

OS TRÊS C'S DA CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS: REALIDADE E PERSPECTIVAS

Carina Carvalho Silvestre & Divaldo Lyra Junior
10.30968/rbfhss.2018.091.001

O início desse milênio foi marcado pela mudança do paradigma no cuidado à saúde. Em 1999, o Institute of Medicine, dos Estados Unidos, publicou o relatório "Errar é Humano"¹ com a análise dos principais componentes do sistema de saúde capazes de conduzir a erros fatais. No relatório, os problemas relacionados ao uso de medicamentos foram considerados os mais prevalentes e potencialmente perigosos. Desde então, o tema segurança do paciente se tornou destaque mundial, com a busca crescente de estratégias viáveis e efetivas que possam solucionar esta problemática em todo mundo. No Brasil, apenas em 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria nº 529 de 2013 do Ministério da Saúde, que juntamente com a RDC nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, tem norteado o desenvolvimento de normas, programas e ações que visam a minimização de erros de medicação.

Em 2017, a Organização Mundial de Saúde lançou o Terceiro Desafio Global² com a meta de reduzir pela metade o nível de danos severos e evitáveis relacionados a medicamentos ao longo de cinco anos. Uma de suas estratégias-chave é a conciliação de medicamentos. A conciliação pode ser definida como o processo formal de obtenção da lista mais precisa possível de todos os medicamentos que o paciente está utilizando, incluindo nome do medicamento, dose, frequência e via de administração, e da contínua avaliação desta lista. Ademais, visa garantir que todas as vezes que o paciente seja deslocado de um setor de cuidado a saúde para outro, as informações sobre seus medicamentos sejam transferidas ao mesmo tempo de forma acurada e completa. No cenário hospitalar, a conciliação pode se configurar como um processo multidisciplinar a ser realizado por farmacêuticos, médicos e/ou enfermeiros no momento da admissão, da transferência entre duas unidades clínicas e da alta^{3,4}.

Na prática, o processo de trabalho da conciliação pode ser explicado com o auxílio do mnemônico "3C's", em que cada "C" representa uma das três etapas principais da conciliação: coleta, checagem e comunicação.

Coleta: é a primeira etapa da conciliação de medicamentos e envolve a aquisição da melhor história possível do uso medicamentos (MHPM), do termo Best possible medication history, em inglês.

Checagem: a MHPM, obtida na etapa de coleta, é comparada com as prescrições do momento no qual o paciente se encontra na transição do cuidado, por exemplo, admissão, transferência ou alta. É nesta etapa que as discrepâncias não intencionais da farmacoterapia devem ser identificadas e resolvidas.

Comunicação: nesta etapa, todas as discrepâncias não intencionais da farmacoterapia identificadas e resolvidas devem ser comunicadas a equipe de saúde responsável pelo cuidado do paciente. Assim, todas as modificações na farmacoterapia dos pacientes, bem como as suas justificativas devem estar documentadas nos prontuários.

Embora a comunicação interprofissional, com pacientes, cuidadores e familiares no ambiente hospitalar seja considerada componente fundamental do cuidado, também é comprovadamente a etapa mais problemática desse processo. A literatura ressalta que falhas na comunicação, seja verbal ou escrita, podem ocasionar a realização incompleta da conciliação, gerando ineficiência, retrabalho e a potencialização de erros associados à farmacoterapia dos pacientes^{5,6}. Pevnick e colaboradores (2016)⁷ afirmam que muitos dos benefícios da conciliação de medicamentos são dependentes da comunicação de farmacêuticos com outros provedores do cuidado em saúde e com os pacientes.

Nesse contexto, enfermeiros, farmacêuticos e médicos necessitam conhecer claramente o processo de trabalho envolvido na conciliação. Desta forma, poderão desempenhar as funções relacionadas à conciliação de medicamentos, de maneira colaborativa visando a obtenção dos melhores resultados clínicos dos pacientes^{8,9,10}. Apesar desta prática ser considerada prioritária para a segurança dos pacientes e de sua efetividade ser destacada por estudos de alta evidência científica^{11,12,13}, a implantação da conciliação de forma efetiva e sustentada é uma meta a ser alcançada no cenário brasileiro. A SBRAFH, na vanguarda da farmácia hospitalar brasileira, pode ter papel relevante na disseminação dos três Cs da conciliação, qualificando os processos de cuidado e proporcionando maior segurança aos pacientes.

- Brasil: R\$ 200,00
- Exterior: US\$ 150

REFERÊNCIAS

1. KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academies Press; 2000. p. 86–108.
2. SHEIKH A, DHINGRA-KUMAR N, KELLEY E, KIENY MP, DONALDSON LJ. The third global patient safety challenge: tackling medication-related harm. *Bulletin of the World Health Organization*, v.95, n.8, p. 546-546a, 2017.
3. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Getting started kit: prevent adverse drug events (medication reconciliation): how-to guide. 5 Million Lives Campaign. Institute for Healthcare Improvement. Cambridge (MA), 2008. Disponível em <www.ihf.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems>. Acesso em: 27 jul. 2018.
4. INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES. Medication Reconciliation (MedRec). 2017. Disponível em: <<https://www.ismp-canada.org/medrec>>. Acesso em: 27 jul. 2018.
5. SILVESTRE CC, SANTOS LMC, DE OLIVEIRA-FILHO AD, et al. 'What is not written does not exist': the importance of proper documentation of medication use history. *International Journal of Clinical Pharmacy*, v.39, n.5, p.985-988, 2017.
6. ROSE, A.J.; FISCHER, S.H.; PAASCHE-ORLOW, M.K. Beyond medication reconciliation: the correct medication list. *Journal of the American Medical Association*, v. 317, n. 20, p. 2057-2058, 2017.
7. PEVNICK JM, SHANE R, SCHNIPPER JL. The problem with medication reconciliation. *BMJ Quality Safety*, v.25, n.9, p. 726–30, 2016.
8. AL-HASHAR, A. et al. Whose responsibility is medication reconciliation: Physicians, pharmacists or nurses? A survey in an academic tertiary care hospital. *Saudi Pharmaceutical Journal*, v. 25, n. 1, p. 52-58, 2017.
9. LEE, K.P. et al. "Whose Job is it, Really?" Physicians, nurses and pharmacists perspectives on completing inpatient medication reconciliation. *Journal of Hospital Medicine*, v. 10, n. 3, p. 184, 2015.
10. MANIAS, E. et al. Communicating about the management of medications as patients move across transition points of care: an observation and interview study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v. 22, n. 5, p. 635-643, 2016.
11. KWAN JL, LO L, SAMPSON M, SHOJANIA KG. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *The Annals of Internal Medicine*, v.158, n.5 Pt 2, p.397–403, 2013.
12. MEKONNEN, A.B.; MCLACHLAN, A.J.; BRIEN, J.E. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal Open*, v. 6, n. 2, p. e010003, 2016a.
13. MEKONNEN, A.B.; MCLACHLAN, A.J.; BRIEN, J.E. Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, v. 41, n. 2, p. 128-144, 2016b.