

RECONCILIAÇÃO DE TERAPÊUTICA

Renata Afonso*

A profissão farmacêutica registou uma grande evolução ao longo dos anos desde que surgiu a primeira definição de Cuidados Farmacêuticos, de uma perspectiva de produção e distribuição de medicamentos para o foco no cuidado e seguimento do doente em estreita colaboração com a restante equipa de saúde.

Os Cuidados Farmacêuticos englobam todas as atividades de farmácia clínica, transversais aos diversos setores, realizadas pelo farmacêutico hospitalar e direcionadas para o doente/utente, contribuindo para o Uso Racional do Medicamento. A intervenção do farmacêutico hospitalar é realizada em colaboração ativa com outros profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros.

Uma das áreas chave dos Cuidados Farmacêuticos é a Reconciliação da Terapêutica (RT). O aumento da prevalência das doenças crónicas, muito condicionado pelo envelhecimento demográfico, e a maior complexidade dos esquemas terapêuticos, vieram contribuir para a cada vez mais necessária intervenção sistemática dos profissionais de saúde não só no momento em que recebem o doente, bem como no momento em que o transferem, seja para outro serviço do hospital seja para a comunidade.

O conceito surgiu em 2002 nos Estados Unidos e, em 2003, a *Joint Commission* considerou a RT como uma atividade indispensável para melhorar a segurança dos doentes. A partir de 2006, todas as instituições de saúde acreditadas por este organismo teriam de desenvolver protocolos que lhes permitissem implementar adequadamente a RT em todos os doentes.¹

Em Portugal e Espanha, os primeiros projetos de RT surgiram em 2010 e há atualmente vários hospitais em fase ativa de implementação ou a desenvolver metodologia para o fazer.

A RT é um processo formal de obtenção de uma lista atualizada, completa e precisa de medicação pré-hospitalar dos doentes, através da *Best Possible Medication History* (BPMH). Esta lista será comparada com a lista de medicação prescrita pelo clínico nos diferentes interfaces de cuidados (admissão, transferência e alta hospitalar), para a deteção de discrepâncias.^{2,3} O grande objectivo da RT é evitar os erros de medicação em todas as transições de cuidados. Além da identificação e análise das possíveis discrepâncias é de crucial importância avaliar o potencial de adesão do doente à terapêutica, dado o papel cada vez mais ativo que é necessário inculcar aos doentes e/ou cuidadores, no que se refere à gestão da sua doença e da sua terapêutica.

A RT tem sido considerada como prioritária em vários países já que vários estudos demonstram que a transição de cuidados apresenta um risco bastante considerável de ocorrência de problemas relacionados com a medicação. De acordo com os dados epidemiológicos do estudo MARQUIS - Multi-Center Medication Reconciliation Quality Improvement,⁴ mais de 50% dos erros de medicação ocorrem em momentos de transição e cerca de um terço destes erros pode causar danos ao doente. Adicionalmente, os doentes com medicamentos omissos na nota de alta têm uma probabilidade 2,3 vezes superior de readmissão comparativamente aos outros doentes.

Estes e outros dados, que evidenciam o potencial para o surgimento de discrepâncias entre a medicação prescrita nas várias fases dos cuidados prestados aos doentes, determinam a necessidade de verificação e conciliação com o objectivo de reduzir o risco de ocorrência de problemas relacionados com medicamentos.

Após a análise da informação recolhida e comparação das listas de medicamentos (pré e pós transição) detetam-se as possíveis discrepâncias. Estas diferenças entre a BPMH e a medicação instituída nas diferentes interfaces de cuidados são potenciais geradoras de efeitos adversos. Podem ser intencionais ou não intencionais, sendo que estas últimas são o alvo da intervenção do farmacêutico junto do prescritor.

A RT divide-se em cinco passos, todos eles essenciais:^{2,5}

- Elaboração de uma lista completa de medicação pré-hospitalar do doente (inclui medicamentos à base de ervas, drogas recreativas, etc);

- Elaboração de uma lista de medicamentos prescritos na admissão, transição ou alta hospitalar;

- Identificação das discrepâncias entre as duas listas. As discrepâncias encontradas serão discutidas com o clínico. Algumas destas discrepâncias são alterações terapêuticas intencionais, enquanto outras podem ser não intencionais (omissão, duplicação, dose, via ou frequência diferentes, etc) e constituir erros de medicação;⁶

- Correção dos erros de medicação;

- Comunicação das alterações terapêuticas ao próximo prestador de cuidados.

No processo de RT a responsabilidade é partilhada por profissionais de saúde: farmacêuticos hospitalares/comunitários, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, em colaboração com os pacientes e familiares. Através desta intervenção é assegurada a continuidade transversal da prestação de cuidados farmacêuticos entre as diferentes unidades prestadoras de cuidados de saúde.

A equipa multidisciplinar deve ter uma liderança reconhecida, aceite e efetiva em que cada um dos intervenientes saiba exactamente qual o seu papel no processo e o cumpra. Em muitos países esta liderança foi assumida pelos farmacêuticos dada a sua especialização técnica no medicamento e também pela sua transversalidade no que é a gestão do circuito do medicamento. É também necessário que os recursos sejam em número ajustado e que permitam não só a realização das várias fases do processo como também se consigam fazer de forma contínua e sistemática. Para o sucesso desta intervenção será de grande relevância a formação interprofissional, já que permitirá a todos os profissionais de saúde conhecerem o processo como um todo e interiorizarem a mais-valia de cada um para o resultado final. A formação é absolutamente necessária sendo considerada crítica a fase da recolha da BPMH dado que é esta listagem que vai condicionar toda a análise posterior.

As responsabilidades de cada um dos elementos da equipa são definidas com base na formação específica e competências profissionais de cada um; algumas delas podem ser realocadas de acordo com a realidade da instituição. As responsabilidades/atribuições dos vários intervenientes podem ser sumarizadas na tabela seguinte:⁶

¹ Directora dos Serviços Farmacêuticos, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE, Amadora, Portugal

Recebido 28/05/15; Aceite 29/05/15

Farmacêutico	É o elemento responsável pela coordenação e monitorização de todo o processo de RT. Sempre que haja condições, deve assumir a responsabilidade primária de garantir uma adequada comunicação das informações relativas à medicação do doente entre os diferentes profissionais de saúde, pelo que, em parceria com o enfermeiro, deve ser o responsável pela entrevista inicial ao doente (BPMH). Cabe também ao farmacêutico a comparação da listagem da terapêutica pré-hospitalar obtida através da entrevista ao doente, seus cuidadores e/ou familiares com a listagem da terapêutica prescrita em ambiente hospitalar ou aquando da alta, detetar e classificar as discrepâncias encontradas. Por fim, o farmacêutico deve discutir essas discrepâncias (não intencionais) com o médico prescritor com o objetivo final de as esclarecer e corrigir, se aplicável.
Médico	O papel do médico na RT é garantir que a medicação correta é prescrita ao doente certo na dose, via de administração e hora adequadas à sua situação clínica. Cabe ao médico discutir com o farmacêutico as discrepâncias não intencionais detetadas e corrigi-las, se aplicável.
Enfermeiro	É o profissional de saúde que mais perto está do doente e consequentemente é com quem estabelece uma maior relação de proximidade e confiança. Por este motivo, o enfermeiro é um elemento essencial para o processo de RT. O enfermeiro é o responsável, juntamente com o farmacêutico, pela recolha de informação relativa à terapêutica pré-hospitalar do doente. É ele que garante, junto dos familiares do doente e/ou seus cuidadores, que a terapêutica pré-hospitalar lhe é entregue nas 24h-72h seguintes ao internamento. É também o enfermeiro que faz a cedência da lista atualizada da terapêutica do doente no momento da alta.
Doente/Cuidador	Os doentes e os seus familiares são a principal fonte de informação sobre a terapêutica do doente. São eles que nos fornecem a maioria das informações relativa à terapêutica instituída em ambulatório, quais os fármacos, doses e horários de administração. São eles que fornecem aos enfermeiros e/ou farmacêuticos as listagens atualizadas da sua medicação e respetivas embalagens.

Em Portugal há vários hospitais com a metodologia de RT implementada, alguns ainda em estudos piloto, mas todos eles se deparam com várias dificuldades e que, em maior ou menor escala, são transversais. A nível interno, podemos

identificar desde logo a falta de disponibilidade da equipa multidisciplinar bem como a falta de um sistema informático que permita o registo de todas as intervenções e as integre de forma eficiente. O Processo Clínico Eletrónico não possui ainda esta vertente, sendo necessários alguns desenvolvimentos. No que concerne à necessária articulação que deve existir entre as várias fases de transição assistencial do doente esta é muito deficiente. Seria necessária uma articulação efetiva entre o Hospital e os Centros de Saúde bem como entre a Farmácia Hospitalar e a Farmácia Comunitária. É também necessário aumentar a literacia em saúde dos doentes e dos cuidadores, e aqui estão incluídos os lares e outros locais que recebem os doentes na alta, já que os doentes são o centro da intervenção e o grande objetivo é potenciar a sua adesão à terapêutica com ganhos em segurança e eficácia.

A RT tem como foco principal o aumento da segurança e eficácia da medicação prescrita entre transições de cuidados, ao reduzir o risco de eventos adversos e consequentemente a morbilidade e mortalidade. Naturalmente, e como consequência, tem potencialmente um impacto económico significativo. Em Portugal há muito poucos estudos que avaliem o impacto económico desta estratégia e, em particular o impacto a nível nacional. Em 2013, Domingos S., através de um estudo implementado na Unidade de Orto-Traumatologia do Hospital Garcia de Orta,⁷ registou um potencial ganho económico de 19.753,90 € que, extrapolando para a realidade nacional (e com todas as necessárias reservas), originava um ganho potencial de 17.318.882,50 €.

A quantificação dos ganhos em saúde é de grande relevância para complementar e reforçar a importância de ter equipas de saúde com disponibilidade para este processo bem como para demonstrar a necessidade de adaptar os sistemas informáticos ao registo e integração de toda a informação. Não obstante, e com os dados e experiências acumuladas de outros centros, há que tornar esta área numa prioridade para o hospital. É uma mais-valia para os cuidados prestados ao doente, não só pelos benefícios já apontados, mas também porque ao melhorar a comunicação e trabalho de equipa entre os vários profissionais de saúde estamos, efectivamente, a potenciar a melhoria contínua nas nossas funções.

“The secret to progress is to begin. The secret is starting to divide the arduous and complicated tasks in to small ones and easy to perform, and then start by the first.” Mark Twain

BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez O, López I, Monjo M, Soler G. Conciliación de la medicación: assumamos la responsabilidad compartida. *Farm Hosp*. 2008; 32:63-64
2. Meyer C, Stern M, Wendy Woolley, Jeanmonod R, Jeanmonod D. How reliable are patient-completed medication reconciliation forms compared with pharmacy lists?. *Am J Emerg Med*. 2012;30:1048-54.
3. Slain D, Kincaid SE and Dunsworth T. Discrepancies between home medication list at hospital admission and reported medical conditions. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2008;6:161-6.
4. AHRQ Health Care. Innovations exchange. Multi-center medication reconciliation quality improvement study (MARQUIS) Toolkit.[Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013; [consultado 2015 Jun 18]. Disponível em: <https://innovations.ahrq.gov/qualitytools/multi-center-medication-reconciliation-quality-improvement-study-marquis-toolkit>
5. Vira T, Colquhoun M and Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:122-6.
6. Queen's University. Medication reconciliation: a learning guide.[Internet]. Kingston, Canada: Office of Interprofessional Education and Practice; 2009; [consultado 2015 Jun 18]. Disponível em: <https://meds.queensu.ca/central/assets/modules/mr/>
7. Domingos S. Discrepâncias na medicação e reconciliação terapêutica em doentes internados: uma avaliação descritiva. Tese de Mestrado [e-book]. Lisboa: Faculdade de Farmácia; 2013. [Consultado em 18 Jun 2015]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/11526>