

# Perceção dos Profissionais de Saúde do Processo de Reconciliação Terapêutica em Contexto Hospitalar: Estudo de Caso

## *Healthcare Professionals Perception of the Reconciliation Medication Process in a Hospital Context: Case Study*

Anna Mylkivska<sup>1</sup>, Adalberto Campos Fernandes<sup>1</sup>, Maria João Lobão<sup>1-3</sup>, Maria de Fátima Falcão<sup>4,5</sup>

1. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal
2. Internal Medicine Department, Hospital de Cascais, Lusíadas Saúde, Cascais, Portugal
3. Comprehensive Health Research Center (CHRC), Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal.
4. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal
5. Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Anna Mylkivska; annamylkivska@gmail.com

Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Avenida Padre Cruz, 1600-560 Lisboa, Portugal

Recebido/Received: 25/10/2022; Aceite/Accepted: 02/10/2023; Publicado/Published: 15/12/2023

DOI: <https://doi.org/10.25756/rpf.v15i1-2.307>

© Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e Revista Portuguesa de Farmacoterapia 2023. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and Portuguese Journal of Pharmacotherapy 2023. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

## Resumo

**Introdução:** O processo de reconciliação terapêutica visa, em momentos de transição entre níveis de prestação de cuidados de saúde, diminuir os incidentes com medicamentos e contribuir para o uso seguro da medicação. Com este estudo pretendeu-se explorar barreiras e fatores que influenciam o processo de reconciliação terapêutica num serviço de Medicina Interna de um hospital de nível distrital e identificar oportunidades de melhoria.

**Métodos:** Estudo de natureza qualitativa, do tipo de estudo de caso único e exploratório, com a realização de entrevistas semiestruturadas a médicos, enfermeiros e farmacêuticos.

**Resultados:** Destacam-se as dificuldades na comunicação com o doente, família, entre os profissionais de saúde, serviços e outras instituições. A nível informático, dificuldades na prescrição em contexto de emergência, alertas de medicação repetidos e o não acesso à plataforma de dados de saúde pelos farmacêuticos. Como oportunidades de melhoria na reconciliação terapêutica, os profissionais de saúde apontaram para a formação, seguimento do doente após alta hospitalar, melhoria da comunicação entre as instituições de saúde e integração entre os sistemas de informação em saúde.

**Conclusão:** Os resultados obtidos demonstram que as barreiras ao processo de reconciliação terapêutica persistem, com consequências expetáveis a nível da qualidade dos cuidados prestados. Este estudo alerta para a necessidade de implementação de medidas que as permitam mitigar.

**Palavras-Chave:** Comunicação Interdisciplinar; Farmacêuticos; Profissionais de Saúde; Reconciliação Terapêutica; Segurança do Doente; Transferência de Doentes.

## Abstract

**Introduction:** The medication reconciliation process aims, in moments of transition between levels of healthcare provision, to reduce incidents with medication and contribute to the safe use of medication. This study aimed to explore barriers and factors that influence the medication reconciliation process in an Internal Medicine service of a district level hospital and to identify opportunities for improvement.

**Methods:** Case study of a qualitative nature, of single and exploratory type, with semi-structured interviews with physicians, nurses and pharmacists.

**Results:** Difficulties in communication with the patient, family, among health professionals, services and other institutions stand out. At the Information Technology level, difficulties in prescribing in an emergency context, repeated medication alerts and non-access to the *Plataforma de dados de Saúde* by pharmacists. As opportunities for improvement of medication reconciliation, healthcare professionals pointed to training, patient follow-up after hospital discharge, improved communication between healthcare institutions and integration between healthcare information systems.

**Conclusion:** The obtained results demonstrate that barriers to the medication reconciliation process persist, with expected consequences in terms of the quality of care provided. This study alerts to the need to implement measures to mitigate them.

**Keywords:** Health Personnel; Interdisciplinary Communication; Medication Reconciliation; Patient Safety; Patient Transfer; Pharmacists

## Introdução

A Direção Geral da Saúde (DGS), define a reconciliação terapêutica (RT) como um “*processo de análise da medicação de um doente, sempre que ocorrem alterações na medicação, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação.*”<sup>1</sup> Ao longo deste processo deve ser realizada a comparação da lista de medicação habitual com a prescrita do doente em momentos de transição de cuidados de saúde e, sempre que houver alterações, estas devem ser registadas no processo clínico e comunicadas ao doente, família ou cuidador informal.<sup>2-4</sup> O registo de medicação do doente deve contemplar medicação não sujeita a receita médica, produtos naturais e suplementos alimentares.<sup>1</sup>

A transição de cuidados de saúde inter/intra instituições constitui um dos momentos críticos para o doente com o risco de incidentes com medicação, devido a falhas de comunicação e perdas de informação.<sup>1,5,6</sup> Nos momentos de transição, mais de 67% de doentes admitidos apresentam discrepâncias não intencionais, resultante de falhas na obtenção de lista de medicação habitual do doente, e é comum manterem-se após a alta hospitalar.<sup>1,6</sup> Apesar das discrepâncias de medicação serem comuns, muitas delas não resultam em danos clínicos significativos para o doente.<sup>6,7</sup> No

entanto, é importante ter em consideração os doentes com características vulneráveis, tais como, a idade avançada, polimedicação e múltiplas comorbilidades, são uma preocupação crescente em contexto de incidentes com medicamentos na prestação de cuidados de saúde.<sup>2,4,5,8</sup>

A RT consta como um objetivo nacional de segurança do doente a nível hospitalar (*Hospital National Patient Safety Goals*), proposto pela Joint Commission International (JCI), contudo a entidade acreditadora reconhece que este processo ainda constitui um desafio para as instituições de saúde.<sup>9</sup> Segundo a literatura existente, são encontradas as seguintes barreiras neste processo: i) a comunicação entre os profissionais de saúde; ii) a comunicação com o doente; iii) as fontes de informação não fidedignas; iv) a escassez de formação e supervisão dos profissionais de saúde; v) a disponibilidade de tempo face às tarefas prioritárias, entre outros.<sup>10-17</sup>

Dada a complexidade do processo de RT, os fluxos de trabalho dentro das instituições de saúde, colaboração multidisciplinar entre os profissionais de saúde e os recursos disponíveis, torna-se fundamental investigar as barreiras existentes, para poder investir em oportunidades de melhoria na segurança do doente.<sup>12,18</sup>

Neste sentido, com este estudo pretendeu-se explorar barreiras e fatores que influenciam o processo de RT num serviço de Medicina Interna de um hospital

de nível distrital e identificar oportunidades de melhoria.

## Métodos

O presente estudo, de natureza qualitativa, enquadrado no tipo de estudo de caso único e exploratório, é referente ao serviço de Medicina Interna num hospital de nível distrital com prestação de cuidados de saúde diferenciados, integrando valências médico-cirúrgicas. O hospital é avaliado pelo Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) e acreditado pela JCI, sendo a RT um dos requisitos obrigatórios. Quanto à contextualização dos profissionais de saúde do processo em estudo, nas primeiras 24 horas da admissão no serviço de Medicina Interna, o doente é avaliado sempre por um enfermeiro e por um médico. A medicação já vem prescrita do serviço de Urgência ou, é realizada a primeira prescrição no serviço de Medicina Interna, caso o doente seja admitido a partir da consulta ou eletivamente. O processo de RT é realizado por ambos os profissionais de saúde. Por sua vez, o farmacêutico tem de comparar, até às 72 horas, a terapêutica de ambulatório do doente com a prescrita pelo médico.

A seleção da amostra foi intencional, baseando-se nos três grupos profissionais de saúde que integram o serviço de Medicina Interna no processo de RT, dos quais, médicos, enfermeiros e farmacêuticos que dão apoio ao mesmo serviço. Como critérios de inclusão, foram considerados apenas os profissionais de saúde que exerceram prática clínica antes e após a implementação do processo de RT no serviço de Medicina Interna, para proporcionar uma perspetiva mais abrangente das diferenças. O número dos participantes, dos quais, cinco médicos, quatro enfermeiros e quatro farmacêuticos, representa os que aceitaram participar no estudo, decorrente entre o mês de julho e o mês de outubro do ano de 2022.

Como técnica de recolha de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais aos profissionais de saúde. O guião de entrevista foi construído com base na revisão de literatura existente sobre o conceito em estudo, com a seguinte dimensão e duas questões, apresentadas na Tabela 1.<sup>10,13-15,17,18</sup>

O tratamento dos dados recolhidos envolveu a transcrição, na íntegra, de todas as entrevistas, através das gravações de áudio, e, deste modo, evitando o enviesamento de dados. Procedeu-se a uma análise do conteúdo temática para cada grupo profissional, organizando as entrevistas de cada grupo profissional em dimensão, categoria e subcategoria, pelo primeiro

**Tabela 1. Guião de entrevista**

Dimensão A – Barreiras e Fatores	1 - Poderia identificar quais as barreiras e fatores com que se depara na sua prática clínica ao longo do processo de reconciliação terapêutica?
	2 - Na sua opinião o que poderá contribuir para uma melhoria contínua do processo de reconciliação terapêutica na prática clínica?

autor sob validação de um segundo elemento. A dimensão de análise corresponde à dimensão do guião de entrevista, as categorias de análise foram construídas segundo as perguntas do guião de entrevista e, as respetivas subcategorias foram obtidas com base nas respostas dos participantes. Com base em tabelas de análise de dados obtidos, realizou-se à codificação das categorias e subcategorias por cada grupo profissional no *software* MAXQDA2020 Plus. A codificação das categorias correspondia aos códigos e as subcategorias aos subcódigos. As respostas dadas fora do contexto, ou as perguntas não respondidas pelos participantes, não foram codificadas.

## Considerações Éticas

A realização do estudo teve parecer da Comissão de Ética com o número - EO06/2020 e autorizado pelo Conselho de Administração do Hospital. A participação no estudo dos profissionais de saúde exigia o preenchimento da declaração de consentimento informado, de forma voluntária com possibilidade de recusar, em qualquer altura, sem quaisquer consequências. Ao longo do estudo foi garantida confidencialidade e proteção de dados dos participantes e da instituição.

## Resultados

Os resultados serão apresentados por categoria, correspondente às duas questões do guião de entrevista, pela seguinte ordem: médicos (Med), enfermeiros (Enf) e farmacêuticos (Farm).

### Dimensão A - Barreiras e Fatores

#### A1 – Quais as barreiras e fatores na prática clínica ao longo do processo de RT

Na Tabela 2, os médicos referiram baixo grau de literacia em saúde do doente, dificuldades na comunicação

com a família e o doente e, na prescrição em contexto de emergência, escassez de formação e, por último, alertas de medicação repetidos. Uma das frases representativas por um dos médicos: “Ainda hoje, há pessoas que são analfabetas e, portanto, quando estamos a dar a prescrição e estamos a dar uma grelha, informação não passa da mesma forma. Portanto não há suporte, não há um suporte adequado para o grau de literacia da pessoa”. Os enfermeiros, como respostas mais frequentes mencionaram as dificuldades na comunicação com a família, entre serviços/outras instituições e entre os profissionais de saúde. Também foi referido por um enfermeiro a inexperiência dos profissionais de saúde. Uma das frases representativas por um dos enfermeiros: “A comunicação. Eu acho que é uma das maiores barreiras que existe neste processo entre profissionais, entre equipa multidisciplinar, entre serviços e até mesmo com outras instituições”. Quanto aos farmacêuticos, este grupo de profissionais referiu o não acesso à Plataforma de Dados de Saúde (“A Plataforma de Dados de Saúde (PDS) disponibiliza uma platafor-

ma informática que, de forma dinâmica e no momento determinado, congrega e apresenta informação de saúde do utente”),<sup>19</sup> insegurança dos profissionais de saúde, falta de comunicação entre farmácia hospitalar versus comunitária e a pouca disponibilidade dos profissionais para se dedicar a RT. Uma das frases representativas por um dos farmacêuticos: “Existem várias barreiras e parece-me que é da farmácia hospitalar versus farmácia comunitária. Há pouca disponibilidade entre a equipa multidisciplinar para nos dedicarmos mais tempo ao estudo desta disciplina”.

No que toca aos pontos em comum, observou-se que a dificuldade da comunicação com a família foi a resposta dada tanto pelos médicos como enfermeiros. A dificuldade na comunicação entre serviços/outras instituições, mencionada pelos enfermeiros constitui também, um dos pontos em concordância com os farmacêuticos por referirem a falta de comunicação entre farmácia hospitalar versus comunitária. Nas restantes respostas existe uma diversidade de aspetos referidos pelos profissionais de saúde, dada a especificidade do

Tabela 2. Quais as barreiras e fatores na prática clínica ao longo do processo de RT

Lista de Códigos	Med1	Med2	Med3	Med4	Med5
<ul style="list-style-type: none"> <li>▼ A1               <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ Baixo grau de literacia em saúde do doente</li> <li>☑ Dificuldades na comunicação com a família</li> <li>☑ Dificuldades na comunicação com o doente</li> <li>☑ Dificuldades na prescrição em contexto de emergência</li> <li>☑ Escassez da formação</li> <li>☑ Alertas de medicação repetidos</li> </ul> </li> </ul>	■		■		■
Lista de Códigos	Enf1	Enf2	Enf3	Enf4	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▼ A1               <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ Dificuldades na comunicação com a família</li> <li>☑ Dificuldades na comunicação entre serviços/outras instituições</li> <li>☑ Dificuldades na comunicação entre os profissionais de saúde</li> <li>☑ Inexperiência dos profissionais de saúde</li> </ul> </li> </ul>		■	■	■	■
Lista de Códigos	Farm1	Farm2	Farm3	Farm4	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▼ A1               <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ Não acesso a Plataforma de Dados de Saúde (PDS)</li> <li>☑ Insegurança dos profissionais de saúde</li> <li>☑ Falta de comunicação entre farmácia hospitalar vs comunitária</li> <li>☑ Pouca disponibilidade dos profissionais para se dedicar a RT</li> </ul> </li> </ul>	■	■		■	■

Fonte – MAXQDA2020 Plus

contexto de trabalho de cada grupo profissional de saúde, tanto a nível informático como a nível pessoal no processo de RT.

## A2 – O que poderá contribuir para melhoria contínua do processo de RT

Conforme a Tabela 3, a resposta mais frequente entre os médicos foi a formação multidisciplinar, seguindo-se as respostas como a atualização de alertas (avisos) de medicação, simplificação da prescrição em contexto de emergência e sistema informático mais ágil para o utilizador. As respostas mencionadas apenas uma vez, são a realização de auditorias com retorno dos resultados e a melhoria na comunicação entre cuidados de saúde hospitalares e primários. Uma das frases representativas por um dos médicos: “Auditorias ao processo. A questão da formação, são aspetos fundamentais, eu diria que estes dois são determinantes.”. Os enfermeiros indicaram como resposta mais frequente a formação. Também mencionaram a comunicação com a família,

a comunicação com outras instituições de saúde e a integração do sistema informático hospitalar. Uma das frases representativas por um dos enfermeiros: “Podia haver comunicação dentro do sistema, pronto essa parte da medicação e até dos antecedentes. É uma parte maçadora em que se tivermos um doente com imensos antecedentes, que já teve tudo e mais alguma coisa, temos de andar a fazer um “copy paste”, que não é bom...fazer isso, pode haver sempre falhas.”. Relativamente aos farmacêuticos, estes mencionaram o acesso ao PDS, acompanhamento do doente após a alta hospitalar, formação contínua e integração entre os sistemas de informação em saúde. Uma das frases representativas por um dos farmacêuticos: “Há medicamentos que ele leva daqui, que são para fazer só mais alguns dias e portanto, o doente tem que ir com essa consciência e parar passado x meses ou tem de voltar ao médico e informar que introduziu um novo medicamento, etc... E, portanto, sim, no universo em que trabalharíamos todos melhor, esse seria um aspeto, um acompanhamento do doente após a alta.”. Relativamente aos pontos em comum, a formação foi

Tabela 3. O que poderá contribuir para melhoria contínua do processo de RT

Lista de Códigos	Med1	Med2	Med3	Med4	Med5
<b>A2</b>					
Formação multidisciplinar	■		■	■	■
Atualização de alertas de medicação				■	■
Simplificação da prescrição em contexto de emergência		■		■	
Sistema informático mais ágil para o utilizador	■				■
Auditorias	■				
Retorno dos resultados das auditorias	■				
Comunicação entre cuidados de saúde hospitalares e primários					■

  

Lista de Códigos	Enf1	Enf2	Enf3	Enf4
<b>A2</b>				
Comunicação com a família	■			
Comunicação com outras instituições de saúde	■	■		
Formação		■	■	■
Integração do sistema informático hospitalar		■		

  

Lista de Códigos	Farm1	Farm2	Farm3	Farm4
<b>A2</b>				
Acesso a Plataforma de Dados do Doente (PDS)	■			
Acompanhamento do doente após alta hospitalar	■			
Formação contínua		■	■	■
Integração entre os sistemas de informação em saúde			■	■



um dos aspetos que todos os profissionais de saúde mencionaram e também na sua maioria. Os médicos e os enfermeiros concordaram que a comunicação com outros níveis de cuidados de saúde é um dos aspetos vistos como oportunidade de melhoria. A integração dos sistemas de informação, apesar de ser referido pelos enfermeiros a nível hospitalar e pelos farmacêuticos a nível geral, continua a ser um dos pontos em comum. As restantes respostas obtidas, apresentam uma variabilidade entre os profissionais de saúde, dada a especificidade do contexto de trabalho de cada grupo profissional no processo de RT.

## Discussão

A respeito da questão de barreiras e fatores que influenciam o processo de RT no serviço de Medicina Interna, os médicos referiram a baixa literacia em saúde e as dificuldades na comunicação com o doente, que poderá ser justificado devido a tipologia de doentes internados, maioritariamente idosos, com múltiplas comorbilidades e com capacidades cognitivas reduzidas. Nestas condições, torna-se mais difícil de obter medicação atualizada, assim os profissionais de saúde orientam-se pela avaliação clínica e informação no sistema informático, ainda que poderá ser incompleta. Neste processo, a família do doente pode igualmente constituir uma das fontes de informação na obtenção da lista de medicação atual.<sup>4,18</sup> No entanto, foram sentidas dificuldades na comunicação com a família, tanto por médicos como enfermeiros, pelo facto de os familiares, por vezes, não estarem presentes nas primeiras horas de internamento. As dificuldades na comunicação, foram igualmente sentidas pelos enfermeiros entre os profissionais de saúde, serviços e outras instituições, sugerindo lacunas de comunicação horizontal e vertical, quer seja por constrangimentos de tempo, carga de trabalho ou desfasamento de horários de trabalho. Estes resultados são semelhantes aos estudos já existentes, que descrevem dificuldades na comunicação com o doente, quer seja pela barreira de linguagem ou pela baixa literacia em saúde do doente, lacunas na comunicação entre profissionais de saúde, lacunas de comunicação entre os diferentes prescritores e os constrangimentos de tempo, como barreiras à RT.<sup>13-16,20,21</sup> Num dos estudos existentes, os farmacêuticos descrevem as dificuldades na comunicação entre farmacêuticos e prestadores de cuidados de saúde, apesar destes resultados não se verificarem neste estudo.<sup>20</sup> Adicionalmente, num dos estudos, para além da barreira do tempo, sendo que o tempo estimado para a realização completa de RT pode variar entre

os 20 minutos a 92 minutos, foi mencionada a falta de profissionais de saúde, que afeta o sucesso da RT na transição de cuidados de saúde.<sup>11,16</sup> A quantidade dos profissionais de saúde disponíveis no serviço de Medicina Interna em função da carga de trabalho, como as estimativas do tempo por doente neste processo, não foram abordadas neste estudo.

A nível informático, alguns médicos referiram as dificuldades na prescrição em contexto de emergência, uma vez que é necessário aceder ao computador previamente para a realização de prescrição da medicação. Adicionalmente, o aparecimento repetido dos alertas de medicação no sistema apresenta constrangimentos de tempo. Apesar dos alertas gerados com o propósito de reduzir o risco de incidentes com medicamentos, estes resultados sugerem que os médicos reconhecem aspetos menos benéficos no sistema informático. Um dos farmacêuticos referiu a dificuldade de acesso à PDS, como uma barreira à RT, pois impossibilita o acesso a mais uma fonte de informação, para conferir a medicação do doente. Também foi identificada como barreira a falta de comunicação entre farmácia hospitalar *versus* comunitária a nível informático, impossibilitando deste modo a consulta do histórico de medicação do doente. Os resultados obtidos são semelhantes aos resultados existentes na literatura, dos quais, falta de acesso à informação clínica do doente e falta de articulação entre farmácia hospitalar e comunitária.<sup>20,22</sup> Além destes, outros problemas foram identificados na literatura como, ausência de interoperabilidade entre os sistemas de informação, falta de registo eletrónico do doente na continuidade dos cuidados de saúde entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde e falta de sistema informático eficaz para registo de informação.<sup>14,16,22</sup>

No âmbito da formação, um dos médicos referiu a escassez de formação, o que sugere necessidade da consolidação de conhecimentos. Um dos enfermeiros mencionou a inexperiência dos profissionais de saúde, que poderá ser justificada pela escassez da formação ou pelos profissionais de saúde recém-contratados. Os farmacêuticos, por sua vez, referiram a insegurança e a pouca disponibilidade dos profissionais de saúde para se dedicar à RT, o que sugere constrangimentos de tempo para investir em formação. Estes resultados são semelhantes às barreiras encontradas na literatura como, a falta de formação, escassez de tempo e disponibilidade da equipa multidisciplinar.<sup>14,20,22</sup>

Como oportunidades de melhoria, a maioria dos profissionais de saúde referiu a formação contínua ou multidisciplinar, um dos aspetos em comum entre os

participantes, o que sugere que reconhecem a importância deste processo na segurança do doente, devendo ser reforçado na prática clínica. Além disso, a realização de auditorias e o retorno de resultados aos profissionais de saúde, é importante para que estes possam melhorar as suas práticas clínicas na segurança do doente. A melhoria da comunicação com outras instituições de saúde foi um dos aspetos referidos pelos médicos e enfermeiros. O acompanhamento do doente após a alta hospitalar, que seria uma mais-valia na perspetiva de capacitação do doente na gestão da medicação no domicílio, contudo, está sujeito à alocação complementar de recursos humanos. A nível informático, os médicos sugeriram a atualização dos alertas de medicação, de forma a acompanhar as atualizações de medicação mais recentes, e o sistema informático mais ágil para o utilizador. O acesso facilitado à PDS para os farmacêuticos, poderá constituir uma fonte de informação adicional a consultar, contribuindo para a diminuição de incidentes com medicamentos. Por último, a integração entre os sistemas de informação em saúde, facilitaria o seguimento do doente entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde, possibilitando o uso seguro de medicação. Alguns resultados obtidos vão de encontro aos resultados existentes na literatura quanto aos aspetos a melhorar, dos quais, a formação e a comunicação, quer seja com o doente, entre os profissionais de saúde e com outras instituições.<sup>13,14,16</sup>

Sendo um estudo qualitativo, que estudou a perceção dos profissionais de saúde, foram obtidos resultados bastante diversos devido à especificidade de cada área de atuação neste processo. Isto, por um lado, sugere o reconhecimento pelos profissionais de saúde de pontos frágeis e os que são necessários a investir para a melhoria da prática clínica em prol da segurança do doente. Por outro lado, permitiu apurar assuntos que poderiam ser mais estudados e que possivelmente impactam no processo como, por exemplo, o tempo que os profissionais de saúde dispensam para cada doente *versus* volume de trabalho, a credibilidade das fontes de informação dado que não existe integração da informação clínica do doente entre os níveis de cuidados de saúde, entre outros.

### Limitações do estudo

São identificadas limitações no presente estudo, dos quais, o local de estudo é exclusivamente de um único serviço e de um único hospital, o número reduzido de participantes incluídos, que foram selecionados intencionalmente pelo investigador (viés de amostra-

gem) e, o tratamento e análise dos dados, dependente da interpretação do investigador (viés de classificação das respostas). O número reduzido dos participantes é influenciado pela rotatividade dos profissionais de saúde devido a mudança de local de trabalho ou mudança de serviço, pelo que resultou em uma taxa de respostas reduzida, como também, não foi considerada a resposta de um dos farmacêuticos (Farm3) na categoria A1. A generalização dos dados não constitui um dos propósitos de estudos de caso, no entanto, é possível aplicar a transferibilidade (*transferability*) do conhecimento obtido em contextos que sejam semelhantes, com condições distintas.<sup>23</sup>

### Conclusão

É importante evidenciar que a RT, face aos desafios que as instituições de saúde enfrentam, continua a ser um processo fundamental para garantir o uso seguro de medicação em momentos de transição entre níveis de prestação de cuidados de saúde, incluindo a adesão do doente à terapêutica.<sup>1-4,9</sup> Os resultados deste estudo são similares aos estudos já publicados sobre o mesmo tema, quer sejam antes, ou após a implementação do processo de RT, reforçando a noção de que as barreiras e os fatores que influenciam a RT são transversais a várias organizações e contextos, não estando ainda ultrapassados. Contudo, ressalva-se que as barreiras e fatores mencionados pelos profissionais de saúde, para alguns, pode ser uma barreira e para os outros, pode ser apenas um fator que influencia a prática clínica. Logo, quer seja uma barreira ou um fator, não impossibilita a execução deste processo, apenas condiciona o seu sucesso. O facto de os profissionais de saúde reconhecerem as dificuldades na sua prática clínica e identificarem as oportunidades de melhoria, aponta para a existência de motivação intrínseca de melhoria neste processo. Em conclusão, os resultados obtidos responderam aos objetivos propostos, demonstrando que as barreiras e os fatores ao processo de RT persistem e enfatizando o valor que os profissionais de saúde atribuem à identificação de oportunidades de melhoria contínua em contexto de qualidade em saúde, mais especificamente na segurança do doente.

### Responsabilidades Éticas

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

**Fontes de Financiamento:** Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

**Confidencialidade dos Dados:** Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

**Proteção de Pessoas e Animais:** Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pela Comissão de Ética responsável e de acordo com a Declaração de Helsínquia revista em 2013 e da Associação Médica Mundial.

**Proveniência e Revisão por Pares:** Não comissionado; revisão externa por pares.

## Ethical Disclosures

**Conflicts of Interest:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**Financing Support:** This work has not received any contribution, grant or scholarship

**Confidentiality of Data:** The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

**Protection of Human and Animal Subjects:** The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki as revised in 2013).

**Provenance and Peer Review:** Not commissioned; externally peer reviewed.

## Declaração de Contribuição/ Contributorship Statement

AM: Conceção, recolha e interpretação de dados, revisão do manuscrito.

ACF: Conceção e revisão do manuscrito.

MJL: Conceção, interpretação dos dados e revisão do manuscrito.

MFF: Revisão do manuscrito.

AM: Conception, collection and interpretation of data, revision of the manuscript.

ACF: Conception and revision of the manuscript.

MJL: Conception, interpretation of data and revision of the manuscript.

MFF: Revision of the manuscript.

## Referências

- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde. Norma 018/2016: reconciliação da medicação. Lisboa: DGS; 2016.
- Despacho no 1400-A/2015. Diário da República. 2a Série 28 (2015-02-10) 3882-(2)-3882-(10). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Lisboa; 2015.
- Clay BJ, Quartarolo J. Medication reconciliation. *Hosp Med Clin.* 2013;2:e472-80.
- World Health Organization. Medication safety in transitions of care: technical report. Geneva: WHO; 2019.
- Figueira MC, Silva F, Carneiro P, Pedroso E. Reconciliação terapêutica: auditoria numa enfermaria de medicina interna. *Med Interna* 2019;28:285-91.
- Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158:397-403. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006.
- Redmond P, Grimes TC, McDonnell R, Boland F, Hughes C, Fahey T. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;8:CD010791. doi: 10.1002/14651858.CD010791.pub2.
- World Health Organization. Medication without harm: WHO Global Patient Safety Challenge. Geneva: WHO; 2017.
- The Joint Commission. National Patient Safety Goals effective January 2020: Hospital Accreditation Program. Oakbrook Terrace: The Joint Commission; 2020.
- Boockvar KS, Santos SL, Kushniruk A, Johnson C, Nebeker JR. Medication reconciliation: barriers and facilitators from the perspectives of resident physicians and pharmacists. *J Hosp Med.* 2011;6:329-37. doi: 10.1002/jhm.891.
- Walsh EK, Kirby A, Kearney PM, Bradley CP, Fleming A, Connor KAO, et al. Medication reconciliation: time to save?: a cross-sectional study from one acute hospital. *Eur J Clin Pharmacol.* 2019;75:1713-22. doi: 10.1007/s00228-019-02750-w.
- Pevnick JM, Shane R, Schnipper JL. The problem with medication reconciliation. *BMJ Qual Saf.* 2016;25:726-30. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004734.
- Aires-Moreno GT, Silvestre CC, Araújo DC, Matos VT, Marcon VO, Ferreira CM, et al. Perceptions of nurses, pharmacists and physicians about medication reconciliation: a multicenter study. *Saudi Pharm J.* 2020;28:1435-9. doi: 10.1016/j.jsps.2020.09.009.
- Redmond P, Munir K, Alabi O, Grimes T, Clyne B, Hughes C, et al. Barriers and facilitators of medicines reconciliation at transitions of care in Ireland: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2020;21:116. doi: 10.1186/s12875-020-01188-9.
- Al-Hashar A, Al-Zakwani I, Eriksson T, Al-Za'abi M. Whose responsibility is medication reconciliation: physicians, pharmacists or nurses?: a survey in an academic tertiary care hospital. *Saudi Pharm J.* 2017;25:52-8. doi: 10.1016/j.jsps.2015.06.012.
- Johnson A, Guirguis E, Grace Y. Preventing medication errors in transitions of care: a patient case approach. *J Am Pharm Assoc.* 2015;55:e264-76. doi: 10.1331/JAPhA.2015.15509.
- Vogelsmeier A, Pepper GA, Oderda L, Weir C. Medication reconciliation: a qualitative analysis of clinicians' perceptions. *Res Soc Adm Pharm.* 2013;9:419-30. doi: 10.1016/j.sapharm.2012.08.002.
- World Health Organization. The High5s Project: standard



operating protocol: assuring medication accuracy at transitions in care: medication reconciliation. Geneva: WHO; 2014.

19. Rede Comum de Conhecimentos. Plataforma de Dados de Saúde (PDS) [Internet] [cited 2022 Mar 21]. Available from: [http://www.rcc.gov.pt/Diretorio/Temas/ServicosCidadao/Paginas/Plataforma-de-Dados-de-Sa%C3%BAdAde-\(PDS\).aspx](http://www.rcc.gov.pt/Diretorio/Temas/ServicosCidadao/Paginas/Plataforma-de-Dados-de-Sa%C3%BAdAde-(PDS).aspx)

20. Hammour KA, Farha RA, Basheti I. Hospital pharmacy medication reconciliation practice in Jordan: perceptions and barriers. *J Eval Clin Pract.* 2016;22:936–41. doi: 10.1111/jep.12565.

21. Lee KP, Hartridge C, Corbett K, Vittinghoff E, Auerbach AD. “Whose job is it, really?” physicians’, nurses’, and pharmacists’ perspectives on completing inpatient medication reconciliation. *J Hosp Med.* 2015;10:184–6. doi: 10.1002/jhm.2289.

22. Santos AP, Domingos S. Reconciliação da medicação: um conceito aplicado ao hospital. *Bol Cent Inform Medicam.* 2013;1–2.

23. Bloomberg LD, Volpe M. Chapter 3. Choosing a Qualitative Research Approach. In: *Completing Your Qualitative Dissertation: A Road Map From Beginning to End.* 2nd ed. London: SAGE; 2012. p. 30–2.