidadosamente projetada para avaliação medicamentosa dos pacientes do INI-Fiocruz é ousada no campo da assistência à saúde.

Existem muitas razões pelas quais tem sido difícil avaliar os esforços da CM, apesar de sua importância ser reconhecida para a Segurança do Paciente. Muitas vezes. O processo exige, em geral, muitos recursos e precisa superar vários desafios, incluindo a complexidade do sistema de saúde, a necessidade de manter as listas de medicamentos dos pacientes atualizadas e precisas em diferentes locais de atendimento e a dificuldade em identificar e manter funções e responsabilidades no processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL-HASHAR, A. et al. Whose responsibility is medication reconciliation: Physicians, pharmacists or nurses? A survey in an academic tertiary care hospital. **Saudi Pharmaceutical Journal**, v. 25, n. 1, p. 52–58, jan. 2017.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANIÁRIA. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. ANVISA ed. Brasília: [s.n.].

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA; MINISTÉRIO DA SAUDE, M.; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, S. **Boletim Informativo - Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde – Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2014**. [s.l: s.n.]. v. VI

ASHP REPORTS. ASHP Statement on the Pharmacist's Role in Medication Reconciliation. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 70, n. 5, p. 453–456, 1 mar. 2013.

BECKETT, R. D.; CRANK, C. W.; WEHMEYER, A. Effectiveness and feasibility of pharmacist-led admission medication reconciliation for geriatric patients. **Journal of Pharmacy Practice**, v. 25, n. 2, p. 136–141, abr. 2012.

BÉDARD, P. et al. A medication reconciliation form and its impact on the medical record in a paediatric hospital. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 17, n. 2, p. 222–227, abr. 2011.

BELDA-RUSTARAZO, S. et al. Medication reconciliation at admission and discharge: an analysis of prevalence and associated risk factors. **International Journal of Clinical Practice**, v. 69, n. 11, p. 1268–1274, nov. 2015.

BOOCKVAR, K. S. et al. Effect of health information exchange on recognition of medication discrepancies is interrupted when data charges are introduced: results of a cluster-randomized controlled trial. **Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA**, v. 24, n. 6, p. 1095–1101, 1 nov. 2017.

BOSMA, B. E. et al. The effect of the TIM program (Transfer ICU Medication reconciliation) on medication transfer errors in two Dutch intensive care units: design of a prospective 8-month observational study with a before and after period. **BMC health services research**, v. 17, n. 1, p. 124, 10 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 set. 2014. Seção 1, p. 25. 2011.

BRASIL. Ministerio da Saude. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 set. 2004. Seção 1, p. 25. 2013 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 set. 2004. Seção 1, p. 25. 2013 b.

BRASIL. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. p. 42, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 51, de 29 de setembro de 2014. Dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 set. 2014. Seção 1, p. 25. 2014 b.

BREUKER, C. et al. Patients with diabetes are at high risk of serious medication errors at hospital: Interest of clinical pharmacist intervention to improve healthcare. **European Journal of Internal Medicine**, v. 38, p. 38–45, mar. 2017.

CANADA, I.; CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE. **Paper to Electronic MedRec Implementation Toolkit**. ISMP ed. [s.l: s.n.].

CHAN, W. W. et al. A formal medication reconciliation programme in a haemodialysis unit can identify medication discrepancies and potentially prevent adverse drug events. **Journal of Renal Care**, v. 41, n. 2, p. 104–109, jun. 2015.

CHANTLER, C. The role and education of doctors in the delivery of health care. **Lancet (London, England)**, v. 353, n. 9159, p. 1178–1181, 3 abr. 1999.

CHUNG, C. et al. Medication reconciliation: Predictors of risk of unintentional medication discrepancies in the cardiology department. **Archives of Cardiovascular Diseases**, v. 112, n. 2, p. 104–112, fev. 2019.

DELATE, T. et al. Clinical outcomes of a home-based medication reconciliation program after discharge from a skilled nursing facility. **Pharmacotherapy**, v. 28, n. 4, p. 444–452, abr. 2008.

DOLIN, R. H.; GIANNONE, G.; SCHADOW, G. Enabling joint commission medication reconciliation objectives with the HL7 / ASTM Continuity of Care Document standard. **AMIA ... Annual Symposium proceedings. AMIA Symposium**, p. 186–190, 11 out. 2007.

DRANCOURT, P. et al. Évaluation de la perception des professionnels de santé vis-à-vis du bilan comparatif des médicaments au CHU Sainte-Justine. **Annales Pharmaceutiques Françaises**, v. 74, n. 4, p. 304–316, jul. 2016.

FRANCO, M. et al. Problemas relacionados con la medicación en el medio ambulatorio. **Fam. aten. prim**, v. 10, n. 1, p. 3–8, abr. 2012.

FRIED, T. R. et al. Effect of the Tool to Reduce Inappropriate Medications on Medication Communication and Deprescribing. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 65, n. 10, p. 2265–2271, out. 2017.

GRAABAEK, T. et al. Effect of a medicines management model on medication-related readmissions in older patients admitted to a medical acute admission unit-A randomized controlled trial. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 25, n. 1, p. 88–96, fev. 2019.

GREENWALD, J. L. et al. 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**, v. 36, n. 11, p. 504–513, nov. 2010.

HAMMOUR, K. A.; FARHA, R. A.; BASHETI, I. Hospital pharmacy medication reconciliation practice in Jordan: perceptions and barriers: Medication reconciliation in hospital pharmacy. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 22, n. 6, p. 936–941, dez. 2016.

HERNÁNDEZ MARTÍN, J. et al. Evaluación de un programa de conciliación e información al paciente trasplantado cardíaco. **Farm. hosp**, v. 34, n. 1, p. 101–108, fev. 2010.

HOLLAND, D. M. Interdisciplinary collaboration in the provision of a pharmacist-led discharge medication reconciliation service at an Irish teaching hospital. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 37, n. 2, p. 310–319, abr. 2015.

IHI. **How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events by - Implementing Medication Reconciliation Prevent adverse drug events (ADEs) by reliably implementing medication reconciliation at all transitions in care — admission, transfer, and discharge.** IHI ed. Cambridge: [s.n.].

IHI. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Kit para começar: prevenindo eventos adversos causados por medicamentos (plano seguro de medicamentos).** Cambridge: IHI, 2008.

INI - INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA. **História.** Disponível em: <<https://www.ini.fiocruz.br/hist%C3%B3ria-0>>. Acesso em: 10 jul. 2020a.

INI - INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA. **INI - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas -.** Disponível em: <<https://www.ini.fiocruz.br/>>. Acesso em: 12 nov. 2020b.

INI - INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA. **INI - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - Unidade da Fiocruz voltada para a pesquisa clínica, ensino, serviços de referência e assistência em doenças infecciosas. Integra a Rede de Pesquisa Clínica da Fundação Oswaldo Cruz.** Disponível em: <<https://www.ini.fiocruz.br/o-ini>>. Acesso em: 12 nov. 2020c.

INI - INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA. **INI - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas. Covid-19: Centro Hospitalar da Fiocruz entra em funcionamento.** Disponível em: <<https://www.ini.fiocruz.br/covid-19-centro-hospitalar-da-fiocruz-entra-em-funcionamento>>. Acesso em: 12 nov. 2020d.

INSTITUTE OF MEDICINE 2000. **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington (DC): National Academies Press (US), 2000.

ISPM INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES et al. **Medication Reconciliation in Acute Care. Getting Started Kit**. Canadá: [s.n.].

ISPM INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES; CPSI ICSP; SHN SAFER HEALTHCARE NOW! **Medication Reconciliation in Acute Care. Getting Started Kit**. Canadá: [s.n.].

ISPM INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES; HQO HEALTH QUALITY ONTARIO. **Ontario Primary Care Medication Reconciliation Guide**. [s.l.] ISMP Canada, 2015.

ISPM; SHN; CPSI ICSP. **Canadian Medication Reconciliation (MedRec) Quality Audit - 2015 Recap Report**. Canadá: [s.n.].

JOHANSEN, J. S. et al. Interdisciplinary collaboration across secondary and primary care to improve medication safety in the elderly (IMMENSE study): study protocol for a randomised controlled trial. **BMJ open**, v. 8, n. 1, p. e020106, 23 2018.

KATOUE, M. G.; KER, J. Implementing the medicines reconciliation tool in practice: challenges and opportunities for pharmacists in Kuwait. **Health Policy**, v. 122, n. 4, p. 404–411, abr. 2018.

KERN, E. et al. Measuring to Improve Medication Reconciliation in a Large Subspecialty Outpatient Practice. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 43, n. 5, p. 212–223, maio 2017.

KOMAGAMINE, J. et al. Study protocol for a single-centre, prospective, non-blinded, randomised, 12-month, parallel-group superiority study to compare the efficacy of pharmacist intervention versus usual care for elderly patients hospitalised in orthopaedic wards. **BMJ open**, v. 8, n. 7, p. e021924, 30 2018.

LISBY, M. et al. Medication Review and Patient Outcomes in an Orthopedic Department: A Randomized Controlled Study. **Journal of Patient Safety**, v. 14, n. 2, p. 74–81, 2018.

MUELLER, S. K. et al. A Toolkit to Disseminate Best Practices in Inpatient Medication Reconciliation: Multi-Center Medication Reconciliation Quality Improvement Study (MARQUIS). **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 39, n. 8, p. 371-AP3, ago. 2013.

OKERE, A. N.; RENIER, C. M.; TOMSCHE, J. J. Evaluation of the influence of a pharmacist-led patient-centered medication therapy management and reconciliation service in collaboration with emergency department physicians. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 21, n. 4, p. 298–306, abr. 2015.

PENM, J.; VAILLANCOURT, R.; POULIOT, A. Defining and identifying concepts of medication reconciliation: An international pharmacy perspective. **Research in social & administrative pharmacy: RSAP**, v. 15, n. 6, p. 632–640, jun. 2019.

PEVNICK, J. M.; SHANE, R.; SCHNIPPER, J. L. The problem with medication reconciliation. **BMJ Quality & Safety**, v. 25, n. 9, p. 726–730, set. 2016.

PHATAK, A. et al. Impact of pharmacist involvement in the transitional care of high-risk patients through medication reconciliation, medication education, and postdischarge call-backs (IPITCH Study). **Journal of Hospital Medicine**, v. 11, n. 1, p. 39–44, jan. 2016.

POLINSKI, J. M. et al. An Insurer's Care Transition Program Emphasizes Medication Reconciliation, Reduces Readmissions And Costs. **Health Affairs (Project Hope)**, v. 35, n. 7, p. 1222–1229, 01 2016.

POURRAT, X. et al. Impact of drug reconciliation at discharge and communication between hospital and community pharmacists on drug-related problems: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 15, p. 260, 30 jun. 2014.

QUÉLENNEC, B. et al. Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. **European Journal of Internal Medicine**, v. 24, n. 6, p. 530–535, set. 2013.
REASON, J. Human error: models and management. **BMJ : British Medical Journal**, v. 320, n. 7237, p. 768–770, 18 mar. 2000.

RODRÍGUEZ VARGAS, B. et al. Prevalence and risk factors for medication reconciliation errors during hospital admission in elderly patients. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 38, n. 5, p. 1164–1171, out. 2016.

RUBIO-CEBRIÁN, B. et al. Medication reconciliation in patients over 75 years. **Revista De Calidad Asistencial: Organo De La Sociedad Espanola De Calidad Asistencial**, v. 31 Suppl 1, p. 29–35, jun. 2016.

SAAVEDRA-QUIRÓS, V. et al. Conciliación de la medicación al ingreso y alta hospitalaria. Una experiencia consolidada. **Rev. calid. asist**, v. 31, n. supl.1, p. 45–54, jun. 2016.

SALANITRO, A. H. et al. Rationale and design of the Multicenter Medication Reconciliation Quality Improvement Study (MARQUIS). **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 230, dez. 2013.

SCHNIPPER, J. L. et al. Effect of an Electronic Medication Reconciliation Application and Process Redesign on Potential Adverse Drug Events: A Cluster-Randomized Trial. **Archives of Internal Medicine**, v. 169, n. 8, p. 771, 27 abr. 2009.

SCHNIPPER, J. L. et al. Rationale and design of the Pharmacist Intervention for Low Literacy in Cardiovascular Disease (PILL-CVD) study. **Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes**, v. 3, n. 2, p. 212–219, mar. 2010.

SCHWARTZBERG, J.; SOKOL, P.; TOEPP, M. **The physician's role in medication reconciliation – Issues, strategies and safety principles: American Medical Association.** American Medical Association: [s.n.].

SHN SAFER HEALTHCARE NOW! **Safer Healthcare Now! Medication Reconciliation in Homecare Pilot Project.** [s.l: s.n.].

SILVESTRE, C. C. et al. "What is not written does not exist": the importance of proper documentation of medication use history. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 39, n. 5, p. 985–988, out. 2017.

TAM, V. C. et al. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. **CMAJ : Canadian Medical Association Journal**, v. 173, n. 5, p. 510–515, 30 ago. 2005.

TOKLU, H. Promoting evidence-based practice in pharmacies. **Integrated Pharmacy Research and Practice**, p. 127, set. 2015.

TORONTO, C. E.; REMINGTON, R. (EDS.). **A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review.** Cham: Springer International Publishing, 2020.

UITVLUGT, E. B. et al. Validity of a nationwide medication record system in the Netherlands. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 41, n. 3, p. 687–690, jun. 2019.

URBIETA SANZ, E. et al. Implementation of a therapeutic reconciliation procedure at admission by the emergency department. **Farmacia Hospitalaria: Organo Oficial De Expresion Cientifica De La Sociedad Espanola De Farmacia Hospitalaria**, v. 38, n. 5, p. 430–437, 16 set. 2014.

VALVERDE, E. et al. Conciliación de la medicación: desde el ingreso hasta la atención primaria. **Rev. calid. asist**, v. 31, n. supl.1, p. 62–65, jun. 2016.

VILLAMAYOR-BLANCO, L. et al. Medicines reconciliation at hospital admission into an electronic prescribing program. **Farmacia Hospitalaria: Organo Oficial De Expresion Cientifica De La Sociedad Espanola De Farmacia Hospitalaria**, v. 40, n. 5, p. 333–340, 1 set. 2016.

WHO. **WHO | The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS).** Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/ICPS-report/en/>>. Acesso em: 27 jun. 2019.

WHO. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety.** [s.l: s.n.].

WHO ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety - WHO Draft Guidelines for Adverse Event reporting and Learning Systems.pdf.** Geneva, Switzerland: [s.n.].

WHO ORGANIZATION, W. H. **World Alliance for Patient Safety : forward programme 2005**. [s.l.] World Health Organization, 2004.

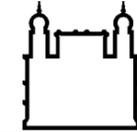
WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: Forward Programme**. Geneva: WHO, 2004.

WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **The High5s Project - Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation**. [s.l.] WHO, 2014.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety**. WHO ed. Geneva, Switzerland: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Medication errors**. [s.l: s.n.].

Apêndice 1 – Formulário de Registro do Melhor Histórico Medicamentoso Possível



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Melhor Histórico Medicamentoso Possível		Número do prontuário:	Alergias a alimentos ou substâncias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is)?
Nome do Paciente:			
Data:	Hora:	Usa medicamentos em casa?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

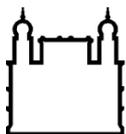
Nome do Medicamento	Dose	Via de Administração	Posologia	Data de início	Continuar utilização na admissão?		Discrepâncias		Continuar utilização na transferência?		Discrepâncias		Continuar utilização na alta?		Discrepâncias		Justificativas
					sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Comentário:		Horário de admissão:	
Revisão dos frascos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Trouxe os frascos de medicamentos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Fonte de informação: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Família	

* Discrepância não intencional - o prescritor alterou, adicionou ou omitiu sem querer um medicamento que o paciente estava tomando antes da admissão

** Discrepância intencional - o prescritor fez uma escolha intencional de adicionar, alterar ou descontinuar um medicamento, mas esta escolha não é claramente documentado

Apêndice 2 – Orientações para a obtenção do MHMP



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Obtenção do Melhor Histórico Medicamentoso Possível (MHMP) Guia de entrevista do paciente

Etapa 1. Envolver os pacientes com antecedência na coleta de informações sobre medicamentos.

1. Educação dos pacientes para que possam antecipar a necessidade de apresentar uma lista de medicamentos, frascos de medicamentos ou um registro de dispensação de medicamentos atualizada. (Prescrições médicas, registros de farmácia, registros de serviços de centros de tratamento de longa permanência/casas de apoio, registros de administração de medicamentos *home care* ou registro de medicamentos de alta hospitalar ou de transferência)
2. Se os pacientes não tiverem as informações dos medicamentos consigo, dê aos pacientes um formulário para listar seus medicamentos e recursos para entrar em contato com as unidades de saúde do paciente ou médico assistente ou a equipe da atenção primária para obter informações.

Etapa 2. A responsável pela conciliação analisa as fontes de informação do paciente (use pelo menos uma outra fonte confiável) e categoriza o paciente em uma das três categorias.

3. **Categoria 1:** sem medicamentos de uso prévio. Este grupo não requer nenhum outro trabalho além de documentar o fato de que o paciente não está tomando medicamentos.
4. **Categoria 2:** Esses pacientes têm pelo menos outra fonte confiável de informações sobre medicamentos e sabem os nomes dos medicamentos que tomam. Eles têm seus frascos / lista de medicamentos com eles. Eles estão prontos para receber seu MHMP pela equipe assim que for tomada a decisão de admissão ou o enfermeiro da triagem ou outro profissional poderá obter o MHMP.
5. **Categoria 3:** Essa é a pequena porcentagem de pacientes que tomam medicamentos e desconhecem o nome de pelo menos um deles, não conseguem

dar informações devido ao seu estado de saúde ou não têm cuidadores disponíveis que possam fornecer essas informações. Esses pacientes são os únicos para os quais esforços adicionais de coleta de informações pela equipe do Centro Hospitalar são necessários para que o paciente seja admitido.

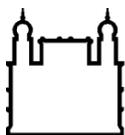
Etapa 3. Para pacientes da categoria 3 que são admitidos, a coleta de informações faltantes pode ser auxiliada por profissionais administrativos.

1. Se possível entre em contato com as unidades de saúde do paciente ou médico assistente ou a equipe da atenção primária
2. Peça aos membros da família/cuidadores para trazer medicamentos
3. Ligue para a equipe assistencial do paciente (caso haja) para enviar listas de medicamentos do paciente
4. Completada a informação, o sinalizador é removido, o paciente passa a categoria 2 e está pronto para a realização do BPMH, uma vez admitido.

Etapa 4. Sinalize os pacientes sem informações sobre o medicamento.

1. O objetivo de sinalizar pacientes com listas de medicamentos incompletas é tornar óbvio para os médicos e enfermeiras que um paciente tem informações sobre medicamentos. As possíveis bandeiras incluem pulseiras coloridas de identificação.

Apêndice 5 - Orientações para a obtenção Plano Medicamentoso de Alta Possível



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

O Melhor Plano Medicamentoso de Alta Possível (MPMAP)

Guia de entrevista do paciente

Certifique-se de que esses tópicos sejam abordados ao conduzir a orientação dos pacientes sobre a alta.

Identifique os medicamentos:

1. Alterados enquanto o paciente esteve no hospital (ajustes de formulário, substituições automáticas, alterações de dose / posologia etc.)
2. Interrompidos (não serão mais necessários) na alta. (Incluindo medicamentos iniciados no hospital e aqueles que o paciente estava usando antes da admissão).
3. Continuados após a alta. (Incluindo medicamentos iniciados no hospital e aqueles que o paciente estava usando antes da admissão).
4. Novos medicamentos que o paciente deve usar pós alta hospitalar.

Confirme a compreensão do paciente/familiar/cuidador sobre:

1. Objetivo de cada medicamento (por exemplo, você pode me explicar o motivo pelo qual está tomando cada um de seus medicamentos?).
2. As possíveis reações adversas e quando é necessário procurar atendimento médico para cada situação (por exemplo, você pode me explicar os possíveis efeitos reações indesejados de cada um de seus medicamentos (ou apenas novos medicamentos) e o que fazer se eles ocorrerem?).
3. Duração pretendida da terapia para cada novo medicamento (por exemplo, quanto tempo você usará cada medicamento?).

Forneça ao paciente/familiar/cuidador:

1. Calendário de medicamentos, resumindo o nome do medicamento, finalidade, dose, posologia, duração da terapia e quaisquer comentários adicionais.
2. Informações de acompanhamento em relação a consultas / exames laboratoriais que podem ser necessários para monitoramento do uso dos medicamentos

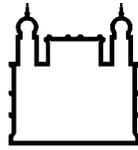
Peça ao paciente / familiar/cuidador para:

1. Resumir as instruções de uso de medicamentos de alta recebidos (para avaliar sua compreensão das informações apresentadas a eles).

Incentive o paciente / familiar/cuidador a:

1. Trazer esta lista de medicamentos com eles para cada consulta de saúde, médico/especialista, comparecimento a unidades de urgência e emergência, consultas médicas e registros de farmácia.
2. Manter a lista de medicamentos atualizada.
3. Levar a lista de medicamentos com eles o tempo todo.

Apêndice 6: Protocolo de Conciliação Medicamentosa



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS

PROTOCOLO DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas- FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2021

Segundo a OMS, a Conciliação Medicamentosa (CM) é um processo formal em que os profissionais de saúde e os pacientes trabalham em conjunto para garantir a transferência de informações precisas e completas sobre os medicamentos usuais de um paciente nas interfaces de atendimento (WHO et al., 2014).

O Protocolo de Conciliação Medicamentosa consiste em três passos previamente definidos de acordo com o Projeto High5s (Protocolo Operacional Padrão para Conciliação de Medicamentosa da OMS) e do ISMP Canada:

- Primeiro Passo: Elaboração do Melhor Histórico Medicamentoso Possível;
- Segundo Passo: Conciliação Medicamentosa na admissão, transferência interna e alta hospitalar;
- Terceiro Passo: Documentação e comunicação

1- Elaboração do Melhor Histórico Medicamentoso Possível

O Melhor Histórico Medicamentoso Possível (MHMP) é a fonte principal de informação para o processo de CM. Sua elaboração depende das habilidades de entrevista do profissional de saúde, do envolvimento e participação dos pacientes e do acesso às listas de medicamentos ambulatoriais dos pacientes.

A obtenção do histórico medicamentoso preciso é um importante elemento do uso seguro de medicamentos, uma vez que as informações são posteriormente utilizadas para gerar regimes farmacoterapêuticos durante a hospitalização e após a alta. A lista inicial de medicamentos - Melhor Histórico Medicamentoso Possível - deve acompanhar o paciente durante toda a hospitalização e posteriormente no ambulatório, por isso sua exatidão constitui um ponto crítico (JOHANSEN et al., 2018).

O MHMP é mais abrangente do que um histórico de uso de medicamentos, que geralmente é uma história de uso de medicamentos preliminar rápida que pode não incluir fontes múltiplas de informação como pode ser observado no A documentação completa inclui o nome do medicamento, dosagem, via de administração e frequência.

Características do Melhor Histórico Medicamentoso Possível

É um processo sistemático e é um histórico de medicação mais completo (por exemplo, na admissão).

Deve ser utilizada pelo menos uma outra fonte confiável de informações, incluindo uma entrevista com o paciente, registro eletrônico de dispensação de medicamentos, frascos de medicamentos, referências de unidades de saúde.

Uma lista completa e precisa de medicamentos, que reflete o uso de medicamentos antes da admissão, pode ser usada para criar (e posteriormente reavaliar) pedidos de medicamentos com segurança.

Objetivos

O objetivo do MHMP é registrar os medicamentos que o paciente estava utilizando antes da admissão. Pode ser necessário fazer uma análise retrospectiva de seis meses para entender o histórico de mudanças de uso de medicamentos.

Profissionais envolvidos

O MHMP deverá ser coletado preferencialmente pelo profissional farmacêutico. Quando possível, deve-se solicitar à ajuda da equipe administrativa da recepção para ajudar nesta etapa inicial. Os profissionais envolvidos devem seguir um processo sistemático, com um guia de entrevista sempre que possível (**anexo 1**). Deve ser previsto treinamento antes de iniciar o MHMP e aperfeiçoamento a cada seis meses. Os treinamentos devem envolver a equipe de qualidade hospitalar juntamente com as equipes de assistência envolvidas.

Atividades

Uma vez iniciada a admissão do paciente, recomenda-se que o MHMP seja concluído o mais rapidamente possível. Todo o processo de CM deverá ser concluído em 24 horas a partir do momento da internação.

Deve ser iniciado com a fonte de informação mais atualizada e pelo menos uma outra fonte confiável de informações. Nem todas as fontes de informação serão úteis. Devem ser consideradas as limitações e os benefícios potenciais de cada fonte a ser

utilizada. As fontes iniciais de informação estão listadas detalhadamente no Quadro 4.

Fontes iniciais de informação sobre medicamentos

Tipo de admissão	Fontes
<p align="center">Da Comunidade / Home Care</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frascos de medicamentos de posse do paciente ou familiar/cuidador • Lista de medicamentos do próprio paciente • Referências do médico assistente/médico de acompanhamento / documentos de consultas e retornos médicos • Registros de admissão anteriores / resumo de alta • Registros de medicamentos em ambulatório/ prescrições médicas
<p>Outras instituições hospitalares ou outras unidades de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de administração de medicamentos mais atual • Plano de Alta de Medicamentos de outra Unidade de Saúde • Registros de farmácia/prescrições médicas

Em seguida deve ser realizada entrevista com o paciente/familiar/ cuidador, usando um processo sistemático, para identificar o uso real de medicamentos pelo paciente. Durante este processo, comparar e verificar as informações da entrevista com pelo menos uma outra fonte de informação. Recomenda-se que o entrevistador faça perguntas abertas ao paciente para ajudar a registrar os medicamentos que muitas vezes são esquecidos (exemplo: contraceptivos, colírios e inaladores).

Se forem verificadas diferenças entre as informações fornecidas pelo paciente e as fontes de informação sobre medicamentos anteriormente utilizadas, os seguintes passos devem ser seguidos:

- Discussão das diferenças identificadas com o paciente/cuidador e/ou investigar outra fonte.
- Comunicação ao médico responsável sobre as diferenças de maneira específica. Essa comunicação pode ser feita diretamente por meio de conversa com o médico, por meio de uma nota de prontuário para o médico prescritor ou por meio do uso de uma seção de “comentários” no formulário do MHMP.
- Documentação no formulário de registro do MHMP (anexo 1) do que o paciente está realmente tomando para ajudar o prescritor a tomar uma decisão

informada com base no que é melhor para o paciente. Devem ser registrados todos os medicamentos, incluindo dosagem, via de administração e posologia. Essas diferenças entre as informações provenientes do paciente/cuidador e fontes de informação não devem ser contadas como “discrepâncias”, pois devem ser tratadas ao adquirir o MHMP.

Após análise das fontes de informação, o paciente será classificado em uma das três categorias.

- **Categoria 1:** Este grupo não requer nenhum outro trabalho além de documentar o fato de que o paciente não está tomando medicamentos.
- **Categoria 2:** Esses pacientes têm pelo menos outra fonte confiável de informações sobre medicamentos e sabem os nomes dos medicamentos que tomam. Eles têm seus frascos / lista de medicamentos com eles.
- **Categoria 3:** Pacientes que tomam medicamentos e não sabem relatar o nome (de pelo menos um de seus medicamentos), não conseguem dar informações devido ao seu estado de saúde ou não têm cuidadores disponíveis que possam fornecer essas informações. Para esses pacientes são necessários esforços adicionais de coleta de informações pela equipe de saúde para que o paciente seja admitido, tais como: acessar prescrições médicas e registros (conforme disponível); solicitar aos membros da família para trazer os medicamentos; entrar em contato com médicos da família para solicitar listas de medicamentos do paciente. Completada a informação o paciente passa a ser classificado na categoria 2 e estará pronto para admissão e registro do MHMP. Na impossibilidade de completar as informações sobre uso de medicamentos pelo paciente, a ausência de informações deve ser sinalizada à equipe de saúde (médicos e enfermeiras), podendo ser feita por uma pulseira de cores vivas identificadora.

Para sistematizar a abordagem dos pacientes para a o processo de CM na admissão e orientar a entrevista com o paciente/cuidador, o guia de entrevista do paciente para a obtenção do MHMP poderá ser utilizado tanto para consulta quanto nos treinamentos.

Registro

O MHMP deve ser registrado em um local de fácil visualização no prontuário do paciente para que todos os profissionais de saúde possam acessá-lo. As equipes de informática, juntamente com os coordenadores dos sistemas de prontuários eletrônicos, deverão adaptar ou desenvolver ferramentas / formulários de MHMP para apoiar o processo de CM.

2- Conciliação Medicamentosa, documentação e comunicação

2.1 Conciliação medicamentosa na admissão:

A admissão hospitalar é um processo que envolve a criação de um MHMP completo. O processo depende das habilidades de entrevista dos profissionais envolvidos, da disponibilidade e memória dos pacientes e do acesso à lista de medicamentos utilizada anteriormente à internação (BOOCKVAR et al., 2017; RODRÍGUEZ VARGAS et al., 2016; VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016)

Objetivo

O objetivo da CM na admissão é garantir uma comunicação clara sobre as decisões que o prescritor toma para continuar, interromper ou modificar o regime de medicamentos previamente utilizados pelo paciente.

Profissionais envolvidos

Os profissionais médicos, enfermeiros e farmacêuticos estão envolvidos no processo (BECKETT; CRANK; WEHMEYER, 2012; HERNÁNDEZ MARTÍN et al., 2010; SCHNIPPER et al., 2009). Se necessário, será contactado o assistente social (SCHNIPPER et al., 2009).

Atividades

A admissão dos pacientes em uma unidade hospitalar é o início da prestação dos cuidados associada a uma mudança no estado clínico do paciente, na qual

medicamentos são prescritos conforme necessário. O profissional responsável pelo processo de admissão deve assinar para atestar que o processo ocorreu (**Anexo 2**).

Dentro das primeiras 24-48 horas da admissão, o farmacêutico clínico irá preparar o MHMP do paciente. O farmacêutico irá coletar dados dos registros médicos (incluindo histórico medicamentoso, prescrições e frascos de medicamentos) e realizar uma entrevista semiestruturada com o paciente. Neste momento, o médico já terá solicitado os medicamentos iniciais e realizado a prescrição de admissão do paciente no hospital.

Na entrevista será avaliado o histórico medicamentoso, com informações sobre alergia, intolerância, interrupção por efeitos colaterais e problemas de adesão (VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016). Para pacientes oriundos de outros serviços de saúde, as informações devem ser obtidas na entrevista.

Após a entrevista, o farmacêutico documentará quais medicamentos foram conciliados de acordo com a prescrição no prontuário eletrônico. Todos os medicamentos serão revisados quanto a discrepâncias, contraindicações, interações medicamentosas e medicamentos, dosagens, vias e dosagem inadequados e efeitos colaterais identificados (SCHNIPPER et al., 2009).

Durante a admissão, o prescritor terá as opções de preenchimento (reiniciar, parar, continuar) para cada medicamento no preenchimento do “Formulário de Registro do Melhor Histórico Medicamentoso Possível” na aba admissão. O médico receberá as informações sobre as discrepâncias do tratamento medicamentoso registradas pelo farmacêutico e revisará os medicamentos independentemente, considerando os aspectos farmacológicos e clínicos do tratamento. O farmacêutico e o médico farão as discussões pertinentes de acordo com as recomendações para as mudanças medicamentosas (HOLLAND, 2015). Qualquer discrepância não justificada será considerada um erro de medicação (HERNÁNDEZ MARTÍN et al., 2010).

O enfermeiro verificará a lista de medicamentos após as adequações, encaminhará os novos medicamentos e pedidos da admissão para a farmácia e administrará os medicamentos conforme as prescrições (SCHNIPPER et al., 2009).

Os processos de CM na admissão geralmente se enquadram em dois modelos: prospectivo e retrospectivo: o processo prospectivo ocorre quando o MHMP é criado primeiro e é usado para redigir pedidos de medicamentos de admissão, o processo

retrospectivo ocorre quando um MHMP é criado e os medicamentos são reconciliados depois que os pedidos de medicamentos de admissão são escritos.

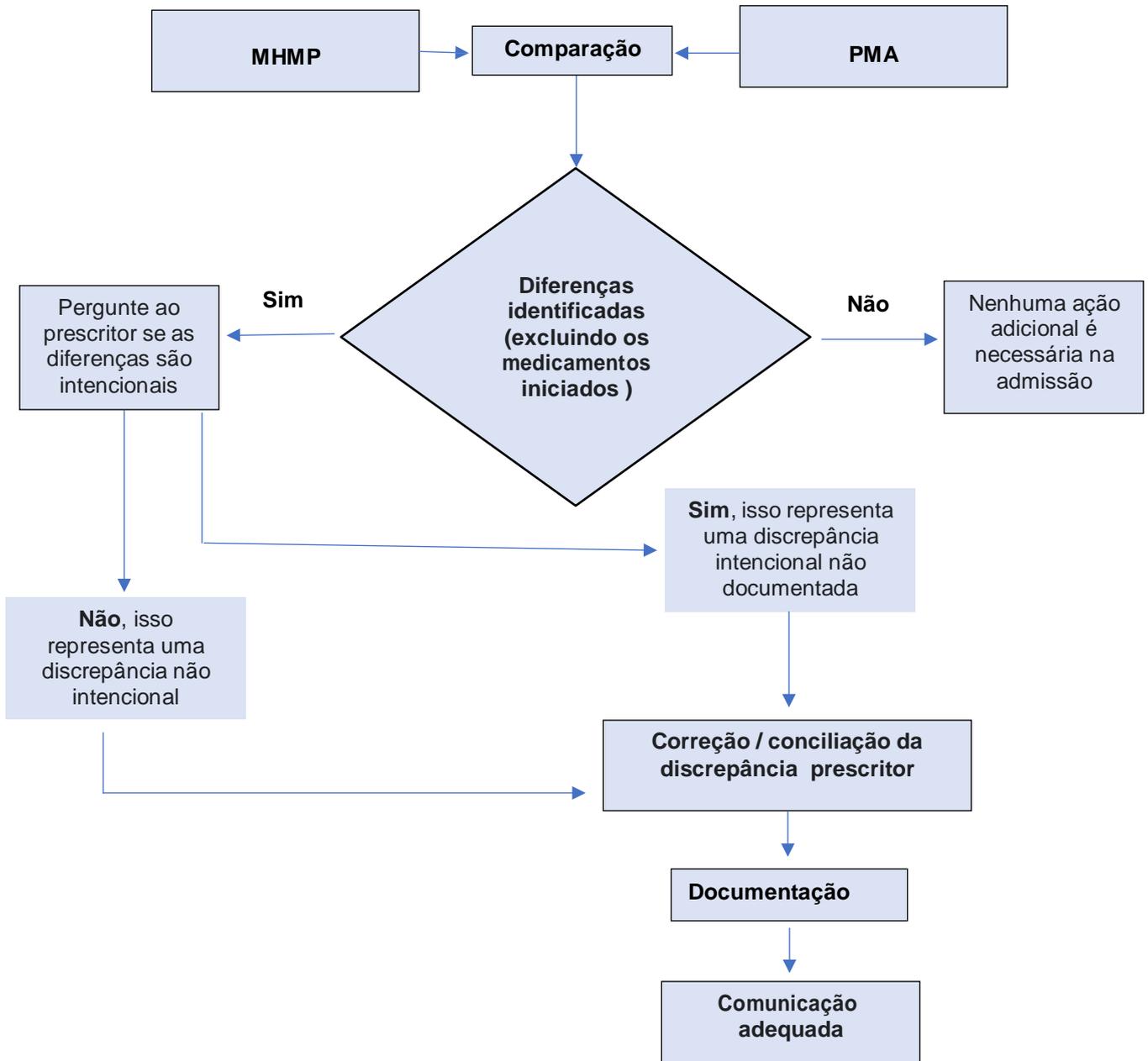
Para o INI, considerando a complexidade dos pacientes internados e o momento atual de pandemia pela COVID-19, propõe-se aqui um “retrospectivo” pela dificuldade na obtenção do MHMP antes que as prescrições de admissão sejam escritas. Pacientes que precisam de tratamento imediato geralmente terão a Conciliação retrospectivamente.

Registro

Todas as alterações dos esquemas terapêuticos realizadas na admissão deverão estar documentadas, com breves justificativas para as mudanças sugeridas. Os prescritores devem assinar o formulário com as alterações recomendadas para confirmar os esquemas terapêuticos que foram sugeridos e para justificar o não cumprimento das recomendações prévias.

O Fluxograma do Processo de CM na Admissão Hospitalar está descrito conforme a seguir.

Figura 1 - Fluxograma do Processo de Conciliação Medicamentosa na Admissão Hospitalar



MHNM = Melhor Histórico Medicamentoso Possível; PMA = Plano medicamentoso de admissão

2.2 Conciliação medicamentosa na transferência interna

A transferência é uma interface de atendimento que pode incluir mudanças no nível de assistência e transferências entre unidades. A transferência interna geralmente está associada a uma mudança no estado clínico do paciente - por exemplo, a transferência de uma ala semi-intensiva para outra uma ala de terapia intensiva significa piora clínica e vice-versa.

Objetivo

O objetivo da CM de transferência é avaliar se a terapia medicamentosa que estava sendo utilizada na unidade anterior ou antes da internação deve ser mantida, reiniciada, interrompida ou modificada. Nesta etapa é necessário que as prescrições de medicamentos sejam revistas (**Anexo 3**).

Profissionais envolvidos

Os profissionais médicos, enfermeiros e farmacêuticos estão envolvidos no processo (BOSMA et al., 2017).

É importante ter uma política que designe quem é responsável por concluir a conciliação (unidade de recebimento ou transferência) e quando ela deve ocorrer. O processo deve exigir uma assinatura para confirmar que ocorreu.

Atividades

A CM de transferência interna envolve avaliar e contabilizar: medicamentos anteriores à admissão (MHMP); medicamentos da unidade de transferência (registro de administração de medicamentos; e novos pedidos de medicamentos pós-transferência.

A conciliação na transferência geralmente envolve o uso de um formulário padronizado e a escolha dependerá dos sistemas disponíveis no hospital. O sistema de prontuário eletrônico do INI/Fiocruz tem a capacidade de gerar eletronicamente uma lista de medicamentos atual, no momento da transferência, que permite ao

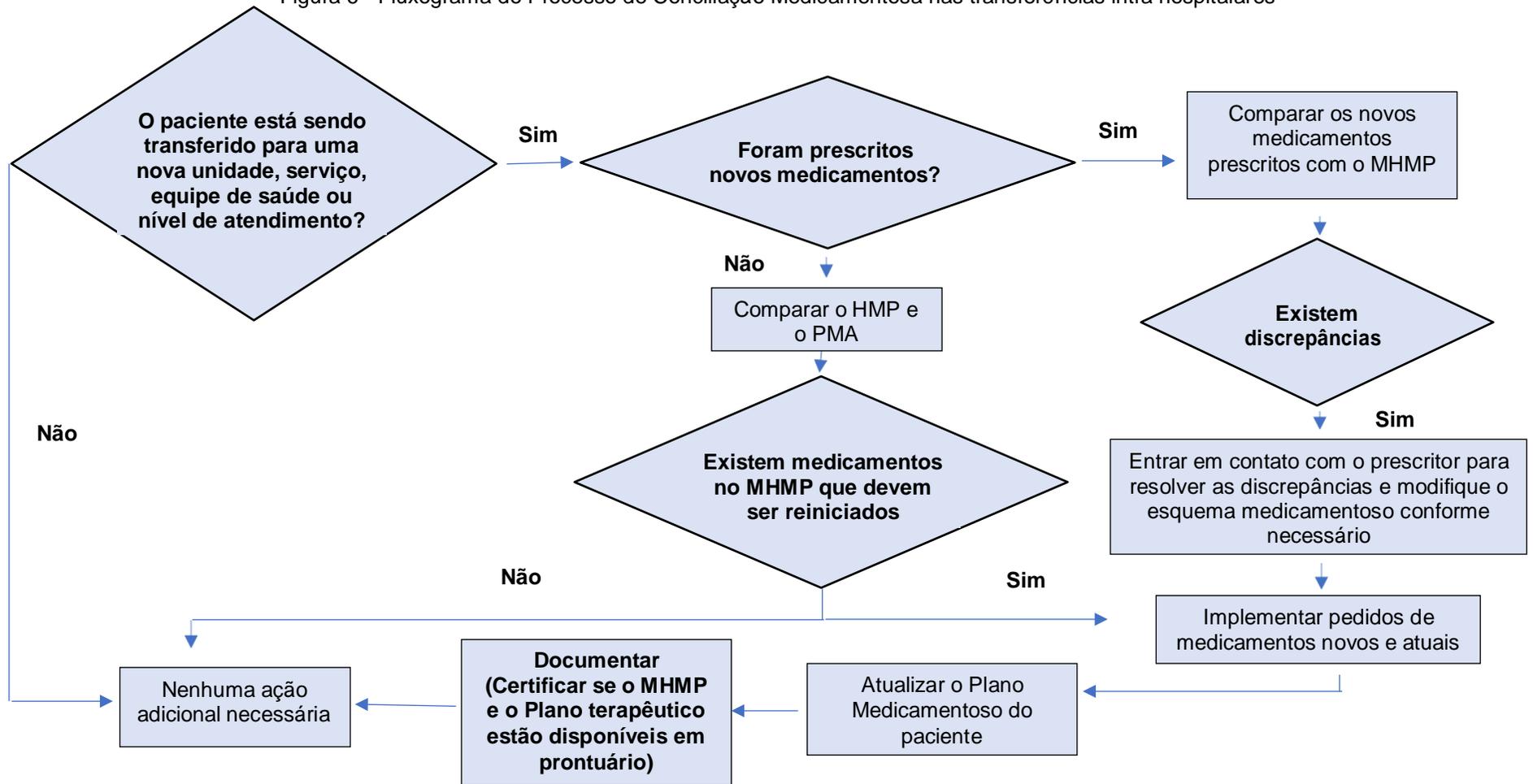
prescritor selecionar os medicamentos que devem continuar no próximo nível de cuidado. No entanto, não é possível resgatar o uso de medicamentos pré-hospitalares registradas em outros sistemas. É necessário garantir que esse tipo de conciliação ocorra, especialmente na transferência de uma unidade de terapia intensiva para uma ala semi-intensiva

Quando um paciente recebe alta da terapia intensiva, o farmacêutico faz um resumo dos medicamentos utilizados durante o período em que esteve internado nesse setor para a realização da transferência interna hospitalar. Este resumo contém uma visão geral dos medicamentos do MHMP e de todos os medicamentos utilizados na terapia intensiva. Para cada medicamento, o médico da terapia intensiva recebe uma série de opções de recomendações (ou seja: reiniciar, parar, continuar), tornando mais fácil e claro o fornecimento da terapia medicamentosa ao médico da enfermaria geral.

Para o INI-Fiocruz, no caso de transferência interna, o MHMP também incluirá os medicamentos pré-admissão conciliados ou não conciliados na ala anterior. O médico da ala anterior preencherá os pedidos de medicamentos para as próximas 24h em formulário próprio, documentando o processo de revisão do histórico medicamentoso completo do paciente na admissão e os medicamentos atuais. Quando um paciente recebe alta da ala intensiva, o farmacêutico clínico fará um resumo do medicamento de alta. O farmacêutico clínico avalia a prescrição de admissão no setor após as 24h e se perceber alguma discrepância inexplicável entre a medicação pré-admissão e a medicação prescrita na ala de transferência, ele discutirá isso com o médico da ala intensiva, permitindo a correção de omissões não intencionais ou outros erros nas prescrições (BOSMA et al., 2017). O enfermeiro verificará a lista de medicamentos após as adequações, encaminhará os novos medicamentos e pedidos da admissão para a farmácia, administrará os medicamentos conforme as prescrições e realizará orientações sobre as indicações terapêuticas de cada medicamento ao paciente antes da administração do mesmo (SCHNIPPER et al., 2009).

O Fluxograma do Processo de CM nas transferências intra hospitalares está descrito a seguir

Figura 6 - Fluxograma do Processo de Conciliação Medicamentosa nas transferências intra hospitalares



MHNM = Melhor Histórico Medicamentoso Possível; **PMA** = Plano medicamentoso de admissão

O “Formulário de conciliação medicamentosa nas transferências internas do paciente até reavaliação de 24h” (anexo 3) aborda as seguintes questões: os medicamentos de uso pré-hospitalar foram conciliados com os pedidos de transferência; os pedidos da unidade de terapia intensiva foram conciliados com os pedidos de transferência, todas as discrepâncias foram resolvidas antes da transferência; as alergias deverão estar listadas corretamente nas ordens de transferência.

O processo de conciliação documentado após a discussão das divergências ajuda os farmacêuticos a desenvolver o conteúdo do MHMP e a entrega da intervenção médica. Os farmacêuticos devem ser treinados para preenchê-lo de forma padronizada. Este treinamento incluirá um feedback individual usando pacientes clínicos. Os farmacêuticos e equipe receberão treinamento em comunicação verbal clara usando programas educacionais previamente desenvolvidos.

2.3 Conciliação Medicamentosa na alta

A alta hospitalar é uma interface crítica do cuidado, onde os pacientes correm risco de discrepâncias quanto ao uso de medicamentos durante a transição.

Objetivo

O objetivo da CM na alta é conciliar os medicamentos que o paciente usava antes da admissão (MHMP) e aqueles iniciados no hospital, com os medicamentos que eles devem tomar após a alta para garantir que todas as mudanças sejam intencionais e que as discrepâncias sejam resolvidas antes da saída do paciente do ambiente hospitalar para evitar duplicações terapêuticas, omissões e prescrição de medicamentos desnecessários.

Profissionais envolvidos

Os profissionais médicos, enfermeiros e farmacêuticos estão envolvidos no processo (PHATAK et al., 2016; SCHNIPPER et al., 2009).

Atividades

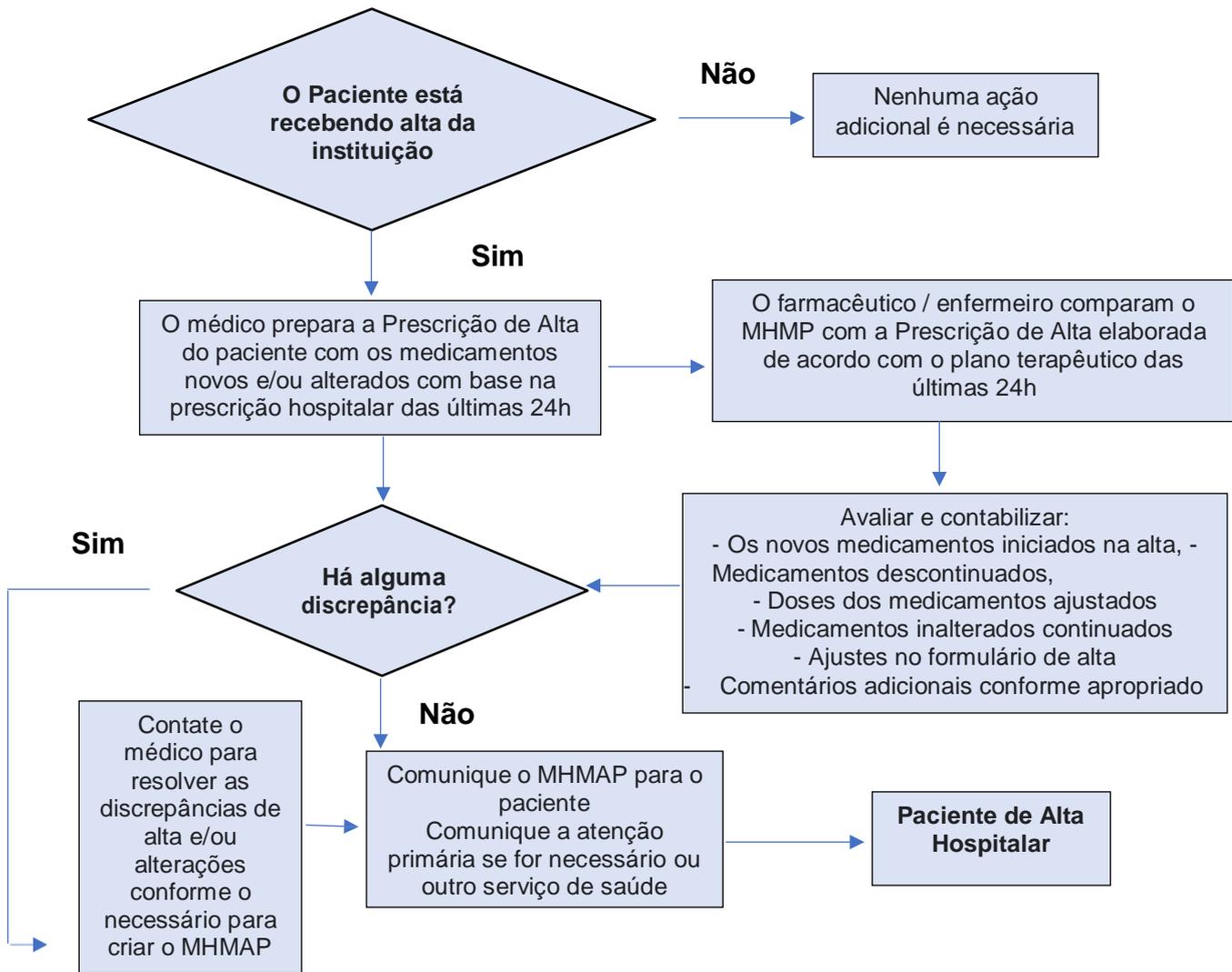
A CM de alta esclarece os medicamentos que o paciente deve tomar após a alta, revisando: medicamentos que o paciente estava tomando antes da admissão (MHMP), última prescrição medicamentosa de 24 horas anterior ou perfil de medicamentos atualizado e novos medicamentos planejados para começar na alta.

Para cada medicamento o médico da unidade semi-intensiva ou enfermaria receberá uma série de opções e deve preencher as opções reiniciar, parar, continuar no campo alta do “Formulário de Registro do Melhor Histórico Medicamentoso Possível”. Esse preenchimento no formulário proposto, facilitará as decisões para a elaboração da prescrição de alta hospitalar (RUBIO-CEBRIÁN et al., 2016).

Os enfermeiros e os farmacêuticos ficarão responsáveis por realizar a análise do resumo de alta confeccionado pelo médico da semi-intensiva ou enfermaria (24 horas antes da alta hospitalar) e pela revisão do regime de medicamentos (regime ambulatorial de medicamentos versus lista de medicamentos de alta). Identificadas divergências ou discrepâncias, os profissionais comunicarão ao médico de alta e, caso necessário, entrarão em contato com o médico assistente do paciente ou médico da atenção básica. Problemas potenciais relacionados ao medicamento não resolvidos durante a internação serão discutidas e serão realizadas as recomendações necessárias (HOLLAND, 2015). Os farmacêuticos farão a revisão dos medicamentos de alta com os pacientes, do Plano Terapêutico atualizado ou outros medicamentos que o paciente possa ter em casa, prestando assistência farmacêutica e as orientações pertinentes (OKERE; RENIER; TOMSCHE, 2015). Se for o caso, farão contato com o serviço de atenção básica para informá-lo sobre a não adesão aos medicamentos e procederão com a documentação em prontuário (BELDA-RUSTARAZO et al., 2015; DELATE et al., 2008; OKERE; RENIER; TOMSCHE, 2015; SCHNIPPER et al., 2009, 2010). O enfermeiro confirmará a CM juntamente com o paciente no momento da alta (SCHNIPPER et al., 2009).

O Fluxograma do Processo de CM na alta hospitalar está descrito a seguir

Figura 7 - Fluxograma do Processo de Conciliação Medicamentosa na Alta Hospitalar



MHMP = Melhor Histórico Medicamentoso Possível; MHMAP = Melhor Histórico Medicamentoso de Alta Possível

Registro

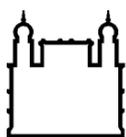
O MPMAP pode incluir: uma lista atualizada e precisa de medicamentos que o paciente deve tomar na alta (**Anexo 4**); uma carta de transferência de informações sobre medicamentos para o próximo prestador de cuidados; uma receita de alta estruturada para o próximo prestador de cuidados; uma grade de informações do paciente elaborada conforme o guia de entrevista ao paciente/cuidador no momento da alta hospitalar (**Anexo 5**).

O MPMAP deve ser comunicado usando um processo sistemático ao:

- Paciente / cuidador;
- Médico comunitário;
- Prestador de cuidados de longa duração;
- Prestador de cuidados domiciliares;
- Instalação ou serviço de cuidados alternativos

Cada vez que o paciente muda de uma unidade de saúde para outra ou para casa, os profissionais de saúde devem revisar com o paciente / cuidador todas as listas de medicamentos anteriores junto com a lista de medicamentos prescritos na alta e reconciliar as diferenças. Este processo deve ocorrer antes de deixar o hospital e, imediatamente, após a transição para o novo ambiente de atendimento (VALVERDE et al., 2016). Os pacientes idosos e polimedicados receberão uma ligação telefônica realizada pelo farmacêutico após a alta, a fim de identificar a presença de EAMs e EMs. Os pacientes serão solicitados a confirmar seus esquemas medicamentosos, incluindo medicamento, indicação, dose, via e posologia. Serão questionados sobre possíveis efeitos colaterais, novos sintomas e quaisquer alterações em sua terapia atual (PHATAK et al., 2016)

Apêndice 1 – Orientações para a obtenção do MHMP



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Obtenção do Melhor Histórico Medicamentoso Possível (MHMP) Guia de entrevista do paciente

Etapa 1. Envolver os pacientes com antecedência na coleta de informações sobre medicamentos.

6. Educação dos pacientes para que possam antecipar a necessidade de apresentar uma lista de medicamentos, frascos de medicamentos ou um registro de dispensação de medicamentos atualizada. (Prescrições médicas, registros de farmácia, registros de serviços de centros de tratamento de longa permanência/casas de apoio, registros de administração de medicamentos *home care* ou registro de medicamentos de alta hospitalar ou de transferência)
7. Se os pacientes não tiverem as informações dos medicamentos consigo, dê aos pacientes um formulário para listar seus medicamentos e recursos para entrar em contato com as unidades de saúde do paciente ou médico assistente ou a equipe da atenção primária para obter informações.

Etapa 2. A responsável pela conciliação analisa as fontes de informação do paciente (use pelo menos uma outra fonte confiável) e categoriza o paciente em uma das três categorias.

8. **Categoria 1:** sem medicamentos de uso prévio. Este grupo não requer nenhum outro trabalho além de documentar o fato de que o paciente não está tomando medicamentos.
9. **Categoria 2:** Esses pacientes têm pelo menos outra fonte confiável de informações sobre medicamentos e sabem os nomes dos medicamentos que tomam. Eles têm seus frascos / lista de medicamentos com eles. Eles estão prontos para receber seu MHMP pela equipe assim que for tomada a decisão de admissão ou o enfermeiro da triagem ou outro profissional poderá obter o MHMP.
10. **Categoria 3:** Essa é a pequena porcentagem de pacientes que tomam medicamentos e desconhecem o nome de pelo menos um deles, não conseguem

dar informações devido ao seu estado de saúde ou não têm cuidadores disponíveis que possam fornecer essas informações. Esses pacientes são os únicos para os quais esforços adicionais de coleta de informações pela equipe do Centro Hospitalar são necessários para que o paciente seja admitido.

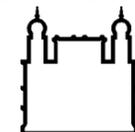
Etapa 3. Para pacientes da categoria 3 que são admitidos, a coleta de informações faltantes pode ser auxiliada por profissionais administrativos.

5. Se possível entre em contato com as unidades de saúde do paciente ou médico assistente ou a equipe da atenção primária
6. Peça aos membros da família/cuidadores para trazer medicamentos
7. Ligue para a equipe assistencial do paciente (caso haja) para enviar listas de medicamentos do paciente
8. Completada a informação, o sinalizador é removido, o paciente passa a categoria 2 e está pronto para a realização do BPMH, uma vez admitido.

Etapa 4. Sinalize os pacientes sem informações sobre o medicamento.

2. O objetivo de sinalizar pacientes com listas de medicamentos incompletas é tornar óbvio para os médicos e enfermeiras que um paciente tem informações sobre medicamentos. As possíveis bandeiras incluem pulseiras coloridas de identificação.

Apêndice 2 – Formulário de Registro do Melhor Histórico Medicamentoso Possível



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Melhor Histórico Medicamentoso Possível	Número do prontuário:	Alergias a alimentos ou substâncias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is)?
Nome do Paciente:		
Data:	Hora:	Usa medicamentos em casa?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

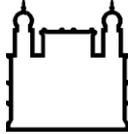
Nome do Medicamento	Dose	Via de Administração	Posologia	Data de início	Continuar utilização na admissão?		Discrepâncias		Continuar utilização na transferência?		Discrepâncias		Continuar utilização na alta?		Discrepâncias		Justificativas
					sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Comentário:	Horário de admissão:
Revisão dos frascos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Trouxe os frascos de medicamentos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Fonte de informação: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Família

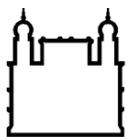
* Discrepância não intencional - o prescritor alterou, adicionou ou omitiu sem querer um medicamento que o paciente estava tomando antes da admissão

** Discrepância intencional - o prescritor fez uma escolha intencional de adicionar, alterar ou descontinuar um medicamento, mas esta escolha não é claramente documentada

Apêndice 3 – Formulário de transferência interna do paciente até reavaliação de 24h

CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE		 Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz	
Paciente:		ALTURA	
Número do Prontuário:		PESO:	
Para uso em farmácia	Data hora	FORNECER NOME DO MÉDICO, NÚMERO DO CRM, NÚMERO DA PÁGINA, ASSINATURA	Ass
		<p>Eu revisei o histórico medicamentoso completo deste paciente na admissão e os medicamentos atuais e considerei ao prescrever medicamentos na transferência.</p> <p>Nome do medicamento, dose, posologia, via de administração, indicação e ultima dose administrada.</p>	
		1 -	
		2 -	
		3 -	
		4 -	
		5 -	
		6 -	
		7 -	
		8 -	
		9 -	
		10 -	
		<p>Eu revisei o paciente e os pedidos de transferência em _____(Tempo) com Dr. _____(contato medico de transferência).</p>	
		Assinatura: _____ PÁGINA: _____	

Apêndice 5 - Orientações para a obtenção Plano Medicamentoso de Alta Possível



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

O Melhor Plano Medicamentoso de Alta Possível (MPMAP)

Guia de entrevista do paciente

Certifique-se de que esses tópicos sejam abordados ao conduzir a orientação dos pacientes sobre a alta.

Identifique os medicamentos:

1. Alterados enquanto o paciente esteve no hospital (ajustes de formulário, substituições automáticas, alterações de dose / posologia etc.)
2. Interrompidos (não serão mais necessários) na alta. (Incluindo medicamentos iniciados no hospital e aqueles que o paciente estava usando antes da admissão).
3. Continuados após a alta. (Incluindo medicamentos iniciados no hospital e aqueles que o paciente estava usando antes da admissão).
4. Novos medicamentos que o paciente deve usar pós alta hospitalar.

Confirme a compreensão do paciente/familiar/cuidador sobre:

1. Objetivo de cada medicamento (por exemplo, você pode me explicar o motivo pelo qual está tomando cada um de seus medicamentos?).
2. As possíveis reações adversas e quando é necessário procurar atendimento médico para cada situação (por exemplo, você pode me explicar os possíveis efeitos reações indesejados de cada um de seus medicamentos (ou apenas novos medicamentos) e o que fazer se eles ocorrerem?).
3. Duração pretendida da terapia para cada novo medicamento (por exemplo, quanto tempo você usará cada medicamento?).

Forneça ao paciente/familiar/cuidador:

1. Calendário de medicamentos, resumindo o nome do medicamento, finalidade, dose, posologia, duração da terapia e quaisquer comentários adicionais.
2. Informações de acompanhamento em relação a consultas / exames laboratoriais que podem ser necessários para monitoramento do uso dos medicamentos

Peça ao paciente / familiar/cuidador para:

1. Resumir as instruções de uso de medicamentos de alta recebidos (para avaliar sua compreensão das informações apresentadas a eles).

Incentive o paciente / familiar/cuidador a:

1. Trazer esta lista de medicamentos com eles para cada consulta de saúde, médico/especialista, comparecimento a unidades de urgência e emergência, consultas médicas e registros de farmácia.
2. Manter a lista de medicamentos atualizada.

Levar a lista de medicamentos com eles o tempo todo