

Reconciliação medicamentosa na admissão e orientação farmacêutica na alta em um hospital de pequeno porte no Paraná: um estudo prospectivo

Medication reconciliation on admission and pharmaceutical guidance upon discharge in a small hospital in Paraná: a prospective study

Ana Luiza Chrominski Carneiro^{1*}, James Albiero², Estela Louro³, Patrícia de Mattos Andriato⁴, Gisleine Elisa Cavalcante Silva⁵, Simone Tomás Gonçalves⁶

¹Farmacêutica Bioquímica, Mestranda do Programa de Assistência Farmacêutica pela Universidade Estadual de Maringá – UEM; ²Farmacêutico Bioquímico, Mestre em Biociências e Fisiopatologia e Doutor em Biociências e Fisiopatologia pela Universidade Estadual de Maringá – UEM; ³Farmacêutica Bioquímica, Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo – USP, Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá – UEM e Docente da Departamento de Farmácia da Universidade Estadual de Maringá; ⁴Farmacêutica, Mestre em Biociências e Fisiopatologia e Doutoranda pela Universidade Estadual de Maringá – UEM, Doutora em Biociências Aplicadas à Farmácia, Universidade Estadual de Maringá – UEM, Docente do Centro Universitário Ingá; ⁵Farmacêutica Bioquímica, Mestre em Ciências Farmacêutica e Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual de Maringá – UEM, Professora Associada da Universidade Estadual de Maringá – UEM; ⁶Farmacêutica Bioquímica, Mestre em Ciências Farmacêutica, Doutora em Ciências da Saúde e Professora Assistente da Universidade Estadual de Maringá – UEM

Resumo

Introdução: a reconciliação medicamentosa e orientação na alta são essenciais para identificar e minimizar fatores de risco relacionados a medicamento, entretanto em hospitais de pequeno porte a farmácia clínica ainda é pouco explorada. **Objetivo:** Realizar um estudo prospectivo de reconciliação medicamentosa e orientação farmacêutica na alta em um hospital de pequeno porte. **Metodologia:** foi realizado um estudo piloto, prospectivo, descritivo e de caráter exploratório envolvendo trinta pacientes admitidos no hospital, acompanhados desde a admissão, realizando reconciliação medicamentosa, até alta hospitalar, recebendo orientação farmacêutica. **Resultados:** houve predominância do sexo feminino (57%), média de idade de 71 anos e tempo de internação de 3 dias. A maior causa de internação foi pielonefrite (23%) e a comorbidade mais frequente foi hipertensão (60%). Os medicamentos mais utilizados previamente foram do sistema nervoso e cardiovascular (37%). Após reconciliação foram encontradas 100 discrepâncias, 10% de forma intencional, com maior frequência de substituição de medicamentos (70%), e 90% não intencional, onde a maioria foi omissão de medicamentos (98%). Noventa e cinco por cento dos medicamentos de uso prévio estavam envolvidos nas discrepâncias. A classe mais envolvida foi do sistema cardiovascular (42%). Em 50% dos prontuários não havia menção pelo médico das comorbidades do paciente, e em 24% a enfermagem também não mencionou. Apenas 43% dos medicamentos prescritos na alta faziam parte da Relação Municipal de Medicamentos. **Conclusão:** houve alta frequência de discrepâncias de medicamentos, principalmente de forma não intencional, destacando omissão de medicamentos. A reconciliação medicamentosa e orientação na alta podem contribuir para a segurança do paciente na transição de cuidados.

Palavras-chave: reconciliação de medicamentos; segurança do paciente; alta do paciente; serviço de farmácia hospitalar; assistência farmacêutica

Abstract

Introduction: medication reconciliation and guidance at discharge are essential to identify and minimise medication-related risk factors; however, in small hospitals, clinical pharmacy is still little explored. **Objective:** to conduct a prospective study of medication reconciliation and pharmaceutical guidance at discharge in a small hospital. **Methodology:** a pilot, prospective, descriptive and exploratory study was conducted involving thirty patients admitted to the hospital, followed from admission, performing medication reconciliation until hospital discharge, and receiving pharmaceutical guidance. **Results:** there was a predominance of females (57%), a mean age of 71 years and a hospitalisation time of 3 days. The leading cause of hospitalisation was pyelonephritis (23%), and the most frequent comorbidity was hypertension (60%). Most previously used drugs were for the nervous and cardiovascular systems (37%). After reconciliation, 100 discrepancies were found, 10% intentional, with a higher frequency of medication substitution (70%), and 90% unintentional, where the majority was medication omission (98%). Ninety-five per cent of previously used medications were involved in the discrepancies. The most involved class was the cardiovascular system (42%). In 50% of the medical records, there was no mention by the physician of the patient's comorbidities, and in 24%, the nursing staff did not mention it either. Only 43% of the drugs prescribed at discharge were part of the Municipal List

Correspondente/Corresponding: *Ana Luiza Chrominski Carneiro – End: Avenida Centauro, 704 – Centro, Quinta do Sol – PR – CEP 87265-000 – Tel: 44 984353677 – E-mail: analuizacc92@gmail.com

of Medications. Conclusion: there was a high frequency of medication discrepancies, mainly unintentionally, highlighting medication omission. Medication reconciliation and guidance at discharge can contribute to patient safety in the transition of care.

Keywords: medication reconciliation; patient safety; patient discharge; hospital pharmacy service; pharmaceutical care

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é peça chave para uma assistência de qualidade no serviço de saúde hospitalar, funcionando como um indicador da qualidade do cuidado. Os erros de medicação são um dos incidentes que afetam a segurança do paciente, podendo causar consequências nocivas, porém, evitáveis. Uma das formas de reduzir os erros de medicação ou revertê-los é identificá-los precocemente. Uma estratégia importante e eficaz para essa identificação e minimização dos fatores de risco ao paciente é a reconciliação medicamentosa¹.

A reconciliação medicamentosa consiste em uma completa coleta de dados junto com o paciente ou responsável, para formação de uma lista detalhada com todos os medicamentos em uso pelo paciente antes da admissão, transferência ou alta do ambiente hospitalar, e ainda a busca de informações clínicas pertinentes ao longo de seu tratamento. Essas informações obtidas são confrontadas e conciliadas com informações no prontuário do paciente, bem como com sua prescrição médica intra-hospitalar. Através da reconciliação medicamentosa podem-se identificar potenciais erros de medicação, interceptá-los antes que ocorram ou ainda minimizá-los².

A Organização Mundial de Saúde (OMS) incentiva a realização da reconciliação medicamentosa, pois esta atua reduzindo e prevenindo os problemas relacionados a medicamentos e eventos adversos³. Entendem-se como problemas relacionados a medicamentos aqueles provenientes da farmacoterapia, que levam a resultados clínicos negativos e devido a diversas causas interferem no resultado terapêutico ou geram efeitos indesejáveis⁴.

Vários estudos têm demonstrado que a transição de nível de assistência à saúde é uma etapa crítica já que está propensa a ocorrerem erros de medicação, principalmente na admissão e na alta hospitalar. Muitas vezes esses erros ocorrem devido à falta de informações no momento da admissão, o que pode levar a uma propagação de erros durante a internação do paciente, e nos demais níveis de atendimento a saúde⁵.

Outro serviço farmacêutico que se faz importante no âmbito hospitalar é a orientação na alta, pois é o momento que haverá transição de cuidados e há uma maior suscetibilidade em ocorrer erros de medicação nessa fase, já que o paciente assume a responsabilidade de sua farmacoterapia. A orientação do farmacêutico, acerca dos medicamentos prescritos na alta, atua diminuindo os erros de medicação após a alta e agindo na promoção do uso correto de medicamentos, sendo uma ferramenta importante para garantir a segurança do paciente mesmo após o mesmo deixar a unidade de internação⁵.

Legalmente, a competência farmacêutica para orientar o uso dos medicamentos na alta hospitalar, como

também, realizar reconciliação medicamentosa, estão contempladas na Resolução nº 585 do Conselho Federal de Farmácia⁶ (2013) que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico para promover o uso racional de medicamentos, otimizar a farmacoterapia e melhorar a qualidade de vida do paciente. Entre muitas atribuições descritas, o farmacêutico pode atuar na alta hospitalar, reconciliação medicamentosa, identificação de problemas de adesão do tratamento e orientação em diversos aspectos relacionados ao tratamento medicamentoso.

Embora as atividades de farmácia clínica hospitalar sejam rotineiras em muitos hospitais, no caso dos hospitais de pequeno porte, essa atividade ainda é pouco explorada. Nesses casos, muitas vezes o farmacêutico está envolvido apenas com o fornecimento de produtos e serviços, não atuando na assistência clínica ao paciente, nem junto à equipe multidisciplinar. O profissional farmacêutico só tem a agregar à instituição, com suas atividades clínicas, já que o profissional está em excelente posição para participar ativamente na prevenção das doenças e promoção da saúde, tornando possível a consolidação de uma série de vantagens e benefícios para a saúde pública de uma forma geral⁷.

Dessa forma, apesar do serviço de farmácia clínica hospitalar ter evoluído, nos hospitais menores ainda não é uma realidade. Há uma grande carência de estudos que abordem a reconciliação medicamentosa e orientação na alta em hospitais de pequeno porte. Na literatura científica, são poucos os estudos que consideram a atuação farmacêutica nos hospitais do Brasil, principalmente no que se diz respeito à atividade clínica do farmacêutico. Além disso, mesmo escassos, os estudos encontrados abordam serviços farmacêuticos apenas nos hospitais de médio a grande porte.

É importante que haja estudos abordando a farmácia clínica também nos hospitais de pequeno porte, pois estes também atendem a população, mas ao mesmo tempo apresentam outra realidade, onde provavelmente as práticas adotadas nos hospitais de grande porte devem ser adaptadas para atender a demanda e a realidade do hospital menor. Assim, também são necessárias estratégias para que o farmacêutico seja inserido gradualmente e efetivamente na equipe multidisciplinar hospitalar, atuando também no processo de segurança do paciente.

Considerando que os hospitais de pequeno porte geralmente não dispõem de serviços farmacêuticos estruturados que assegurem o uso racional e otimizado de medicamentos já utilizados pelo paciente no domicílio, como também, não orientam o paciente e/ou acompanhante sobre a farmacoterapia no momento da alta hospitalar, essa pesquisa teve como objetivo realizar um estudo prospectivo de serviços farmacêuticos de

reconciliação medicamentosa e orientação da farmacoterapia na alta hospitalar em uma instituição hospitalar de pequeno porte.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo prospectivo, descritivo, de caráter exploratório, que envolveu trinta pacientes admitidos em um hospital localizado na região noroeste do Paraná. Trata-se de um hospital de pequeno porte, com 36 leitos ativos, de perfil geral, com baixo nível de complexidade, sendo referência local de saúde.

A coleta de dados ocorreu entre os dias 20 de junho de 2022 até 01 de julho de 2022, por meio de entrevista com os pacientes, familiares ou acompanhantes e consulta ao prontuário. O formulário utilizado apresentava perguntas referentes a características demográficas, como sexo, escolaridade e idade, além de dados clínicos e farmacoterapêuticos dos pacientes e foi adaptado de Silva et al.³ (2021).

Foram inclusos no estudo pacientes maiores de 18 anos acometidos ao menos por uma comorbidade prévia e com terapêutica medicamentosa prescrita. A reconciliação medicamentosa foi realizada em até 48 horas a partir da admissão do paciente na unidade, por meio de um formulário elaborado. Todos os pacientes participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e os pacientes que eram acometidos por deficiência cognitiva, motora ou física tiveram o TCLE assinados por seu familiar ou acompanhante.

Como critério de exclusão, considerou-se os pacientes que recebiam alta hospitalar quando o farmacêutico não estava presente na instituição para realizar a orientação, visto que o hospital dispõe de apenas um farmacêutico com a carga horária de 40 horas semanais.

A sinalização dos pacientes que eram admitidos no hospital ocorria via sistema informatizado (G-HOSP[®]),

onde o farmacêutico recebia uma notificação informando a admissão do paciente.

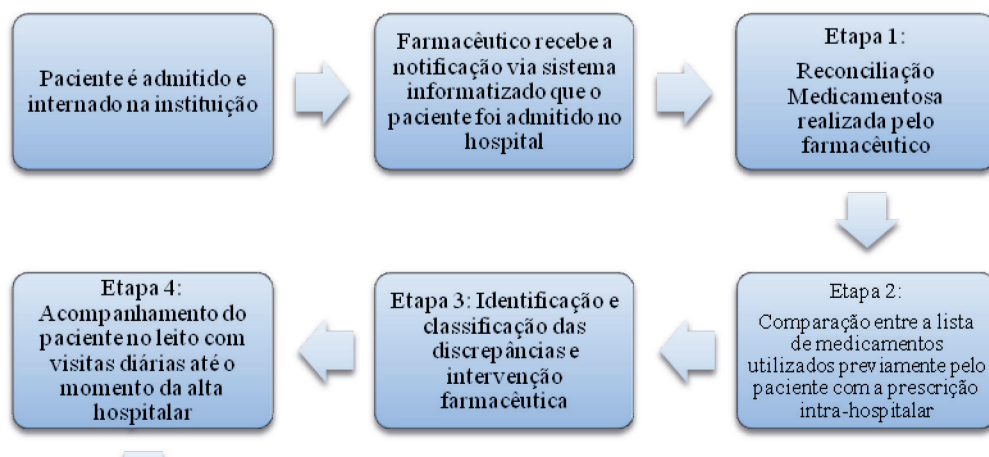
Após a admissão e realização da conciliação medicamentosa, foram identificadas e caracterizadas como discrepâncias relacionadas a medicamentos as diferenças entre a lista de medicamentos que o paciente fazia uso domiciliar e a prescrição médica intra-hospitalar.

As discrepâncias foram definidas como qualquer diferença encontrada entre os medicamentos utilizados previamente pelo paciente e os medicamentos utilizados durante a internação, e foram classificadas em intencionais, quando há diferença entre prescrição intra-hospitalar e o que é informado pelo paciente, e não-intencionais que foram consideradas erros e classificadas em: omissão, dose incorreta, posologia incorreta, via de administração alterada, duplicidade, omissão de medicamento não padrão e prescrição incompleta. Esses métodos de definição e classificação das discrepâncias foram adaptados de Alanazi et al.⁸ (2022).

Os mesmos pacientes submetidos à reconciliação medicamentosa foram acompanhados até o momento de sua alta hospitalar. Nesse processo, o farmacêutico foi o responsável pela entrega da prescrição médica aos pacientes e familiares e realizou as orientações necessárias. Todos os medicamentos prescritos na alta foram orientados sobre: posologia, armazenamento e possíveis interações medicamentosas e alimentares. Os pacientes também receberam informações sobre onde adquirir os medicamentos prescritos. Foi analisada e comparada a lista de medicamentos utilizados previamente pelo paciente com os medicamentos prescritos pelo médico no ambiente intra-hospitalar.

As etapas descritas e definidas para realizar o processo de reconciliação medicamentosa e orientação na alta estão descritas na figura 1:

Figura 1- Etapas definidas para a implementação da reconciliação medicamentosa e orientação farmacêutica na alta hospitalar



Fonte: Elaboração própria

Os dados obtidos foram organizados em planilha eletrônica para o cálculo da frequência relativa e transcritos

para uma planilha eletrônica e analisados com o auxílio do software Microsoft Office Excel[®].

O presente trabalho foi consentido formalmente pela diretoria técnica do hospital e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá com registro sob o número 56994922.9.0000.0104 (parecer nº 5454507).

RESULTADOS

Entre os dias 20 de junho a 01 de julho de 2022, houve 41 internamentos na instituição, onde foram submetidos à reconciliação medicamentosa e orientação na alta hospitalar 30 pacientes, com predominância do sexo

feminino (57%). A idade dos pacientes variou de 43 a 96 anos (média de 71 anos). Houve uma frequência maior de pacientes com o ensino fundamental completo (37%), como mostra a tabela 1.

A maior causa de internação foi a Pielonefrite, totalizando 7 (23%) ocorrências, seguida pela doença do trato digestivo com 3 ocorrências (10%). No que tange as comorbidades, as mais frequentes foram a hipertensão (60%) seguida da diabetes (43%). Os pacientes com apenas uma comorbidade foram 15 (50%) enquanto os outros 15 apresentavam duas ou mais comorbidades (tabela 1).

Tabela 1 – Características dos pacientes, internados entre 20 de junho de 2022 a 01 de julho de 2022, em um hospital de pequeno porte da região noroeste do Paraná (n=30).

Características	Valores
Sexo	
Feminino	17 (57%)
Masculino	13 (43%)
Faixa etária (anos)	
40 – 49	1 (3%)
50 – 59	5 (17%)
60 – 69	6 (20%)
≥ 70	18 (60%)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	10 (33%)
Fundamental completo	11 (37%)
Ensino médio completo	9 (30%)
Superior completo	0 (0%)
Número de comorbidades	
1	15 (50%)
2 ou mais	15 (50%)
Doença de Base	
Hipertensão arterial	18 (60%)
Diabetes	13 (43%)
Cardiopatía	6 (20%)
Doença do Sistema Nervoso Central	6 (20%)
Hipotireoidismo	5 (16%)
Doença do Sistema Respiratório	4 (13%)
Motivo de Internação / CID*	
Pielonefrite – Infecção do trato urinário/ N390	7 (23%)
Doença aparelho digestivo – Doença aparelho digestivo não especificado / K929	3 (10%)
Desidratação – Distúrbios metabólicos não especificados / E889	2 (7%)
Pneumonia – Pneumonia não especificada / J189	2 (7%)
Bronquiolite – Bronquite / J219	2 (7%)
Diabetes Mellitus – Diabetes sem complicações não especificada / E149	2 (7%)
Gastroenterocolite aguda – Infecção intestinal não especificada / A084	2 (7%)
Vias aéreas inferiores – DPOC / J449	2 (7%)
Tratamento pé diabético – Diabetes insulino dependente / E108	2 (7%)
Insuficiência cardíaca não especificada / I509	2 (7%)
Insuficiência respiratória – Desconforto respiratório / J80	1 (3%)
Convulsão / G419	1 (3%)
Dengue clássica / A90	1 (3%)
Cirrose hepática – Doença hepática não especificada / K769	1 (3%)

*CID: Código Internacional de Doenças; DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica.

Fonte: Dados coletados, 2022.

Antes de serem admitidos no hospital, o número de medicamentos que os pacientes faziam uso variou de 1 a 8, sendo que a média de fármacos usados por dia foi de 3. A maior frequência de drogas utilizada foi de 2 (37%)

Durante o processo de recolhimento de dados na reconciliação medicamentosa, foram citados 43 tipos de fármacos usados previamente (Tabela 2). Desses, 18 (60%) faziam parte da padronização de medicamentos do hospital. Os fármacos mais utilizados previamente foram os do sistema nervoso e do sistema cardiovascular (37%).

Tabela 2- Grupos de medicamentos utilizados previamente por pacientes internados em um hospital de pequeno porte da região noroeste do Paraná entre 20 de junho de 2022 a 01 de julho de 2022 classificados de acordo com classificação ATC.

Classificação ATC*	Grupos	N (43) – %
N	Sistema Nervoso	16 -37%
C	Sistema cardiovascular	16 – 37%
R	Aparelho respiratório	5 – 12%
A	Trato alimentar e metabolismo	5 – 12%
H	Preparados hormonais sistêmicos, excluindo hormônios sexuais	1- 2%
B	Agentes antitrombóticos	1 – 2%

*ATC: Anatomical Therapeutic Chemical

Fonte: Dados coletados, 2022.

Tabela 4- Frequência de grupo de medicamentos utilizados previamente envolvidos em discrepâncias intencionais e não intencionais de acordo com a classificação ATC*

Classificação ATC*	Grupos	N=90	%
C	Sistema Cardiovascular	N= 37/90	41,875%
N	Sistema Nervoso	N= 25/90	26,575%
A	Trato alimentar e Metabolismo	N= 16/90	17,75%
R	Aparelho Respiratório	N=6/90	6,675%
H	Preparados hormonais sistêmicos, excluindo hormônios sexuais	N= 5/90	6%
B	Agentes antitrombóticos	N= 1/90	1,125%

*ATC: Anatomical Therapeutic Chemical

Fonte: Dados coletados, 2022.

Os medicamentos prescritos pelo médico na internação do paciente variaram de 3 a 13 unidades distintos por prescrição, e a média de fármacos por prescrição médica hospitalar foi de 7 drogas distintas. A quantidade de fármacos prescritos mais frequente foi a de 6 unidades distintos por prescrição (30%).

Nesse estudo também foi analisado o prontuário clínico dos pacientes. Observamos que assim como a omissão de medicamentos na prescrição médica, em 15 casos (50%) nos prontuários dos pacientes analisados, o médico não fez qualquer menção sobre as doenças de base do paciente. Em 7 dos casos (24%) a enfermagem também não realizou qualquer citação acerca das comorbidades do paciente.

Na reconciliação medicamentosa realizada com os 30 pacientes, foram encontradas 100 discrepâncias, sendo que 10 foram de forma intencional (10%) e 90 de forma não intencional (90%) e foram classificadas conforme a tabela 3.

Tabela 3 – Classificação das discrepâncias intencionais e não intencionais.

Discrepâncias (n=100)	
Intencionais (n=10)	Substituição de medicamento (n=7 – 70%)
	Decisão médica de não prescrever (n= 2 – 20%)
	Alteração na dose (n=1 – 10%)
Não intencionais (n=90)	Omissão de medicamentos (n= 88 – 98%)
	Alteração na dose (n=1 – 1%)
	Alteração na posologia (n=1 – 1%)

Fonte: Dados coletados, 2022.

Dos 43 tipos de medicamentos utilizados previamente pelos pacientes, 41(95%) estavam envolvidos nas 90 discrepâncias, como mostra a tabela 4. A classe de medicamentos mais envolvida nas discrepâncias foi a do Sistema Cardiovascular (41,875%), porém, individualmente, o fármaco mais envolvido foi a Metformina, com 11 ocorrências (12,2%), pertencente a classe A (Trato alimentar e Metabolismo) de acordo com a classificação ATC.

O tempo de internação dos pacientes na unidade hospitalar variou de 1 a 7 dias, e a média do tempo de internação foi de 3 dias. Também, o tempo mais frequente de permanência no hospital foi de 3 dias.

Na alta hospitalar foram prescritos pelo médico, para tratamento domiciliar, de 1 a 7 fármacos e a média por prescrição foi de 4 medicamentos. A quantidade de medicamentos mais prescritos na alta foi de 4 medicamentos (30%).

Foram prescritos 51 tipos de medicamentos com diferentes apresentações para os 30 pacientes que receberam a orientação farmacêutica na alta. O grupo de fármacos mais prescrito foi o de Trato alimentar e metabolismo (28%) seguido pelos anti-infecciosos gerais para uso sistêmico (20%), conforme descrito na tabela 5.

Tabela 5 – Grupos de medicamentos prescritos na alta hospitalar de pacientes de um hospital de pequeno porte da região noroeste do Paraná entre 20 de junho de 2022 a 01 de julho de 2022, de acordo com a Classificação ATC*

CLASSIFICAÇÃO ATC*	GRUPOS	N (51) – %
A	Trato alimentar e metabolismo	14-28%
J	Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	10 – 20%
N	Sistema Nervoso	7 – 14%
C	Sistema cardiovascular	5 – 10%
R	Aparelho respiratório	5 – 10%
B	Agentes antitrombóticos	3 – 6%
M	Sistema musculo-esquelético	3 – 6%
D	Medicamentos dermatológicos	1 – 2%
P	Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	1 – 2%
V	Vários	1 – 2%

*ATC: *Anatomical Therapeutic Chemical*

Fonte: Dados coletados, 2022.

Dos 51 tipos de fármacos prescritos na alta, apenas 22 (43%) faziam parte da Relação Municipal de Medicamentos de Engenheiro Beltrão.

DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou realizar um estudo acerca dos serviços farmacêuticos de reconciliação medicamentosa e orientação da farmacoterapia na alta hospitalar, já que a instituição hospitalar em questão não dispõe de serviços clínicos farmacêuticos. Através desses dados foi possível identificar falhas que interferem diretamente na segurança do paciente, como, por exemplo, a alta frequência de discrepâncias envolvendo medicamentos.

Estudos internacionais também realizaram o acompanhamento do paciente desde sua internação, com a reconciliação medicamentosa, até a alta hospitalar, como Schullo-Feulner, Krohn, Knuston⁹ (2019), que realizaram um estudo nos Estados Unidos, Studer et al.¹⁰(2022) na Suíça, Bonaudo et al.¹¹(2018) na Itália e Daliri et al.¹² (2020) na Holanda.

As informações da tabela 1 estão em consonância com achados de outros estudos como: Finardi Filho et al.¹³ (2021), Fernandes, Mattos, Barbosa¹⁴(2021) e Mota et al.¹⁵ (2022). Foi demonstrado que os idosos compreenderam a faixa etária de pacientes mais frequentes do estudo, resultado esperado, já que esse grupo apresenta uma maior utilização dos serviços de saúde. Esse resultado leva a uma perspectiva de que o serviço clínico farmacêutico em âmbito hospitalar é relevante, já que os idosos apresentam maiores riscos de problemas relacionados a medicamentos na transição de cuidados.

Quanto ao número de medicamentos utilizados previamente pelos pacientes antes da internação, os resultados dessa pesquisa são semelhantes com os encontrados por Silva, Zarpelon, Laureano¹⁶ (2022), onde antes da admissão os pacientes utilizavam uma média de 4 fármacos. Um estudo de reconciliação medicamentosa em hospitais no Líbano¹⁰(2022) correlacionou o número de medicamentos na pré-admissão com discrepâncias não intencionais, sendo um resultado semelhante ao encon-

trado nesse estudo.

Sobre as discrepâncias intencionais, esse estudo mostrou a substituição de medicamento como a mais frequente (70%). Já Lombardi et al.¹⁷ (2016) mostra que a discrepância intencional mais comum foi a omissão de medicamento de forma intencional (82,8%), seguido da alteração de dose (17,2%).

As discrepâncias intencionais foram justificadas após contato com o prescritor. No caso das discrepâncias não intencionais, o prescritor aceitou a intervenção farmacêutica em 86% dos casos. Foi observado que a maioria das justificativas do prescritor eram de que os fármacos omitidos na prescrição, se deviam ao fato de que o paciente seria o responsável pela administração de seus medicamentos utilizados previamente. Porém, o Ministério da Saúde¹⁸ (2013) recomenda que os medicamentos utilizados pelo paciente não devem permanecer juntamente com eles na unidade hospitalar, em virtude do risco de erros de medicação. Além do mais, os pacientes e até mesmo acompanhantes muitas vezes estão vulneráveis durante a internação, podendo aumentar os riscos de erros na administração dos medicamentos, mesmo se tratando de uso prévio.

O fato de que a grande maioria das discrepâncias encontradas nesse estudo foram as de forma não intencional (90%) diferem com os achados de Silva et al.³(2021), onde as discrepâncias intencionais eram maioria do estudo (66,7%), enquanto as não intencionais correspondiam a 33,3%. Entretanto, resultado semelhante a esse estudo foi encontrado por Sousa, Tofani, Martins¹⁹ (2022), onde a principal discrepância relatada foi a de omissão/necessidade de adição de um medicamento, de forma não intencional (81,5%). No estudo de Lombardi et al.¹⁷ (2016) as discrepâncias não intencionais foram uma pequena maioria (50,4%), enquanto as intencionais corresponderam 49,6%.

Em uma revisão sistemática realizada por Alfaró-Lara²⁰ (2013) de 25 estudos de reconciliação medicamentosa a maioria (16 estudos) apresentavam a omissão como a discrepância não intencional mais frequente, sendo achados semelhantes a este estudo.

As classes de medicamentos envolvidos nas discrepâncias dependem do tipo do perfil dos pacientes. Os resultados desse estudo (tabela 4) corroboram com os encontrados por Silva, Zarpelon, Laureano¹⁶ (2021), onde os medicamentos que atuam no sistema cardiovascular foram os mais frequentes, 47% envolvidos em discrepâncias intencionais e 42,9% envolvidos nas não intencionais. Em um estudo em uma Unidade de Cardiologia¹⁷ a prevalência de fármacos do Sistema Cardiovascular foi mais frequente, enquanto outro estudo na Itália¹¹ prevaleceu os medicamentos do trato alimentar e metabolismo, seguido dos do sistema cardiovascular.

Quanto ao número de medicamentos prescritos intra-hospitalar, um estudo sobre reconciliação medicamentosa em um hospital na Holanda¹², a média de medicamentos prescritos, incluindo os tomados “conforme necessário”, foi de 10 medicamentos. Graabaek et al.²¹(2019) destaca em seu estudo que pacientes que recebiam mais medicamentos tinham mais erros de medicação do que os pacientes que recebiam menos ou nenhum medicamento.

O fato de que as principais discrepâncias encontradas foram a de omissão de medicamento pode estar relacionado com a ausência de informações que deveriam ser indispensáveis no prontuário, incluindo a citação das comorbidades. É primordial que o histórico medicamentoso do paciente esteja descrito na prescrição médica, pois é uma forma documentada de colaborar para a segurança do paciente, diminuindo os erros de medicação. Outros estudos demonstraram que de uma maneira geral o registro sobre o uso de medicamentos prévios em prontuários hospitalares não é adequado^{11,17}.

Sobre o tempo de internação hospitalar, onde a média desse estudo foi de 3 dias, um estudo sobre discrepâncias de medicamentos na alta hospitalar, realizado na Dinamarca²¹, mostrou que a maioria dos pacientes tiveram internações curtas, com uma média de 2 dias. Bonaudo et al.¹¹(2018) chama atenção em seu estudo para o fato de que é possível que internações por períodos mais longos levam a um risco menor de discrepâncias, onde tal fato pode ser explicado pelo fato de que passar mais tempo no ambiente hospitalar pode melhorar a compreensão da condição do paciente e resultar em mais atenção à sua terapia. Diferindo desse achado, Graabaek et al.²¹ (2019) afirma que quando os pacientes ficam internados por mais tempo, geralmente mais de um médico atende o paciente e várias mudanças de medicamentos podem ocorrer. Entretanto, em nosso estudo não foi realizada uma associação, entre o tempo de permanência e a proporção de discrepâncias.

Com relação ao número de medicamentos prescritos ao paciente na alta hospitalar, nosso estudo observou uma média de 4 medicamentos, enquanto no estudo de Magalhães, Santos, Reis²² (2020) a média foi 6 fármacos.

O fato de que, apenas 43% dos medicamentos prescritos na alta hospitalar estejam disponíveis na

Relação Municipal de Medicamentos, reflete um ponto a ser explorado pelo hospital juntamente com a equipe multiprofissional, incentivando a prescrição desses medicamentos, pois conseqüentemente o acesso e a adesão ao tratamento medicamentoso seriam maiores. Um fato semelhante foi observado por Costa et al.²³(2014), em que 46% dos medicamentos prescritos não pertenciam a Relação Municipal de Medicamentos do município em questão.

A literatura traz vários achados recentes de que a reconciliação medicamentosa ao longo da internação é um método eficaz na identificação e redução de discrepâncias medicamentosas, apoiando assim a segurança do paciente nas etapas de transição de cuidados^{3,8,10-12,21}.

Como já observado por Silva, Ribeiro, Arruda²⁴ (2022), a assistência farmacêutica é fundamental para uma melhora da qualidade de vida dos pacientes internados em hospitais, pois pode atuar promovendo o uso racional de medicamentos, além de estar em excelente posição para prevenir, detectar e resolver problemas relacionados aos medicamentos, favorecido pelo fácil acesso ao paciente e prontuários, equipe de saúde e fontes de pesquisa.

Algumas limitações foram encontradas em nosso estudo, como a inexistência de um serviço de farmácia clínica no hospital até o momento da realização dessa pesquisa e a presença de apenas um farmacêutico na instituição. Essa realidade condiz com a de muitos hospitais de pequeno e médio porte brasileiros³, onde a farmácia clínica ainda precisa ser explorada, já que muitas vezes as atividades do farmacêutico ficam restritas apenas a parte de gestão.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou uma alta frequência de discrepâncias de medicações após realização de reconciliação medicamentosa na admissão do paciente no hospital, principalmente as de forma não intencionais, destacando a omissão de medicamentos. Listas corretas e completas de medicamentos na admissão e na alta podem resolver muitos desses problemas, assim como a padronização pela instituição do serviço de reconciliação medicamentosa e orientação na alta realizada pelo farmacêutico.

A orientação na alta hospitalar realizada pelo farmacêutico também contribui com a segurança do paciente, já que auxilia na prevenção e resolução de problemas futuros relacionados a medicamentos, que poderiam ocorrer após o retorno do paciente ao domicílio, já que agora é o paciente quem assume a responsabilidade de sua terapia medicamentosa. Entretanto, se faz necessário mais estudos para explorar esse serviço, com pesquisas futuras sobre os impactos positivos dessa assistência farmacêutica, bem como detectar os problemas e riscos acerca de medicamentos que acontecem nessa fase.

Nesse sentido, os resultados obtidos com essa pesquisa mostram a necessidade da real inserção do farmacêutico na equipe multidisciplinar hospitalar e de

sua atividade clínica, atuando de forma mais efetiva e contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança do serviço hospitalar prestado.

REFERÊNCIAS

- Costa CR de B, Santos SS dos, Godoy S de, Alves LMM, Silva IR, Mendes IAC. Estratégias para a redução de erros de medicação durante a hospitalização: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 14];26:1-12. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/79446> doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.79446>
- Pimenta PA, Santos FFS, Silva CML, Passos IS, Barros IMC, Brito GC. Conciliação de medicamentos em um hospital de ensino de Sergipe: lições aprendidas na implementação de um serviço. *Scientia Plena* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 14];16:1-13. Available from: <https://www.scienciaplena.org.br/sp/article/view/5561/2314> doi: 10.14808/sci.plena.2020.084501
- Barboza da Silva T, Pegoraro Alves-Zarpelon S, Laureano JV. Conciliação medicamentosa em uma unidade de internação de hospital público do Sul do Brasil. *Infarma – Cienc. Farm.* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 14];33(2):158-66. Available from: <https://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=2809&path%5B%5D=pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.14450/2318-9312.v33.e2.a2021.pp158-166>
- Fonseca ASM, de Medeiros Íris U, Zumba FdeM, Matamoros EP, de Lima KC, Barbosa IR. Mineração de dados de problemas relacionados a medicamentos registrados pela farmácia clínica de um hospital universitário. *Arq. Catarin. Med* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 14];50(2):142-55. Available from: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/658>
- Santos BB, Negretto GW, Okumura LM. Impacto da orientação farmacêutica no processo de uso de anticonvulsivantes por cuidadores de pacientes pediátricos com epilepsia refratária: estudo de viabilidade. *Clin Biomed Res* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 14];41(2):107-16. Available from: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/99626> doi: <https://doi.org/10.22491/2357-9730.9962626>
- Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 585/2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2013 Sept 25; (seção 1):186
- Leite MB dos S, El-Hassani MP, Abreu CR de C. A importância da farmácia clínica no contexto hospitalar. *Revista* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 14];10(2):808-16. Available from: <http://revistafacsa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/829/745> doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.nEsp2.p808a816>
- Alanazi AS, Awwad S, Khan TM, Asdaq SMB, Mohzari Y, Alanazi F, et al. Medication reconciliation on discharge in a tertiary care Riyadh Hospital: an observational study. *PLoS One* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 14];17(3):e0265042 Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0265042> doi: 10.1371/journal.pone.0265042
- Schullo-Feulner A, Krohn L, Knutson A. Reducing medication therapy problems in the transition from hospital to home: a pre- & post-discharge pharmacist collaboration. *Pharmacy* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 14];7(3):86-93. Available from: <https://www.mdpi.com/2226-4787/7/3/86> doi: 10.3390/pharmacy7030086
- Studer H, Imfeld-Isenegger TL, Beeler PE, Ceppi MG, Rosen C, Bodmer M, et al. The impact of pharmacist-led medication reconciliation and interprofessional ward rounds on drug-related problems at hospital discharge. *Int J Clin Pharm* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 14];45(1):117-125. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-022-01496-3> doi: <https://doi.org/10.1007/s11096-022-01496-3>
- Bonaudo M, Martorana M, Dimonte V, D'Alfonso A, Fornero G, Politano G, et al. Medication discrepancies across multiple care transitions: a retrospective longitudinal cohort study in Italy. *PLoS One*. 2018 [cited 2023 Jun 14];13(1):e0191028. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0191028> doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191028>
- Daliri S, Bouhnouf M, van de Meerendonk HWPC, Buurman BM, Scholte Op Reimer WJM, Kooij MJ, et al. Longitudinal medication reconciliation at hospital admission, discharge and post-discharge. Research in social & administrative pharmacy: RSAP. [Internet] 2021 [cited 2023 Jun 14];(4):677-84. Available from: <https://www.science-direct.com/science/article/abs/pii/S1551741119311052?via%3Dihub> doi: 10.1016/j.sapharm.2020.05.022
- Finardi Filho F, Alves R, Freire NM. Evaluation of a drug reconciliation service in private hospital in Fortaleza-CE: quality indicators. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde* [Internet] 2021 [cited 2023 Jun 14] 12(1):1-7. Available from: <https://www.rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/556> doi: 10.30968/rbfhss.2021.121.0556
- Fernandes MCP, Mattos LFV, Barbosa MF. Conciliação medicamentosa em cuidados paliativos oncológicos. *Rev. Bras. Cancerol* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 14];67(4): e-031360. Available from: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1360> doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.1360>
- Mota CJF, Oliveira MBM de, Silva KM da, Burton EA, Pereira VN, Badin RC. Conciliação medicamentosa em unidade de clínica médica como estratégia para Segurança do Paciente em um hospital universitário. *Res Soc Devel* [Internet] 2022 [cited 2023 Jun 14]; 11(10):e568111032128. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32128> doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32128>
- Barboza da Silva T, Pegoraro Alves-Zarpelon S, Laureano JV. Conciliação medicamentosa em uma unidade de internação de hospital público do sul do Brasil. *Infarma – Cienc. Farm.* [Internet] 2021 [cited 2023 Jun 14];33(2):1580-66. Available from: <https://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=2809> doi: <http://dx.doi.org/10.14450/2318-9312.v33.e2.a2021.pp158-166>
- Lombardi NF, Mendes AEM, Lucchetta RC, Reis WCT, Fávero MLD, Correr CJ. Analysis of the discrepancies identified during medication reconciliation on patient admission in cardiology units: a descriptive study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016; [cited 2023 Jun 14];24:e2760. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/XV-tH337L4ZDnFFX7w3XCJ4M/?format=pdf&lang=pt> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0820.2760>
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2013. [citado em 2023 fev 15]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/segurancana-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>
- Sousa ARN de, Tofani AA, Martins CL. Perfil das Discrepâncias Obtidas por meio da Conciliação Medicamentosa em Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. *Rev Bras Cancerol* [Internet] 2022 [cited 2023 Jun 14];68(1):e-211660. Available from: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1660> doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n1.1660>
- Alfaro-Lara ER, Vega-Coca MD, Galván-Banqueri M, Nieto-Martín MD, Pérez-Guerrero C, Santos-Ramos B. Metodología de conciliación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria* [Internet] 2014; [cited 2023 Jun 14];46(2):89-99. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6985596/> doi: 10.1016/j.aprim.2013.07.002
- Graabæk T, Terkildsen BG, Lauritsen KE, Almarsdóttir AB. Frequency of undocumented medication discrepancies in discharge letters after

hospitalization of older patients: a clinical record review study. *Ther Adv Drug Saf* [Internet] 2019 [cited 2023 Jun 14];10:1-8. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/2042098619858049> doi: 10.1177/2042098619858049

22. Magalhães MS, Santos FS dos, Reis AMM. Factors associated with the use of potentially inappropriate medication by elderly patients prescribed at hospital discharge. *Einstein (São Paulo)* [Internet] 2019 [cited 2023 Jun 14];18:EO4877 Available from: <https://journal.einstein.br/article/factors-associated-with-the-use-of-potentially-inappropriate-medication-by-elderly-patients-prescribed-at-hospital-discharge/#:~:text=Conclusion,inappropriate%20medication%20in%20the%20elderly> doi: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4877

23. Moreira da Costa J, Martins J, Pedroso L, De Lima Braz C, Max A, Reis M. Otimização dos cuidados farmacêuticos na alta hospitalar: Implantação de um serviço de orientação e referenciamento farmacoterapêutico. *Rev Bras Farm Hosp* [Internet] 2014 [cited 2023 Jun 14];5(1):38-41 Available from: <https://rbfhss.org.br/sbraft/article/view/188/189>

25. Silva WPC, Ribeiro AF, Arruda JEG. A importância da conciliação medicamentosa em hospitais brasileiros. *Res Soc Devel* [Internet] 2022 [cited 2023 Jun 14]; 11(1):e2411124091-1. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24091> doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24091>

Submetido em: 26/04/2023

Aceito em: 20/06/2023