

RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA REALIZADA POR FARMACÊUTICOS EM HOSPITAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Medication reconciliation performed by pharmacists in hospitals: an integrative review

Laura Pereira Mezavila¹; Ramone do Amaral Bertussi¹.

¹Curso de Farmácia, Universidade de Caxias do Sul - Caxias do Sul, Rio Grande do Sul - Brasil

RESUMO

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão integrativa da literatura pertinente às reconciliações medicamentosas realizadas por farmacêuticos no ambiente hospitalar. A busca pelos estudos foi realizada nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *National Library of Medicine* (PubMed), com o emprego dos descritores: Medication Reconciliation; Patient Safety; Pharmacists. Doze artigos foram incluídos no estudo, oito observacionais e quatro ensaios clínicos. A admissão se mostrou a etapa onde as reconciliações foram predominantemente realizadas. A omissão de medicamento foi a discrepância mais prevalente identificada nos estudos, sendo as classes de medicamentos de uso crônico as mais envolvidas. O estudo demonstrou que o farmacêutico desempenha um papel importante na identificação de discrepâncias durante as reconciliações, reduzindo erros relacionados ao uso dos medicamentos e consequentemente colaborando para a segurança do paciente no ambiente hospitalar durante as distintas trocas de cuidados.

Palavras-chave: reconciliação de medicamentos; segurança do paciente; farmacêutico.

ABSTRACT

The aim of this study was to carry out an integrative review of the relevant literature to medication reconciliations performed by pharmacists in the hospital environment. The search for studies was carried out in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and National Library of Medicine (PubMed) databases, using the following descriptors: Medication Reconciliation; Patient Safety; Pharmacists. Twelve articles were included in the study, eight observational and four clinical trials. Admission proved to be the stage where reconciliations were predominantly carried out. Medication omission was the most prevalent discrepancy identified in the studies, with chronic use medication classes being the most involved in these discrepancies. The study demonstrated that the pharmacist plays an important role in identifying discrepancies during reconciliations, reducing errors related to the use of medications and, consequently, contributing to patient safety in the hospital environment during the different exchanges of care.

Keywords: medication reconciliation; patient safety; pharmacists.

Autor correspondente: **Laura Pereira Mezavila**

Endereço: Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130, Caxias do Sul, Ipmezavila.

E-mail: rabertus@ucs.br

Tel: (54) 3218-2100

INTRODUÇÃO

Uma das inúmeras atribuições do farmacêutico no ambiente hospitalar é a de prezar, assim como os demais profissionais da área da saúde, pelo cuidado e segurança dos pacientes dentro do ambiente de saúde e também no seguimento do seu tratamento após a alta¹. No Brasil, a Resolução nº 585 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico, e respalda a realização da reconciliação medicamentosa, uma atividade de grande importância para a segurança no uso de medicamentos². O objetivo da reconciliação medicamentosa é melhorar a aplicação dos medicamentos em todos os âmbitos de transição do cuidado (como admissão, transferência e alta hospitalar), evitando assim, possíveis episódios de descontinuação de medicamentos e de duplicidades terapêuticas na mudança do paciente de nível de assistência à saúde. Essas transições, submetem o paciente a riscos, principalmente pela perda de informações e pela reduzida comunicação entre profissionais³.

A reconciliação medicamentosa, também conhecida como conciliação medicamentosa, é o processo metódico de obter a lista completa e precisa de todos os medicamentos que o paciente, na condição atual, faz uso em seu domicílio ou no setor prévio de internação. Nesse processo, são identificados os medicamentos que não possuem prescrição médica e que estão sendo utilizados pelo paciente, medicamentos prescritos que não estão sendo utilizados, subdoses ou sobredoses, interações entre medicamentos, horários de tomada inadequados e duplicidades terapêuticas. Tem como foco principal, evitar erros de medicação decorrentes de discrepâncias da prescrição, como medi-

camentos duplicados ou omitidos durante a troca de cuidado nos distintos níveis de atenção. Informações como nome do medicamento, frequência de uso, via utilizada e dose são essenciais para a avaliação e posterior reconciliação. No âmbito hospitalar, esse método é recomendado pelas organizações de acreditação hospitalar e muito utilizado com o intuito de evitar erros de medicação, e assim, garantir a segurança do paciente na instituição e após a sua alta⁴.

Em todo o mundo, os erros relacionados a medicamentos e as práticas insecuras de medicação configuram um dos principais motivos de prejuízo relacionados à assistência à saúde⁵. Diariamente, estima-se que os erros cometidos nas prescrições a nível hospitalar chegam a atingir o índice de 27%, devido à escassez de informações no momento da admissão, internação e alta⁶. Na alta hospitalar, estudos mostram que 49% dos pacientes vivenciam pelo menos um erro relacionado à prescrição posterior à alta, frequentemente envolvendo uso dos medicamentos. Além disso, a falta de planejamento de alta ou seu inadequado processo, pode acarretar em agravamento dos problemas de saúde e consequentes readmissões⁷.

Desta forma, o objetivo do presente trabalho é revisar a literatura pertinente a reconciliações medicamentosas realizadas por farmacêuticos em hospitais no Brasil e em outros países, identificar em quais etapas de transição de cuidado são mais realizadas, mensurar a prevalência de discrepâncias, identificar as classes farmacêuticas mais envolvidas nessas discrepâncias e mensurar o impacto dessa ação na segurança do paciente.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura do tipo qualitativa e de caráter exploratório. A busca pelos estudos científicos foi realizada nas plataformas *National Library of Medicine* (PubMed) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Apenas foram considerados estudos disponibilizados em língua inglesa, portuguesa e/ou espanhola, aplicando-se o intervalo de tempo a partir do ano de 2016 até 2023 e com acesso gratuito. Tanto estudos observacionais quanto os ensaios clínicos foram considerados elegíveis, embora as comparações entre eles tenham sido realizadas agrupando-se o tipo de estudo. Outras revisões de literatura não foram consideradas elegíveis.

Os seguintes descritores foram usados para acrescentar especificidade na busca: *Medication Reconciliation; Patient Safety; Pharmacists*. As palavras-chave foram inseridas de modo individual primeiramente, e após combinadas por meio do operador booleano “and”. Como critério de exclusão, utilizamos a palavra *Review* com o operador booleano “not”. O início da análise se deu pela leitura do título e do resumo do estudo. A inclusão dos estudos científicos teve como critério publicações que abordassem a impor-

tância da reconciliação de medicamentos realizada pelo farmacêutico no ambiente hospitalar e o impacto dessa ação para a segurança do paciente nas distintas trocas de cuidados. Os artigos que possuíam informações de interesse foram lidos na íntegra e incluídos na revisão integrativa. Estudos que não cumpriram os critérios de inclusão e estudos duplicados foram descartados.

RESULTADOS

Conforme fluxograma PRISMA apresentado na Figura 1, cumpriu-se a etapa de identificação, triagem e inclusão dos estudos científicos. No total, 12 estudos foram selecionados. Dentre eles, cinco foram publicados no ano de 2016, um no ano de 2017, um em 2019, dois no ano de 2021, dois em 2022 e um estudo publicado em 2023. Destes, quatro são ensaios clínicos e oito são estudos observacionais. Quanto ao local de desenvolvimento, três são estudos brasileiros e nove são estrangeiros. A reconciliação foi realizada na admissão em onze dos doze estudos, apenas em um estudo foi realizada na admissão e também na alta.

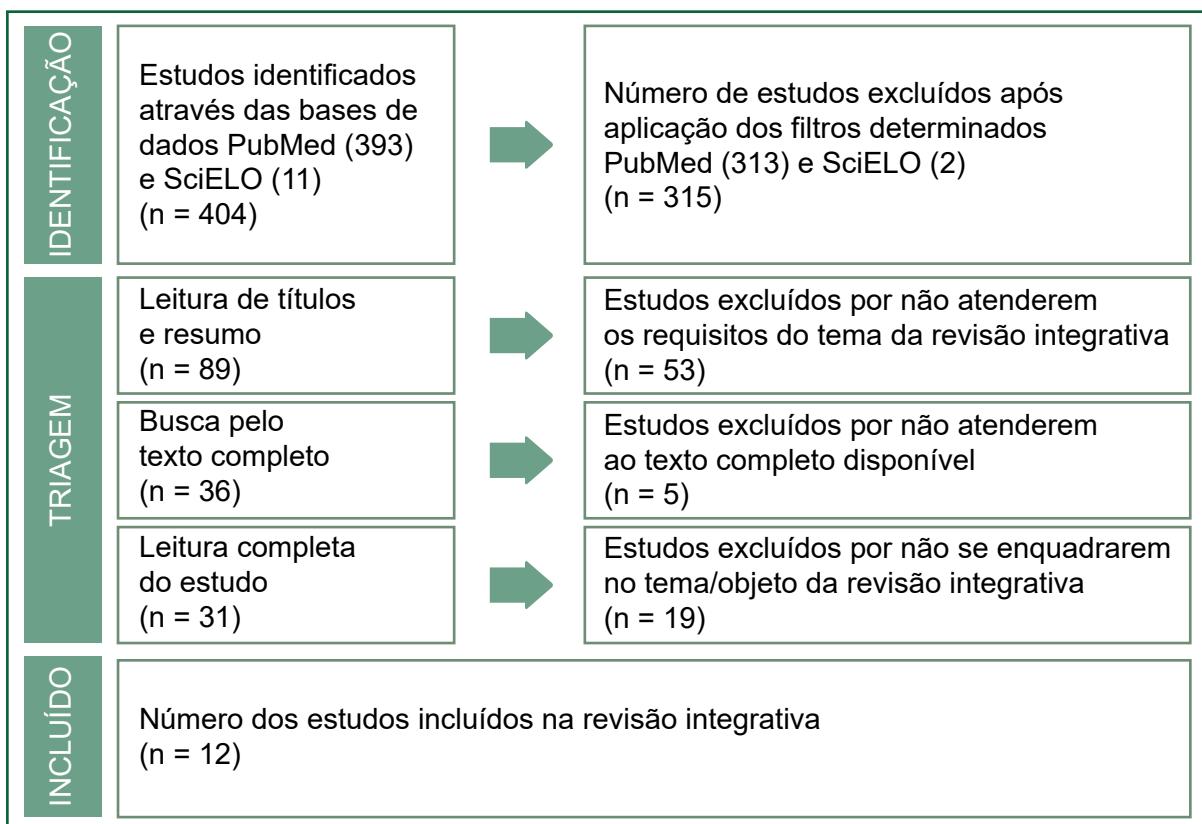


Figura 1 - Fluxograma PRISMA para a inclusão dos estudos na revisão integrativa.

No Quadro 1, estão apresentados os autores e anos, títulos, e informações re-

levantes extraídas dos estudos incluídos na revisão.

Estudos Observacionais					
Autor(es)/ Ano/ País	Título	Delineamento	Amostra/ Período de estudo	Etapa(s) que a RM foi realizada	Resultados obtidos
ABDULGHANI et al. (2017) ⁸ , Arábia Saudita	O impacto da reconciliação medicamentosa liderada pelo farmacêutico durante a internação em um hospital terciário	Estudo transversal prospectivo	286 pacientes com idade igual ou superior a 18 anos 2 meses	Admissão	A reconciliação de medicamentos foi realizada em até 24 horas após a admissão do paciente. Foram relatadas 537 discrepâncias, sendo uma ou mais discrepâncias não intencionais em 48,3% dos pacientes (138 pacientes). O tipo de discrepância mais comum foi a omissão. 48,3% das discrepâncias foram classificadas como improváveis de causar dano, 38% tinham potencial para causar desconforto moderado e 14% possuíam potencial para causar o óbito.

Quadro 1 - Artigos selecionados para a revisão integrativa da literatura.

Estudos Observacionais					
Autor(es)/ Ano/ País	Título	Delineamento	Amostra/ Período de estudo	Etapa(s) que a RM foi realizada	Resultados obtidos
ANDERSEN et al. (2022) ⁹ , Dinamarca	Conciliação de medicamentos no serviço de urgência: discrepâncias importantes de prescrições entre o registro de medicamentos e uso real de medicamentos pelos pacientes	Estudo transversal	100 pacientes com mais de 18 anos 3 dias	Admissão	De 852 prescrições, 240 discrepâncias foram identificadas entre a análise real do uso dos medicamentos e o registro no sistema. 81 (81%) pacientes apresentaram no mínimo uma discrepância. As discrepâncias mais identificadas foram pedidos fora de uso e dose incorreta.
CASTILHO; SPALLA (2016) ¹⁰ , Brasil	Reconciliação medicamentosa como estratégia de prevenção de erros de medicação	Estudo prospectivo transversal	60 pacientes com mais de 18 anos 6 meses	Admissão	Foram identificadas 26 discrepâncias, todas classificadas como não intencionais. A omissão e a dose incorreta foram as discrepâncias mais identificadas, sendo 21 discrepâncias (80%) onde o erro acontece mas não atinge o paciente e 5 discrepâncias (20%) em que o erro atinge o paciente mas não causa danos.
HOVEY; CLICK; JACOBSON (2023) ¹¹ , Estados Unidos	Efeito da reconciliação de medicamentos realizada pelo farmacêutico em um hospital infantil na admissão	Estudo prospectivo transversal	283 pacientes com idade menor de 18 anos 90 dias	Admissão	A reconciliação de medicamentos realizada nos 283 pacientes, representou 73% do total de internações nas 2 unidades pediátricas (capacidade de 388 pacientes ao todo). O tempo médio em que as reconciliações foram realizadas, foi de 24 horas após a admissão do paciente.

Estudos Observacionais					
Autor(es)/ Ano/ País	Título	Delineamento	Amostra/ Período de estudo	Etapa(s) que a RM foi realizada	Resultados obtidos
KARAOUI et al. (2019) ¹² , Líbano	Impacto da reconciliação medicamentosa administrada pela farmácia na admissão em serviço de medicina interna: experiência em dois hospitais universitários terciários	Estudo prospectivo piloto transversal	204 pacientes com mais de 18 anos 3 meses	Admissão	Durante a reconciliação de medicamentos, 195 discrepâncias não intencionais foram identificadas em 94 pacientes. 67,7% das discrepâncias rodeavam um medicamento prescrito e 32,3% medicamentos de venda livre. As discrepâncias mais identificadas foram omissão de medicamento (71,8%), dose incorreta (12,8%), medicamento incorreto (7,2%) e frequência incorreta (5,1%).
MARINOVIC et al. (2016) ¹³ , Croácia	Implementação de um programa liderado por farmacêuticos clínicos sobre reconciliação de medicamentos na admissão hospitalar: experiência de um único hospital universitário da Croácia	Estudo prospectivo observacional transversal	411 pacientes com mais de 18 anos 1 ano	Admissão	No processo de reconciliação de medicamentos, foram constatadas 1.200 discrepâncias medicamentosas, sendo 202 (16,8%) classificadas como não intencionais. 148 pacientes (35%) apresentaram uma ou mais discrepâncias não intencionais. O tipo mais comum foi a omissão de medicamentos (63,9%), seguida de dose incorreta (24,2%). 59,9% das discrepâncias, tinham potencial de causar dano moderado à grave ou deterioração clínica. A reconciliação ocorreu dentro de 24 horas após a admissão.
OLIVEIRA et al. (2022) ¹⁴ , Portugal	Reconciliação medicamentosa liderada por farmacêuticos na admissão em uma unidade hospitalar psiquiátrica aguda	Estudo observacional transversal	148 pacientes com mais de 18 anos 1 ano e 2 meses	Admissão	Foram identificadas no processo de reconciliação medicamentosa, 560 discrepâncias intencionais clinicamente justificadas e 359 discrepâncias não intencionais. As discrepâncias não intencionais identificadas foram a omissão de medicamento 302 (84,12%), dose incorreta 25 (6,96%), substituição de medicamento 20 (5,57%) e frequência incorreta 12 (3,34%). 29 discrepâncias foram consideradas graves. A reconciliação ocorreu dentro de 72 horas após a admissão.

Estudos Observacionais					
Autor(es)/ Ano/ País	Título	Delineamento	Amostra/ Período de estudo	Etapa(s) que a RM foi realizada	Resultados obtidos
SOARES, TREVISOL e TREVISOL (2021) ¹⁵ , Brasil	Discrepâncias de medicamentos em um hospital do Sul do Brasil: a importância da conciliação medicamentosa para a segurança do paciente	Estudo transversal retrospectivo	394 pacientes com mais de 18 anos 7 meses	Admissão	316 pacientes apresentaram discrepâncias na prescrição após processo de reconciliação de medicamentos (80,2%). Não foi possível identificar se as 397 discrepâncias foram intencionais ou não. A discrepância mais prevalente identificada foi a omissão 256 (64,5%).
Ensaios Clínicos					
CADMAN et al. (2016) ¹⁶ , Reino Unido	Reconciliação de medicamento realizada pelo farmacêutico dentro de 24 horas após a admissão e na alta: um estudo piloto controlado randomizado	Ensaio clínico randomizado piloto	200 pacientes com idade igual ou maior a 18 anos 9 meses	Admissão e alta	No grupo intervenção, a reconciliação medicamentosa foi realizada em até 24 horas após a internação. No grupo controle, a reconciliação medicamentosa foi executada em algum momento do período da internação ou não foi realizada. 84 pacientes do grupo intervenção composto por 100 pacientes, apresentaram discrepâncias não intencionais na admissão, em comparação com 88 pacientes do grupo controle que também possuía 100 pacientes. Na alta, apenas duas discrepâncias não intencionais foram identificadas nos pacientes do grupo intervenção, já no grupo controle foram identificadas 268 discrepâncias não intencionais.
CESCHI et al. (2021) ¹⁷ , Suíça	Efeito da reconciliação de medicamentos na admissão hospitalar em retornos de 30 dias ao hospital: um ensaio clínico randomizado	Ensaio clínico randomizado	1.702 pacientes com idade igual ou superior a 85 anos 14,5 meses	Admissão	Os pacientes do grupo intervenção (866 pacientes), foram submetidos à reconciliação medicamentosa dentro de 48 horas após a admissão. Os pacientes do grupo controle (836 pacientes) não foram submetidos a reconciliação de medicamentos. Dos 866 pacientes do grupo intervenção, 830 (95,8%) pacientes apresentaram uma ou mais discrepâncias, sendo a omissão, frequência e dose incorretas as mais identificadas.

Ensaios Clínicos					
Autor(es)/ Ano/ País	Título	Delineamento	Amostra/ Período de estudo	Etapa(s) que a RM foi realizada	Resultados obtidos
MENDES et al. (2016) ¹⁸ , Brasil.	Reconciliação medicamentosa na admissão do paciente: um estudo controlado randomizado	Ensaio clínico randomizado e controlado	133 pacientes com mais de 18 anos 6 meses	Admissão	A reconciliação de medicamentos no grupo intervenção, ocorreu nas primeiras 72 horas após a admissão. Dos 65 pacientes destinados ao grupo intervenção, onde a reconciliação medicamentosa foi realizada, 39 pacientes passaram pelo processo (26 óbitos/transferências). 68 pacientes foram designados para o grupo controle (prosseguiu os cuidados habituais da instituição), porém apenas 46 foram considerados (22 óbitos/transferências). No grupo intervenção, foram identificadas 327 discrepâncias, sendo 172 (52,6%) classificadas como não intencionais. Omissão, dose e frequência incorreta foram os tipos de discrepâncias mais comuns encontradas.
VEGA et al. (2016) ¹⁹ , Espanha	Conciliação medicamentosa em pacientes oncológicos: um ensaio clínico randomizado.	Ensaio clínico randomizado, controlado e aberto	147 pacientes com mais de 18 anos 7 meses	Admissão	O grupo intervenção era composto por 76 pacientes e o grupo controle 71 pacientes. 55 pacientes do grupo intervenção (37%) apresentaram pelo menos uma discrepância após processo de reconciliação de medicamentos. O número de pacientes com discrepâncias graves foi de 3 (4%) no grupo intervenção após realização da reconciliação e de 21 (30%) no grupo controle onde a reconciliação não foi realizada.

Fonte: Autores

Os oito estudos observacionais incluíram um total de 1.886 pacientes, com faixa etária e tempo de acompanhamento variado, e todos acompanharam o processo de reconciliação medicamentosa na admissão do paciente no ambiente hospitalar⁸⁻¹⁵. Três estudos destacaram que a reconciliação foi realizada em até 24 horas após a admissão

do paciente^{8,11,13}, apenas um estudo realizou as reconciliações em até 72 horas após a admissão¹⁴ e quatro estudos não relataram o tempo em que o processo foi realizado^{9,10,12,15}. Em torno de 3.500 discrepâncias foram encontradas nos estudos, sendo a omissão de medicamento e dose incorreta os tipos de discrepâncias mais prevalentes.

Nos oito estudos⁸⁻¹⁵, o farmacêutico identificou problemas relacionados à farmacoterapia (PRFs). Os PRFs classificados como necessidade, segurança e efetividade foram identificados em sete estudos⁸⁻¹⁴, apenas o estudo de Soares, Trevisol e Trevisol (2021) apresentou os PRFs de necessidade e segurança¹⁵. Em cinco estudos, os autores relataram que o farmacêutico entrou em contato com o prescritor para informar a presença de inconformidades na prescrição^{8,10,11,12,13}. Castilho e Spalla (2016) e Karaoui e colaboradores (2019) contabilizaram e apresentaram dados de aceitação das sugestões realizadas pelos farmacêuticos aos prescritores, sendo de 90% e 64,6% respectivamente^{10,12}.

Os ensaios clínicos incluíram um total de 2.182 pacientes, com idade igual ou superior a 18 anos. Todos os estudos tiveram um tempo de acompanhamento dos pacientes superior a seis meses¹⁶⁻¹⁹. A reconciliação de medicamentos foi realizada na admissão do paciente no serviço de saúde¹⁷⁻¹⁹, sendo o estudo de Cadman e colaboradores (2016) o único que realizou a reconciliação na admissão e também na alta¹⁶. O tempo em que o farmacêutico realizou a reconciliação medicamentosa após a admissão, foi variado entre os estudos que apresentaram esse dado. Em relação às discrepâncias identificadas, nos estudos onde a reconciliação foi realizada na admissão do paciente, os grupos de intervenção apresentaram em torno de 1.200 discrepâncias. Cadman e colaboradores (2016), ao realizar a reconciliação na alta dos pacientes que haviam sido submetidos também ao processo na admissão, identificaram apenas duas discrepâncias na amostra acompanhada (100 indivíduos)¹⁶. Os tipos de discrepâncias mais prevalentes foram a omissão de medicamento, dose e frequência incorreta. Nos quatro estudos o farmacêutico identificou

PRFs, sendo eles de necessidade, efetividade e segurança¹⁶⁻¹⁹. Inconformidades e discrepâncias envolvendo medicamentos nas prescrições dos pacientes, foram comunicadas aos prescritores pelo farmacêutico. Mendes e colaboradores (2016), elaboraram e utilizaram um plano de ação, que foi anexado ao prontuário de cada paciente para agregar mais informações e dar ênfase às sugestões feitas¹⁸.

DISCUSSÃO

Os artigos selecionados foram agrupados por tipo de estudo, sendo primeiramente apresentados os estudos observacionais⁸⁻¹⁵ e após, os estudos clínicos¹⁶⁻¹⁹ conforme o Quadro 1. Entre os doze artigos⁸⁻¹⁹, três foram realizados no Brasil^{10,15,18}, sendo dois estudos observacionais¹⁰⁻¹⁵ e um estudo clínico¹⁸. Os demais, foram realizados em distintos países, sem prevalência de região específica. Nos últimos anos no Brasil, se observou um importante crescimento em relação à implementação e a prática de serviços clínicos realizados pelo farmacêutico, tanto na área hospitalar, pública e a nível ambulatorial, o que pode ter implicado na prevalência de estudos realizados e publicados na literatura nessa área⁴.

Santos e Domingos (2013) descreveram que a reconciliação medicamentosa é um processo pelo qual, diversos profissionais da saúde possuem responsabilidade compartilhada, juntamente com a colaboração do próprio paciente e familiares. Na prática, o processo de reconciliação pode ser seguido em quatro etapas essenciais, conforme citado pelos autores: recolher, comparar, corrigir e comunicar. A etapa de recolher, é baseada na obtenção de dados fundamentais relacionados ao uso de medicamentos daquele paciente. Na etapa

de comparar, o farmacêutico analisa dados coletados previamente, medicamentos de uso pré internação e aqueles prescritos durante a admissão, identificando discrepâncias. A etapa em que se classificam as discrepâncias encontradas é definida como etapa de corrigir. A fase de comunicar é a última do processo de reconciliação, onde sugestões ao regime terapêutico do paciente são registradas e comunicadas ao prescritor^{4,20}. Dessa forma, optou-se por guiar a discussão dos resultados levando-se em consideração as etapas do processo de reconciliação.

No estudo de Oliveira e colaboradores (2022), a coleta de dados para a reconciliação medicamentosa foi realizada em até 72 horas após a admissão do paciente¹⁴. Em Portugal, o preconizado pela Ordem dos Farmacêuticos é que o farmacêutico hospitalar realize a reconciliação dentro de 24 a 72 horas seguintes à admissão do paciente, o que facilita a identificação de discrepâncias quando presentes na prescrição²⁰. Cadman e colaboradores (2016) e Mendes e colaboradores, (2016) nos ensaios clínicos, realizaram a reconciliação medicamentosa em períodos distintos após a admissão do paciente, sendo na ordem de 24 horas e 72 horas^{16,18}. A OMS sugere que a reconciliação medicamentosa seja realizada no período de 24 horas após a admissão do paciente no serviço de saúde, e em casos da presença de medicamentos de alto risco, a orientação é que o processo seja realizado o mais breve possível, garantindo durante as transições o cuidado inicial²¹. Ambos os estudos que apontaram o tempo em que a reconciliação foi realizada após a admissão, não justificaram o porquê dessa escolha, impossibilitando a comparação e discussão.

Soares, Trevisol e Trevisol (2021) demonstraram que a coleta de dados para a

realização da reconciliação medicamentosa foi realizada unicamente através de informações fornecidas pelo próprio paciente ou seu acompanhante, não sendo a fonte de informação mais segura para a realização da reconciliação. Karaoui e colaboradores (2019) constataram que a maioria dos pacientes (76,8%), não levou documentações ao hospital comprovando o uso de seus medicamentos, sendo apenas a memória a fonte de informação^{12,15}. Oliveira e colaboradores (2022) realizaram um levantamento, onde em 74% das entrevistas realizadas, a presença do cuidador para a coleta de informações foi necessária¹⁴.

Segundo Hovey, Click e Jacobson (2023) que realizaram seu estudo em um hospital infantil com pacientes menores de 18 anos, com média de 7,6 anos, os medicamentos mais comumente envolvidos nas discrepâncias medicamentosas identificadas, foram os da classe dos antiepilepticos, medicamentos utilizados principalmente para o tratamento de crises convulsivas¹¹. Já no estudo de Castilho e Spalla (2016), com amostra de pacientes maiores de 18 anos, com média de idade de 50,87 anos, a classe de medicamentos mais regularmente envolvida em discrepâncias foi a classe dos anti-hipertensivos, medicamentos destinados para o tratamento da hipertensão arterial. Ambos os artigos acompanharam pacientes com diferentes faixas etárias, assim como destinação de serviço hospitalar diversificado. Porém, os dois relataram classes de medicamentos cujo tratamento é contínuo, de uso crônico, como sendo os mais envolvidos em discrepâncias. Essa informação pode estar relacionada com o processo de anamnese incompleto, falta de comunicação entre profissionais e paciente/familiar ou, por se tratar de uma patologia já diagnosticada não recebe atenção necessária. No

estudo retrospectivo conduzido por Dorneles e colaboradores (2020), os medicamentos atuantes no sistema cardiovascular tinham maior número de discrepâncias envolvidas, corroborando os achados citados por Castilho e Spalla (2016)^{10,22}.

Karaoui e colaboradores (2019) e Marinovic e colaboradores (2016), identificaram e contabilizaram o tipo de discrepância mais prevalente durante o processo de reconciliação, sendo ela a omissão, prevalente em 71,8% no primeiro estudo citado e de 63,9% no segundo estudo^{12,13}. Mendes e colaboradores (2016) e Ceschi e colaboradores (2021) em seus ensaios clínicos, também detectaram a omissão como o tipo de discrepancia mais comum nos pacientes dos grupos de intervenção, sendo de 59,9% e de 68,3% respectivamente^{17,18}. A dificuldade encontrada durante a coleta de dados sobre os medicamentos de uso do paciente e a veracidade das informações repassadas aos farmacêuticos na admissão, assim como a não presença de prescrições que comprovam o uso do medicamento, podem explicar a omissão ser o tipo mais prevalente de discrepancia identificada em todos os estudos.

Hovey, Click e Jacobson (2023) apontaram que a reconciliação medicamentosa realizada pelo farmacêutico melhorou a segurança do paciente em relação ao uso dos medicamentos, pois permitiu identificar previamente discrepâncias na prescrição, passíveis de causar danos ao longo do período de internação¹¹. Os demais estudos observacionais, também ressaltaram a importância do farmacêutico nesse processo e o quanto a reconciliação reduziu discrepâncias e erros relacionados aos medicamentos nos pacientes incluídos nos estudos^{8,9,10,12,13,14,15}. O impacto que a reconciliação exerce no processo de segurança do paciente, não é notório e nem

amplamente discutido nos estudos de forma aprofundada, além de não possuir um enfoque principal.

Nos estudos clínicos de Mendes e colaboradores (2016), Vega e colaboradores (2016) e Cadman e colaboradores (2016), a reconciliação medicamentosa agregou de forma significativa para a diminuição de discrepâncias, sendo uma ferramenta útil para a garantia da segurança do paciente nos distintos níveis de transição de cuidados no ambiente hospitalar^{16,18,19}. Consequentemente, essa prática realizada pelo farmacêutico, pode reduzir tempo de internação e prevenir novos quadros de reinternação em decorrência do uso de medicamentos. Em contrapartida, o estudo clínico de Ceschi e colaboradores (2021), concluiu que a reconciliação medicamentosa realizada na admissão do paciente na instituição, não teve impacto no pós-alta e na prevenção de reinternação¹⁷. A reconciliação medicamentosa garante a segurança do paciente durante a sua permanência na instituição e após a sua alta em relação ao uso dos medicamentos, novos quadros de reinternação podem ocorrer, mas não necessariamente em decorrência de problemas relacionados aos medicamentos²³.

Este trabalho não é isento de limitações. O presente estudo não seguiu uma metodologia de revisão sistemática, se tratando apenas de uma revisão integrativa da literatura. Outras limitações encontradas foram a não padronização dos conceitos empregados nos artigos, como por exemplo o uso do termo “intervenção farmacêutica”, sendo descrita também como “recomendação farmacêutica”, assim como limitações quanto à caracterização e à definição das discrepâncias no processo da

reconciliação, dificultando a identificação de resultados. Poucos artigos detalharam se realizaram ou não intervenções perante as discrepâncias identificadas nas prescrições, não gerando informações sólidas sobre o desfecho resultante do processo de reconciliação. Da mesma forma, não há na maioria dos estudos, descrição quanto à aceitabilidade ou não das intervenções realizadas, impossibilitando a medida do real impacto clínico na redução dos erros relacionados à medicamentos e do impacto na segurança do paciente. Igualmente, ocorre quando não se é relatado se as discrepâncias encontradas foram intencionais ou não, dificultando assim a correlação dos resultados. Contudo, as limitações não reduzem a importância desta revisão integrativa em demonstrar e destacar o trabalho do farmacêutico hospitalar e sua importância para a garantia da segurança do paciente nas distintas trocas de cuidados em que o paciente é submetido.

CONCLUSÃO

Por meio desta revisão, foi possível concluir que a admissão é a etapa em que as reconciliações são mais realizadas. Quanto às discrepâncias nas prescrições, a omissão se mostrou o tipo mais prevalente, e as classes farmacológicas mais prevalentemente envolvidas em inconformidades identificadas, foram as de uso contínuo.

A revisão integrativa da literatura realizada, demonstra que o farmacêutico com suas atribuições clínicas, desenvolve um papel fundamental no ambiente hospitalar ao realizar o processo de reconciliação medicamentosa. A identificação de discrepâncias e comunicação ao prescriptor, de forma precoce, reduz chances de erros relacionados à terapia farmacológica do paciente, assegurando sua segurança durante o período de internação.

REFERÊNCIAS

- Velho ACZ. Atuação do farmacêutico na reconciliação medicamentosa: revisão da literatura. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Farmácia. 2011. Curso de Farmácia. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/70105#~:text=De%20acordo%20com%20os%20resultados,ao%20paciente%20e%20custos%20gerados>. Acesso em: 20 março de 2023.
- CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução Nº 585 de 29 de agosto de 2013. Ementa: Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 20 março de 2023.
- Lindenmeyer LP, Goulart VP, Hegele V. Reconciliação medicamentosa como estratégia para a segurança do paciente oncológico - resultados de um estudo piloto. Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/v1/public/artigos/2013040408000469BR.pdf>. Acesso em: 20 março de 2023.
- CFF. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade. Contextualização e arcabouço conceitual. Brasília. 2016. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf. Acesso em: 20 março de 2023.
- IBSP. Instituto Brasileiro Para Segurança Do Paciente. Uso Seguro de Medicamentos. 2017. Disponível em: https://segurancadopaciente.com.br/central_conteudo/uso-seguro-de-medicamentos-saiba-como-prevenir-incidentes/. Acesso em: 24 março de 2023.
- Silva TB, Alves-Zarpelon SP, Laureano JV. Conciliação medicamentosa em uma unidade de internação de hospital público do Sul do Brasil. Infarma-Ciências Farmacêuticas, v. 33, n. 2, p. 158-166, 2021. DOI: 10.14450/2318-9312.v33.e2.a2021.pp158-166.
- Teixeira JPDS, Rodrigues MCS, Machado VB. Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no

- processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):186-196. DOI: 10.1590/S1983-14472012000200026.
8. 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* 40, 196–201 (2018). DOI: 10.1007/s11096-017-0568-6.
 9. Andersen TS, Gemmer MN, Sejberg HRC, et al. Medicines Reconciliation in the Emergency Department: Important Prescribing Discrepancies between the Shared Medication Record and Patients' Actual Use of Medication. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2022;15(2):142. DOI: 10.3390%2Fph15020142.
 10. Castilho RS, Spalla RL. Medication reconciliation as a strategy for preventing medication errors. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* vol. 52, n. 1, jan./mar., 2016. DOI: 10.1590/S1984-82502016000100016.
 11. Hovey SW, Click KW, Jacobson JL. Effect of a Pharmacist Admission Medication Reconciliation Service at a Children's Hospital. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2023;28(1):36-40. DOI: 10.5863/1551-6776-28.1.36.
 12. Karaoui LR, Chamoun N, Fakhir J, et al. Impact of pharmacy-led medication reconciliation on admission to internal medicine service: experience in two tertiary care teaching hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):493. DOI:10.1186/s12913-019-4323-7.
 13. Marinović I, Marušić S, Mucalo I, et al. Clinical pharmacist-led program on medication reconciliation implementation at hospital admission: experience of a single university hospital in Croatia. *Croat Med J*. 2016 Dec 31;57(6):572-581. DOI: 10.3325/cmj.2016.57.572.
 14. Oliveira J, Silva TCE, Cabral AC, et al. Pharmacist-led medication reconciliation on admission to an acute psychiatric hospital unit. *Pharm Pract (Granada)*. 2022;20(2):2650. DOI:10.18549/PharmPract.2022.2.2650.
 15. Soares SA, Trevisol JD, Trevisol SF. Medication discrepancies in a hospital in Southern Brazil: the importance of medication reconciliation for patient safety. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 57, e18064. DOI: 10.1590/s2175-979020200004181064.
 16. Cadman B, Wright D, Bale A, et al. Pharmacist provided medicines reconciliation within 24 hours of admission and on discharge: a randomised controlled pilot study. *BMJ Open*. 2017;7(3):e013647. DOI:10.1136/bmjopen-2016-013647.
 17. Ceschi A, Noseda R, Pironi M, et al. Effect of Medication Reconciliation at Hospital Admission on 30-Day Returns to Hospital: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2021;4(9):e2124672. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2021.24672.
 18. Mendes AE, Lombardi NF, Andrzejewski VS, et al. Medication reconciliation at patient admission: a randomized controlled trial. *Pharm Pract (Granada)*. 2016 Jan-Mar;14(1):656. DOI: 10.18549/PharmPract.2016.01.656.
 19. Vega TG, Sierra-Sánchez JF, Martínez-Bautista MJ, et al. Medication Reconciliation in Oncological Patients: A Randomized Clinical Trial. *Journal of managed care & specialty pharmacy*, 22(6), 734–740. DOI:10.18553/jmcp.2016.15248.
 20. Santos AP, Domingos S. Reconciliação da medicação: um conceito aplicado ao hospital. *Boletim do CIM: Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 2013. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/bc.106_reconciliacao_da_medicacao_um_conceito_aplicado_ao_hospital_consulta_farmaceutica_de_revisao_de_medicacao_9863584205a12ec698cec5.pdf. Acesso em: 19 junho 2023.
 21. WHO. World Health Organization. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care. Patient Safety Solutions, Switzerland, v. 1, n. 6, p. 1-4, maio 2007. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution6-medication-accuracy-at-transitions-care.pdf?sfvrsn=8cc90bc8_6&download=true. Acesso em: 20 junho 2023.
 22. Dorneles J, Santos CO, Lima LH, et al. Medication reconciliation in admission hospitalization: retrospective study. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saude*. 2020;11(2):0397. DOI: 10.30968/rbfhss.2020.112.0397.
 23. Kwan JL, Lo L, Sampson M, et al. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5 Pt 2), 397–403. DOI: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006.