

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
CAMPUS A. C. SIMÕES  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS  
CURSO DE FARMÁCIA

LETICIA DA SILVA ALVES

**O FARMACÊUTICO COMO AUTOR PRINCIPAL DA CONCILIAÇÃO  
MEDICAMENTOSA NO ÂMBITO HOSPITALAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Maceió-AL

2023

LETICIA DA SILVA ALVES

**O FARMACÊUTICO COMO AUTOR PRINCIPAL DA CONCILIAÇÃO  
MEDICAMENTOSA NO ÂMBITO HOSPITALAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharelado em Farmácia.

Orientadora: Prof. Dra. Maria das Graças Leopardi Gonçalves.

Maceió-AL

2023

**Catálogo na Fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

A474f Alves, Leticia da Silva.

O farmacêutico como autor principal da conciliação medicamentosa no âmbito hospitalar : uma revisão de literatura / Leticia da Silva Alves. – 2023.  
49 f. : il.

Orientadora: Maria das Graças Leopardi Gonçalves.  
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Farmácia) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Farmacêuticas. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 34-41.

Apêndices: f. 42-49.

1. Reconciliação de medicamentos. 2. Farmacêuticos. 3. Discrepâncias Medicamentosas. 4. Segurança do paciente. I. Título.

CDU: 615.15:616-052

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente eu quero agradecer e dedicar esse trabalho a Deus por ter me ajudado até aqui, por nunca desistir de mim quando eu mesma me senti desacreditada e desmotivada, e por continuamente se fazer cumprir as suas promessas em minha vida, se não fosse por Ele e por sua infinita graça e bondade eu não teria sobre o que e como escrever esse trabalho.

Quero agradecer a minha orientadora Graça, por ter aceitado minha idéia com grande entusiasmo e sempre estar disponível para me ajudar e me impulsionar com seus questionamentos e orientações.

Gostaria de agradecer aos meus pais, Josélia e Pedro, que sempre me encorajaram e me deram todo suporte para estudar, sempre foram meus exemplos de pessoas honestas, trabalhadoras e amáveis, eu os amo muito e nunca conseguirei agradecer o suficiente por todo amor, vocês são a minha base.

Agradeço ao meu irmão Leonam, por sempre estar comigo e me tornar uma pessoa tolerante, pois eu sei que se posso ter paciência para todas as suas brincadeiras eu posso ter para qualquer coisa nesse mundo.

Quero agradecer ao resto da minha família por sempre acreditar em mim e por me amar, mesmo que às vezes eu tenha sido chata, em especial minhas tias Lilia, Joselma, Joelma e Viviane, meu primo-irmão Eduardo, meus Avós, minhas primas Bárbara, Amanda, Lívia e Eloise.

Quero agradecer ao meu tio Bruno e minha amiga Vanessa, que são os primeiros farmacêuticos a quem acompanhei toda a jornada do início ao fim, e que tornaram essa caminhada mais cativante e encorajadora, com toda a sua alegria e experiência, eu amo vocês e obrigada por tudo. Vocês tornaram a caminhada muito mais fácil com todos os nossos fins de semanas recheados de BTS, bolo e comidinhas.

Não posso deixar de ser grata a todos os meus amigos, que também tornaram os desafios da graduação mais fácil, nossas manhãs, tardes, noites e as vezes até madrugadas de estudo. Lembro de quando eu, Débora, Neto e Ester estávamos fritando os neurônios pra aprender analítica. Vou sempre sentir falta das minhas amigas Gabrielly, Alícia, Maria Victória, Ana Beatriz, Ana Beatriz Flor, Káthia e Akyla, nós sempre seremos as Devotinhas e vou lembrar disso. Um obrigado especial a minha dupla de faculdade Gaby que criou um jeito especial de me ensinar

as matérias quando eu mais precisei de ajuda, a Debs que apareceu na minha vida como um presente num momento em que eu pensei estar só e sempre me deu vários conselhos, a Mavi que me ajudou a ser mais organizada e foi minha dupla de estágio no H.U e a Alícia que sempre me fez rir com seu senso de humor incrível e suas visitas lá em casa, sempre à espera de bolo. Eu amo todas vocês e obrigada por serem minha ajuda diária dos dias cansativos na UFAL.

Quero agradecer a todas as minhas preceptoras que já tive durante os estágios na época da faculdade, em especial a Deane, que me mostrou com tanta vontade e amor a farmácia clínica, me ensinou a ser uma profissional competente e foi do seu trabalho que tive a inspiração para o tema do meu TCC.

Por último e não menos especial, eu gostaria de agradecer ao meu noivo, Felipe, que sempre esteve presente mesmo distante, que foi meu apoio e encorajamento em todas as etapas do trabalho, que me ajudou e me amou mesmo nos dias de choro e chatice, eu te amo muito e obrigada por sempre acreditar que eu conseguiria quando nem eu mesma acreditei.

Dedico esse trabalho a todos que de alguma forma contribuíram para que eu estivesse aqui e conseguisse realizar esse sonho.

## RESUMO

Na rotina do farmacêutico clínico a revisão de medicamentos que são utilizados pelo paciente faz parte do seu trabalho e essa revisão é uma intervenção que os farmacêuticos clínicos praticam frequentemente visando a melhoria da segurança da medicação, dos resultados do paciente e também garantir a utilização correta dos medicamentos pelo paciente. Na conciliação de medicamentos está incluso obter a Melhor História Possível da Medicação (MHPM), assim como avaliar a medicação quanto à adequação e a possíveis ocorrências de eventos adversos relacionados a medicamentos. O objetivo do estudo foi realizar uma análise sistemática do serviço de conciliação medicamentosa (CM) no ambiente hospitalar. O presente estudo do tipo revisão bibliográfica, foi fundamentado em pesquisas na base de dados Google acadêmico e Pubmed. Foram escolhidos de forma definitiva para objetos de estudo 13 artigos. Em 85% dos artigos a obtenção da história de medicação ocorreu apenas no primeiro momento de contato com o paciente, em 62% dos artigos foi relatado sobre a CM ocorrendo apenas na admissão, a omissão foi a discrepância medicamentosa (DM) não intencional mais documentada em 77% artigos e constatou-se que em 61% dos artigos trouxe em sua conclusão que a CM pelo farmacêutico aumentou a segurança do paciente. Através desse estudo foi observado que se obter uma história de medicação acurada é importante para se evitar a continuidade de erros nas etapas das transições de cuidados e realizar esse serviço nas outras etapas também é importante. A CM na admissão é essencial pois as DM podem ser corrigidas em tempo hábil e realiza-la também nos outros momentos traz maior segurança para o paciente. Afirma-se que o farmacêutico é o mais habilitado a realizar a CM e a eficácia desse serviço pelo profissional é mais proeminente, eles conseguem relacionar os seus conhecimentos técnicos com a condição clínica do paciente. Concluiu-se do estudo que o profissional farmacêutico é o mais habilitado da equipe multiprofissional a realizar a CM justamente pela sua formação e conhecimento sobre medicamentos, conseguindo detectar mais discrepâncias e através de suas intervenções reduzir erros de medicação, eventos adversos, danos, custos e readmissões, proporcionando maior qualidade da assistência prestada ao paciente e promovendo maior segurança.

**Palavras-chave:** conciliação medicamentosa; farmacêutico; discrepâncias medicamentosas; segurança do paciente.

## ABSTRACT

In the routine of the clinical pharmacist, the review of medications that are used by the patient is part of their work and this review is an intervention that clinical pharmacists often practice in order to improve medication safety, patient outcomes and also ensure the correct use of the medication by the patient. Medication conciliation includes obtaining the Best Possible Medication History (MHPM) as well as evaluating medication for suitability and possible occurrences of medication-related adverse events. The objective of the study was to carry out a systematic analysis of the medication conciliation service (MC) in the hospital environment. The present study of the bibliographic review type was based on searches in the Google Academic and Pubmed database. Thirteen articles were definitively chosen for study objects. In 85% of the articles obtaining the medication history occurred only in the first moment of contact with the patient, in 62% of the articles it was reported about the MC occurring only on admission, the omission was the most documented unintentional medication discrepancy (MD) in 77% articles and it was found that in 61% of the articles brought in their conclusion that the MC by the pharmacist increased patient safety. Through this study, it was observed that obtaining an accurate medication history is important to avoid the continuity of errors in the stages of care transitions, and performing this service in the other stages is also important. The MC on admission is essential because the MD can be corrected in a timely manner and also performing it at other times brings greater safety for the patient. It is said that the pharmacist is the most qualified to perform the MC and the effectiveness of this service by the professional is more prominent, they are able to relate their technical knowledge with the clinical condition of the patient. It was concluded from the study that the pharmaceutical professional is the most qualified of the multidisciplinary team to perform the MC precisely because of his training and knowledge about medications, being able to detect more discrepancies and through his interventions to reduce medication errors, adverse events, damages, costs and readmissions, providing better quality of care provided to the patient and promoting greater safety.

**Keywords:** medication conciliation; pharmacist: medication discrepancies; patient safety.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de resultados de obtenção dos artigos.....	26
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CM	Conciliação medicamentosa
DM	Discrepâncias medicamentosas
IF	Intervenções farmacêuticas
IHI	Institute of Helthcare Improvement
MHPM	Melhor História Possível da Medicação
PRM	Problemas relacionados a medicamentos

## LISTA DE SÍMBOLOS

\$	Dólar
%	Porcentagem

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
2	<b>RERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
2.1	<b>Segurança do paciente</b> .....	16
2.2	<b>Intervenções farmacêuticas</b> .....	17
2.3	<b>Conciliação medicamentosa</b> .....	19
2.4	<b>Discrepâncias medicamentosas</b> .....	22
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	24
3.1	<b>Objetivo geral</b> .....	24
3.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	24
4	<b>METODOLOGIA</b> .....	25
5	<b>RESULTADOS</b> .....	26
6	<b>DISCUSSÃO</b> .....	29
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	33
8	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	34
	<b>APÊNDICE A – TABELA DE INFORMAÇÕES DOS ARTIGOS</b> .....	42

## 1. INTRODUÇÃO

A portaria Nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013 do Ministério da Saúde, é a responsável por determinar que hospitais são instituições complexas com caráter multiprofissional e interdisciplinar, tendo como atribuição prestar assistência a usuários em condições agudas ou crônicas, em regime de internação, assim como também através de ações para promoção da saúde, prevenir agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação (Ministério de Saúde, 2013).

A farmácia clínica é uma área da farmácia direcionada ao uso racional dos medicamentos, em que o profissional farmacêutico presta cuidado ao paciente, tendo por finalidade otimizar a farmacoterapia, e promover a saúde e o bem-estar. O farmacêutico clínico trabalha atuando na promoção da saúde, prevenção e monitorização dos eventos adversos, além de intervir nas prescrições dos medicamentos com finalidade de obter resultados clínicos satisfatórios, proporcionando uma melhor qualidade de vida dos pacientes e reduzir custos com a terapia (American College of Clinical Pharmacy, 2008).

Na rotina do farmacêutico clínico a revisão de medicamentos que são utilizados pelo paciente faz parte do seu trabalho. Essa revisão da medicação é uma intervenção que os farmacêuticos clínicos praticam frequentemente visando a melhoria da segurança da medicação, dos resultados do paciente e também garantir a utilização correta dos medicamentos pelo paciente. Na conciliação de medicamentos está incluso obter a Melhor História Possível da Medicação (MHPM), assim como avaliar a medicação quanto à adequação e a possíveis ocorrências de eventos adversos relacionados a medicamentos (Hohl et al., 2017). Obter a MHPM se consiste em realizar uma entrevista sistemática com o paciente e/ou acompanhante, além de verificar uma outra fonte confiável de informações, com finalidade de obter todos os medicamentos, desde os prescritos até os não prescritos, que estão em uso no momento da pré-admissão hospitalar (The Institute for Safe Medication Practices Canada, 2011).

A definição de CM pelo Institute of Healthcare Improvement (IHI) é dada como: “o processo de criar a lista mais precisa possível de todos os medicamentos que um paciente está tomando - incluindo o nome do medicamento, dosagem, frequência e

via - e compará-la com as prescrições de admissão, transferência e/ou alta médica com o objetivo de fornecer medicamentos corretos para o paciente em todos os pontos de transição dentro do hospital” (Menezes et al., 2021).

A CM é um processo de garantia de qualidade de assistência, que levam a detecção dos erros de medicação, sendo denominados nesse contexto por discrepâncias medicamentosas (DM), e são definidas como qualquer diferença entre a história de medicação pré-hospitalar do paciente e a sua prescrição no momento de admissão hospitalar, transição assistencial do paciente no hospital e na alta hospitalar. Nessas DM incluem: omissão ou a introdução de um medicamento na admissão, substituição do medicamento por algum outro da mesma classe farmacoterapêutica, mudanças na dose, frequência ou via de administração, entre outras (Cornish et al., 2005).

A Organização Mundial de Saúde considera como segurança do paciente uma ação que reduza ao mínimo os possíveis danos desnecessários que estão envolvidos nos processos de saúde. Considerando os problemas que podem ser causados pelos erros de medicação e por efeitos adversos, as organizações e instituições de saúde tomaram como foco a segurança do paciente (Brito et al., 2022).

Diariamente em seu trabalho o farmacêutico clínico pode subsidiar as ações de segurança do paciente no que concerne à CM. Onde tanto obter a história completa de medicação no ambiente domiciliar na semana que antecede sua internação (gerando sua primeira lista de medicamentos para ser comparada) quanto validação da primeira prescrição médica no ambiente hospitalar (gerando sua segunda lista), fazem parte de suas atividades diárias com os pacientes. Ao comparar essas duas listas é possível obter as DM na admissão hospitalar, e então é a partir desse momento que as conciliações medicamentosas podem ser feitas (Menezes et al., 2021).

Tendo em vista o ambiente hospitalar, a CM pode ser executada por farmacêuticos, médicos e enfermeiros. Devido ao seu caráter multiprofissional, a implantação da CM necessita que as equipes mantenham uma boa comunicação, já que são integrantes no processo da farmacoterapia (Silva et al., 2022).

Precisa-se levar em consideração que o farmacêutico é particularmente o profissional mais adequado para realizar esse processo de obtenção de histórias de medicação de maneira mais completa possível e poder reconciliar discrepâncias dado à sua formação, experiência, familiaridade e conhecimento a respeito de medicamentos (Frizon et al., 2014).

Pode-se afirmar que o farmacêutico executa um importante papel e está fortemente comprometido em garantir a segurança dos pacientes, através de atos que visem promover o rastreamento e monitoramento do tratamento medicamentoso, e assim resolver os problemas que ocasionalmente venham a interferir na clínica (Silva et al., 2022).

Diante do que foi abordado e pela importância do tema, o presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática do serviço de conciliação medicamentosa pelo farmacêutico no ambiente hospitalar.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Segurança do paciente

A definição de segurança do paciente é tida como a ação de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou lesões que tiveram origem no atendimento médico-hospitalar, convertendo-se em uma questão de saúde pública, levando-se em consideração que os riscos e eventos capazes de causar dano ao paciente estão presentes em vários ambientes, especialmente o ambiente hospitalar (Rodrigues et al., 2021). A segurança do paciente é um elemento que tem como intenção melhorar a qualificação dos cuidados nos diferentes níveis de atenção à saúde e uma de suas vertentes de preocupação é a utilização de medicamentos (Lira, 2020; Ramalho, 2022).

A preocupação com a segurança do paciente vem de milhares de anos, no momento que Hipócrates (460 a 370 a.C.) declarou, do meio dos princípios éticos deixados, “*primum non nocere*” (primeiramente não cause dano), desde esse momento, ele constatou que os cuidados da saúde humana não estão livres de falhas por aqueles que os exercem (Corona, 2017; Kohn et al., 2000).

A segurança do paciente é uma temática que ganhou relevância especialmente depois da publicação de um relatório intitulado por “Errar é humano” do Institute of Medicine (IOM) no ano de 1999. O objetivo do documento foi de quebrar o ciclo da passividade relacionado aos erros cometidos pelos profissionais da saúde, apresentando o alto índice de mortes causadas por estes erros e esse relatório foi um marco para a segurança do paciente. Ficaram registradas anualmente nos Estados Unidos da América cerca de 100 mil mortes anuais, que foram ocasionados por erros na prestação de cuidados de saúde, e estes erros são responsáveis por prolongar o tempo de internação do paciente ou causar alguma incapacidade no momento da alta. (Cruz et al., 2019; Lira, 2020).

A prestação de cuidados é o principal foco do âmbito hospitalar, sabe-se que certas vezes esse objetivo não é alcançado de maneira tão eficaz, o que pode acarretar em danos à saúde do paciente. Diante disso, surgiu essa preocupação com a segurança do paciente em cenário mundial. No ano de 2013, no território

Brasileiro o Ministério de Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem por propósito gerar estratégias para a segurança do paciente através da implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) em instituições hospitalares (Tornatore, 2017; Silva et al., 2016; Zanetti, 2014; Dallora e Forster, 2008).

A farmácia clínica é uma das áreas que podem auxiliar para a segurança do paciente e visa assegurar que a utilização dos medicamentos aconteça de maneira apropriada, efetiva e segura, e que assim siga os preceitos do uso racional de medicamentos (Lira e Oliveira, 2021). É importante ressaltar que a CM e a revisão da farmacoterapia têm propósitos e resultados distintos, e quando correlacionados cooperam ainda mais para a segurança do paciente (Bjeldbak-Olesen et al, 2013).

Os farmacêuticos tiveram suas funções e responsabilidades mudadas nos últimos anos, da dispensação dos medicamentos para exercerem ações voltadas à clínica, abrangendo entrevistas do histórico de medicamentos, conciliação e otimização da farmacoterapia, onde se tem como a prioridade em um ambiente de prescrição efetiva e eficiente a segurança do paciente (Abuelhana et al., 2021; Silva et al., 2022). O farmacêutico clínico atua garantindo que a farmacoterapia utilizada pelo paciente é necessária, segura e efetiva.

Reduzir os riscos de danos que são desnecessários associados à assistência em saúde até um nível mínimo aceitável é o que se consiste como segurança do paciente, e todos os profissionais de saúde estão envolvidos nesse processo. No Brasil, nota-se a insuficiência de publicações acerca dos erros de medicamentos e segurança do paciente em campo nacional, mesmo depois da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013 (Tavares, 2019; Batista et al., 2021). Essa é a portaria que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Ministério de Saúde, 2013).

## **2.2 Intervenções farmacêuticas**

Martins e colaboradores trazem em seu trabalho a definição de intervenções farmacêuticas (IF) como todas as atividades em que o profissional farmacêutico participa de modo ativo, como por exemplo no momento da tomada de decisões na terapia dos pacientes e também nas ocasiões de avaliação dos resultados, para que

dessa maneira seja possível contribuir para o aumento da eficácia da farmacoterapia e conseqüentemente diminuir seus riscos (Martins et al., 2013). No trabalho de Alderman e Farmer eles simplificam as IF ao caracterizá-las por atos que visem modificar o manejo ou terapia de um determinado paciente, e dessa forma proporcionar mais qualidade de vida. (Alderman e Farmer, 2001).

As IF se baseiam em um processo planejado e documentado, em que se busca uma melhoria da farmacoterapia, e está relacionado com a promoção, proteção e a recuperação da saúde, propiciando prevenir doenças e/ou problemas de saúde (Conselho Federal de Farmácia, 2013). Dessa maneira, fica como tarefa do farmacêutico ajustar as doses dos medicamentos que foram prescritos, permitir a adesão ao tratamento, monitorar os exames laboratoriais, educar o paciente, em adição a proporcionar alternativas medicamentosas, tudo isso aspirando alcançar os melhores resultados no manejo clínico (Casper et al., 2019).

O farmacêutico tem um papel central nas intervenções e durante a etapa de IF é de extrema importância que este profissional utilize os seus conhecimentos profissionais para otimizar a farmacoterapia, assim como também melhorar a colaboração com o paciente e com os outros profissionais (Navarro, 2020; Sáez-Benito et al., 2013). Quando os farmacêuticos realizaram a identificação e solução das IF foi notado que houve uma maior contribuição sobre o conhecimento dos medicamentos, e assim, evitou-se a má adesão, os resultados indesejáveis, as falhas da terapêutica e a intoxicação de saúde (Ferreira et al., 2016).

Ao identificar problemas na farmacoterapia, no que se refere a sua necessidade, efetividade e segurança, o próximo passo a ser feito são as IF (Milani et al., 2018; Navarro, 2020). As IF não possuem um sistema padronizado de classificação e apresentam diversas taxonomias, e isso se deve ao fato de que cada instituição tem suas adequações variando de acordo com as suas necessidades (Navarro, 2020). A forma mais utilizada de IF é a farmacoterapia, que visa melhorar os resultados do tratamento (Lyra et al., 2000).

Através de um estudo do tipo revisão de literatura, foi demonstrado que através das IF foi possível diminuir custos, melhorar os resultados dos pacientes e

controlar o estado de doenças, como hipertensão, diabetes e hiperlipidemia (Altowajiri et al., 2013).

Em outro estudo, realizado por Cruz e colaboradores em 2019, observou-se uma grande adesão por parte da equipe de saúde, das intervenções que foram propostas pelos farmacêuticos com uma taxa de 70% de aceitação, notando-se assim a importância do serviço de farmácia clínica para promover o uso seguro dos medicamentos (Cruz et al., 2019).

Em um serviço de farmácia clínica que foi realizado com pacientes pediátricos com beta-talassemia, tiveram resultados significativos no grupo intervenção depois de seis meses de acompanhamento, onde no início do estudo foram encontrados 64 PRMs, o problema de adesão foi o mais identificado e após as intervenções realizadas durante o tempo do estudos as PRMs obtiveram uma taxa de aceitação de 93,75% e reduzindo para 4, ficando claro o efeito positivo no atendimento ao paciente que o farmacêutico gera em otimizar o tratamento destes (Bahnasawy et al., 2017).

No esforço de minimizar os erros de prescrição, foi constatado que as IF influenciam de maneira positiva no desfecho clínico de pacientes hospitalizados. Porém, mesmo que os serviços de farmácia clínica estejam bem estabelecidos em diversos países, o que ainda carece é a integralidade dos profissionais farmacêuticos hospitalares numa rotina operacional das equipes interprofissionais responsáveis pelo cuidado ao paciente (Jessurun et al., 2021; Langebrake et al., 2021).

### **2.3 Conciliação medicamentosa**

A CM pode ser conceituada como um procedimento formal compreendido numa estimativa completa e detalhada da lista de medicação em uso anteriormente, junto com as prescrições feitas depois da transição do paciente, com finalidade de, principalmente, descartar prováveis discrepâncias (Mendes, 2016).

Já pelo Institute of Healthcare Improvement (IHI), a definição de CM é dada como: “o processo de criar a lista mais precisa possível de todos os medicamentos

que um paciente está tomando - incluindo o nome do medicamento, dosagem, frequência e via - e compará-la com as prescrições de admissão, transferência e/ou alta médica com o objetivo de fornecer medicamentos corretos para o paciente em todos os pontos de transição dentro do hospital” (Menezes et al., 2021).

A recomendação feita pelo IHI sobre a CM é que ela seja executada em três etapas. Sendo a primeira de verificação, em que se coleta e elabora uma lista dos medicamentos que o paciente fazia uso antes da admissão, transferência ou alta hospitalar; A segunda é uma confirmação, onde é assegurado que os medicamentos e as dosagens que foram prescritas estejam apropriados para o paciente; Na terceira, se consiste numa identificação das discrepâncias encontradas entre os medicamentos prescritos em cada nível de atenção à saúde ou em cada ponto de transição, em uma documentação das comunicações feitas ao prescritor e na correção das prescrições junto com o médico (Frizon et al., 2014).

O ato da CM tem como objetivo prevenir erros decorrentes do processo de medicação, ao realizar uma análise da prescrição, pois o paciente está suscetível a erros que podem acontecer no processo de assistência à saúde (Santos et al., 2019). Esse serviço de conciliar ou revisar os medicamentos, possibilita uma análise especial do tratamento que foi prescrito ao paciente, permitindo otimizar a terapêutica (Pfister et al., 2017). Várias organizações internacionais, em especial a Organização Mundial de Saúde, estimulam que a CM seja feita como uma maneira de diminuir e evitar eventos adversos a medicamentos, já que os pacientes que apresentam discrepâncias registradas são capazes de manifestar um maior surgimento de eventos adversos (Silva et al., 2021; Silva et al., 2022).

A CM realizada pelo o farmacêutico clínico, ocorre de uma revisão e avaliação das prescrições médicas atuais ao correlaciona-las com as prescrições que foram realizadas anteriormente e as condições clínica do paciente, dessa forma, possibilitando se identificar quaisquer divergências que possam vir a prejudicar a evolução do indivíduo (Rodrigues et al., 2019). A CM realizada nos momentos de transições de cuidados tem o objetivo de garantir os medicamentos a serem utilizados através de uma avaliação de necessidade da continuação ou suspensão dos medicamentos, tem ainda como incumbência orientar os pacientes para não permanecerem com os medicamentos usados no domicílio no ambiente hospitalar,

para se evitar duplicação da dose ou o risco de medicamentos não indicados para a condição clínica atual (Oliveira et al., 2018).

O processo de CM é considerado completo quando todos os medicamentos que o paciente utiliza foram devidamente avaliados: continuados, descontinuados, mantidos ou modificados em cada ponto de transição. São exemplos de pontos de transição a admissão hospitalar, a transferência entre unidades clínicas, a alta hospitalar ou referenciamento da atenção primária para a secundária, e o contrário (Silvestre e Lyra, 2018; Who, 2016; IHI, 2011).

O farmacêutico é responsável por atuar no período de internação e também na alta hospitalar, pois é uma etapa que tem alta vulnerabilidade de acontecer problemas na farmacoterapia, necessitando assim de cuidados. O profissional farmacêutico juntamente com a equipe tem como dever orientar ao paciente, acerca de como será continuado seu tratamento, realizar a CM, identificar algum problema na prescrição, para que seja alcançada as metas terapêuticas do problema de saúde atual e também prevenir que algum evento que comprometa a terapia possa vir a ocorrer (Lima et al., 2016). Dessa maneira, fica claro que o farmacêutico tem um importante papel e que a prática da CM é uma ferramenta chave para prevenir os eventos adversos e promover a melhora do prognóstico clínico (Fernandes et al., 2021).

Para se conseguir a MHPM, além da entrevista com o paciente ou o responsável, pode ser realizada também uma confirmação mediante uma inspeção das embalagens dos medicamentos que são utilizados e/ou análise da lista de medicamentos ou receituário médico prévio do paciente. Ainda nesse momento da entrevista é muito importante confirmar como esse paciente utiliza verdadeiramente os seus medicamentos, pois acontece deles tomarem os medicamentos de maneira diferente da que está prescrita. Nessa lista é importante conter informações como todos os princípios ativos, suas respectivas doses, frequência e a via de administração, e até suplementos alimentares, fitoterápicos ou algum produto de ervanaria (Domingos, 2013).

A CM é considerada uma prática de prioridade para a segurança dos pacientes, porém, a sua implantação de maneira efetiva e sustentada ainda é uma meta que precisa ser alcançada no cenário brasileiro (Silvestre e Lyra, 2018).

#### **2.4 Discrepâncias medicamentosas**

As DM são diferenças entre a farmacoterapia anterior do paciente e os medicamentos que foram prescritos em um novo setor de cuidado, e essas discrepâncias são evidenciadas durante o processo de CM. As DM são do tipo: omissão de um medicamento (ocorre quando o paciente faz uso de um medicamento em domicílio e o mesmo não é prescrito na unidade hospitalar); medicamento que foi previamente interrompido (ele foi descontinuado pelo paciente por conta própria e mesmo assim continua anotado como em uso); medicamento inecessário (o paciente nunca utilizou, mas está registrado no seu histórico); duplicidade na terapia; dose incorreta do medicamento (são doses diferentes entre os medicamentos utilizados pelo paciente na recepção e os já prescritos após internação); horário e frequência de administração incorretas; forma farmacêutica incorreta e outros (Sturbaut et al., 2010).

As DM ainda podem ser classificadas como intencionais ou não intencionais (Manzorro et al., 2011). A intencional é caracterizada por ser aquela em que o prescritor altera de maneira intencional a terapia, isto significa que ele pode alterar, adicionar ou descontinuar um medicamento, e ainda assim, pode ou não estar documentada no prontuário do paciente, chegando até a ocasionar confusões, trabalho extra e potenciais erros de medicação. Já a não intencional advém quando o prescritor involuntariamente muda, adiciona ou omite algum medicamento utilizado pelo paciente previamente, podendo acarretar erros de medicações, que assim por diante podem suceder em danos reais ou potenciais ao paciente, configurando um evento adverso a medicamento (Ministry of Health of Singapore, 2018).

A DM não intencional é um grande problema de saúde pública mundial, onde mais de 60% dos erros de medicação estão relacionados a esse tipo de discrepância ocorrendo no momento da transição de cuidados. O principal objetivo da CM é diminuir possíveis DM não intencionais de medicação, pois ela é um dos

principais motivos de erros de medicação e eventos adversos relacionados a medicamentos no momento de transição de cuidado (Moges et al., 2022).

De acordo com a literatura, a omissão e a dose errada são os tipos de discrepâncias não intencionais mais frequentes. Os erros de medicação em consequência de discrepâncias não intencionais estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade entre pacientes hospitalizados (Moges et al., 2022).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Realizar uma análise sistemática do serviço de conciliação medicamentosa pelo farmacêutico no ambiente hospitalar;

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Observar em quais momentos ocorreram a obtenção da história de medicação e de conciliação medicamentosa;
- Observar se a conciliação medicamentosa pelo farmacêutico promoveu redução de eventos adversos, readmissões, custos hospitalares e danos;
- Identificar quais as discrepâncias mais documentadas pelos farmacêuticos no processo de CM;

#### 4. METODOLOGIA

O presente estudo do tipo revisão bibliográfica acerca do tema “conciliação medicamentosa” foi fundamentado em pesquisas na base de dados Google acadêmico, através das seguintes palavras-chave: MEDICATION CONCILIATION OR MEDICATION RECONCILIATION AND PHARMACEUTICAL, e na base de dados PUBMED foi usado as seguintes palavras-chave: MEDICATION CONCILIATION OR MEDICATION RECONCILIATION AND PHARMACIST. A pesquisa foi realizada durante os meses de março até julho desse mesmo ano e optou pelo termo conciliação para ser usado durante o trabalho.

Foram empregados os seguintes critérios de inclusão no processo de escolha das publicações: artigos publicados a partir do ano de 2020 até o ano de 2023, sem restrição de idiomas, todos os tipos de estudo e que pontuem sobre o processo de conciliação medicamentosa no ambiente hospitalar pelo profissional farmacêutico e aqueles em que também houvesse uma comparação do seu trabalho com o de outros profissionais da equipe multiprofissional. Foram excluídos artigos que não retratam sobre conciliação medicamentosa no âmbito hospitalar, que não apresentem o processo de conciliação medicamentosa e aqueles em que não foi possível ter acesso a todo o seu conteúdo de forma completa e gratuita.

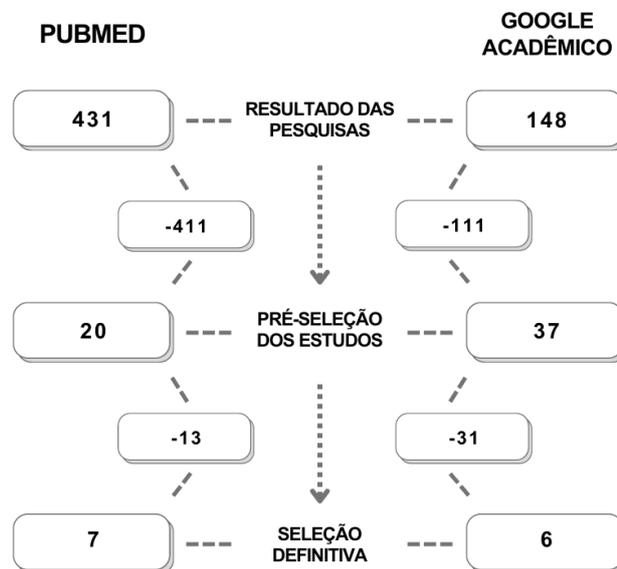
O processo de seleção para os artigos que foram inseridos ao estudo sucedeu-se em duas etapas após o passo inicial da pesquisa nas bases de dados. A primeira parte foi uma leitura dos títulos e resumos dos resultados que foram encontrados, funcionando como uma espécie de triagem para escolha dos trabalhos. A partir daí, é que começou a segunda etapa, caracterizada por um momento de maior aprofundamento aos artigos pré-selecionados, passando a ocorrer uma leitura minuciosa de todo o conteúdo e assim, dessa forma, selecionar os artigos a serem utilizados no estudo, onde só foram escolhidos os que tinham em seu material a CM como foco principal e o seu processo sendo realizado pelos farmacêuticos.

Na segunda etapa foi recebida a ajuda dos bibliotecários da Universidade Federal de Alagoas, pois alguns trabalhos do Pubmed não estavam com o acesso gratuito, foi enviada a lista de artigos que seriam necessários para recuperação no repositório da biblioteca.

## 5. RESULTADOS

Foram escolhidos de forma definitiva para objetos de estudo 6 artigos do Google Acadêmico e 7 artigos do Pubmed, totalizando 13 artigos. Ao utilizar a base de dados Pubmed com as palavras-chave descritas acima, foram encontrados 431 resultados, porém, somente 20 foram pré-selecionados. Já no Google Acadêmico, ao utilizar das palavras-chave citadas anteriormente foram obtidos 148 resultados, mas somente 37 artigos foram também pré-selecionados. Ao final desse processo foram excluídos 411 artigos do Pubmed e 111 do Google Acadêmico, por tratarem da CM fora do ambiente hospitalar e não mencionarem o farmacêutico. Após o processo de pré-seleção foram notadas 2 duplicatas em meio aos achados (1 em cada base de dados), 3 artigos do Pubmed em que não se conseguiu recuperar, sendo descartados no final desse processo 13 artigos do Pubmed e 31 do Google Acadêmico, por não tratarem da CM como foco principal do artigo, nem mostrarem o trabalho do farmacêutico e sua importância junto com o de outros profissionais da equipe multiprofissional. Segue o fluxograma para melhor entendimento desse processo na figura 1 abaixo.

**Figura 1** - Fluxograma de resultados de obtenção dos artigos.



Fonte: Autora, 2023.

Foram coletadas as seguintes informações dos artigos selecionados: título, autores, local de publicação, local de estudo, ano de publicação, link do artigo, tipo de estudo, base de dados para o estudo e onde foi encontrado o estudo, critérios de inclusão para seleção dos artigos da pesquisa, coleta de dados da pesquisa e

conclusão do artigo. Então foi elaborada uma tabela com essas informações, a mesma se encontra no Apêndice A.

Conclui-se ao observar a tabela acima que os trabalhos com pesquisas realizadas no Brasil foram 6 e 7 foram realizados em outros países. Sobre os tipos de estudos foram 3 revisões de literatura, 3 revisões retrospectivas e 1 retrospectivo de centro único, 1 estudo descritivo e prospectivo, 2 estudos de coorte (sendo 1 também observacional e prospectivo; 1 retrospectivo de centro único) e 3 estudos observacionais (sendo 1 também retrospectivo; 1 descritivo e qualitativo; 1 descritivo e retrospectivo).

Dos 13 trabalhos selecionados, 10 tiveram a CM realizada especificamente pelo farmacêutico nos seus objetivos, onde foi feito o seguinte:

- 5 realizaram avaliação de algum aspecto da CM pelo farmacêutico (Cardinale et al., 2022; Dyer et al., 2022; Hovey et al., 2023; Lira e Oliveira, 2021; Park et al., 2021);
  - 1 destacou o papel do farmacêutico na CM (Piloto, 2021);
  - 1 descreveu as CM de admissão pelo farmacêutico (Reis, 2020);
  - 2 realizaram uma análise da CM pelo farmacêutico e compararam o seu trabalho com outros profissionais (Accomando et al., 2022; Studer et al., 2022);
- 1 realizou um levantamento bibliográfico sobre a CM e a importância do farmacêutico (Brito et al., 2022);

Já os outros 3 não tiveram o farmacêutico especificamente nos objetivos principais, onde foi feito o seguinte:

- 1 analisou o perfil das CM (Mota et al., 2022);
- 1 Avaliou a percepção da equipe multiprofissional em relação as CM (Menezes et al., 2022);
- 1 Caracterizou os erros de medicação e identificou os fatores contribuintes que levam a erros (Heffner et al., 2020);

Sendo assim, 77% dos artigos tiveram a CM realizada especificamente pelo farmacêutico em seus objetivos.

Dos 13 estudos selecionados, 2 abordaram sobre a obtenção da história de medicação nos momentos de admissão, troca de setores ou alta, e 11 sobre a obtenção apenas no momento da admissão. Em 85% dos artigos, a obtenção da

história de medicação ocorreu apenas no primeiro momento de contato com o paciente.

Em 8 (62%) dos artigos foi relatado sobre a CM ocorrendo em apenas um momento, que é na admissão, já os outros 5 (38%) são sobre a CM ocorrendo em mais de um momento, ou seja, nas transições de cuidados.

Em 12 (92%) artigos refere-se sobre a CM sendo realizada pelo farmacêutico, e apenas 1 (8%) traz o farmacêutico e o médico realizando a CM.

As DM sendo evidenciadas no momento da CM foram apresentadas em 6 (46%) artigos, e a omissão foi a DM não intencional mais documentada em 10 (77%) artigos. Já a dose incorreta de medicação apareceu como a segunda DM não intencional mais documentada em 4 (31%) dos artigos.

Notou-se que com o serviço de CM realizado pelo farmacêutico houve relatos de diminuição de: erros de medicação em 7 (55%) dos artigos, redução de custos hospitalares em 6 (46%) dos estudos, diminuição de danos em 4 (31%) dos trabalhos, redução de eventos adversos em 3 (23%) dos artigos, diminuição de readmissões ou visitas ao hospital em 5 (38%) dos artigos.

Constatou-se que em 8 (61%) dos artigos trouxe em sua conclusão que a CM pelo farmacêutico aumentou a segurança do paciente.

## 6. DISCUSSÃO

Através desse estudo foi observado que se obter uma história de medicação acurada é importante para se evitar a continuidade de erros nas etapas das transições de cuidados, assim como foi apontando por Piloto (2021) em seu estudo. Brito e colaboradores (2022) ainda falam sobre como realizar esse processo no momento de admissão pode ser um ponto crítico da transição de cuidados, já que o paciente recebe a visita de diversos profissionais e pode causar falhas referente ao uso de medicamentos, pois muitos acabam esquecendo, ficam com vergonha e até não acham relevante, gerando omissões das informações sobre o seu estado de saúde e dos medicamentos que fazem uso, acarretando em ruptura do segmento farmacoterapêutico. Reis (2020) também pontua que a falta de informações completas da história de medicação pode gerar interrupções ou inadequações da terapia medicamentosa. Realizar esse serviço nas outras etapas, como troca de setores de cuidado ou alta hospitalar também é importante para melhorar a segurança do paciente e prevenir que eventos adversos ocorram, assim como foi apontado por Lira e Oliveira (2021). O estudo de Menezes e colaboradores (2022) aborda que 50% dos erros de medicação no hospital são causados pela falta de comunicação nos momentos de admissão, internação e alta.

Nesse trabalho a maioria dos estudos realizaram a CM apenas na admissão. A importância desse processo nesta etapa é comentada no trabalho de Park e colaboradores (2021), ao apontar que podem ser corrigidas as DM em tempo hábil quando feita na admissão, podem prevenir erros de medicação e custos extras, reduzindo assim danos potenciais, incluindo as internações prolongadas e readmissões. Além de que em muitas vezes é priorizado tratar o problema clínico mais urgente no que se refere a identificar a história de medicação do paciente, por isso as omissões acabam ocorrendo, e em grande frequência, pois como pode ser observado nesse estudo, a omissão foi a DM não intencional mais documentada em 77% dos artigos. Reis (2020) ainda afirma que a CM no momento de admissão diminui as taxas de DM entre os medicamentos de uso prévio e aqueles que são prescritos durante a internação. Piloto (2021) defende que a CM deve ser realizada na prescrição de novos medicamentos dos que foram prescritos anteriormente, incluindo mudança de setores e atendimento. Menezes e colaboradores (2022) ainda completam que a CM tem o objetivo de evitar erros de medicação e que realizar a CM também nestes outros momentos traz maior segurança para o

paciente.

A CM deve ser realizada e documentada por toda a equipe multiprofissional de acordo com Brito e colaboradores (2022). No trabalho de Piloto (2021) ele aponta que esta equipe vai garantir que o processo de CM ocorre de maneira adequada.

Reis (2020) afirma que o farmacêutico é o profissional que está apto para realizar a CM e auxiliar a equipe, pois ele detém o conhecimento sobre medicamentos. No estudo de Piloto (2021) é afirmado que o farmacêutico é o mais habilitado a realizar a CM, e Mota e colaboradores (2022) complementam a afirmação ao levantar que a eficácia da CM pelos farmacêuticos é mais proeminente. Lira e Oliveira (2021) ainda acrescentam que eles relacionam os seus conhecimentos técnicos com a condição clínica do paciente, resolvendo discrepâncias que são encontradas durante o processo. Brito e colaboradores (2022) incluem que a importância dele nesse processo é pela contribuição que eles realizam ao diminuir erros de medicação, custos hospitalares e otimizar a adesão farmacoterapêutica.

Novamente no estudo de Piloto (2021) o farmacêutico é visto como o profissional mais adequado para se obter a história de medicação, já que ele dispõe a habilidade de adquirir toda a história de forma exata, e ainda identificar erros de prescrição e intervir junto à equipe de saúde e observar possíveis DM. Reis (2020) adiciona que nesse serviço realizado pelo farmacêutico ocorre diminuição da mortalidade, justamente por sua obtenção de informações mais completas e precisas que a dos demais profissionais.

No estudo de Piloto (2021) ele afirma que esse profissional atua como parte primordial junto à equipe, que ele deve tomar a frente da CM, agir como especialista e consultor em medicamentos, oferecendo os seus conhecimentos para instruir os pacientes e os outros profissionais de saúde.

O farmacêutico realizando a CM foi capaz através de IF, de diminuir eventos adversos e danos, identificar e corrigir mais DM, reduzir custos hospitalares e readmissões ou internações, promovendo assim uma melhor qualidade da assistência prestada e aumentar a segurança do paciente, conforme observado em diversos estudos, como descrevemos a seguir.

Como pode ser observado no estudo de Cardinale e colaboradores (2022), foi demonstrado os benefícios de ter um farmacêutico clínico através da redução de

visitas dos pacientes ao pronto-socorro e pela quantidade enorme de erros de história de medicação que foram corrigidas, e que ter farmacêuticos clínicos descentralizados no hospital criaria um número gigantesco de IF a serem realizadas que evitaria danos ao paciente. Hovey e colaboradores (2023) notaram em seu trabalho que 3% das intervenções realizadas pelos farmacêuticos podem ter evitado danos ou morte e que o custo evitado em 3 meses com a implantação da CM liderada pelo farmacêutico foi estimado em \$ 46.746,65. Studer e colaboradores (2022) observaram que ocorreu um menor surgimento dos PRMs na alta hospitalar quando os farmacêuticos lideravam a CM, ao invés do atendimento padrão, onde os médicos que obtinham a história de medicação. Park e colaboradores (2021) notaram que as taxas de intervenções aumentaram significativamente quando os farmacêuticos foram incluídos na equipe, que a sua atividade reduziu internações desnecessárias e readmissão por efeito colateral de medicamentos, com a taxa de readmissão diminuindo significativamente em 30 dias de 7,8% para 4,8%. Reis (2020) acrescenta que as IF garantem a segurança do paciente e uma continuação adequada do tratamento, para que se diminua as chances de erros e de eventos adversos.

Atualmente o profissional farmacêutico tem mais contato com o paciente, ele possui maior reconhecimento quando exerce os serviços clínicos, uma vez que se percebe ele mais atuante no ambiente hospitalar, e assim reafirmando seu espaço perante o corpo clínico e inovando o seu lado profissional, conforme aborda Menezes e colaboradores (2022). Brito e colaboradores (2022) declara que ele consegue ajudar a equipe a tomar decisões mais assertivas para o paciente.

No estudo de Accomando e colaboradores (2022) os outros profissionais buscaram o farmacêutico para expressar verbalmente apreço pelo seu serviço. No estudo de Park e colaboradores (2021) a taxa de aceitação dos médicos aumentou. Mostrando que o serviço do farmacêutico foi bem visto. No estudo de Mota e colaboradores (2022) afirmaram que antes da implantação da CM foram desenvolvidas atividades para as equipes multiprofissionais, explanando os benefícios do serviço e a importância para a adesão da equipe, incentivando a segurança do paciente, acarretando em baixo índice de DM através desses treinamentos, provando que as etapas antes da implantação contribuem significativamente para adesão da equipe.

No estudo de Heffner e colaboradores (2020) é reforçado a importância da

CM pelos farmacêuticos e destaca como esse serviço por esse profissional pode ser particularmente necessário em populações de alto risco. Menezes e colaboradores (2022) também declaram que a CM serve como indicador dos serviços farmacêuticos, assim como para a segurança do paciente no ambiente hospitalar.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se do estudo, a importância de se obter a história de medicação e realização da CM não apenas nos momentos de admissão, mas também em todos as transições de cuidados, como troca de setores e alta hospitalar.

A equipe multiprofissional é importante no processo de CM e deve participar dela. Porém, o profissional farmacêutico é o mais habilitado para realizar o processo de CM, devido sua formação e conhecimento sobre medicamentos, sendo assim, ele consegue detectar mais discrepâncias e através de suas intervenções, reduzir erros de medicação, eventos adversos, danos, custos, readmissões, proporcionar maior qualidade da assistência prestada ao paciente e promover maior segurança.

## 8. REFERÊNCIAS

- ABUELHANA, Ahmed *et al.* Analysis of activities undertaken by ward-based clinical pharmacy technicians during patient hospital journey. **European Journal of Hospital Pharmacy**, v. 28, n. 6, p. 313-319, 2021. ISSN 2047-9956 (Print) 2047- 9956 (online). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34697047>.
- ACCOMANDO, Mary; DEWITT, Kyle; PORTER, Blake. Pharmacist impact on medication reconciliation of behavioral health patients boarding in the emergency department. **Mental Health Clinician**, 2022; v.12, ed. 3, p. 187-192. DOI: 10.9740/mhc.2022.06.187. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35801158/>. Acesso em: 2 ago. 2023.
- ALDERMAN, Christopher P.; FARMER, Christopher. A brief analysis of clinical pharmacy interventions undertaken in an Australian teaching hospital. **Journal of Quality in Clinical Practice**, v.21(4), p. 99–103, 2001.
- ALTOWAIJRI, Abdulaziz; PHILLIPS, Ceri J.; FITZSIMMONS, Deborah. A systematic review of the clinical and economic effectiveness of clinical pharmacist intervention in secondary prevention of cardiovascular disease. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v.19(5), p. 408-16, 2013.
- AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY (ACCP). The Definition of Clinical Pharmacy. **Pharmacotherapy**. v. 6, n. 28, p.816-817, 2008. Disponível em: <https://www.accp.com/docs/positions/commentaries/Clinpharmdefnfinal.pdf> Acesso em: 3 ago de 2023.
- BAHNASAWY, Salma M. *et al.* Clinical pharmacist-provided services in iron-overloaded beta-thalassaemia major children: a new insight into patient care. **Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology**, v. 120(4), p. 354-359, 2017.
- BATISTA, Angela Valéria de Araújo; SANTOS, Valéria Regina Cavalcante dos; CARNEIRO, Irna Carla do Rosário Souza. Cuidado farmacêutico em oncologia: Revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v.14(1), p. 1-14, 2021.
- BJELDBAK-OLESEN, Mette *et al.* Medication reconciliation is a prerequisite for obtaining a valid medication review. **Danish Medical Journal**, n.60, v.4, [s.p.], 2013.
- BRITO, Tatiane Cristina de Castro *et al.* Conciliação de medicamentos na admissão hospitalar para a segurança do paciente: uma revisão. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba/SP, ano 2022, v. 5, n. 1, p. 1228-1243, 19 jan. 2022. DOI 10.34119/bjhrv5n1-109. Disponível em: <https://ury1.com/TWyl4>. Acesso em: 2 ago. 2023.
- CARDINALE, Stephanie *et al.* Clinical Pharmacist Led Medication Reconciliation Program in an Emergency Department Observation Unit. **Journal of Pharmacy Practice**, [s. l.], p. 1-8, 2022. DOI <https://doi.org/10.1177/08971900221091174>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/08971900221091174>.

Acesso em: 2 ago. 2023.

CASPER, Eman Ahmed *et al.* Management of pharmacotherapy-related problems in acute coronary syndrome: Role of clinical pharmacist in cardiac rehabilitation unit. **Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology**, v. 125(1), p. 44-53, 2019.

CRUZ, Lucas Taffarel; BATISTA, Paula do Nascimento; MEURER, Igor Rosa. Análise do serviço de farmácia clínica em um hospital universitário. **HU Revista**, v. 45(4), p. 408-414, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. management recod in hospital. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saude**, 10(4), 0370, 2013.

CORNISH, Patricia L. *et al.* Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. **Archives of internal medicine**. v. 165(4), p. 424–9, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15738372>. Acesso em: 3 de ago de 2023.

CORONA, Arminda Rezende de Pádua Del. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul**. Tese (Doutor em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

DALLORA, Maria Eulália L. V; FORSTER, Aldaisa C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino – considerações teóricas. **Medicina**, v. 41, n. 2, p. 135- 142, Ribeirão Preto, 2008.

DOMINGOS, Sónia Cristina Francisco. **Discrepâncias na medicação e reconciliação terapêutica em doentes internados: uma avaliação descritiva**. Dissertação (Mestrado em Farmácia Hospitalar) – Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2013.

DO Ó, Maria Valdênia Lima; SIQUEIRA, Lidiany da Paixão. A importância da assistência farmacêutica nos problemas relacionados à medicamentos: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, ed. 15, p. 1-10, 16 nov. 2021. DOI <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22662>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22662>. Acesso em: 2 ago. 2023.

DYER, Summer A. *et al.* Impact of Medication Reconciliation by a Dialysis Pharmacist. **KIDNEY360: Brief Communication**, [s. l.], v. 3, p. 922–925, 2022. DOI <https://doi.org/10.34067/KID.0007182021>. Disponível em: [https://journals.lww.com/kidney360/fulltext/2022/05000/impact\\_of\\_medication\\_reconciliation\\_by\\_a\\_dialysis.16.aspx](https://journals.lww.com/kidney360/fulltext/2022/05000/impact_of_medication_reconciliation_by_a_dialysis.16.aspx). Acesso em: 2 ago. 2023.

FERNANDES, Maria Carolina Peçanha; MATTOS, Luciana Favoreto Vieira; BARBOSA, Maria Fernanda. Conciliação Medicamentosa em Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67(4), p. 1-7, 2021.

FERREIRA, Tatyana Xavier Almeida Matteucci *et al.* Medication dispensing as an opportunity for patient counseling and approach to drug-related problems. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 52, p. 151-162, 2016.

FRIZON, Fernanda *et al.* Reconciliação de medicamentos em hospital universitário. **Revista Enfermagem UERJ**, p. 454-460, 2014.

HOHL, Corinne M. *et al.* Impact of early in-hospital medication review by clinical pharmacists on health services utilization. **PLOS ONE**, 12(2): e0170495, 2017.

HOVEY, Sara W. *et al.* Effect of a Pharmacist Admission Medication Reconciliation Service at a Children's Hospital. **The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics**, [s. l.], v. 28, ed. 1, p. 36-40, 2023. DOI 10.5863/1551-6776-28.1.36. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36777983/>. Acesso em: 2 ago. 2023.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events by Implementing Medication Reconciliation**, 2011.

Disponível em:

<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx>. Acesso em: 3 de agosto de 2023.

JESSURUN, Janique G. *et al.* Prevalence and determinants of intravenous admixture preparation errors: A prospective observational study in a university hospital.

**International Journal of Clinical Pharmacy**, 2021. ISSN 2210-7711 (Electronic).

Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34363192>. Acesso em: 3 de agosto de 2023.

KOHN, Linda T. *et al.* **To Err Is Human: Building a Safer Health System**, 2000.

Disponível em:

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf\\_NBK225182.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf).

Acesso em: 3 de agosto de 2023.

LANGEBRAKE, Claudia *et al.* Clinical pharmacists' interventions across German hospitals: results from a repetitive cross-sectional study. **International Journal of Clinical Pharmacy**, 2021. ISSN 2210-7711 (Electronic). Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34402022>

LIMA, Lívia Falcão *et al.* Pharmaceutical orientation at hospital discharge of transplant patients: strategy for patient safety. **Einstein (São Paulo)**, v. 14, p. 359-365, 2016.

LIRA, Ana Rafaela Pires. **Reconciliação de medicamentos e revisão da farmacoterapia a pacientes pediátricos hospitalizados**. Orientador: Clarice Chemello. 2020. 96 p. Dissertação (Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, 2020.

LIRA, Conceição Beatriz Costa de; OLIVEIRA, Valéria Mirla de. A importância da conciliação medicamentosa na prática da farmácia clínica em hospitais. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba/SP, ano 2021, v. 7, n. 9, p. 89345-89355, 1 set. 2021. DOI 10.34117/bjdv7n9-207. Disponível em:

<https://scholar.archive.org/work/514be6zox5avhbsylwerzevww4/access/wayback/https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/download/35899/pdf>. Acesso em: 2 ago. 2023.

LYRA, J. R.; DIVALDO, P.; et al. Atenção farmacêutica: paradigma de globalização. **Pharmácia Brasileira**. v. 3, n. 23, p. 76-79, 2000.

MANZORRO, Álvaro Giménez et al. Developing a programme for medication reconciliation at the time of admission into hospital, **International Journal of Clinical Pharmacy**, v.33, n.4, p. 603-9, 2011.

MARTINS, Bruna Cristina Cardoso et al. Pharmaceutical care in transplant patients in a university hospital: Pharmaceutical interventions. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 49, n. 4, p. 659–668, 2013.

MARQUES, Leonardo da Cunha. **Avaliação da eficácia do processo de conciliação medicamentosa de adultos na alta hospitalar: revisão sistemática de ensaios clínicos**. Orientadora: Profa. Dra. Eliane Ribeiro. 2020. 55 p. Trabalho de Conclusão do Curso (Bacharelado em Farmácia-Bioquímica) - Universidade de São Paulo, São Paulo-SP. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/8bfbd0e4-3665-4dab-b05c-21f8233325f2/3059196.pdf>. Acesso em: 3 de ago de 2023.

MENDES, Antonio Eduardo Matoso. **Conciliação de medicamentos na admissão hospitalar: um ensaio clínico randomizado**. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna e Ciências da Saúde), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/42441>. Acesso em: 2 de agosto de 2023.

MENEZES, Ana Paula Simões *et al.* Percepção da equipe multiprofissional de saúde em relação às conciliações de medicamentos no contexto hospitalar. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, [s. l.], v. 25, ed. 2, p. 76-84, 17 abr. 2022. DOI <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2022.v25i2.1274>. Disponível em: <http://http://revistarebram.com/index.php/revistauniara>. Acesso em: 2 ago. 2023.

MENEZES, Karine Barbosa de *et al.* Associação entre discrepâncias medicamentosas e o tempo de internação na clínica cirúrgica em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. 2021;12(2):0547. DOI: 10.30968/rbfhss.2021.122.0547.

MENEZES, Milza Maria dos Santos. **Revisão integrativa sobre as atividades assistenciais do farmacêutico clínico**. Orientador: Ivonete Batista de Araújo. 2022. 26 p. Trabalho de conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2022.

MILANI, Anna Caroline; ARAUJO, Elaine de Oliveira; POLISEL, Camila Guimarães. Pharmacotherapeutic problems and pharmaceutical interventions in critical hospitalized patients TT - Problemas farmacoterapêuticos e intervenções farmacêuticas em pacientes críticos hospitalizados. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 42, n. 2, p. 369– 392, 2018.

MINISTÉRIO DE SAÚDE (Brasil). **PORTARIA Nº 529, DE 1 DE ABRIL DE 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 2 de agosto de 2023.

MINISTÉRIO DE SAÚDE (Brasil). **PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html). Acesso em: 2 de agosto de 2023.

MINISTRY OF HEALTH OF SINGAPORE. **The National Medication Reconciliation Guidelines**. 2018. Disponível em <https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider5/defaultdocument-library/national-medication-reconciliation-guidelines-2018.pdf>. Acesso em: 3 de agosto de 2023.

MOGES, Tilaye Arega *et al.* Unintended medication discrepancies and associated factors upon patient admission to the internal medicine wards: identified through medication reconciliation. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 22, p. 1-13, 2022. DOI <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08628-5>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08628-5>. Acesso em: 2 ago. 2023.

MOTA, Carlos Jonatas Fonseca *et al.* Conciliação medicamentosa em unidade de clínica médica como estratégia para Segurança do Paciente em um hospital universitário. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, ed. 10, p. 1-10, 10 ago. 2022. DOI <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32128>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32128>. Acesso em: 2 ago. 2023.

NAVARRO, Mariana. **Sistemas de classificação de intervenções farmacêuticas em ambiente hospitalar: revisão integrativa e proposta de modelo**. Orientador: Eliane Ribeiro. 2020. 48 p. Trabalho de conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia-Bioquímica) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, 2020.

OLIVEIRA, Maria Emília Carneiro de *et al.* Discrepância de conciliação medicamentosa na emergência de um hospital público do estado da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42 (1), p. 127-144, 2018.

PARK, Bogeum *et al.* Clinical and economic impact of medication reconciliation by designated ward pharmacists in a hospitalist-managed acute medical unit. **Elsevier: Research in Social and Administrative Pharmacy**, [s. l.], v. 18, p. 2683-2690, 2021. DOI <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.06.005>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741121002072?via%3Dihub>. Acesso em: 2 ago. 2023.

PFISTER, Bettina; JONSSON, Jeanette; GUSTAFSSON, Maria. Drug-related problems and medication reviews among old people with dementia. **BMC Pharmacology and Toxicology**, v. 18(1), p. 1-11, 2017.

PEIXOTO, Elizandra Souza. **Reconciliação medicamentosa como estratégia para redução de discrepâncias na prescrição: revisão de literatura.** Orientador (a): Prof. Msc. Valdenizia Rodrigues Silva. 2021. 32 p. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Farmácia) - Faculdade Maria Milza - GOVERNADOR MANGABEIRA-BA, 2021. Disponível em: <http://famamportal.com.br:8082/jspui/handle/123456789/2186>. Acesso em: 3 de ago de 2023.

PILOTO, Valéria dos Santos. **O Papel do Farmacêutico Hospitalar na Conciliação Medicamentosa.** Orientador: Vera Lucia Matias Gomes Geron. 2021. 31 p. Trabalho de conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) - Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, ARIQUEMES – RO, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unifaema.edu.br/handle/123456789/2958>. Acesso em: 2 ago. 2023.

RAMALHO, Paula Carneiro. **Avaliação de problemas farmacoterápicos e fatores associados identificados em pacientes atendidos pelo serviço de conciliação de medicamentos em um hospital de médio porte de minas gerais.** Orientador: Andrea Grabe Guimaraes. 2022. 74 p. Dissertação (Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas) - Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto/MG, 2022.

REIS, Daniela Aparecida Hens. **Conciliação Medicamentosa Associada a Intervenções Farmacêuticas: Uma Prática Clínica do Farmacêutico do Programa de Transplante Renal em Hospital Universitário.** Orientador: Diogo Pilger. 2020. 37 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 2020. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/220578>. Acesso em: 2 ago. 2023.

RODRIGUES F., Flávio; FIRMINO, Paulo Yuri; FREIRE, Natália Martins. Avaliação de um serviço de reconciliação medicamentosa em um hospital privado de Fortaleza-CE: indicadores de qualidade. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 12(1), p. 1-7, 2021.

RODRIGUES, João Paulo Vilela et al. Analysis of clinical pharmacist interventions in the neurology unit of a Brazilian tertiary teaching hospital. **PLOS One**, 14(1), e0210779, 2019.

SÁEZ-BENITO, Loreto et al. Evidence of the clinical effectiveness of cognitive pharmaceutical services for aged patients. **Age and Ageing**, v. 42, n. 4, p. 442–449, 2013.

SANTOS, Calize Oliveira dos et al. Reconciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de sistema eletrônico. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 368-377, 2019.

SILVA, Andréia Cristina Araújo et al. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, v.21, p. 1-9, 2016.

SILVA, Thamires Barboza da; ALVEZ-ZARPELLON, Stella Pegoraro; LAUREANO, João Victor. Conciliação medicamentosa em uma unidade de internação de hospital público do Sul do Brasil. **Infarma**, v. 33, p. 158-166, 2021.

SILVA, Weilla Patricia Cordeiro *et al.* A importância da conciliação medicamentosa em hospitais brasileiros. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, ed. 1, p. 1-11, 1 jan. 2022. DOI <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24091>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24091>. Acesso em: 2 ago. 2023.

SILVESTRE, Carina Carvalho; LYRA JUNIOR, Divaldo. (2018). Os três C's da conciliação de medicamentos: realidade e perspectivas. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 9(1), p. 1-2, 2018.

SILVESTRE, Carina Carvalho. **Conciliação de medicamentos: fatores de risco, documentação de prática e desenvolvimento de instrumento de avaliação**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Sergipe, Aracaju, 2018.

STEURBAUT, Stephane *et al.* Medication history reconciliation by clinical pharmacists in elderly inpatients admitted from home or a nursing home. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 44, n. 10, p. 1596-1603, 2010.

STUDER, Helene *et al.* The impact of pharmacist-led medication reconciliation and interprofessional ward rounds on drug-related problems at hospital discharge. **International Journal of Clinical Pharmacy**, [s. l.], v. 45, p. 117–125, 2023. DOI <https://doi.org/10.1007/s11096-022-01496-3>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-022-01496-3>. Acesso em: 2 ago. 2023.

TAVARES, Mauren Krüger. **Análise de conformidade do processo de conciliação medicamentosa em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital universitário**. (Residência Multidisciplinar. Universidade Federal de Santa Catarina), 2019.

THE INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES CANADA (ISMP). **Medication reconciliation in Acute Care (MedRec)**, 2011 [online]. Disponível em: [https://www.ismpcanada.org/download/MedRec/Medrec\\_AC\\_English\\_GSK\\_V3.pdf](https://www.ismpcanada.org/download/MedRec/Medrec_AC_English_GSK_V3.pdf). Acesso em: 3 de ago de 2023.

TORNATORE, Ana Luiza Rilko Mattar. **Avaliação da notificação de eventos adversos em um hospital universitário do interior de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Transitions of Care Technical Series**, 2016. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/315112514\\_Transitions\\_of\\_Care\\_Technical\\_Series\\_on\\_Safer\\_Primary\\_Care](https://www.researchgate.net/publication/315112514_Transitions_of_Care_Technical_Series_on_Safer_Primary_Care). Acesso em: 3 de ago de 2023.

ZANETTI, Ariane Cristina Barboza. **Segurança do paciente e medicamentos potencialmente perigosos: adaptação transcultural de um questionário**.

Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

## APÊNDICE A – TABELA DE INFORMAÇÕES DOS ARTIGOS

TÍTULO E AUTOR	LOCAL DO ESTUDO	LOCAL E ANO DE PUBLICAÇÃO	BASE DE DADOS	CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	CONCLUSÃO DO ARTIGO
Impact of Medication Reconciliation by a Dialysis Pharmacist (Impacto da Reconciliação Medicamentosa por um Farmacêutico de Diálise) - Summer A. Dyer, Victoria Nguyen, Sally Rafie e Linda Awdishu.	Centros de Medicare e Medicaid Services (CMS), no Programa de Incentivo à Qualidade da Doença Renal em Estágio Final (ESRD QIP).	Revista Kidney360 - 2022.	Artigo colhido do Pubmed.	<b>TIPO DE ESTUDO:</b> retrospectivo de centro único. <b>OBJETIVO:</b> avaliar o efeito de um farmacêutico em diálise realizando reconciliação de medicamentos em uma unidade de hemodiálise no centro. <b>COLETA DE DADOS:</b> foi realizada por a revisão manual de prontuários das anotações dos farmacêuticos e os dados demográficos foram obtidos dos formulários CMS-2728.	Conclui-se que o trabalho apoia a utilização do farmacêutico clínico para realizar a conciliação medicamentosa, também demonstra os tipos de erros de medicamentos encontrados em uma população de diálise e destaca os tipos de discrepâncias que devem ser abordadas ao executar reconciliação de medicamentos em uma população de diálise.
<b>LINK DO ARTIGO</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36128498/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36128498/</a>				
TÍTULO E AUTOR	LOCAL DO ESTUDO	LOCAL E ANO DE PUBLICAÇÃO	BASE DE DADOS	CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	CONCLUSÃO DO ARTIGO
Effect of a Pharmacist Admission Medication Reconciliation Service at a Children's Hospital (Efeito de um Medicamento de Admissão do Farmacêutico Serviço de reconciliação em um hospital infantil) - Sara W. Hovey, Kristen W. Click e Jessica L. Jacobson.	No Rush University Children's Hospital que é um hospital infantil dentro de um centro médico acadêmico de atendimento terciário em Chicago.	The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics- 2023.	Artigo colhido do Pubmed.	<b>TIPO DE ESTUDO:</b> estudo de coorte, observacional e prospectivo. <b>OBJETIVO:</b> avaliar o efeito clínico e estimar o custo evitado atribuído a um serviço de conciliação de medicamentos na admissão administrado por farmacêutico em um hospital infantil. <b>COLETA DE DADOS:</b> foram coletados prospectivamente por todos os farmacêuticos pediátricos que realizavam a reconciliação medicamentosa durante o período do estudo, catalogavam todas as intervenções realizadas e faziam uma avaliação de risco das intervenções realizadas, também eram coletados dados demográficos do paciente, e eram armazenados e analisados usando o software online REDCap.	A implementação de um serviço de reconciliação de medicamentos na admissão liderado pelo farmacêutico para pacientes pediátricos melhorou a segurança dos medicamentos e resultou em redução significativa de custos, o que justifica o investimento nesses recursos farmacêuticos.
<b>LINK DO ARTIGO</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36777983/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36777983</a>				
TÍTULO E AUTOR	LOCAL DO ESTUDO	LOCAL E ANO DE PUBLICAÇÃO	BASE DE DADOS	CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	CONCLUSÃO DO ARTIGO

<p>Pharmacist impact on medication reconciliation of behavioral health patients boarding in the emergency department (Impacto do farmacêutico na reconciliação medicamentosa de pacientes de saúde comportamental internados no serviço de emergência) - Mary Accomando, Kyle DeWitt, Blake Porter.</p>	<p>Departamento de emergência de um grande centro médico acadêmico rural.</p>	<p>The Mental Health Clinician -<b>2022</b>.</p>	<p>Artigo colhido do Pubmed.</p>	<p><b>TIPO DE ESTUDO:</b> revisão retrospectiva. <b>OBJETIVO:</b> determinar o número e o tipo de discrepâncias medicamentosas encontradas com a intervenção do farmacêutico e comparar o tempo para o início dos medicamentos antes da admissão com um farmacêutico versus um não farmacêutico completando a reconciliação medicamentosa. <b>COLETA DE DADOS:</b> Um formulário padronizado foi usado para coletar antes da admissão uma lista atualizada de medicamentos com o paciente, família e/ou cuidador. As discrepâncias foram registradas em um documento seguro do Excel, categorizadas como não uso, omissão, dose errada, frequência errada ou duplicata e o número de discrepâncias por paciente foi documentado.</p>	<p>Este estudo retratou um dos muitos valores dos farmacêuticos no ambiente hospitalar, especialmente na população de pacientes de saúde comportamental, onde uma continuação precisa dos medicamentos usados antes da admissão pode prevenir uma maior deterioração clínica. Foi observado que adicionar o farmacêutico no processo de conciliação levou a identificação de discrepâncias em 89% dos pacientes e também que com o envolvimento desse profissional houve uma quantidade significativamente maior de medicamentos que foram solicitados antes da admissão para um número maior de pacientes internos.</p>
<p><b>LINK DO ARTIGO</b></p>	<p><a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9190267/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9190267/</a></p>				
<p><b>TÍTULO E AUTOR</b></p>	<p><b>LOCAL DO ESTUDO</b></p>	<p><b>LOCAL E ANO DE PUBLICAÇÃO</b></p>	<p><b>BASE DE DADOS</b></p>	<p><b>CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO</b></p>	<p><b>CONCLUSÃO DO ARTIGO</b></p>
<p>The impact of pharmacist-led medication reconciliation and interprofessional ward rounds on drug-related problems at hospital discharge (O impacto da reconciliação medicamentosa liderada pelo farmacêutico e das rondas interprofissionais sobre os problemas relacionados a medicamentos na alta hospitalar) - Helene Studer, Tamara L. Imfeld-Isenegger, Patrick E. Beeler, Marco G. Ceppi, Christoph Rosen, Michael Bodmer, Fabienne Boeni, Kurt E. Hersberger e</p>	<p>Hospital cantonal de Zug na Suíça.</p>	<p>International Journal of Clinical Pharmacy- <b>2022</b>.</p>	<p>Artigo colhido no Pubmed.</p>	<p><b>TIPO DE ESTUDO:</b> estudo de coorte retrospectivo de centro único. <b>OBJETIVO:</b> O principal foi analisar o impacto de atividades isoladas e sua combinação (conciliação medicamentosa liderada pelo farmacêutico na admissão e visitas interprofissionais durante a internação) no número de problemas relacionados a medicamentos na alta hospitalar, e o secundário foi descrever a influência dessas atividades lideradas por farmacêuticos no padrão (tipo e frequência) de problemas relacionados a medicamentos. <b>COLETA DE DADOS:</b> O banco de dados usado para esta análise foi baseado em informações recuperadas dos prontuários do hospital, dos registros da farmácia comunitária do hospital e do escritório de compensação do hospital.</p>	<p>Pode-se concluir que realizar a conciliação medicamentosa liderada pelo farmacêutico na admissão ao invés de história medicamentosa pelo médico e visitas interprofissionais durante a internação mostrou uma associação significativa com um número menor de problemas relacionados a medicamentos na prescrição de alta. Também se observou que a inclusão dos farmacêuticos na trajetória dos pacientes durante a internação pode melhorar a segurança destes.</p>

Markus L. Lampert.					
<b>LINK DO ARTIGO</b>	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9938815/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9938815/</a>				
<b>TÍTULO E AUTOR</b>	<b>LOCAL DO ESTUDO</b>	<b>LOCAL E ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	<b>BASE DE DADOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO</b>	<b>CONCLUSÃO DO ARTIGO</b>
Clinical and economic impact of medication reconciliation by designated ward pharmacists in a hospitalist-managed acute medical unit (Impacto clínico e econômico da reconciliação de medicamentos por farmacêuticos de enfermagem designados em uma unidade médica de agudos gerenciada por hospitalista) - Bogeum Park, Anna Baek, Yoonhee Kim, Yewon Suh, Jungwha Lee, Eunsook Lee, Ju-Yeun Lee, Euni Lee, Jongchan Lee, Hee Sun Park, Eun Sun Kim, Yejee Lim, Nak-Hyun Kim, Jung Hun Ohn, Hye Won Kim.	Unidade médica aguda do centro de medicina hospitalar do Hospital Bundang da Universidade Nacional de Seul, um único hospital acadêmico terciário na Coreia do Sul.	Research in Social and Administrative Pharmacy- 2021.	Artigo colhido da Pubmed.	<b>TIPO DE ESTUDO:</b> estudo observacional retrospectivo. <b>OBJETIVO:</b> avaliar o impacto clínico e econômico de um serviço de reconciliação de medicamentos em um modelo de farmacêuticos de enfermagem designados trabalhando em uma unidade médica de agudos gerenciada por hospitalistas como parte de uma equipe multidisciplinar. <b>COLETA DE DADOS:</b> comparou-se registros de intervenção do farmacêutico antes e depois da implementação de um serviço de reconciliação de medicamentos por farmacêuticos designados utilizando o sistema de registro médico eletrônico, onde a frequência e o tipo de intervenção foram avaliados e seu impacto clínico foi estimado de acordo com o tempo de internação e a taxa de readmissão em 30 dias.	Foi mostrado que as colaborações envolvendo a participação de farmacêuticos designados em uma unidade médica aguda gerenciada por médicos contribuíram positivamente para a segurança dos pacientes e tiveram um impacto econômico em ambientes clínicos. Além disso, a inclusão de um canal compartilhado no sistema EMR melhorou a comunicação centrada no paciente entre médicos e farmacêuticos.
<b>LINK DO ARTIGO</b>	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741121002072?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741121002072?via%3Dihub</a>				
<b>TÍTULO E AUTOR</b>	<b>LOCAL DO ESTUDO</b>	<b>LOCAL E ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	<b>BASE DE DADOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO</b>	<b>CONCLUSÃO DO ARTIGO</b>
Clinical Pharmacist Led Medication Reconciliation Program in the Emergency Department Observation Unit (Medicação liderada por farmacêutico clínico Programa de reconciliação em caso de emergência Unidade de Observação do Departamento) - Stephanie	Langone Health-Tisch Hospital da Universidade de Nova York.	Journal of Pharmacy Practice – 2022.	Artigo colhido do Pubmed.	<b>TIPO DE ESTUDO:</b> revisão de prontuário retrospectiva <b>OBJETIVO:</b> o principal deste estudo foi avaliar a eficácia da reconciliação de medicamentos liderada pelo farmacêutico na redução das taxas de visitas ao pronto-socorro. O secundário deste estudo foi avaliar se um farmacêutico clínico reduz os erros de medicação em uma unidade de observação de emergência. <b>COLETA DE DADOS:</b> Os dados do estudo foram coletados e gerenciados usando as	Os benefícios de ter um farmacêutico clínico realizando a reconciliação de medicamentos são destacados pela redução de visitas ao pronto socorro, economia de custos e quantidade prolífica de erros corrigidos.

Cardinale, Tajinderpal Saraon, Nawang Lodo, Abdullah Alshehry, Melanie Raffoul, Christopher Caspers, Ety Vider.				ferramentas eletrônicas de captura de dados REDCap hospedadas na NYU Langone Health, e os pacientes transferidos para a unidade de observação de emergência receberam um histórico de medicamentos pela enfermeira ou farmacêutico clínico.	
<a href="https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/08971900221091174?url_ver=Z39.88-2003&amp;rfr_id=ori:rid:crossref.org&amp;rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed">https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/08971900221091174?url_ver=Z39.88-2003&amp;rfr_id=ori:rid:crossref.org&amp;rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed</a>					
TÍTULO E AUTOR	LOCAL DO ESTUDO	LOCAL E ANO DE PUBLICAÇÃO	BASE DE DADOS	CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	CONCLUSÃO DO ARTIGO
Pharmacist-driven medication reconciliation reduces oral oncolytic medication errors during transitions of care (A reconciliação medicamentosa orientada pelo farmacêutico reduz os erros de medicação oncolítica oral durante as transições de cuidados) - Colleen Heffner, Megan Dillaman, Jordan Hill.	Grande centro médico acadêmico.	American Journal of Health-System Pharmacy – 2020.	Artigo colhido da Pubmed.	<b>TIPO DE ESTUDO:</b> revisão retrospectiva de pacientes. <b>OBJETIVO:</b> caracterizar os erros de medicação associados a oncolíticos orais quando pacientes com câncer foram internados no ambiente hospitalar e identificar os fatores contribuintes que levam a erros. <b>COLETA DE DADOS:</b> Os desfechos primários, que são a taxa de erros de medicação relacionados à terapia oncolítica oral quando o paciente foi internado no hospital, foram avaliados por estatística descritiva e os dados categóricos foram avaliados pelo teste exato de Fisher.	Concluiu-se que a implantação ou expansão dos serviços de conciliação medicamentosa em farmácia é fortemente recomendada, pois essa intervenção demonstrou diminuir significativamente a incidência de erro que podem ocorrer durante a internação hospitalar em pacientes com câncer em tratamento com terapias oncolíticas orais.
<b>LINK DO ARTIGO</b>	<a href="https://academic.oup.com/ajhp/article-abstract/77/Supplement_4/S100/5877687?redirectedFrom=fulltext&amp;login=false">https://academic.oup.com/ajhp/article-abstract/77/Supplement_4/S100/5877687?redirectedFrom=fulltext&amp;login=false</a>				

TÍTULO E AUTOR	LOCAL DO ESTUDO	LOCAL E ANO DE PUBLICAÇÃO	BASE DE DADOS	CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	CONCLUSÃO DO ARTIGO
A importância da conciliação medicamentosa na prática da farmácia clínica em hospitais - Conceição Beatriz Costa de Lira, Valéria Mirla de Oliveira.	Universidade Federal do Rio Grande do Norte.	Brazilian Journal of Development – 2021.	Para o estudo foram usadas as bases de dados PubMed e Scielo; Artigo colhido no Google Acadêmico.	<b>TIPO DE ESTUDO:</b> revisão de literatura. <b>OBJETIVO:</b> avaliar a importância da conciliação medicamentosa na prática da farmácia clínica em hospitais. <b>POPULAÇÃO DO ESTUDO:</b> foi definida como pacientes atendidos em hospitais de pequeno, médio e grande porte que realizam o serviço de conciliação medicamentosa. <b>CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS ARTIGOS:</b> estudos que reflitam os impactos da conciliação medicamentosa em ambientes hospitalares; idioma do estudo ser em inglês,	A conciliação medicamentosa mostrou-se ser de suma importância na prática da farmácia da clínica e essencial para a assistência prestada ao paciente. Quando o farmacêutico oferta o serviço de conciliação a qualidade deste é superior, pois ele relaciona os seus conhecimentos técnicos com a clínica do paciente, conseguindo prevenir eventuais

				espanhol, francês ou português; publicação realizada nos últimos 15 anos e possuir em resumo disponível.	erros de prescrição e vai resolvendo discrepâncias que são encontradas durante o processo.
<b>LINK DO ARTIGO</b>	<a href="https://scholar.archive.org/work/5l4be6zox5avhbsylwerzevww4/access/wayback/https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/download/35899/pdf">https://scholar.archive.org/work/5l4be6zox5avhbsylwerzevww4/access/wayback/https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/download/35899/pdf</a>				
<b>TÍTULO E AUTOR</b>	<b>LOCAL DO ESTUDO</b>	<b>LOCAL E ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	<b>BASE DE DADOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO</b>	<b>CONCLUSÃO DO ARTIGO</b>
Conciliação de medicamentos na admissão hospitalar para a segurança do paciente: uma revisão - Tatiane Cristina de Castro Brito, Ronara Camila de Souza Groia Veloso, Mayra Rodrigues Fernandes, Georgiane de Castro Oliveira, Iwyson Henrique Fernandes da Costa, Cecília Freitas Araújo, Kirla Barbosa Detoni.	Curso de Pós Graduação em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica da Universidade Estácio de Sá.	Brazilian Journal of Health Review – 2022.	No estudo foram usadas as bases de dados Science Direct, Scielo, Caribe em Ciências da Saúde e Pubmed; Artigo colhido da Google Acadêmico.	<b>TIPO DE ESTUDO:</b> revisão de literatura. <b>OBJETIVO:</b> realizar um levantamento bibliográfico sobre conciliação de medicamentos com foco na segurança do paciente, nas principais causas de discrepâncias na admissão hospitalar e importância do farmacêutico clínico nesse contexto. <b>CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE ARTIGOS:</b> foram incluídos textos consagrados na literatura sobre segurança do paciente e transição do cuidado publicados pela Organização Mundial de Saúde como 3º Desafio Global de Segurança do Paciente com o tema “Medicação sem Danos” (OMS, 2017) e boletins do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP-Brasil).	O processo de conciliação medicamentosa deve ser realizado e documentado por toda a equipe multiprofissional. Além de sua formação e experiência no processo de cuidado, o farmacêutico clínico é um profissional que desempenha papel fundamental na conciliação de medicamentos, se mostrando essencial para segurança e qualidade da assistência em saúde.

<b>LINK DO ARTIGO</b>	<a href="https://ury1.com/TWyl4">https://ury1.com/TWyl4</a>				
<b>TÍTULO E AUTOR</b>	<b>LOCAL DO ESTUDO</b>	<b>LOCAL E ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	<b>BASE DE DADOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO</b>	<b>CONCLUSÃO DO ARTIGO</b>
O papel do farmacêutico hospitalar na conciliação medicamentosa - Valéria dos Santos Piloto.	Faculdade de Educação e Meio Ambiente.	Faculdade de Educação e Meio Ambiente – 2021.	No estudo foram usadas as bases de dados SCIELO ( <i>Scientific Eletronic Library Online</i> ), Google Acadêmico, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Biblioteca Júlio Bordignon. Artigo colhido no Google Acadêmico.	<b>TIPO DE ESTUDO:</b> revisão bibliográfica. <b>OBJETIVO:</b> destacar o papel do farmacêutico hospitalar na conciliação medicamentosa. <b>CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS ARTIGOS:</b> foram selecionadas referências atuais e pertinentes, cujo conteúdo foi avaliado e usado de maneira a contribuir com o estudo deste trabalho.	Pode ser observado neste estudo que os cuidados do farmacêutico podem prevenir e serem efetivos para identificar possíveis erros de medicação. A conciliação medicamentosa tem relação direta com a segurança em saúde, já que por meio dela torna-se possível a redução dos riscos e a minimização dos prováveis eventos adversos que ocorrem com frequência durante o cuidado.
<b>LINK DO AUTOR</b>	<a href="https://repositorio.unifaema.edu.br/handle/123456789/2958">https://repositorio.unifaema.edu.br/handle/123456789/2958</a>				
<b>TÍTULO E AUTOR</b>	<b>LOCAL DO ESTUDO</b>	<b>LOCAL E ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	<b>BASE DE DADOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO</b>	<b>CONCLUSÃO DO ARTIGO</b>
Percepção da equipe multiprofissional de saúde em relação às conciliações de medicamentos no contexto hospitalar - Ana Paula Simões	Hospital Universitário Mário Araújo, vinculado ao Centro Universitário da Região da	Revista Brasileira Multidisciplinar – 2022.	Artigo colhido no Google Acadêmico.	<b>TIPO DE ESTUDO:</b> Observacional, descritiva e qualitativa. <b>OBJETIVO:</b> avaliar a percepção da equipe multiprofissional de saúde em um hospital universitário em relação às conciliações de medicamentos. <b>COLETA DE DADOS:</b>	Pode-se concluir que as conciliações de medicamentos são uma ferramenta essencial para evitar erros de medicação e que o farmacêutico possui um maior

Menezes, Caroline Nunes dos Santos, Martha Niederauer Ribeiro.	Campanha-URCAMP (Bagé-RS).			através de entrevista semiestruturada, ocorreu a gravação e posterior degravação da fala dos depoentes, para posterior análise de conteúdo gerador das categorias emergentes, através do método de Bardin (BARDIN, 2011).	reconhecimento quando exerce serviços clínicos, pois percebe-se ele mais atuante no contexto hospitalar, reafirmando o seu espaço perante o corpo multidisciplinar, e deste modo, inovando o seu perfil profissional. A conciliação serve como indicador de qualidade dos serviços farmacêuticos, assim como para a segurança do paciente no contexto hospitalar.
<b>LINK DO AUTOR</b>	<a href="https://revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/1274">https://revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/1274</a>				
<b>TÍTULO E AUTOR</b>	<b>LOCAL DO ESTUDO</b>	<b>LOCAL E ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	<b>BASE DE DADOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO</b>	<b>CONCLUSÃO DO ARTIGO</b>
Conciliação medicamentosa associada a intervenções farmacêuticas: uma prática clínica do farmacêutico do programa de transplante renal em hospital universitário - Daniela Aparecida Hens Reis.	Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), com dados da Seção de Farmácia Clínica do HCPA.	Universidade Federal do Rio Grande do Sul – 2020.	Artigo colhido do Google Acadêmico.	<b>TIPO DE ESTUDO:</b> observacional, descritivo e retrospectivo. <b>OBJETIVO:</b> descrever as conciliações medicamentosas de admissão realizada pelo farmacêutico que atua no Programa de transplante renal e as intervenções farmacêuticas realizadas através dessa prática clínica. <b>COLETA DE DADOS:</b> foi realizada manualmente consultando os bancos de dados da Seção de Farmácia Clínica do hospital e os prontuários dos pacientes, as informações foram registradas em tabelas no Excel.	Conclui-se que a conciliação medicamentosa realizada no momento da admissão pelo farmacêutico é essencial para detectar discrepâncias relacionadas aos medicamentos prescritos durante a internação. A intervenções farmacêuticas garantem a segurança do paciente e uma continuação adequada do tratamento, para diminuir chances de erros e de eventos adversos.
<b>LINK DO AUTOR</b>	<a href="https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/220578">https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/220578</a>				
<b>TÍTULO E AUTOR</b>	<b>LOCAL DO ESTUDO</b>	<b>LOCAL E ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	<b>BASE DE DADOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO</b>	<b>CONCLUSÃO DO ARTIGO</b>
Conciliação medicamentosa em unidade de clínica médica como estratégia para Segurança do Paciente em um hospital universitário - Carlos Jonatas Fonseca Mota, Mirian Brasil	Unidade de clínica médica do Hospital Universitário Getúlio Vargas, localizado no estado do Amazonas.	Research, Society and Development – 2022.	Artigo colhido do Google Acadêmico.	<b>TIPO DE ESTUDO:</b> descritivo e prospectivo. <b>OBJETIVO:</b> analisar o perfil da conciliação medicamentosa em pacientes internados em um hospital universitário. <b>COLETA DE DADOS:</b> A uniformidade da coleta de dados foi garantida através do preenchimento de um questionário individualizado, foram analisadas as variáveis	A realização do serviço de conciliação medicamentosa pela equipe de farmácia clínica se mostra de grande importância para a segurança do paciente no âmbito hospitalar, sendo um instrumento fundamental para a otimização da

Magalhães de Oliveira, Kedma Melo da Silva, Elizianne Andrade Burton, Vivian Nascimento Pereira, Rebeka Caribé Badin.				como sexo, idade, tempo de permanência, diagnóstico de admissão hospitalar, presença de comorbidades, alergias, reações adversas a medicamentos e informações sobre utilização de medicamentos anteriores a admissão, e com base nessas informações foi realizada uma lista de medicamentos e houve a comparação dessa com a prescrição médica hospitalar.	farmacoterapia, reduzindo as discrepâncias não intencionais.
<b>LINK DO AUTOR</b>	<a href="https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32128">https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32128</a>				