

Inês Isidoro Prata

Reconciliação Terapêutica - “O Futuro Começa Hoje”

Monografia realizada no âmbito da unidade Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientada pelo Professor Doutor João José Sousa e apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Julho 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Eu, Inês Isidoro Prata, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2009009894, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo da Monografia apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade Estágio Curricular.

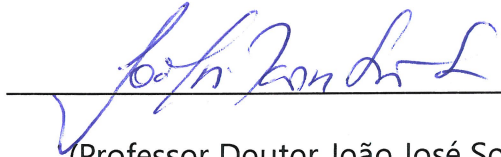
Mais declaro que este é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia desta Monografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 15 de Julho de 2014.

Assinatura da aluna

(Inês Isidoro Prata)

O Tutor



(Professor Doutor João José Sousa)

A Aluna

(Inês Isidoro Prata)

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço ao Professor Doutor João José Sousa pela disponibilidade, apoio e simpatia demonstrada ao longo destes meses.

A toda a equipa dos Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, pela paciência e boa disposição com que me receberam no estágio. Em especial à Dra. Sandra Queimado e Dra. Carla Ponte que me acompanharam ao longo de todo o projeto.

À Dra. Arnandina Loureiro, à enfermeira Luísa Rato e toda a restante equipa do serviço de Cirurgia Geral da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco pela disponibilidade e entusiasmo com que receberam o projeto de Reconciliação Terapêutica.

Por fim, não podia deixar de agradecer a todos os que me acompanharam ao longo de todo o percurso académico, o meu sincero obrigado!

Índice

Resumo	4
Abstract	4
1. Introdução	5
2. Cuidados farmacêuticos	6
3. Erros de medicação	6
4. Reconciliação Terapêutica	8
4.1. Definições.....	8
4.2. Princípios	10
4.3. Implementação	11
4.4. Onde e quando implementar	13
4.5. Barreiras na Reconciliação Terapêutica	15
4.6. Benefícios da Reconciliação Terapêutica.....	16
4.7. Evidência e Impacto da Reconciliação Terapêutica.....	17
5. Reconciliação Terapêutica na Europa	18
6. Reconciliação Terapêutica em Portugal	20
6.1. Cartão da medicação no Centro Hospitalar Cova da Beira.....	21
6.2. Projeto Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.....	22
6.2.1. Experiência pessoal	23
7. Conclusão	25
8. Perspetivas futuras	26
9. Referências Bibliográficas	27
10. Anexos	30

Listas de abreviaturas

ASHP: *American Society of Hospital Pharmacists*

CHCB: Centro Hospitalar Cova da Beira

CM: Cartão de Medicação

DCI: Denominação Comum Internacional

EUNetPaS: *European Union Network for Patient Safety*

IHI: *Institute for Healthcare Improvement*

INE: Instituto Nacional de Estatística

MNSRM: Medicamento não sujeito a receita médica

MSRM: Medicamento sujeito a receita médica

NICE: *National Institute for Health and Clinical Excellence*

NPC: *National Prescribing Centre*

NPSG: *National Patient Safety Goal*

RAM: Reação Adversa Medicamentosa

RCM: Resumo das Características do Medicamento

RT: Reconciliação Terapêutica

ULSCB: Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Resumo

A reconciliação terapêutica é um processo sistemático de obtenção de uma lista precisa e completa da medicação atual de um doente, comparando com a medicação prescrita no hospital. Esta medida visa promover a segurança do doente e aumentar a qualidade de vida deste diminuindo os erros de medicação e os eventos adversos. A transição entre cuidados primários e hospitalares pode promover a ocorrência de erros de medicação, sendo a implementação da reconciliação terapêutica útil nestes pontos. O farmacêutico é um profissional de saúde com um vasto conhecimento do medicamento que, pela sua formação de excelência, se encontra bem posicionado para assumir o comando deste processo. Num estudo, observou-se a redução do potencial de ocorrência de eventos adversos em 80% dos casos, em 3 meses de implementação do processo numa população com cirurgia programada. Noutro estudo, o programa de reconciliação terapêutica reduziu os erros na admissão e alta hospitalar de 90% para 47% nos doentes cirúrgicos. A redução destes erros de medicação aumenta a confiança do doente no serviço de saúde e, por outro lado, diminui os encargos financeiros para o doente e para o sistema de saúde.

Palavras-chave: Reconciliação terapêutica; erros de medicação; transição de cuidados; segurança.

Abstract

Medication Reconciliation is a systematic process to obtaining a complete and accurate list of a patient's current medication and comparing with the medication prescribed in the hospital. This measure aims to promote patient safety and increase quality of life by decreasing medications errors and adverse events. The transitions between primary and hospital care can promote the occurrence of medication errors, with makes the implementation of medication reconciliation useful at these points. The pharmacist is a health professional with a vast knowledge of drugs, who is well positioned to take command of this process given their excellence training. In one study, the potential of occurrence of serious adverse events was reduced in 80% of cases within 3 months of implementing the process in a population with scheduled surgery. In another study, the therapeutic reconciliation program reduced errors at hospital admission and discharge from 90% to 47% in surgical patients. The reduction of these medication errors increases patient confidence in the health service and, moreover, reduces the financial burden on the patient and the healthcare system.

Key words: Medication Reconciliation; medications errors; care transitions; safety.

I. Introdução

Nas últimas décadas tem-se observado um aumento no número de idosos relativamente à população em geral, em parte devido ao progresso tecnológico e científico da medicina e dos cuidados de saúde. Em Portugal, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a percentagem de população idosa (indivíduos com 65 anos ou mais anos de idade) assistiu a um movimento inverso em relação à percentagem de população jovem, tendo aumentado de 16% em 2001 para 19% em 2011. Em 2011, o índice de envelhecimento da população agravou para 128, ou seja, por cada 100 jovens há 128 idosos. [1] (Anexo I)

Os idosos são o grupo populacional mais vulnerável, devido a um aumento da prevalência de doenças crónicas e ao consumo de fármacos. A associação destes fatores com alterações metabólicas predispõe esta faixa etária a sofrer um maior número de problemas relacionados com os medicamentos e a terem, geralmente, mais admissões e altas hospitalares [2]. Muitos destes problemas ocorrem entre diferentes níveis de cuidados de saúde que podem ser facilmente prevenidas com a adoção de algumas medidas.

O farmacêutico, como membro de uma equipa multidisciplinar, tem um papel fundamental pelo seu conhecimento em torno do medicamento, podendo ser crucial na prevenção dos erros de medicação, na melhoria da adesão à terapêutica e na qualidade de vida do doente. A reconciliação terapêutica é uma das ferramentas que poderá ajudar no sucesso da terapêutica na transição de níveis de cuidados de saúde, diminuindo os erros de medicação e promovendo a adesão à terapêutica prescrita.

2. Cuidados farmacêuticos

Nos anos 60, nos Estados Unidos da América e no Canadá, surge um novo conceito e forma de estar na profissão farmacêutica, a “Farmácia Clínica” e os “Cuidados Farmacêuticos”, acompanhando a necessidade de intervir de forma sustentada e metodologicamente válida nos problemas de saúde causados por falta de segurança e efetividade, os quais aumentam os riscos de morbidade e mortalidade. Estes novos conceitos advêm de uma crescente preocupação com a qualidade e segurança, tentando chegar “ao doente certo o medicamento certo”, promovendo a melhoria da sua qualidade de vida. O farmacêutico é integrado numa equipa de saúde multidisciplinar e transita do seu serviço para “a cabeceira do doente”, onde o diálogo com este é privilegiado. [3,4]

Vivendo-se atualmente uma época de mudanças a nível da prestação de cuidados de saúde, a profissão farmacêutica tem sido alvo de um crescimento e desenvolvimento significativos [5]. Os farmacêuticos encontram-se numa posição privilegiada para garantir a gestão da terapêutica farmacológica pela sua acessibilidade aos doentes, aos médicos, enfermeiros e outros membros da equipa de saúde e por disporem de competências necessárias para fornecer um nível avançado de cuidados, dada a sua educação e formação orientada à prestação de serviços focada no doente, as suas capacidades de gestão de informação e motivação para expandir os cuidados farmacêuticos. [6]

Para prestar cuidados farmacêuticos, a *American Society of Hospital Pharmacists* (ASHP), considera como fundamentais os seguintes elementos: que sejam relacionados com a medicação; que seja diretamente dispensado ao doente; que crie *outcomes* definidos que melhorem a qualidade de vida do doente; que o farmacêutico assuma a responsabilidade pessoal pelos *outcomes*. [7]

3. Erros de medicação

O uso do medicamento é fundamental para melhorar a qualidade de saúde do doente, podendo advir problemas relacionados com os medicamentos. Ao longo de todo o circuito do medicamento podem ocorrer reações adversas ou erros de medicação que podem pôr em causa a saúde e bem-estar do doente e, em caso extremo, levar à morte. As reações adversas medicamentosas (RAM), incluem todas as situações decorrentes da utilização de um medicamento de acordo com o descrito no Resumo das Características do Medicamento (RCM) ou no Folheto Informativo, bem como das que ocorrem de uma utilização que não esteja descrita em nenhum deles, como as resultantes de erros de medicação, utilização indevida ou abusiva, ou resultante de uma exposição ocupacional ao

medicamento. Já os erros de medicação são designados como “qualquer erro não intencional que ocorra na prescrição, dispensa ou administração de um medicamento”, ou seja, é uma RAM prevenível. [8]

Tipo	Definição
Erros de prescrição	<ul style="list-style-type: none"> - Incorreta seleção do medicamento, dose, forma farmacêutica, quantidade, via de administração, concentração, taxa de administração, ou instruções do uso da medicação autorizada pelo médico; - Prescrições ilegíveis que pode conduzir a erros.
Erros de omissão	<ul style="list-style-type: none"> - Falha na administração da medicação prescrita; - Omissão por parte do prescritor ao não registrar a medicação que o doente já não deve tomar.
Erros de intervalo de tempo de administração	<ul style="list-style-type: none"> - Administração da medicação fora do intervalo de tempo predefinido.
Erros de medicação não autorizada	<ul style="list-style-type: none"> - Administração de medicação não autorizada por um prescritor legítimo.
Erros de dose inapropriada	<ul style="list-style-type: none"> - Administração de uma dose maior ou menor da que foi prescrita ou duplicação da dose.
Erros na forma-dosagem	<ul style="list-style-type: none"> - Administração da medicação numa forma ou dosagem diferente da prescrita.
Erros de preparação	<ul style="list-style-type: none"> - Produto incorretamente formulado ou manipulado antes da administração.
Erros na técnica de administração	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimento inapropriado ou técnica imprópria na administração da medicação.
Erros de deterioração da medicação	<ul style="list-style-type: none"> - Administração de medicação expirada ou com integridade físico-química comprometida.
Erros de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> - Falha na revisão do regime prescrito de modo a detetar problemas; - Falha no uso apropriado de material laboratorial e clínico para a correta monitorização farmacoterapêutica do doente.
Erros de Compliance	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamento inapropriado do doente na adesão à terapêutica prescrita.
Outros erros de medicação	<ul style="list-style-type: none"> - Qualquer outro tipo de erro que não se inclua nas categorias anteriores.

I.I. Tabela de erros de medicação [9]

Existem vários fatores que podem levar a erros de omissão cada vez mais frequentes e que podem conduzir a reações adversas e/ou interações entre medicamentos: população mais idosa, com maior número de doenças e, concomitantemente, polimedicação; a falta de um registo onde se compile toda a medicação, também torna o tratamento menos consistente; os curtos internamentos, sendo negligenciada a medicação crónica; deficiente explicação em relação às diferenças na medicação no momento da alta, podendo levar à duplicação da terapêutica. A fragmentação dos cuidados pode ainda resultar em interações

fármaco-fármaco que também contribuem para a morbidade e mortalidade, sendo a sua ocorrência geralmente previsível, ou seja, evitável. [9,10]

Os erros de medicação comprometem a confiança do doente no sistema de cuidados de saúde e, por outro lado, os encargos financeiros aumentam para o doente e para o sistema de saúde. Estes erros ocorrem maioritariamente no momento da transição entre níveis prestadores de cuidados, sendo a falta de comunicação uma das principais causas. [9] Um estudo conduzido pelo *Luther Midelfort-Mayo Health System* em *Wisconsin*, demonstra que a fraca comunicação da informação nos pontos de transição de cuidados é responsável por cerca de 50% de todos os erros de medicação e por até 20% de eventos adversos no hospital. [11]

Com tudo isto, observa-se que para a minimização dos erros e das reações adversas é necessária a implementação de uma estratégia para uma melhor gestão da terapêutica, a reconciliação terapêutica (RT).

4. Reconciliação Terapêutica

4.1. Definições

O conceito de reconciliação terapêutica fundamenta-se na prevenção dos eventos adversos. Foi desenvolvido por Jane Justesen, uma enfermeira do *Luther Midelfort-Mayo Health System* no *Eau Claire, Wisconsin*, como parte de uma iniciativa da *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*. Entre outros assuntos, a equipa de Justesen do *Luther Midelfort* foi pioneira nas ferramentas e formas necessárias para criar, atualizar e reconciliar a medicação dos doentes durante o internamento hospitalar. [12]

A RT é definida pelo IHI como um processo de obtenção de uma lista completa e precisa da medicação atual que o doente toma – incluindo nome do medicamento, dose, frequência e via de administração - que irá ser usada como guia da terapêutica para comparar com a lista prescrita no hospital. O objetivo é promover o melhor tratamento ao doente em todas as transições dentro do hospital, sendo considerada terminada quando cada medicamento do doente é avaliado como suspensão, continuação, alteração ou adição. Embora o objetivo seja simples, os processos que contribuem para o alcançar são notavelmente complexos. [13]

Em 2005, a *Joint Commission* tornou a RT como *National Patient Safety Goal (NPSG)*, com vista a diminuir os efeitos adversos causados pela transição de níveis de cuidados de saúde. Este objetivo era constituído por duas partes:

- existência de um processo para comparar a medicação atual de um doente com a medicação prescrita para esse mesmo doente enquanto este estivesse sob os cuidados da organização e;

- a lista completa dos medicamentos do doente deve ser comunicada ao próximo profissional de saúde dentro ou fora da organização e fornecida aos doentes aquando a alta.

[14]

No entanto, a implementação da RT de uma forma sistemática mostrou-se difícil nas instituições de saúde em todo o país. Assim, a *Joint Commission* anunciou em 2009 que a RT não seria um fator para a decisão de acreditação de organizações ou um “requisito de melhoria”. O objetivo foi revisto para ser lançado e implementado até ao final de 2011. [14]

Atualmente, o projeto da RT continua nos objetivos da *Joint Commission*, NPSG número 3 – *Use medicines safely* – onde inclui a comparação dos novos medicamentos com os medicamentos que o doente já tomava, o conhecimento dessa medicação por parte do doente, a correta transmissão da informação atualizada entre profissionais de saúde e a importância de trazer uma lista atualizada da medicação sempre que necessitar de cuidados médicos. [15]

De acordo com o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) a segurança do doente aumenta quando é recolhida informação sobre a medicação de forma sistemática e é também recomendado que o farmacêutico seja integrado na RT tão cedo quanto possível após a admissão hospitalar. O objetivo do processo de RT na admissão hospitalar consiste em assegurar que os medicamentos prescritos correspondem aos que o doente tomava antes do internamento, e para os quais não existe motivo válido para suspensão. Segundo esta organização, este processo pode ocorrer no momento de admissão hospitalar, da transferência entre unidades, serviços ou hospitais ou no momento da alta hospitalar. Contudo, a revisão da terapêutica prescrita antes da transição está fora do âmbito deste programa de RT. [13,16]

O objetivo da reconciliação terapêutica é: garantir que o doente certo recebe o medicamento certo, na dose certa e no tempo correto (ou seja, continuidade do tratamento); reduzir o risco de erros de medicação quando se transita de nível de cuidados de saúde; prestar cuidados de gestão de medicamentos personalizados para cada doente; reduzir a confusão com a terapêutica do doente (tanto para os profissionais de saúde como para o próprio doente); melhorar a eficiência do serviço e fazer uma melhor gestão das

competências do pessoal e do tempo. Além disto, a reconciliação terapêutica torna a monitorização do processo de tratamento mais fácil. [13]

No Canadá, o programa *Medication Reconciliation in Acute Care*, define RT como um processo formal no qual uma equipa de saúde trabalha em conjunto com os doentes, familiares e prestadores de cuidados garantindo uma informação precisa e atual da medicação sendo transmitida ao longo da transição de cuidados de saúde. Para isto é requerida uma revisão sistemática de toda a medicação do doente e todos os medicamentos são cuidadosamente avaliados como suspensos, alterados ou como continuação. O principal objetivo da RT é a prevenção de eventos adversos em todas as transições de cuidados de saúde, o que obriga a eliminar as discrepâncias intencionais não documentadas e as não intencionais. [17]

As discrepâncias intencionais não documentadas são aquelas em que o médico adiciona, altera ou suspende um medicamento por opção, mas esta não se encontra justificada. Este tipo de discrepância não consiste num erro de medicação e não tem impacto na segurança do doente.

As discrepâncias não intencionais são definidas como as situações em que o médico prescriptor altera, suspende ou adiciona de forma não intencional um medicamento que o doente tomava antes da admissão hospitalar. Estas discrepâncias já são consideradas erros de medicação e podem conduzir a eventos adversos medicamentosos. Para minimizar estas situações, a colaboração do farmacêutico hospitalar na recolha e confronto da medicação no momento do internamento pode ser crucial. [17]

Existem poucos estudos que abranjam os erros nos registos da terapêutica medicamentosa, no entanto, estes podem constituir um grave problema de segurança. Estima-se que um número superior a 60% de doentes admitidos para internamento hospitalar apresente pelo menos uma discrepância nos seus registos terapêuticos, e que cerca de 6% sofra uma suspensão terapêutica não intencional no momento do internamento. [18]

4.2. Princípios

Um princípio fundamental a ter em conta no que diz respeito à RT é que não deve ser vista como uma função de acreditação mas, acima de tudo, ser reconhecida como um importante elemento de segurança do doente. [14]

O processo de RT dependerá do contexto clínico, dos recursos e deve ser adaptado a cada situação particular. Trata-se de um processo contínuo e dinâmico, sendo necessário para a gestão segura dos medicamentos. Este projeto inicia-se com a prescrição do medicamento certo, para a indicação certa e continua com a revisão regular da medicação focada na sua eficácia e segurança.

Todo este processo de reconciliação deve ser focado no doente, respeitando os seus valores, preferências e necessidades. O doente deve ser integrado nos cuidados de saúde, a comunicação, nível de literacia, compreensão e educação do doente têm de ser tidos em conta, bem como, o conforto físico, o suporte emocional e o alívio do medo e ansiedade. O profissional de saúde deve-se centralizar no doente e assegurar a confiança deste, desenvolvendo ambientes onde a comunicação seja eficaz, resultando na compreensão do máximo de informação sobre o medicamento e melhorando a adesão à terapêutica.

A responsabilidade deve ser partilhada entre os profissionais de saúde e o doente, pois torna-se essencial para o sucesso dos resultados do processo de RT. Os médicos têm de demonstrar a importância aos doentes de manterem uma lista de medicamentos precisa e atualizada, não só para consulta pessoal como para apresentar a outros profissionais de saúde aquando da prescrição de novos medicamentos. Essa lista deve incluir a dosagem, frequência e via de administração, alergias conhecidas e reações a medicamentos. Deve também ser revista no contexto da história da saúde global do doente, ou seja, além da lista de medicação, compreender se o doente está a tomar a medicação conforme prescrito, escrever o nome dos médicos prescritores e outros profissionais envolvidos nos cuidados de saúde e a origem da medicação (exemplo farmácia, Internet, estrangeiro...). Os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) também devem ser inseridos, tal como as alergias a estes, devido ao seu potencial de interação com medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) ou interferência num diagnóstico clínico ou tratamento.

O processo de RT pode ocorrer em cada momento em que a medicação é revista, adicionada, alterada, orientada para tomar de maneira diferente ou suspensa, bem como qualquer ocasião em que existe possibilidade de interação entre fármacos. Em cada transição de cuidados de saúde, o médico deve anotar nos registos como a medicação foi reconciliada ou atualizada devidamente justificada. [19]

4.3. Implementação

Para realizar projetos de RT a nível hospitalar deve-se: empregar uma equipa multidisciplinar que envolva médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais

adequados, quer para os doentes internados, quer para doentes em ambulatório e na comunidade e para os seus familiares; envolver diretores hospitalares que apoiem, forneçam linhas orientadoras e afastem barreiras relativas ao trabalho de equipa multidisciplinar para a implementação do processo; definir claramente o papel de cada participante no processo desenvolvido; incluir métodos para analisar e dirigir quaisquer necessidades especiais devido à idade, dependência, linguagem ou nível de literacia do doente e dos seus familiares/prestadores de cuidados; usar medidas de processo que sejam clinicamente relevantes (ex. adesão aos passos do procedimento) e *outcomes* (ex. alteração no número de RAM's, de hospitalizações) se for necessário analisar o impacto da RT; e incluir sistemas de feedback para permitir uma melhoria clinicamente significativa. [14]

Para o sucesso da integração de processos de RT na prática hospitalar, a implementação torna-se mais facilitada usando uma abordagem faseada que permita aos intervenientes adaptarem novos processos e procedimentos. A implementação pode variar de local para local, mas as opções para que se faça de maneira gradual e faseada consistem em:

- iniciar numa área clínica ou serviço;
- iniciar o processo de RT na admissão ou na alta;
- iniciar com uma população de doentes que esteja em alto risco para eventos adversos;
- iniciar com o foco na medicação de alto risco.

Sempre que houver transição de local de saúde, os clínicos deviam fazer uma revisão da medicação prévia e comparar com a nova prescrição, fazendo a reconciliação terapêutica. [12]

De acordo com a *The Joint Commission*, o processo de reconciliação terapêutica consiste em 5 passos:

- 1- desenvolver uma lista com a medicação atual;
- 2- desenvolver uma lista com os medicamentos prescritos;
- 3- comparar a medicação das duas listas;
- 4- fazer decisões clínicas baseadas na comparação;
- 5- comunicar a nova lista aos profissionais de saúde e ao doente.

O IHI veio simplificar este processo em 3 passos:

- 1- verificação (recolher o historial de medicação);
- 2- esclarecimento (verificar se os medicamentos e as doses são as mais indicadas);

3- reconciliação (documentar as alterações).

Ambos os pontos de vista do processo devem ser considerados quando a reconciliação terapêutica é requerida. [20]

O processo inicia-se quando o doente é admitido no hospital, continua quando o doente é transferido para um diferente serviço de saúde e quando recebe alta hospitalar. Por esta razão, é importante que os prestadores de cuidados garantam que a lista da medicação se mantenha atualizada. Outra forma de manter a lista atualizada é garantindo que o doente seja ativo no processo trazendo a lista de medicamentos consigo. [12]

A *National Prescribing Centre* (NPC) assume que o processo de RT envolve os “3Cs”:

- *Collecting* – envolve a recolha da medicação feita pelo doente, tal como de outras informações relevantes. Esta informação pode vir de diversos meios: do sistema informático, através da comunicação com o doente, familiar ou prestador de cuidados. A lista da medicação deve ser recolhida de uma fonte atualizada e confiável. Sempre que possível deve-se cruzar informações e assinalar a data da recolha da informação.

- *Checking* – verificar se os medicamentos e as doses são os mais indicados. Se existir alguma discrepância entre o que o doente toma e o prescrito pelo médico, deve ser anotada, tal como a sua razão.

- *Communicating* – é o último passo onde devem ser documentadas e datadas todas as discrepâncias, sendo comunicadas ao responsável pela gestão da terapêutica do doente. Esta comunicação pode-se dever a: medicação suspensa e qual a sua razão, medicação iniciada e qual a sua razão, duração do tratamento, dose alterada e qual a sua razão e medicação alterada e qual a sua razão. [13,21]

4.4. Onde e quando implementar

A segurança da medicação ao longo da continuidade de cuidados parece estar dependente da qualidade da informação sobre a medicação em cada ponto de transferência.

A reconciliação terapêutica é um processo contínuo e consistente e deve ser realizado quando o doente transita de cuidados de saúde (exemplo: uma admissão ou uma alta hospitalar, cuidados no ambulatório ou cuidados continuados) ou por alterações de especialidade ou hospital. A transição de cuidados de saúde é definida como o movimento dos doentes entre os locais de saúde ou diferentes níveis de saúde no mesmo local quando as suas condições e necessidades se alteram, envolvendo frequentemente múltiplas pessoas, como o doente e a sua família, enfermeiros, farmacêuticos, assistente social, médico e outros. [20]

Num contexto mais amplo, a RT também pode ser aplicada no ambulatório, onde a medicação ou as doses podem ser alteradas e, em qualquer ponto onde a medicação do doente possa sofrer alterações. [12]

- Admissão hospitalar

Quando o doente é internado no hospital, deve-se recolher a lista de todos os medicamentos que o doente faz. Esta lista deve ser entregue ao médico prescritor aquando do internamento. Se tal não for possível, como é o caso de situações de urgência, deve-se recolher a lista da medicação que fazia e comparar com a prescrita no hospital num prazo de 24 horas. Nem sempre as listas têm toda a medicação que o doente faz, uma vez que podem tomar medicamentos não sujeitos a receita médica ou recorrer a terapêuticas não farmacológicas, a que só se pode ter acesso se se tiver uma conversa direta com o próprio doente. [12]

O farmacêutico deve estar envolvido na RT tão breve quanto possível após a admissão, as responsabilidades destes e doutros profissionais necessitam de estar claramente definidas e implementadas estratégias para a obtenção de informação acerca da medicação de pessoas com dificuldade de comunicação. [16]

- Alta hospitalar

Neste ponto é efetuada a comparação da lista de medicação que o doente fazia em casa e da que faz no hospital com a lista de medicação prescrita na alta para garantir que a medicação está corretamente classificada como suspensa, retomada ou continuada. Deve-se garantir que não haja confusões nas doses e nas formulações alteradas no hospital. A nova lista é partilhada com o doente e/ou com o responsável por este, garantindo que o doente entendeu quais medicamentos que iram ser descontinuados e as restantes alterações. [12]

A alta hospitalar é um período de alto risco para potenciais erros e confusões da medicação, podendo levar ao aumento da frequência dos internamentos. Estima-se que 49% dos doentes hospitalizados têm pelo menos um erro médico após a alta, normalmente envolvendo o uso de medicamentos e que, 19-23% dos doentes sofrem um evento adverso após a alta, sendo que a maioria desses erros e reações adversas poderiam ser evitados através da melhoria da comunicação. [22]

- Transferências

Quando um doente é transferido de um nível de cuidados de saúde para outro, deve ser consultada a lista de medicação que fazia em casa, as novas alterações na medicação e as ordens de transferência. Os hospitais são encorajados a tornar este processo o mais simples possível. O processo deve ser padronizado e torna-se mais fácil se for indicado na lista de

medicação quais os medicamentos que devem ser reiniciados na transferência ou alterados na transição de cuidados de saúde. [12]

4.5. Barreiras na Reconciliação Terapêutica

Existem várias barreiras a considerar quando se projeta e implementa o processo de RT nos cuidados de saúde. Essas barreiras são geralmente relacionadas com um ou mais dos seguintes problemas: sistemas, habilitações, pessoas e recursos. [13,20]

- Sistemas

Há muitos sistemas e pessoas diferentes envolvidos no processo de RT, e a complexidade deste sistema pode ter impacto no sucesso da sua implementação.

Nos cuidados primários, a responsabilidade pelo processo por vezes é entregue a alguém inexperiente, pelo que, neste caso, deve ser revisto por um enfermeiro ou farmacêutico com prática. A fraca qualidade da documentação também pode ser uma causa de problemas no processo. O desenvolvimento de sistemas eletrónicos na transferência dos doentes entre cuidados de saúde tornaria a RT mais simples.

Idealmente, os medicamentos para cada doente deviam ser reconciliados cada vez que sofressem uma transferência dos cuidados de saúde. Devem ter prioridade na RT certos grupos de doentes como por exemplo os que têm medicação crónica, doentes com idade igual ou superior a 65 anos, aqueles que tomam 4 ou mais medicamentos ou dosagens complexas.

- Habilitações

É necessário um número suficiente e competente de profissionais para a realização do processo de RT. Alguns profissionais podem pensar que é um trabalho demasiado difícil, mas com treino e suporte adequado qualquer dificuldade será ultrapassada.

- Pessoas

Criar limites profissionais ou hierarquias pode resultar em divergências no que diz respeito a RT. Sendo assim, têm de ser postas de lado para diminuir o risco para o doente e aumentar a informação disponível. O apoio e orientação da direção é importante para o sucesso.

A RT não é só da responsabilidade de um grupo de profissionais ou organização, mas sim do interesse de todos, especialmente do doente que deve adotar uma abordagem multidisciplinar. Estes são bastante importantes por serem a maior e melhor fonte de informação sobre a medicação tomada, quer MSRM como MNSRM e terapêuticas não farmacológicas.

Alguns dos principais componentes associados à segurança do doente são a correta compreensão e uso do medicamento. Muitas vezes a comunicação entre o doente e o médico pode-se tornar difícil devido aos termos médicos de difícil compreensão, à linguagem, nível de literacia e capacidade cognitiva do doente e, também, às restrições de tempo e falta de recursos educacionais. [13,20]

Também as dificuldades económicas e a fraca transmissão de informação a médicos externos se tornam um obstáculo para a segurança do doente. [22]

- Recursos

Inicialmente a RT parece consumir muito tempo e recursos. No entanto, quando é realizada corretamente tem um impacto na eficiência e segurança a longo prazo, reduzindo os erros de medicação. [13]

4.6. Benefícios da Reconciliação Terapêutica

São diversos os benefícios encontrados com a RT, iniciando-se com uma redução do risco de ocorrer erros ou reações adversas ao medicamento através de um aumento da disponibilidade e pontualidade de informações precisas sobre a medicação do doente, evitando internamentos hospitalares devido a erros.

A comunicação entre os profissionais de saúde e outras pessoas envolvidas aumenta no processo de transferência de cuidados de saúde, e também com os doentes, revelando-se uma melhor colaboração e aproximação entre todos os intervenientes. Assim, o doente tem uma melhor compreensão dos seus medicamentos e aumenta a sua capacidade de comunicar essas informações aos profissionais de saúde. O doente precisa de ter a certeza que está a receber o medicamento certo, na dose certa, na formulação certa e no momento certo. Os doentes são a fonte mais fidedigna da medicação, permitindo assim o seu contributo no processo. Ter uma lista de medicação precisa e atual, permite que o processo de RT seja concluído mais eficazmente.

Os médicos de clínica geral por norma, quando um dos seus pacientes recebia alta hospitalar, tinham poucas informações acerca dele. A RT vem promover um maior conhecimento da medicação da alta ao clínico geral, podendo fazer um tratamento continuado. Uma redução do tempo e recursos desperdiçados que podem ocorrer quando o profissional de saúde tem de analisar informações dos medicamentos que o doente toma. A informação disponibilizada atempadamente é essencial para um tratamento rápido e adequado.

Os medicamentos que foram reconciliados têm por parte dos enfermeiros uma maior confiança e aceitação. A introdução de um processo de RT permite uma melhor utilização dos recursos, quer financeiramente quer das capacidades e tempo dos profissionais de saúde. [13]

4.7. Evidência e Impacto da Reconciliação Terapêutica

O processo de RT tem demonstrado ser uma ótima estratégia para reduzir os erros de medicação quando os doentes transitam de cuidados de saúde.

- Na admissão hospitalar:

Um estudo de 2011 revelou que a reconciliação terapêutica na admissão hospitalar levou a uma redução de 43% em eventos adversos por erros de admissão.

Uma série de intervenções, incluindo a RT, foram introduzidas durante mais de 7 meses e, observou-se um decréscimo da taxa de erros de medicação em 70% e reduziu os efeitos adversos em mais de 15%.

Noutro estudo, a utilização de farmacêuticos para iniciar o processo de RT para obtenção da história medicamentosa em população com cirurgia programada reduziu o potencial de ocorrer evento adverso em 80% em 3 meses de implementação.

O estudo *Vira* avaliou de forma prospetiva o potencial impacto da reconciliação terapêutica na admissão hospitalar no Canadá, onde 60 doentes foram selecionados de forma randomizada, 60% dos quais apresentaram pelo menos uma discrepância não intencional e 18% apresentaram alterações com significado clínico. Das alterações com significado clínico, 75% foram detetadas e resolvidas antes de terem consequências do doente.

Um processo de RT de sucesso também reduz o trabalho associado com a gestão da terapêutica. Após a implementação, o tempo que os enfermeiros usavam na admissão reduziu em mais de 20 minutos por doente. Já o tempo despendido pelos farmacêuticos no momento da alta hospitalar diminuiu em mais de 40 minutos. [12,17]

- Na transferência de cuidados de saúde:

Nos EUA, um programa relatou 222 erros de medicação, que envolveu uma questão de reconciliação entre setembro de 2004 e julho de 2005. O número de erros prejudiciais foi maior para a admissão e as falhas de reconciliação de transição. Duas mortes foram associadas a falhas de reconciliação de medicamentos durante a transição de um doente de nível de cuidado de saúde. [17]

- Na alta hospitalar:

Um programa implementado na alta hospitalar em que os enfermeiros faziam o acompanhamento do doente e procediam à sua educação para um melhor uso do medicamento, eram acompanhados por farmacêuticos clínicos 2 a 4 dias após a alta hospitalar para reforçar o plano visto na alta e rever a terapêutica. Este programa resultou numa redução de 23,8% na utilização do hospital. Por um lado, um programa orientado pelos farmacêuticos que resolvia todas as discrepâncias no momento da alta, não obteve alterações nos resultados na sua utilização.

Um estudo que comparou as discrepâncias na alta hospitalar, conclui que a implementação de uma intervenção como a RT diminuía em 26% as discrepâncias comparando com um grupo controlo onde não foi implementada nenhuma intervenção. [12,17]

A implementação de um programa de RT para reduzir os erros na admissão e alta hospitalar de um centro médico académico, reduziu os erros de medicação de 90% para 47% nos doentes cirúrgicos. [12]

A nível económico estima-se que, aproximadamente 1,5 milhões de eventos adversos preveníveis ocorrem por ano resultantes de erros de medicação, tendo um custo de mais de 3 biliões de dólares. [22]

5. Reconciliação Terapêutica na Europa

O *European Union Network for Patient Safety* (EUNetPaS) foi um projeto que se realizou durante 30 meses (fevereiro 2008 a fevereiro de 2010) e envolveu 27 países da União Europeia. A seleção e implementação de boas práticas na redução dos erros de medicação nos hospitais europeus era um dos objetivos do EUNetPaS.

A boa prática de “Reconciliação Terapêutica na admissão e na alta hospitalar” foi implementada em 12 hospitais, sendo o país de referência a Dinamarca. Segundo esta prática, o farmacêutico, o enfermeiro e o médico nos cuidados de saúde devem trabalhar em equipa na RT, assim devido às suas diferentes perspetivas e interpretações, podem partilhar as suas experiências. O farmacêutico deve visitar a enfermaria todos os dias, recolhendo informações sobre a medicação na admissão e na alta hospitalar. Os novos enfermeiros e médicos são formados com farmacêuticos e enfermeiros experientes sobre a RT.

A falta de efetividade na deteção e redução dos erros de medicação era um problema identificado antes da implementação da RT. Outros problemas como o farmacêutico não estar envolvido de forma ativa na enfermaria, falta de registo de medicação na alta hospitalar,

educação do doente insuficiente foram identificados e conseqüentemente manifestam-se na adesão à terapêutica.

A maioria dos hospitais não assumiu isto como uma “boa prática” mas sim como um guia para a sua implementação. O processo foi alterado conforme as necessidades, sendo que em alguns hospitais já se encontravam inseridos alguns dos passos da reconciliação.

A RT é uma prática em que os farmacêuticos desempenham um papel importante tanto na implementação como na execução. A implementação requer uma presença permanente de um farmacêutico na unidade de saúde.

O prazo tornou-se curto para a apresentação do impacto causado, uma vez que este projeto trouxe várias alterações no circuito do medicamento.

As barreiras mencionadas estão maioritariamente relacionadas com os recursos, em particular com os farmacêuticos e com o aumento do tempo despendido por não existirem registos eletrónicos. A mobilidade dos doentes entre unidades foi considerada outra barreira.

A boa prática de “Listas de medicação na alta hospitalar” foi implementada em 8 hospitais, sendo o país de referência a Suécia. Esta prática pretende reduzir os riscos relacionados com a falta de conhecimento do doente acerca da medicação que faz na alta. O médico terá de fazer uma lista de medicação na alta incluindo a indicação e quando a medicação tem de ser tomada. O doente deve ser lembrado a mostrar a lista sempre que visitar um profissional de saúde e todos os elementos da lista devem estar devidamente datados.

Este problema também ocorre na admissão hospitalar quando o doente não tem nenhuma lista da medicação atualizada, sendo um dos fatores de risco para a ocorrência de erros de medicação.

Apenas alguns hospitais usam esta prática como modelo, outros colocaram em prática uma reconciliação terapêutica após a alta do doente. Nalguns casos já existia a reconciliação terapêutica e, havia necessidade de implementar uma prática como esta.

Devido ao curto espaço de tempo, a avaliação do impacto desta medida de segurança continua em ação ou em falta em muitos hospitais. Muitas barreiras foram identificadas: organizacionais, culturais e práticas.

Contudo, os hospitais que acederam a esta prática estão satisfeitos salientando o valor acrescentado para os profissionais de saúde e doentes. Também tornou os doentes mais conscientes em relação à sua medicação após a alta.

A boa prática de “Reconciliação da terapêutica na alta hospitalar” foi implementada em 16 hospitais, sendo o país de referência a Suécia.

Esta medida inclui um relatório da medicação na alta que contém informação estruturada, escrita para o doente, sendo transmitida essa informação não só ao doente mas também ao médico de clínica geral, farmacêutico ou a quem acompanhe o doente na alta. Este relatório é o resultado de um processo de reconciliação terapêutica entre vários profissionais de saúde.

A principal razão para esta implementação foi a falta de uma abordagem sistemática no processo de reconciliação terapêutica. Também outros problemas foram detetados como a falta de conhecimento da lista de medicação do doente ser a correta ou não e a falta de educação do doente e de uma lista onde constasse todas as alterações feitas após a alta. O objetivo desta prática era a de melhorar a segurança da medicação e reduzir as readmissões no hospital, especialmente dos idosos.

Apesar desta prática se relacionar com a reconciliação na alta, alguns hospitais também implementaram uma reconciliação na admissão.

As barreiras observadas neste ponto envolvem os recursos e a experiência. Também foram mencionados fatores culturais e fraca comunicação entre profissionais de saúde.

Mais uma vez o prazo revelou-se curto para avaliação dos impactos, contudo a prática foi implementada.

Os hospitais reconhecem que esta medida acrescenta valor ao atendimento do doente e aumenta a adesão à terapêutica. Observou-se uma descida dos eventos adversos aos medicamentos e, os hospitais que apenas tinham iniciado por um serviço já o expandiram aos restantes. [24]

6. Reconciliação Terapêutica em Portugal

Em Portugal a RT começa a dar os primeiros passos, mas de uma maneira geral, nos hospitais portugueses, a avaliação da terapêutica crónica nos doentes cirúrgicos, é feita de forma rotineira pelo anestesista na consulta de anestesiologia. O anestesista regista o perfil farmacoterapêutico, fornecido pelo doente, familiar ou acompanhante, documenta alergias, quando aplicável, e recomenda a suspensão da terapêutica com a antecedência que considera desejável [18]. Torna-se difícil a implementação deste processo devido ao défice de farmacêuticos que existe em alguns hospitais, sendo complicado conciliar todas as tarefas que são necessárias realizar.

6.1. Cartão da medicação no Centro Hospitalar Cova da Beira

No Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) desenvolveu-se um suporte informatizado de reconciliação terapêutica – cartão de medicação – que permite que as discrepâncias ou observações específicas sejam devidamente analisadas no âmbito de toda a equipa de saúde. O cartão da medicação (CM) desenvolvido pelo CHCB baseou-se numa das boas práticas na área da gestão do risco do medicamento desenvolvido pelo projeto EUNetPaS, “Reconciliação da terapêutica na alta hospitalar”.

Este cartão é de fácil utilização, baixo custo e com características para extensão a larga escala que permite a promoção da segurança na prescrição e administração de medicamentos no domicílio, bem como a veiculação de informação sobre medicamentos. (Anexo II)

O objetivo era reduzir os erros de medicação no domicílio, após a alta hospitalar ou em episódios de consulta, associados à alteração da medicação habitual dos doentes. O CM possui na folha de rosto, a identificação do doente, a identificação do médico responsável pela prescrição e a do serviço, a data de atualização e a identificação do médico de família. No interior do documento encontra-se uma tabela com toda a terapêutica prescrita para o doente, incluindo a identificação dos medicamentos por denominação comum internacional (DCI) e por marca comercial. Ainda consta a informação específica sobre a finalidade terapêutica, a duração do tratamento, o modo de administração e conservação dos medicamentos e informações sobre reações adversas ou outras que possam condicionar a adesão a terapêutica. No verso do CM estão os contactos e informações gerais sobre a eliminação dos medicamentos, a referência explícita à medicação que já não deve tomar, minimizando-se os riscos por omissão por parte do prescriptor. As informações veiculadas no CM caracterizam-se pela utilização de uma linguagem clara e acessível importante para a correta utilização dos medicamentos por parte do doente. A sua disponibilização automática, na base de dados que sustenta o CM, é da responsabilidade dos farmacêuticos.

O sucesso deste sistema depende fortemente da motivação e adesão dos médicos prescritores. Relativamente às maiores dificuldades sentidas no momento da alta, os médicos referiram a escassez de tempo para preenchimento de documentos, a eventual necessidade de duplicação de informação em documentos diferentes e o desconhecimento da medicação dos doentes. De modo a combater estes obstáculos, o CM foi desenvolvido informaticamente encontrando-se acessível aos clínicos em todos os computadores do hospital. Por outro lado, o sistema permite a transferência de dados dos programas

informáticos do hospital para o CM, diminuindo assim o tempo despendido no seu preenchimento.

Este sistema de reconciliação terapêutica valeu aos Serviços Farmacêuticos do CHCB o 2º Prémio da Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares/IPSEN em 2012, e tem sido divulgado pela própria Direção Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde. [25,26]

6.2. Projeto Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

A Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB) localiza-se no interior de Portugal Continental, onde a população tem tendência a ser cada vez mais idosa. Atendendo a essa característica e a tudo o que foi descrito anteriormente sobre a RT, torna-se urgente e necessária a implementação desta na unidade de saúde. Este projeto já fazia parte dos objetivos da ULSCB há algum tempo.

Neste local, uma das grandes dificuldades passa por entrar em contacto com o doente, com os seus familiares ou com a entidade responsável pelo doente para saber a medicação feita, uma vez que alguns não sabem ler nem escrever. Os genéricos de vários laboratórios, que são uma realidade atual, podem-se tornar confusos para uma população que recorre à cor/formato dos comprimidos/cápsulas para se orientar na medicação crónica, tornando difícil o entendimento entre doente e profissional de saúde.

Para iniciar este projeto, foi escolhido o serviço de Cirurgia Geral, coordenado pela Dra. Arnandina Loureiro. Desde cedo foi reconhecido o seu valor, não só por este serviço como por outros que sentem e se deparam com as mesmas ou outras dificuldades no dia a dia.

O projeto da RT teve início no processo de admissão hospitalar, embora alguns casos estudados tenham sido já realizados durante o internamento. Esta situação deveu-se ao facto de ser uma população em alto risco e com alguma medicação de risco.

Seguindo os passos descritos pela NPC, o processo de RT é dividido em:

- *Collecting* – A recolha da informação era apenas realizada com base nas informações que os enfermeiros tinham acesso. Na ULSCB, no serviço de Cirurgia Geral, a enfermeira chefe Luísa Rato coordenava essa recolha de informação da lista de medicação do doente no domicílio, das causas do internamento, do seu historial clínico conhecido.

Neste primeiro ponto a maior barreira encontra-se na falta de diálogo com o doente ou responsável por este, que em certas ocasiões seria uma ajuda crucial para se ter conhecimento da terapêutica não só de MSRM como de MNSRM e terapêuticas não

farmacológicas. Para ultrapassar esta barreira, o projeto deve ser implementado definitivamente na ULSCB, pois devido à curta duração do estágio curricular, torna-se difícil para começar de raiz um processo tão complexo e que tanta burocracia acarreta.

Nesta unidade local de saúde, os farmacêuticos não têm acesso ao programa informático que contém toda a informação e historial do doente, representando outra barreira para a realização de um processo de RT mais autonomamente.

Com base nas tabelas inseridas na tese de doutoramento da Dra. Maria de Fátima Falcão intitulada “A Reconciliação Terapêutica – ferramenta para gestão da terapêutica crónica”, foram adaptados quadros à realidade da ULSCB onde se recolhia a medicação, via de administração, dose, frequência e o historial clínico do doente. [15] (Anexo III) Mais tarde, nos serviços farmacêuticos adquiria-se a informação da terapêutica prescrita na admissão e resultados de análises laboratoriais relevantes efetuadas na instituição.

- *Checking* – Nos serviços farmacêuticos confrontava-se a medicação do domicílio com a prescrita, verificando se os medicamentos e doses eram os mais indicados. Eram observadas as possíveis interações medicamentosas e a existência de discrepâncias entre o que o doente tomava e o prescrito pelo médico na admissão. No caso de se verificarem discrepâncias eram anotadas, tal como a sua razão.

- *Communicating* – Neste último passo, todas as discrepâncias e interações observadas eram reportadas ao médico prescritor responsável pela gestão da terapêutica. Esta comunicação podia-se dever a medicação suspensa, iniciada, duração do tratamento e dose alterada.

Não é possível medir o impacto que esta medida trouxe à ULSCB, uma vez que a amostra é pequena, apenas 16 reconciliações terapêuticas e o período de estágio ser curto, somente de 2 meses.

6.2.1. Experiência pessoal

Das 16 reconciliações realizadas há a destacar 3 intervenções farmacêuticas:

- Alteração de dose – nesta intervenção observou-se um erro na prescrição, visto que o doente fazia medicação crónica de rosuvastatina de 5mg e, no momento da admissão hospitalar foi prescrita uma dose de 10mg. Ao contactar o médico prescritor observou-se que havia uma discrepância não intencional, tendo-se procedido à alteração.

- Existência de medicação mais adequada – neste doente com cerca de 90 anos, diversas comorbilidades e um pacemaker, que iria ser submetido a uma cirurgia, por isso necessitava de fazer uma lavagem gastrointestinal, foi sugerida a troca de uma solução de

eletrólitos de lavagem gastrointestinal de um volume de 3 litros por *Moviprep* que apresenta um volume final menor. Neste caso a intervenção farmacêutica prendeu-se com uma melhor comodidade para o doente e uma melhor aceitação da terapêutica.

- Suspensão da terapêutica – nesta intervenção observou-se um erro de omissão, uma vez que o doente com cerca de 80 anos fazia terapêutica antidepressiva e para o Alzheimer e na lista de medicação do internamento esta medicação não se encontrava prescrita. Ao contactar o médico prescriptor verificou-se que este não tinha conhecimento da terapêutica crónica, devido ao doente se encontrar num lar e só mais tardiamente se ter acesso à medicação. Esta intervenção já foi realizada após a admissão hospitalar, quando se encontrava perto de ter alta hospitalar. De qualquer maneira, foi importante para ser tomada atenção na terapêutica da alta hospitalar.

Este projeto ainda está a dar os primeiros passos, mas o objetivo da ULSCB é continuar e implementar definitivamente a RT para não só melhorar a qualidade de vida dos seus utentes como diminuir os custos associados à terapêutica.

O diálogo é bastante importante neste meio, uma vez que irá ajudar a população a perceber melhor o medicamento, reforçando a adesão à terapêutica, sendo bastante importante principalmente na população idosa. Além disto, irá aproximar o farmacêutico da população, demonstrando a sua importância na integração de uma equipa multidisciplinar.

7. Conclusão

A reconciliação terapêutica é uma área que se encontra em crescimento na comunidade farmacêutica. Já se encontra estudado o seu impacto na redução dos erros de medicação e ocorrência de reações adversas, mas necessita de ser implementada como parte integrante dos cuidados de saúde. Este processo também melhora a comunicação entre os profissionais de saúde, assegurando que o doente recebe a medicação adequada em qualquer ponto de transferência.

O farmacêutico deve ajudar na documentação, na recolha e na análise da lista de medicação, uma vez que esta sofre alterações durante o internamento.

O desejo de implementar um processo de reconciliação terapêutica num hospital é desde já reconhecido pela vontade de alcançar novos objetivos, como é o caso da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. A análise do seu impacto não foi possível concretizar, porque o estágio curricular de 2 meses torna-se curto para uma análise complexa. No entanto, foi reconhecido o seu valor pelo serviço de Cirurgia Geral e por outros serviços que mostraram interesse na implementação do mesmo, como a Ortopedia.

O farmacêutico tem um (novo) caminho para intervir e explorar, só tem de segurar esta oportunidade!

8. Perspetivas futuras

O processo de Reconciliação Terapêutica tem o objetivo de melhorar a segurança do doente e aumentar a qualidade de vida deste, com a redução dos eventos adversos e dos erros de medicação. Este impacto fará com que a confiança do doente nos cuidados de saúde aumente e conseqüentemente terá maior interação na sua terapêutica.

O farmacêutico encontra-se numa posição privilegiada para exercer com precisão a recolha das listas de medicação, a sua validação e tem um conhecimento vasto acerca do medicamento o que ajudará a desenvolver um lado crítico da terapêutica. O facto de se encontrar inserido numa equipa multidisciplinar, tem contacto com todos os profissionais e terá um papel de ligação entre todos, não só profissionais como doentes e seus familiares.

Para iniciar este processo, idealmente será necessário uma padronização do sistema e a participação ativa do doente tem particular interesse, uma vez que é esta a fonte mais credível não só da medicação mas também da adesão à terapêutica. A contínua elaboração da lista de medicação torna todo o processo desafiante, levando à pesquisa de novos métodos de recolha de informação, melhoria do sistema informático para auxiliar em todo o processo, com o fim de melhorar os cuidados de saúde.

Para criar maior impacto na necessidade de implementar este programa e tendo em conta a conjuntura atual, seria importante realizar estudos farmacoeconómicos no âmbito da reconciliação terapêutica. Os erros de medicação podem levar ao aumento do tempo de internamento ou ao reinternamento, revelando-se num maior gasto económico por parte do Sistema Nacional de Saúde.

Em Portugal já se inicia em alguns hospitais a implementação deste processo, mas gradualmente poderá alargar-se não só a um serviço no hospital, mas a todos os serviços e a hospitais novos. É necessário elaborar métodos simples para ser mais fácil a colaboração de todos.

Não só a nível hospitalar se pode realizar este procedimento, já que a farmácia comunitária também se poderá tornar participante como fonte de informação para obter uma história farmacológica mais credível, tal como acontece na Holanda e no Reino Unido. A farmácia comunitária tem um importante papel na educação do doente, ajudando-o a conhecer melhor a sua medicação.

O farmacêutico tem diversos meios e medidas à sua disposição para se tornar num profissional proactivo e respeitado pela comunidade, e a reconciliação terapêutica demonstra ser uma ferramenta útil nesse âmbito.

9. Referências Bibliográficas

1. **Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal.** Instituto Nacional de Estatística. Lisboa. 2012; ISBN 978-989-25-0181-9.
2. Garcia-Caballos M., Ramos-Diaz F., Jimenez-Moleon JJ., Bueno-Cavanillas A. **Drug-related problems in older people after hospital discharge and interventions to reduce them.** Age and Ageing. 2010; 39(4): 430-438.
3. Apontamento de aulas de Farmácia Hospitalar. Unidade curricular de Farmácia Hospitalar da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. Professora Doutora Ana Cristina Rama. 2013.
4. Apontamento de aulas de Farmácia Hospitalar da Universidade da Beira Interior. Doutora Sandra Queimado.
5. Pearson GJ. **Evolution in the practice of pharmacy-not a revolution!;** Canadian Medical Association Journal. [Comment Letter] 2007 Apr 24; 176(9): 1259-1256.
6. **O acto farmacêutico na sociedade – Reconciliação Terapêutica.** Ana Cristina Rama. Congresso Nacional dos Farmacêuticos 2012.
7. **ASHP Statement on Pharmaceutical Care.** American Society of Hospital Pharmacists. 1993. [acedido a 8 de junho de 2014] Disponível na internet: <http://www.ashp.org/doclibrary/bestpractices/orgstpharmcare.aspx>
8. **Glossário Farmacovigilância.** INFARMED. Disponível na internet: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/Glossario.pdf
9. American Society of Health-System Pharmacists. **APH Guidelines on Preventing Medication Errors in Hospitals.** Am J Hosp Pharm. 1993; 50:305-14.
10. Bell CM, Baicar J, Bierman AS, Li P, Mamdani MM, Urbach DR. **Potentially unintended discontinuation of long-term medication use after elective surgical procedures.** Arch Intern Med. 2006; 166:2525-31.
11. **Medication Reconciliation Review.** Institute for Healthcare Improvement. Boston, USA. 2004.
12. **How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events by Implementing Medication Reconciliation.** Institute for Healthcare Improvement. Cambridge, 2011.
13. **Medicines reconciliation: a guide to implementation.** National Prescribing Centre. [acedido a 30 de maio de 2014] Disponível na internet:

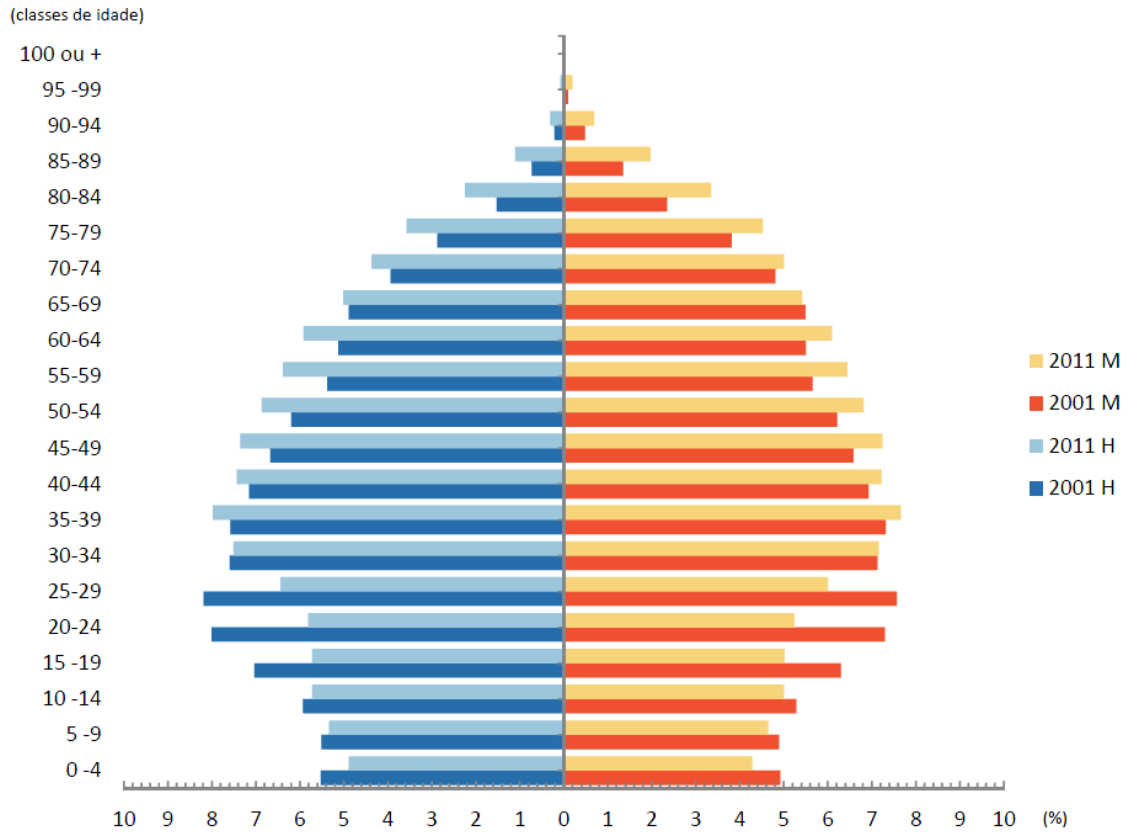
http://www.npc.nhs.uk/improving_safety/medicines_reconciliation/resources/reconciliation_guide.pdf

14. Greenwald, Jeffrey L., Halasyamani, L., Greene, J., LaCivita, C., Stucky, E., Benjamin, B., Reid, W., Griffin, Frances A., Vaida, Allen J., Mark, V. W., **Making Inpatient Medication Reconciliation Patient Centered, Clinically Relevant and Implementable: A Consensus Statement on Key Principles and Necessary First Steps.** Journal of Hospital Medicine Vol 5 No 8, outubro 2010.
15. **Hospital National Patient Safety Goals 2014.** The Joint Commission. [acedido a 17 de junho de 2014] Disponível na internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2014_HAP_NPSG_E.pdf
16. **Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital.** National Institute for Health and Clinical Excellence. dezembro 2007. ISBN 1-84629-563-7.
17. Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP Canada). **Getting Started Kit: Medication Reconciliation Prevention of Adverse Drug Events How-to Guide.** setembro 2011 [acedido a 07 de junho de 2014]. Disponível na internet:
[http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/medrec/Documents/Acute%20Care/MedRec%20\(Acute%20Care\)%20Getting%20Started%20Kit.pdf](http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/medrec/Documents/Acute%20Care/MedRec%20(Acute%20Care)%20Getting%20Started%20Kit.pdf)
18. Falcão, Maria de Fátima, **A Reconciliação Terapêutica – ferramenta para gestão da terapêutica crónica.** Doutoramento em Farmácia. Lisboa, 2013.
19. **The physician’s role in medication reconciliation – Issues, strategies and safety principles.** American Medical Association, 2007. [acedido a 28 de abril de 2014] Disponível na internet: <http://bcpsqc.ca/documents/2012/09/AMA-The-physician%E2%80%99s-role-in-Medication-Reconciliation.pdf>
20. **Improving care transitions: optimizing medication reconciliation.** American Society of Health-System Pharmacists; American Pharmacists Association. março, 2012. [acedido a 28 de fevereiro de 2014] Disponível na internet:
http://www.pharmacist.com/sites/default/files/files/2012_improving_care_transitions.pdf
21. **Medicine Reconciliation – a practice guide.** NHS Cumbria. janeiro, 2011 [acedido a 25 de maio de 2014] Disponível na internet:
<http://www.cumbria.nhs.uk/ProfessionalZone/MedicinesManagement/Guidelines/MedicinesReconciliation-PracticeGuide2011.pdf>
22. Cua, Yvette M., Kripalani, S., **Medication Use in the Transition from Hospital to Home.** Ann Acad Med Singapo, fevereiro, 2008; 37(2): 136.

23. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. **Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission.** Arch Intern Med. 2005; 165:424-9.
24. **Good Medications Safety Practices in Europe - Compendium I - Results of the Implementation.** European Union Network for Patient Safety. [acedido a 20 de junho de 2014] Disponível na internet: http://ns208606.ovh.net/~extranet/images/EUNetPaS_Publications/eunetpas_wp4_compendium_i_results_of_the_implementation.pdf
25. Ramos, Marta, **Informação de Medicamentos e Reconciliação Terapêutica: Impacto para Doentes e Cuidadores,** Covilhã. junho,2013. [acedido a 18 de fevereiro de 2014] Disponível na internet: https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/1358/1/Informa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Medicamentos%20e%20Reconcilia%C3%A7%C3%A3o%20Terap%C3%AAutica_Impacto%20para%20Doentes%20e%20Cuidadores%20-%20Marta%20Raquel%20de%20Oliveira%20Ramos.pdf
26. Oliveira, R., Morgado, S., Fonseca, O., Patrício, I., Riscado, P., **Reconciliação de Medicação – Implementação no Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.,** Lisboa, 27 e 28 de maio 2011 [acedido a 18 de fevereiro de 2014] Disponível na internet: http://www.qualsafetyportugal.eu/sites/qualsafetyportugal.eu/files/Reconciliacao_de_Medicacao_Rita_Palmeira_de_Oliveira.pdf

10. Anexos

Anexo I: Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 e 2011 [1]



Anexo II: Cartão de Medicação da CHCB [25]

MEDICAÇÃO QUE JÁ NÃO DEVE TOMAR:

Entregue a medicação que já não toma ou que se encontra fora de validade na farmácia.

Em caso de dúvida contacte

Telefone:

Nome: _____
Data de impressão: 27-09-2012


Identificação do Hospital

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE:

- Nome:
- Processo:
- Data de nascimento: 1932-01-05

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL:

- Serviço de internamento: INT-SERV. PNEUMOLOGIA
- Médico responsável:
- Médico de família:
- Data da alta:



Processo: _____ Data de nascimento: 1932-01-05
Página 1 de 2

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: ASMA, COM EXACERBAÇÃO AGUDA

TABELA DE MEDICAÇÃO ACTUALIZADA

Nome Genérico (DC)	Nome Comercial	Efeito/Objetivo Terapêutico	Dosagem	Forma Farmacéutica	Horário de administração (times)							Duração do Tratamento	Observações
					Manhã	Pequ. Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar			
					Qt.	Qt.	Qt.	Qt.	Qt.	Qt.			
Furosemida	Lasix Retard	Diurético (Tratamento de edemas e de hipertensão arterial)	60mg	capsula de libertação prolongada	1								Não suspender sem orientação do médico
Ácido acetilsalicílico	Trombayl 150 mg	Antiagregante plaquetário	150 mg	Cápsula de libertação modificada			1						Tome após a refeição, com um copo de água
Losartan	Cozaar	Anti-hipertensor	50mg	Comprimido revestido por película		1							Não suspenda o tratamento, sem indicação médica, mesmo que não tenha sintomas. Tome com ou sem alimentos
Gliclazida	Diamicon LM 30 mg	Antidiabético oral (sulfonilureia)	30mg	Comprimido de libertação modificada		1							Tome os comprimidos inteiros, com um copo de água, ao pequeno-almoço. Deve sempre comer após a toma dos comprimidos. Meça regularmente os níveis de açúcar no sangue. Siga as instruções médicas relativas a hábitos alimentares.
Acetilcisteína	Acetilcisteína Sandiz	Expectorante	600 mg	Comprimido efervescente					1				Dissolva num copo de água. Use apenas copos de vidro ou plástico (não use boricacha ou metal). Pode originar um sabor desagradável.

Nome: DOENTE FESTE SEIG
Data de impressão: 17-09-2012

Processo: 5004278 Data de nascimento: 1932-01-01
Página 2 de 2

