

## Conciliação medicamentosa na admissão hospitalar: estudo retrospectivo

Juliana DORNELES<sup>1</sup>, Calize Olivera dos SANTOS<sup>2</sup>, Lucélia Hernandes LIMA<sup>3</sup>, Carine Raquel BLATT<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, <sup>2</sup>Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, <sup>3</sup>Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, <sup>4</sup>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Autor correspondente: Blatt CR, carineblatt@ufcspa.edu.br

Submetido em: 25-09-2019 Reapresentado em: 18-05-2020 Aceito em: 26-05-2020

Revisão por pares: revisores cegos

### Resumo

**Objetivos:** quantificar e descrever as discrepâncias encontradas na conciliação medicamentosa (CM) em pacientes na admissão hospitalar. **Métodos:** Estudo retrospectivo realizado de setembro a novembro de 2018, a partir de dados de CM de prescrições de pacientes na admissão hospitalar de um hospital de grande porte na cidade de Porto Alegre/RS. A CM foi realizada de forma compartilhada com a enfermagem (coleta do histórico de medicamentos do paciente) e pela farmácia (comparação da lista de medicamentos antes e durante internação). Os medicamentos foram classificados de acordo com a classificação *Anatomic Therapeutic Chemical* (ATC) em seu primeiro nível e as discrepâncias foram classificadas segundo a intencionalidade (intencionais e não intencionais). **Resultados:** Foi realizada CM de 81 prescrições, sendo que 80% destas tiveram alguma discrepância. Do total de 328 medicamentos avaliados, 44,8% apresentaram discrepâncias, totalizando 147 discrepâncias, sendo intencionais (n=97) e não intencionais (n=50). A discrepância mais frequente foi a omissão do medicamento (48,3%). Após a identificação da discrepância não intencional houve reintrodução do medicamento em 50% das situações. Os medicamentos que atuam no sistema cardiovascular e no sistema digestivo e metabolismo foram a classe farmacológica com maior frequência de discrepância. **Conclusão:** Visto que 80% das prescrições na admissão hospitalar apresentaram alguma discrepância em relação ao uso de medicamentos pelos pacientes prévios a admissão, compreende-se a importância da realização da CM como um serviço farmacêutico e com o objetivo de aumentar a segurança do paciente em relação a terapia medicamentosa.

**Palavras-chave:** reconciliação medicamentosa, erros de medicação, serviço de farmácia hospitalar, cuidado farmacêutico.

## Medication reconciliation in admission hospitalization: retrospective study

### Abstract

**Objective:** to quantify and describe the discrepancies found in medication reconciliation (MR) in patients at hospital admission. **Methods:** Retrospective study performed from September to November 2018, based on data from the MR of patients at hospital admission of a large hospital in the city of Porto Alegre / RS. MR was shared with nursing (collection of patient's medication history) and pharmacy (comparison of medication list before and during hospitalization). The referred drugs were classify according to the Anatomic Therapeutic Chemical (ATC) classification in their first level and the discrepancies were classify according to intentionality (intentional and unintentional). **Results:** 81 patients submitted to MR, and 80% of them had some discrepancy. Of the 328 drugs evaluated, 44.8% presented discrepancies, totaling 147 discrepancies, being intentional (n= 97) and unintentional (n= 50). The omission of medication was the most frequent discrepancies (48.3%). After identify unintentional discrepancies 50% of drug were included in prescription. Cardiovascular drugs and digestive and metabolism drugs were the groups with the highest frequency of discrepancy. **Conclusion:** Since 80% of prescriptions on hospital admission had some discrepancy regarding the use of medication by patients before hospital admission, it is understood the importance of performing MR as a pharmaceutical service and with the objective of increasing patient safety regarding drug therapy.

**Keywords:** medication reconciliation, medication errors, pharmacy service, hospital, pharmaceutical care.

### Introdução

As instituições de saúde buscam cada vez mais garantir a segurança do paciente, no entanto, o caminho para a efetividade desta prática no Brasil ainda é longo. A cultura da segurança do paciente compreende a adoção de medidas preventivas de

antecipação ao erro. Inicialmente, as atividades relacionadas a segurança do paciente tinham como objetivo medir a incidência de erros, entretanto, com o passar dos anos compreende-se a necessidade de corrigir os processos para diminuir eventos adversos evitáveis ou danos evitáveis<sup>1,2</sup>.



No ano de 2013, com o objetivo de promover melhorias relacionadas à segurança do paciente, foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da portaria MS/GM Nº 529. Este possui seis protocolos, entre eles melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos<sup>2</sup>.

Diversas organizações internacionais, tais como *World Health Organization (WHO)*, *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*, *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)* e *Institute Healthcare Improvement (IHI)*, consideram a conciliação medicamentosa (CM) sendo a chave para melhorar o cuidado farmacêutico<sup>3</sup>. Essa prática é realizada para evitar erros relacionados aos medicamentos, bem como, garantir que os medicamentos adicionados, alterados ou descontinuados estão apropriados ao paciente que transitou por diferentes níveis de atenção à saúde ou serviços<sup>1,4,5</sup>. Além disso, a realização da CM faz com que o farmacêutico atue em conjunto com a equipe multidisciplinar em busca do cuidado do paciente<sup>6,7</sup>.

No Brasil, de acordo com o Conselho Federal de Farmácia, a definição de conciliação medicamentosa inclui o serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos (nome ou formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, dose, via de administração e frequência de uso, duração do tratamento) utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras. Este serviço é geralmente prestado quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, com o objetivo de diminuir as discrepâncias não intencionais<sup>8</sup>.

A conciliação medicamentosa é um processo que envolve três etapas: 1) coleta de informações e verificação de quais medicamentos contemplam a lista do paciente; 2) confirmação dos medicamentos e dosagens prescritas, verificando os possíveis erros e identificação das discrepâncias entre os medicamentos prescritos em cada ponto de transição; 3) intervenção farmacêutica junto com o prescritor<sup>9,10</sup>.

Uma revisão sistemática de 83 estudos randomizados e não randomizados de avaliação das discrepâncias de medicamentos e problemas relacionados a farmacoterapia identificou na CM durante a admissão hospitalar uma taxa de discrepâncias não intencionais de 3,4 a 98,2%, e na alta hospitalar uma taxa de 25,0 a 80,0%. Quando avaliado os problemas relacionados aos medicamentos ou a eventuais reações adversas, os estudos apontavam taxas de 17,2 a 94,0%. Conforme os resultados desta revisão, a CM auxilia na identificação de discrepâncias e na redução dos danos ao paciente relacionados aos medicamentos<sup>5</sup>.

As discrepâncias podem ser classificadas em intencionais e não intencionais. Nas intencionais o prescritor tem conhecimento dos medicamentos utilizadas pelo paciente e deliberadamente escolheu alterá-lo, com base no plano de cuidados do doente e/ou segundo o formulário hospitalar. A alteração, adição ou descontinuação do medicamento foi consciente, justificada e documentada (evolução da doença, prescrição, exames laboratoriais, etc)<sup>1,11</sup>.

Nas discrepâncias intencionais não documentadas o prescritor faz a alteração de forma deliberada, no entanto, não está documentada. A falta de uma evidência que justifique a alteração pode conduzir a confusão e/ou erros para as equipes de enfermagem e farmácia, que necessita de um esclarecimento adicional para confirmar a verdadeira intenção do prescritor. Nas

discrepâncias não intencionais o prescritor por desconhecimento dos medicamentos que o paciente utilizava antes da internação realiza uma alteração, adição ou omissão não intencional. Este tipo de discrepância é o mais prejudicial para o paciente pois, facilmente conduzem a efeitos adversos ou problemas relacionados aos medicamentos (PRM)<sup>1,11</sup>.

Considerando a conciliação medicamentosa como uma ferramenta que traz benefícios para a segurança do paciente ao âmbito medicamentoso, o objetivo deste estudo foi descrever e quantificar a conciliação medicamentosa na admissão hospitalar de pacientes de um hospital de grande porte da cidade de Porto Alegre/RS.

## Métodos

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo com análise das conciliações medicamentosas realizadas na admissão hospitalar na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA). A instituição implantou o serviço de conciliação medicamentosa onde a equipe de enfermagem é a responsável por coletar o histórico de medicamentos na admissão do paciente e a equipe de farmácia é responsável por verificar as discrepâncias entre os medicamentos utilizados pelo paciente antes da internação e na admissão. Todos os dados são registrados no prontuário eletrônico do paciente, onde todos os profissionais de saúde possuem acesso.

Os dados foram coletados e obtidos através do sistema eletrônico de gestão em saúde TASY®, dos registros de conciliação medicamentosa em formulário próprio durante o período de setembro a novembro de 2018. Dados complementares necessários para a avaliação da intencionalidade da discrepância foram pesquisados a partir dos prontuários dos pacientes.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes com registro de conciliação medicamentosa realizado durante a admissão hospitalar. Foram excluídos os pacientes que deram entrada na emergência e receberam alta em menos de 24hs.

Os medicamentos foram classificados de acordo com a classificação *Anatomic Therapeutic Chemical (ATC)* em seu primeiro nível<sup>(12)</sup> e as discrepâncias foram classificadas segundo o tipo e a intencionalidade (intencionais e não intencionais). As discrepâncias não intencionais também foram sub-classificadas pelo tipo em: Omissão, Duplicidade de terapia medicamentosa, Dose, Frequência, Intervalo ou Via de administração<sup>(13)</sup>.

A conduta da equipe após a identificação pelo farmacêutico das discrepâncias não intencionais foram classificadas em: 1) Reintrodução do medicamento ou equivalente; 2) Adequação da frequência de administração do medicamento; 3) Adequação da dose do medicamento; 4) Não inclusão do medicamento. A justificativa da equipe para as discrepâncias intencionais foram classificadas em: 1) Mudança na condição do paciente; 2) Justificativa médica; 3) Não necessidade de ajuste (medicamento de uso esporádico/sintomático); 4) Protocolos institucionais. A frequência de discrepâncias em relação ao número de pacientes, em relação ao número de medicamentos, bem como, a frequência de realização de CM por hospital foram calculadas.

Os dados foram tabulados utilizando o software Excel, foi realizada análise descritiva simples com apresentação por frequência absoluta e relativa.

O material utilizado para a pesquisa consiste em dados secundários retrospectivos, portanto dispensou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comissão de Ética da ISCMPA sob o número 833258218.5.0000.5335.

## Resultados

O serviço de farmácia da instituição conta com um farmacêutico responsável pelo serviço de informações sobre medicamentos que disponibiliza manuais e protocolos padronizados para serem utilizados pelos farmacêuticos assistenciais e um farmacêutico responsável pelo cadastro e pelo sistema de qualidade do serviço de farmácia no qual padroniza as condutas a serem realizadas nas diferentes farmácias da instituição. Durante a época de realização do estudo a instituição constava com 8 farmacêuticos distribuídos nos diferentes hospitais e que desenvolviam atividades de gestão e assistência.

A conciliação medicamentosa no hospital em estudo é realizada somente na admissão e de responsabilidade compartilhada. A equipe de enfermagem é responsável por realizar a entrevista com o paciente/cuidador no ato da admissão e registrar no histórico de saúde do paciente as informações referentes aos medicamentos utilizados previamente a admissão. Os farmacêuticos devem comparar a lista inserida no histórico de saúde com a prescrição do paciente na admissão hospitalar e registrar no prontuário do paciente as discrepâncias e intervenções realizadas.

Durante o período de estudo (setembro a novembro de 2018) foram realizadas CM de 82 pacientes admitidos no hospital. Um paciente foi excluído do estudo por ficar apenas algumas horas em observação no hospital, totalizando 81 pacientes, sendo 46 do sexo feminino. As CM foram distribuídas de acordo com o hospital na Tabela 1.

Dentre os 81 prescrições dos pacientes incluídos no estudo, 65 tiveram pelo menos 1 medicamento com algum tipo de discrepância, sendo assim, 80% dos pacientes possuíam alguma discrepância em relação aos seus medicamentos na admissão hospitalar. Ao total, foram 328 medicamentos avaliados e, observado discrepância em 147. A média de medicamentos por prescrição foi de 4,04 e a média de discrepâncias por prescrição foi de 1,81. As discrepâncias foram classificadas em intencionais (n=97) e não intencionais (n=50), na Tabela 2 é possível visualizar essa classificação de acordo com o primeiro nível da ATC e com o tipo de discrepância.

As discrepâncias não intencionais identificadas pelo farmacêutico foram apresentadas e discutidas com a equipe e geraram as condutas que podem ser visualizadas na Tabela 2. As justificativas para as discrepâncias intencionais encontradas na CM podem também ser visualizadas na Tabela 2.

**Tabela 1.** Distribuição por hospital das Conciliações Medicamentosas de admissão realizadas no período de setembro a novembro de 2018.

Informações	H1 (N=21)	H2 (N=03)	H3 (N=21)	H4 (N=19)	H5 (N=5)	H6 (N=12)	Total (N=81)
Sexo feminino n (%)	13 (61,9)	2 (66,7)	12 (57,1)	8 (42,1)	4 (80,0)	7 (58,3)	46 (56,8)
Idade (anos) média (DP)	3,4 (4,2)	59,7 (5,0)	59,2 (11,3)	67,3 (14,2)	52 (16,7)	65,7 (13,4)	46,9 (28,4)
Medicamentos avaliados n (%)	52 (15,8)	14 (4,3)	120 (36,6)	75 (22,9)	13 (4,0)	54 (16,4)	328 (100,0)
Total de discrepâncias n (%)	24 (16,3)	8 (5,4)	46 (31,3)	37 (25,1)	10 (6,8)	22 (15,0)	147 (100)
Discrepâncias não intencionais n (%)	4 (8,0)	6 (12,0)	15 (30,0)	10 (20,0)	4 (8,0)	11 (22,0)	50 (34,0)
Discrepâncias intencionais n (%)	20 (20,6)	2 (2,1)	31 (32,0)	27 (27,8)	6 (6,2)	11 (11,3)	97 (66,0)
Número médio de discrepância por paciente (DP)	1,14 (0,91)	2,67 (3,79)	2,19 (1,72)	1,95 (1,99)	2,00 (1,00)	1,83 (1,53)	1,81 (1,66)

Legenda- H1- Hospital especializado em criança; H2- Hospital especializado em Transplantes; H3- Hospital Geral; H4- Hospital especializado em cardiologia; H5- Hospital especializado em doenças pulmonares; H6- Hospital especializado em oncologia.

## Discussão

Este estudo buscou descrever os resultados do serviço de CM implantada recentemente pelo serviço de Farmácia na ISCMPA. Embora o número de pacientes incluídos no estudo seja pequeno quando comparado ao número de leitos do hospital (mais de 1200 leitos), 80% dos pacientes apresentaram pelo menos uma discrepância nos medicamentos utilizados previamente a internação hospitalar com aqueles utilizados na admissão, demonstrando a importância da realização dessa atividade clínica.

As discrepâncias não intencionais geralmente possuem maior risco de causar dano ao paciente<sup>18</sup>, por isso, deve-se prestar maior atenção nas mesmas e em quais medicamentos estão envolvidos<sup>18</sup>. No nosso estudo, as discrepâncias não intencionais representaram 34% das discrepâncias. Além dos medicamentos que atuam no sistema cardiovascular, outro grupo que se destacou foram os medicamentos que atuam no aparelho digestivo e metabolismo. Um estudo com achados semelhantes, identificou 50% de discrepâncias nos dois grupos e classificou como alto risco devido sua capacidade de causar danos ao paciente<sup>3</sup>. Em revisão sistemática, 18 estudos que categorizavam as classes dos medicamentos envolvidos nas discrepâncias, identificou que 13 destes apresentaram como maior frequência discrepâncias envolvendo os medicamentos que atuam no sistema cardiovascular<sup>5</sup>.

A omissão de medicamentos pode causar danos ao paciente relacionados a não inclusão de um medicamento. De acordo com revisão sistemática, das CM realizadas na admissão do paciente, 40 a 100% das discrepâncias foram classificadas como omissão medicamentosa, além disso, a taxa de discrepâncias não intencionais foi próximo de 32%<sup>5</sup>. Outro estudo avaliou o impacto das discrepâncias não intencionais na prescrição de pacientes em ambiente hospitalar na admissão e posterior, em relação aos medicamentos de uso domiciliar, 18% dos pacientes tiveram pelo menos uma discrepância e 69% dos erros foram identificados na admissão, onde o paciente está mais suscetível ao erro envolvendo os medicamentos, devido a não inclusão da sua terapia medicamentosa<sup>14</sup>.

Quando o serviço de saúde entende a importância da realização da CM com o intuito de promover o uso racional e diminuir erros relacionados a medicamentos, o registro das discrepâncias em relação a terapia medicamentosa pode se tornar um importante indicador para o serviço<sup>15</sup>. Quando analisamos dados de hospitais de países Europeus, como Portugal e Espanha, ou dos Estados Unidos, verificamos que a atuação do farmacêutico clínico,

**Tabela 2.** Discrepâncias intencionais e não intencionais conforme *Anatomic Therapeutic Chemical* (ATC), identificadas a partir das Conciliações Medicamentosas de admissão realizadas em hospital no período de setembro a novembro de 2018

Informações	Discrepâncias não intencionais N=50 n (%)	Discrepâncias intencionais N=97 n (%)	Total discrepâncias N=147 n (%)
<b>Classificação ATC dos medicamentos do primeiro nível</b>			
A- aparelho digestivo e metabolismo	6 (12,0)	17 (17,5)	23 (15,6)
B- sangue e órgãos hematopoiéticos	2 (4,0)	8 (8,2)	10 (6,8)
C- aparelho cardiovascular	18 (36,0)	30 (30,9)	48 (32,6)
G- aparelho genito-urinário e hormônios sexuais	2 (4,0)	-	2 (1,4)
H- preparações hormonais sistêmicas	1 (2,0)	13 (13,4)	14 (9,5)
J- anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	-	4 (4,1)	4 (2,7)
L- agente antineoplásicos e imunomoduladores	7 (14,0)	12 (12,4)	19 (12,9)
M- sistema musculo-esquelético	2 (4,0)	2 (2,1)	4 (2,7)
M- sistema musculo-esquelético	2 (4,0)	1 (1,0)	3 (2,0)
N- sistema nervoso central	8 (16,0)	8 (8,2)	16 (10,9)
R- aparelho respiratório	2 (4,0)	2 (2,1)	4 (2,7)
<b>Classificação das discrepâncias de acordo com subtipo</b>			
Omissão	31 (62,0)	40 (41,2)	71 (48,3)
Duplicidade	-	9 (9,3)	9 (6,1)
Dose	9 (18,0)	24 (24,7)	33 (22,4)
Frequência	10 (20,0)	14 (14,4)	24 (16,3)
Via	-	10 (10,3)	10 (6,8)
<b>Conduta da equipe após a identificação pelo farmacêutico das discrepâncias não intencionais</b>			
Reintrodução do medicamento pré-admissão ou introdução de equivalente terapêutico	25 (50,0)	-	-
Adequação da dose para a dose pré-admissão ou nova modificação da dose	6 (12,0)	-	-
Adequação do intervalo de administração para intervalo pré-admissão ou nova modificação de intervalo	9 (18,0)	-	-
Medicamento não incluído na prescrição do paciente	10 (20,0)	-	-
<b>Justificativa da equipe para as discrepâncias intencionais</b>			
Mudança na condição do paciente	-	56 (57,7)	-
Medicamento de uso esporádico/sintomáticos	-	13 (13,4)	-
Protocolos institucionais	-	12 (12,4)	-
Justificativa Pontual	-	16 (16,5)	-

bem como, a CM, encontra-se consolidada na maioria dos hospitais<sup>3,5,10,14,18</sup>. Através de diversas ações, o farmacêutico é capaz de identificar e prevenir problemas relacionados a medicamentos, custos desnecessários e aumentar a segurança do paciente, entretanto, apesar das atividades relacionadas à farmácia clínica e suas vertentes terem destaque internacionalmente, no Brasil, essa realidade é um pouco mais incipiente<sup>6,17</sup>.

Este estudo apresenta algumas limitações. O fato da coleta ser realizada retrospectivamente e por possuir um número pequeno de CM realizadas. O número reduzido de CM pode estar associado a não presença do farmacêutico à beira do leito, como os demais profissionais assistenciais, bem como, ao fato de que as atividades do farmacêutico estão ainda bastante associadas a gestão da farmácia. Além disso, as CM registradas no sistema não possuíam todas as informações necessárias para a coleta de dados proposta neste estudo. Também, observou-se baixa taxa de registro do histórico de saúde do paciente.

Na instituição em estudo, a CM é compartilhada com o serviço de enfermagem, sendo os enfermeiros responsáveis pela coleta e registro no histórico de saúde do paciente. O serviço de farmácia realiza periodicamente educação continuada com a equipe de enfermagem buscando maior adesão a esta atividade. Porém, ainda se verifica o desconhecimento por parte da equipe das informações necessárias e da importância desta atividade.

Essas limitações fazem parte do desenvolvimento de estudos que utilizam dados retrospectivos obtidos dos processos de trabalho em curso nos estabelecimentos, verificando assim, a necessidade de melhoria contínua nos processos e fluxos de trabalho, que demonstram o quanto precisamos avançar em relação ao serviço de farmácia clínica e de conciliação medicamentosa.

Hospitais que possuem um sistema informatizado que atende as necessidades da equipe multidisciplinar, podem aumentar a acurácia da documentação utilizada para realizar CM. A utilização deste suporte informatizado auxilia num melhor histórico de saúde e reduz erros no momento da transcrição do cuidado<sup>18,19</sup>.

A estimativa do tempo médio para realização de uma CM pelo profissional farmacêutico treinado é de aproximadamente 15 minutos, considerando que ele realiza a CM utilizando o histórico de saúde do paciente<sup>10</sup>. Tal fato mostra a grande demanda que temos por farmacêutico clínico, pois, considerando este dado, um farmacêutico contratado por 40 horas semanais, se fizer apenas CM, conseguiria realizar 160 CM por semana.

Apesar disso, quando o farmacêutico realiza a coleta de dados do histórico dos pacientes, os dados podem ter maior acurácia. Na Arábia Saudita, foi realizado um estudo de comparação da obtenção da lista de CM, entre médicos e farmacêuticos, onde



encontraram 43% e 17% de discrepâncias, respectivamente, sendo que 77% foram classificadas como omissão. Além disso, as discrepâncias foram classificadas como leve, moderada e grave, sendo as duas últimas as de maior prevalência<sup>20</sup>.

No estudo desenvolvido no centro acadêmico de trauma *Oregon Health and Science University* (EUA), avaliou-se o impacto de um programa de intervenção farmacêutica cujo objetivo era oferecer informação, orientação e educação na alta em pacientes com insuficiência cardíaca. Foram avaliados 36 pacientes e comparou-se os resultados com um grupo controle, as medidas de conciliação realizada pelo farmacêutico diminuíram os índices de readmissão hospitalar em 30 dias relacionadas com insuficiência cardíaca<sup>21</sup>. Além disso, na revisão sistemática, discrepâncias de 3,4% a 97% foram encontradas na alta hospitalar<sup>5</sup>, o que justifica a importância desta prática nos serviços hospitalares também no momento da alta.

A CM contribui significativamente para a prática clínica do farmacêutico de modo a garantir continuidade do tratamento, reduzindo os riscos de ocorrência de erros e danos, promovendo a prestação de cuidado adequado para otimização da farmacoterapia<sup>22</sup>. Cabe aos farmacêuticos e ao serviço de farmácia clínica a implantação e aperfeiçoamento desse serviço, o registro, monitoramento e divulgação dos dados de CM para as equipes de saúde.

## Conclusão

Constatou-se a importância da realização da CM com intuito de garantir a segurança do paciente, visto que 80% dos pacientes apresentaram alguma discrepância em relação ao uso de medicamentos na admissão hospitalar. Dessa maneira, a CM contribui positivamente para a instituição, promovendo o uso racional e diminuindo os erros relacionados a medicamentos durante a transição do cuidado. Considerando que a transição do cuidado é sempre um ponto crítico para o sistema de saúde, e se torna ainda mais complexo, quando se fala de uma instituição de grande porte, na qual este estudo foi realizado, identifica-se que a CM realizada pelo farmacêutico clínico pode contribuir para o alcance do terceiro desafio global que é medicação sem danos, com o aumento da participação do farmacêutico na CM no ato da admissão.

## Fontes de financiamento

Os autores declaram que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

## Colaboradores

JCD participou da concepção do projeto, coleta e análise dos dados, redação do manuscrito. COS participou da revisão crítica do artigo. LHL participou da concepção do projeto e revisão crítica do artigo. CRB participou da concepção do projeto. Supervisão da coleta de dados. Redação e revisão crítica do artigo.

## Agradecimentos

Agradecemos a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, pela participação e apoio na realização deste trabalho.

## Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram inexistência de conflito de interesses em relação esse artigo.

## Referências

1. WHO. The High 5s Project Medication Reconciliation Implementation Guide, 78. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5\\_InterimReport.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5_InterimReport.pdf) Acesso em: 10 maio 2018.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Bandrés MÁA, Mendoza MA, Nicolás FG, et al. Pharmacist-led medication reconciliation to reduce discrepancies in transitions of care in Spain. *Int J Clin Pharm*. 2013;35(6):1083-1090.
4. Aspden P, Wolcott J, Bootman JL, et al. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Preventing medication errors. Quality Chasm Series (Hardcover). Washington: National Academies Press; 2007. Disponível em: <http://perpustakaan.stik-avicenna.ac.id/wp-content/uploads/2014/11/Preventing-Medication-Error.pdf> Acesso em 15 de maio de 2018.
5. Lehnbohm EC, Stewart MJ, Manias E, et al. Impact of medication reconciliation and review on clinical outcomes. *Annals of Pharmacotherapy*. 2014;48(10):1298-1312.
6. Lindenmeyer LP, Goulart VP, Hegele V. Conciliação medicamentosa como estratégia para a segurança do paciente oncológico. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*. 2013; 4(4):51-55.
7. Schuch AZ, Zuckermann J, Santos MLF, et al. Reconciliação de medicamentos na admissão em uma unidade de oncologia pediátrica. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*. 2013;4(2):35-39.
8. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.
9. Institute for Healthcare Improvement. 5 Million Lives Campaign. How-to guide: prevent adverse drug events (medication reconciliation). Mar 2014 Disponível em: <http://www.ihp.org/resources/Pages/Tools/%20HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx> Acesso em 11 de junho de 2018
10. Vira T, Colquhoun M, & Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *BMJ Quality & Safety*. 2006;15(2):122-126.
11. Brito AMG de. Reconciliação e revisão da medicação na unidade de hospitalização domiciliar. Tese de Doutorado. 2017. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20189/1/Brito\\_Ana\\_Mafalda\\_Greg%3b3rio\\_de.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20189/1/Brito_Ana_Mafalda_Greg%3b3rio_de.pdf) Acesso em 20 de maio de 2018.
12. WHO. Anatomical Therapeutic Chemical Classification(ATC), 2015. Disponível em: [http://www.whocc.no/atc/structure\\_and\\_principles/](http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/). Acesso em: 16 de abril de 2019.



13. Lombardi NF, Mendes AEM, Lucchetta RC, *et al.* Analysis of the discrepancies identified during medication reconciliation on patient admission in cardiology units: a descriptive study. Revista latino-americana de enfermagem. 2016;24:e2760.
14. Pourrat X, Corneau H, Floch S, *et al.* Communication between community and hospital pharmacists: impact on medication reconciliation at admission. Int J Clin Pharm. 2013;35(4):656-663.
15. Tonello ML, Alves SP, Frank MA, *et al.* Discrepâncias entre os registros de prontuário acerca da farmacoterapia de pacientes pediátricos com fibrose cística. Clin Biomed Res. 2017;37(3):181-186.
16. Miranda LD, Cavalcante AL, Silva EV, *et al.* Reconciliation of medications upon the admission of patients to the cardiology sector of a university hospital. Rev Bras Farm Hosp Serv Saude. 2019 Oct-Dec;10(4):0353.
17. Aguiar KDS, Santos JMD, Cambrussi MC, *et al.* Segurança do paciente e o valor da intervenção farmacêutica em um hospital oncológico. Einstein (São Paulo). 2018;16(1):eAO4122.
18. Mekonnen AB, Abebe TB, McLachlan AJ, *et al.* Impact of electronic medication reconciliation interventions on medication discrepancies at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. BMC Med Inform Decis Mak. 2016;16(1):112.
19. Santos COD, Lazaretto FZ, Lima LH, *et al.* Reconciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de sistema eletrônico. Saúde em Debate. 2019;43:368-377.
20. Abdulghani KH, Aseeri MA, Mahmoud A, *et al.* The impact of pharmacist-led medication reconciliation during admission at tertiary care hospital. Int J Clin Pharm. 2018;40(1):196-201.
21. Warden BA, Freels JP, Furuno JP, *et al.* Pharmacy-managed program for providing education and discharge instructions for patients with heart failure. Am J Health Syst Pharm. 2014;71(2):134-139.
22. National Prescription Center. Medicines reconciliation – a guide to implementation. Disponível em: <https://www.nicpld.org/courses/fp/assets/MM/NPCMedicinesRecGuidImplementation>. Acesso em: 11 de junho de 2018.