

Artigo Original

Reconciliation of medications upon the admission of patients to the cardiology sector of a university hospital

Lorena de SOUSA MIRANDA¹
Ana LÍDIA CAVALCANTE²
Rafael MOTA PINHEIRO²
Dayani GALATO²
Emília VITÓRIA SILVA²

Abstract

Introduction: The reconciliation of medications is an important process that impacts on patient safety during the level of care transition, a moment with high discrepancy rates that can lead to adverse reactions. **Objective:** To analyze the results of medication reconciliation in order to identify discrepancies between the medical prescription and the medications previously used by the patient. **Method:** A descriptive, cross-sectional study was conducted between May and November 2017 (until the second fortnight of the month), with patients admitted to the cardiology department of the University Hospital of Brasília. Data was collected through interviews with patients, relatives and/or caregivers, and through consultation of the medical records. The reconciliation of medications was performed daily, from Monday to Friday, within 48 hours of the patient's admission to the unit, through a medication reconciliation form prepared by the author. **Results:** 90 patients were included in the study and a total of 297 discrepancies were found, 267 (90%) being intentional and 30 (10%), unintentional. Among the unintentional discrepancies, the most frequent was omission of medication in use by the patient (56%). Of the intentional discrepancies, the dosage modifications were more common in 45% of the cases. **Conclusion:** The reconciliation of medications was a crucial clinical service for the identification and resolution of unintentional discrepancies between previously used medications and hospital medical prescription.

Keywords: Medication Reconciliation, medication errors, patient safety, Medication Adherence.

1 Hospital Universitário de Brasília(HUB)
2 Universidade de Brasília

Conciliação de medicamentos na admissão de pacientes no setor de cardiologia de um hospital universitário

Resumo

Introdução: a conciliação de medicamentos é um processo importante que impacta na segurança do paciente durante a transição de nível de atenção, momento com altas taxas de discrepâncias que podem levar a reações adversas. **Objetivo:** analisar os resultados da conciliação de medicamentos, de modo a identificar discrepâncias entre a prescrição médica e os medicamentos previamente utilizados pelo paciente. **Método:** estudo descritivo transversal, conduzido no período de maio a novembro de 2017, com pacientes admitidos no setor de cardiologia do Hospital Universitário de Brasília. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas com os pacientes, familiares e/ou acompanhantes e consulta ao prontuário. A conciliação de medicamentos foi realizada diariamente, de segunda a sexta-feira, em até 48 horas a contar da admissão do paciente na unidade, por meio de um formulário elaborado por uma das autoras. **Resultados:** 90 pacientes incluídos no estudo resultou em 297 discrepâncias encontradas, sendo 267 (89,9%) intencionais e 30 (10,1%) não intencionais. Entre as discrepâncias não intencionais, a mais frequente foi omissão de medicamento em uso pelo paciente (56%). Das discrepâncias intencionais, as modificações de posologia foram mais comuns em 45% dos casos. **Conclusão:** A conciliação de medicamentos foi um serviço clínico farmacêutico crucial para a identificação e resolução de discrepâncias não intencionais entre os medicamentos de uso prévio e a prescrição médica hospitalar.

Palavras-chaves: reconciliação de medicamentos, erros de medicação, segurança do paciente, adesão à medicação.

Recebido em: 31/12/18
Aceito em: 11/12/19
Publicado online em: 31/12/19
Blind reviewers

DOI: 10.30968/rbfhss.2019.104.0353
ISSN online: 2316-7750

Autor para Correspondência:
Lorena de Sousa Miranda
lolosousa792@hotmail.com

Introdução

Segundo o relatório do Instituto de Medicina Preventiva de Erros de medicação¹, em média, o paciente hospitalizado está suscetível a, pelo menos, um erro de medicação por dia. De acordo com a literatura, a transição entre diversos níveis de assistência em saúde é responsável por 27% dos erros das prescrições hospitalares e ambulatoriais, devido a preenchimento incompleto e impreciso das informações o que afeta diretamente a segurança do paciente². Para além desse aspecto clínico, esses erros geraram custos de US\$ 42 bilhões de dólares, em dados compilados de 2017³. Contudo, no Brasil, os dados de estatísticas de mortes ligadas a erros de medicação ainda não encontram-se disponíveis⁴.

Para evitar essas discrepâncias e erros de medicação potenciais, pode-se lançar mão da conciliação de medicamentos⁵. Para materializá-la, o profissional de saúde elabora uma lista completa, detalhada e atualizada de todos os medicamentos utilizados pelo paciente, incluindo o nome do fármaco, dose, forma farmacêutica, frequência de uso e a via de administração, antes da mudança do nível de atenção, comparando estas informações com o prontuário ou prescrição médica hospitalar⁶⁻⁸.

A conciliação de medicamentos é um dos serviços clínicos que os farmacêuticos podem executar e que encontram respaldo legal, no Brasil, por meio da Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF), Nº 585, de 29 de agosto de 2013, que regulamenta a atuação do profissional farmacêutico na área de farmácia clínica⁹.

Alguns estudos têm demonstrados bons resultados da conciliação de medicamentos em serviços de saúde. Uma revisão sistemática, com meta-análise, mostra redução de reações adversas (67%), atendimento em pronto socorro (28%) e readmissão hospitalar (19%), como resultado de conciliação farmacêutica¹⁰.

A conciliação de medicamentos também reduziu em 75% o risco do paciente a erros de medicação, comparado com aqueles que não receberam este serviço¹¹. Estes dados sinalizam para a relevância da conciliação para melhorar o uso seguro e racional dos medicamentos.

Neste contexto, o objetivo principal deste estudo foi descrever e caracterizar a conciliação de medicamentos, em pacientes admitidos no setor de cardiologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), de modo a identificar discrepâncias entre a prescrição médica e os medicamentos previamente utilizados pelo paciente, visando prevenção de erros de medicação a promoção do uso racional dos medicamentos.

Métodos

Foi realizado um estudo descritivo com delineamento transversal, que envolveu pacientes admitidos no setor de cardiologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), localizado em Brasília - Distrito Federal. O HUB é um hospital de ensino de nível terciário que presta atendimento gratuito à população.

A unidade de cardiologia do HUB conta com 19 leitos de internação, sendo dez pertencentes à enfermaria e nove à Unidade Coronariana (UCO). São realizadas visitas diárias à beira dos leitos dos pacientes com a presença de toda a equipe multiprofissional. A enfermaria comporta o atendimento dos pacientes que são acometidos por algum tipo de doença cardiovascular, mas que se encontram clinicamente estáveis. Ainda comporta pacientes que farão exames diagnósticos e procedimentos invasivos como cateterismo e a angioplastia. A unidade coronariana hospitaliza os pacientes de alto risco cardiovascular que necessitam de cuidados intensivos e monitoramento 24 horas.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de maio e novembro de 2017 (até a segunda quinzena do mês) e foi realizada por uma farmacêutica residente, por meio de entrevista com os pacientes, familiares ou acompanhantes, e consulta ao prontuário eletrônico. O formulário utilizado apresentava perguntas referentes a características demográficas, tais como sexo, escolaridade, cor da pele e idade, além de dados clínicos e farmacoterapêuticos dos pacientes.

A conciliação de medicamentos foi realizada diariamente, de segunda a sexta-feira, em até 48 horas a contar da admissão do paciente na unidade, por meio de um formulário elaborado por uma das pesquisadoras. Pacientes que internaram em feriados ou finais de semana foram entrevistados no primeiro dia útil seguinte.

Foram incluídos no estudo pacientes maiores de 18 anos e que utilizavam pelo menos um medicamento antes da admissão, com tempo de internação superior a 48 horas. Pacientes com deficiência cognitiva, física ou motora, o acompanhante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos do estudo pacientes que foram transferidos de unidade, tiveram alta ou óbito em menos de 48 horas após a admissão e aqueles que internaram apenas para a realização de exames ou procedimentos.

Após a realização da conciliação de medicamentos por uma farmacêutica residente, foram identificadas e caracterizadas como discrepâncias as diferenças entre a lista de medicamentos que o paciente fazia uso domiciliar e a prescrição médica da admissão. Essas diferenças podem estar relacionadas à dose, frequência e via de administração, além da inclusão ou omissão de um medicamento ou mesmo ocorrência de duplicidade terapêutica⁹.

As discrepâncias foram classificadas como intencionais^{12,13} e não intencionais¹⁴ após a abordagem com a equipe médica. As primeiras podem ser caracterizadas como: i. decisão médica de não prescrever um medicamento com base na situação clínica do paciente; ii. decisão médica de trocar medicamento do paciente com base na sua situação clínica; iii. Modificações da posologia do medicamento (via, dose e frequência de administração) com base na situação clínica do paciente; iv. substituição de um medicamento por outro padronizado no hospital.

Quanto às discrepâncias não intencionais, que podem ser consideradas como erros de medicação¹⁵, são observadas quando houver: i. omissão de medicamento em uso pelo paciente; ii. Inserção de medicamento não utilizado pelo paciente; iii. via, frequência e horário de administração incorretos; iv. dose incorreta; v. duplicidade terapêutica; vi. duplicidade de administração; vii. interação medicamentosa.

Os medicamentos envolvidos nas discrepâncias intencionais e não intencionais foram categorizados no primeiro nível (grupo anatómico principal), ou seja, representado por uma letra correspondendo ao órgão ou sistema no qual o medicamento atua, de acordo com o sistema de classificação Anatómica Terapêutica Química (ATC). Além disso, foi obtida a média de medicamentos utilizados por paciente, a quantidade de discrepâncias, bem como casos de alergias medicamentosas. Para fins desse estudo, considerou-se como polifarmácia o uso de cinco ou mais medicamentos²².

Para a correção das discrepâncias encontradas, a farmacêutica residente fez intervenções junto à equipe médica, as quais foram registradas nos prontuários dos pacientes.

Os dados obtidos foram compilados no programa Excel e analisados por meio de estatística descritiva (medidas de média, desvio padrão, mediana, moda, soma e porcentagem) utilizando-se o pacote estatístico SPSS versão 23 para Windows.

Este trabalho é derivado de dois projetos aprovados pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (CEP-FM-UnB): i. "Conciliação de medicamentos na admissão de pacientes na enfermaria de cardiologia de um hospital universitário", 64747417.2.0000.5558; e i. "Conciliação de medicamentos na admissão de pacientes no setor de cardiologia de um hospital universitário", CAAE: 68505717.6.0000.5558.

Resultados

No período de realização do estudo, foram admitidos no setor de cardiologia 156 pacientes. Destes, 64 não atenderam aos critérios de inclusão, por terem ingressado na unidade mediante transferência do hospital de origem para realização de cateterismo ou angioplastia, apresentarem um tempo de internação inferior a 48 horas e por não utilizarem medicamentos de uso contínuo antes da admissão. Dos pacientes que atendiam aos critérios de inclusão, dois se recusaram a participar da pesquisa. Dessa forma, obteve-se um total de 90 pacientes incluídos no estudo.

As características demográficas dos pacientes, de utilização dos serviços, de relato de alergias a alimentos e medicamentos estão apresentadas na Tabela 1. Destaca-se que a média de idade dos pacientes foi de 62 anos (SD=13,04), variando de 1 a 90 anos com mediana de 64 anos.

Foram observados 596 medicamentos em uso pelos pacientes. Os dados referentes ao uso do Serviço e as discrepâncias estão apresentadas na Tabela 2. Considerando que a literatura considera como erros de medicação²⁰ as discrepâncias não intencionais, então, obteve-se um total de 30 erros de medicação.

Observa-se que a maioria das discrepâncias não intencionais foram de omissão de medicamento em uso pelo paciente e que, após intervenção farmacêutica, os medicamentos foram incluídos na prescrição pelo médico.

Estes foram classificados segundo o grupos anatómicos principais do sistema ATC. Dos medicamentos prescritos, 286 (47,9%) estavam envolvidos em discrepâncias. Destaca-se que os medicamentos do sistema cardiovascular (C) foram os mais frequentes entre as discrepâncias. A distribuição dos grupos envolvidos nas discrepâncias está apresentado na Tabela 3.

Tabela 1 – Características demográficas dos pacientes internados no setor de cardiologia do Hospital Universitário de Brasília, 2018.

Variáveis	Resultados
Informações demográficas n(%)	
Sexo	
Masculino	45 (50,0)
Feminino	45 (50,0)
Escolaridade	
Sem estudo	14 (15,6)
Ensino Fundamental Completo	9 (8,9)
Ensino Fundamental Incompleto	50 (55,6)
Ensino Médio Completo	8 (8,9)
Ensino Médio Incompleto	3 (3,3)
Superior Completo	4 (4,4)
Superior Incompleto	3 (3,3)
Cor	
Branca	32 (35,6)
Preta	18 (20,0)
Amarela	2 (2,2)
Parda	38 (42,2)
Hipersensibilidade a medicamentos e alimentos	
Pacientes com relatos de alergias a medicamentos	20 (22,2)
Medicamentos relacionados a alergia segundo os pacientes	
Dipirona	6(6,7)
Escopolamina	3 (3,3)
Metoclopramida	3 (3,3)
Pacientes com relato de alergia a alimentos	7 (7,8)
Alimentos relacionados a alergias segundo os pacientes	
Frutos do mar	4 (4,4)
Leite	2 (2,2)
Carne de porco	1 (1,1)

Fonte: autoria própria.

Tabela 2. Perfil de uso do serviço pelos pacientes em cuidados cardiológicos e distribuição das discrepâncias identificadas

Informações	Total N= 90
Informações de utilização do Serviço	
Média de tempo de internação em dias	12 (SD=12,25)
Média de medicamentos usados antes da admissão	7 (SD=3,33)
Uso de medicamentos	n (%)
Pacientes em Polifarmácia	64 (70,3%)
Pacientes com mais de dez medicamentos prescritos	57 (63,7%)
Discrepâncias na prescrição	
Média de discrepâncias por paciente	3 (1,89)
Medicamentos envolvidos em discrepâncias	
Sim	297 (49,8)
Não	299 (50,2)
Tipo de Discrepâncias	
Discrepâncias Intencionais	267 (89,9)
Discrepâncias não intencionais	30 (10,1)
Situação de discrepância não intencionais	
Omissão de medicamentos	17 (56,0)
Dose incorreta	6 (20,0)
Frequência de administração incorreta	2 (7,0)
Horário de administração incorreto	2 (7,0)
Inclusão inadequada de medicamentos não utilizados pelo paciente	2 (7,0)
Duplicidade de administração	1(3,0)
Situação de discrepância intencionais	
Modificações de posologia	121 (45,3)
Decisão médica de não prescrever um medicamento fundamentada na situação clínica do paciente	115 (43,0)
Troca de medicamento	28 (11,0)
Substituição por medicamentos padronizados no hospital	3(1,0)
Resposta as intervenções realizadas	
Aceitas	30 (77,5)
Não aceitas	10 (22,5)

Fonte: autoria própria

Tabela 3 Distribuição dos medicamentos envolvidos nas discrepâncias categorizados no primeiro nível (grupo principal anatómico de acordo com o sistema ATC)

Medicamentos segundo o grupo anatómico principal da ATC	Discrepância Intencional n (%)	Discrepância Não Intencional n (%)	Total n (%)
C Sistema cardiovascular	171 (96,1)	7 (3,9)	178 (60,0)
A Trato alimentar e metabolismo	57 (89,1)	7 (10,9)	64 (21,5)
B Sangue e órgãos formadores de sangue	18 (85,7)	3 (14,3)	21 (7,1)
N Sistema nervoso	10 (90,9)	1 (9,1)	11(3,7)
R Sistema respiratório	5 (62,5)	3 (37,5)	8(2,7)
M Sistema músculo esquelético	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (1,3)
G Sistema geniturinário e hormônios sexuais	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (1,0)
J Anti-infecciosos para uso sistêmico	0 (0,0)	3 (100,0)	3 (1,0)
S Órgão sensoriais	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (1,0)
H Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,3)
L Antineoplásicos e agentes imunomoduladores	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,3)

Fonte: Próprio autor

Discussão

Os achados deste estudo demonstram que os pacientes internados no setor de cardiologia do hospital sofrem mudança consistente na terapia farmacológica, o que leva a quase 50% de discrepâncias ao se comparar a lista utilizada em casa e aquela usada no hospital. Contudo, a maior parte das mudanças são intencionais, sendo baseadas na clínica do próprio paciente ou na modificação da posologia. Já as discrepâncias não intencionais são devido em especial a omissão de medicamentos.

O perfil dos pacientes da cardiologia inclusos neste estudo foi de idosos, de baixa escolaridade e com maioria de cor parda. As duas primeiras características podem contribuir com o agravamento do quadro dos pacientes, somado às comorbidades, uma vez que podem não compreender de forma correta as informações que recebem da equipe médica¹⁷.

Observou-se, também, que não houve predomínio do sexo masculino em relação ao feminino, divergindo de dados encontrados na literatura, onde há uma maior quantidade de homens^{14,18} e/ou de mulheres^{12,19,16,20,21}.

Em relação ao uso de medicamentos utilizados antes da admissão, a média encontrada em nesta pesquisa foi bem próxima à encontrada no estudo de Fernandes *et al.*¹² (média de 6,2), também realizado em uma unidade de cardiologia, o que pode estar relacionada ao tratamento adotado para o próprio problema cardíaco e às comorbidades comuns a esta população.

Apesar do uso de múltiplos de medicamentos, ou polifarmácia, ser benéfico ao paciente, se prescrito de acordo com a melhor evidência disponível²³, pode tornar o mesmo mais susceptível a apresentar efeitos adversos relacionados ao uso desses medicamentos²³.

A porcentagem de pacientes que relataram já ter apresentado hipersensibilidade a medicamentos deve ser melhor investigada. De acordo com Mobs e Pfitzner, 25% de todas as reações adversas podem ser consideradas reações de hipersensibilidade e categorizadas como alergias ou pseudoalergias²⁴. Portanto, pode ter havido confusão entre os sinais e sintomas de uma possível reação adversa com alergias, ou apresentar dificuldades em se adaptar ao tratamento e desenvolver uma resistência ao uso do mesmo. Nesse contexto, recomenda-se um diagnóstico preciso do evento adverso, avaliando a história médica do paciente, sintomas clínicos e patogênese²⁴.

Dentre as discrepâncias intencionais, o tipo mais prevalente em nosso estudo, como descrito anteriormente, foi a decisão médica de modificar a posologia do medicamento (via, dose e/ou frequência de administração) fundamentada na situação clínica do paciente, o que se assemelha ao encontrado por outro trabalho, em que 42% das discrepâncias foi por esta razão²⁶. Em contraste, no trabalho realizado por Oliveira *et al.*¹³, a decisão médica de não prescrição de medicamento fundamentada na situação clínica do paciente foi a mais frequente, 80,64%. Esse comportamento da equipe médica do setor de cardiologia do HUB pode ser interpretado como um ajuste ao tratamento medicamentoso do paciente, conforme seu estado clínico.

Em dois estudos também realizados em unidades de cardiologia de hospitais universitários, a quantidade de discrepâncias foram 117, destas 50,4% não intencionais¹⁶, e, em um segundo, o total encontrado foi de 181 discrepâncias, sendo 17,7% não intencionais¹⁷. Neste nosso estudo, observou-se uma porcentagem menor de discrepâncias não intencionais, cerca de 10%, mas, ainda assim, são dados preocupantes, se considerar que uma boa parte se refere à omissão de medicamentos após a internação.

Dentre das discrepâncias não intencionais, o erro mais frequente encontrado foi o de omissão de medicamentos, o que pode ocasionar interrupção do tratamento e, como consequência, danos ao paciente¹³. Um caso importante que ocorreu neste estudo foi de um paciente vivendo com AIDS que teve seu esquema antirretroviral omitido no momento da admissão e que, logo após a intervenção farmacêutica, os medicamentos foram inseridos à prescrição hospitalar. O predomínio da omissão pode estar ligado à obtenção do histórico medicamentoso de forma incompleta e pouco precisa, em consequência, de uma anamnese mal conduzida. Em oposição, em outros estudos, os erros mais encontrados foram: prescrição incompleta¹⁶, dose, via ou horário diferente^{12,18} e adição¹¹. Complementando estas informações, Kawan *et al.*²⁶ relataram que a descontinuação inadvertida de agentes hipocolesterolêmicos, terapia de reposição de hormônios tireoidianos, terapia para osteoporose e gastrite pode carregar um risco maior para eventos adversos e reinternação nos próximos 30 dias. Contudo, estes mesmos autores alertam que a conciliação é mais efetiva quando acompanhada de outro serviço clínico, como a orientação de alta²⁷.

No contexto da setor de cardiologia do Hospital Universitário de Brasília, 10% das discrepâncias puderam ser caracterizadas como erros de medicação

potenciais, uma vez não havia intenção de cometê-las, contudo, foram resolvidas por intervenção do farmacêutico.

As intervenções farmacêuticas realizadas neste trabalho por intermédio do processo de conciliação medicamentosa apresentaram uma boa aceitabilidade pelos médicos, o que gerou diminuição da quantidade de medicação, os quais ocorrem quando o paciente transita entre os diferentes níveis.

O grupo terapêutico com maior quantidade de discrepâncias foi o sistema cardiovascular, o que é perfeitamente compatível com o fato do estudo ter sido realizado exclusivamente na unidade de cardiologia do hospital, e concordante com outro estudo envolvendo este tipo de paciente¹⁶.

Contudo, vale ressaltar que a classificação e definição das discrepâncias em intencionais e não intencionais variam conforme o estudo que as descreve. Essa variabilidade, que dificulta a comparação dos dados¹⁶, pode ser devido aos diversos parâmetros escolhidos por cada estudo para distinguir as discrepâncias intencionais e não intencionais. A uniformização desses conceitos, e contextualização para o cenário brasileiro, poderia ser uma excelente iniciativa a ser realizada por grupos de pesquisa e entidades profissionais envolvidas com farmácia clínica e segurança do paciente e promoção do uso racional dos medicamentos.

Neste estudo, algumas limitações devem ser consideradas, como o fato do hospital não ter farmacêutico clínico na unidade de cardiologia, sendo esta atividade desempenhada pelo farmacêutico residente, neste caso não é viável a permanência deste profissional em período integral na unidade de internação. Outra barreira encontrada, foi a falta de comunicação com a equipe médica, o que dificultou a identificação e classificação das discrepâncias em intencionais e não intencionais e a realização de intervenções farmacêuticas.

Além disso, vale ressaltar que este estudo não avaliou o possível impacto das discrepâncias ao causarem danos aos pacientes como realizados em outros estudos, onde estas foram categorizadas em classes (1, 2 e 3), de acordo com a gravidade do potencial dano. Assim como também não foi possível realizar a orientação na alta hospitalar. Contudo, a amostra investigada é superior a de outros estudos com pacientes cardíacos^{12,16} ou de outras clínicas¹⁴.

Este trabalho apresentou como impactos positivos, como a potencial redução das discrepâncias não intencionais e, consequentemente, diminuição dos erros de medicação, possibilidade de maior interação com a equipe multiprofissional, promoção da segurança do paciente.

Os desafios futuros são a implantação do serviço clínico de conciliação medicamentosa em todas as clínicas do hospital contando com a presença de farmacêuticos clínicos em cada setor juntamente com toda a equipe multiprofissional, além da continuidade do serviço na unidade de cardiologia. Também se estima realizar a avaliação do serviço e dos seus impactos ao hospital e aos pacientes.

Conclusões

Os resultados deste estudo demonstraram que o processo de conciliação medicamentosa é de extrema importância para a identificação e resolução de discrepâncias entre os medicamentos de uso prévio e a prescrição médica hospitalar. A maioria das discrepâncias identificadas em nosso estudo foram intencionais, sendo a mais frequente a decisão médica de modificação de posologia fundamentada na situação clínica do paciente. Dentre as não intencionais, o erro mais comum foi omissão de medicamento em uso pelo paciente corroborando dados encontrados na literatura. Esta gera interrupção do tratamento de doenças crônicas, podendo causar danos aos pacientes.

A atuação do farmacêutico residente neste processo permitiu reduzir os erros de medicação, mediante às intervenções realizadas junto a equipe médica que apresentaram boa aceitação, como também possibilitou uma maior interação com a equipe multiprofissional, contribuiu para a promoção do uso racional de medicamentos e otimização da farmacoterapia, promovendo à segurança do paciente e sua adesão ao tratamento proposto. Este trabalho reforça a importância da implantação desta rotina na instituição, mas para que isto seja possível, é necessário à inserção do farmacêutico clínico na equipe multidisciplinar da cardiologia

Fontes de financiamento:

A autora Lorena de Sousa Miranda recebeu bolsa do Ministério da Educação como residente multiprofissional em farmácia atenção cardiopulmonar no período de 2016 a 2018.

Colaboradores:

LSM: concepção, desenho, análise, interpretação dos dados, elaboração do artigo e responsabilidade por todas as informações do trabalho, garantindo exatidão e integridade de qualquer parte da obra. ALSC: revisão dos dados coletados e revisão do manuscrito. DG: revisão crítica do manuscrito, principalmente nos métodos. RMP: concepção e revisão crítica do manuscrito. EVS: concepção, análise, interpretação dos dados, orientação na elaboração, revisão crítica do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada.

Conflitos de interesse:

Os autores declaram inexistência de conflitos de interesses neste artigo.

Referências

1. Institute of Medicine. Preventing medication errors. Washington, DC: National Academies Press; 2006.
2. Lombardi NF, Mendes AE, Lucchetta RC, *et al.* CJ. Analysis of the discrepancies identified during medication reconciliation on patient admission in cardiology units: a descriptive study. *Rev. Lat. Am. Nursing*. 2016 Ago 15; 24(8): 2753-2760.
3. Sheikh A, Dhingra-Kumar N, Kelley E *et al.* The third global patient safety challenge: tackling medication-related harm. *Bull World Health Organ*. 2017; 95: p.546-547. Acessado em 08 Ago 2018.
4. Ministério da saúde (BR), Anvisa, Fiocruz, FHEMIG. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.[Internet]. 2013 Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>. Acessado em 08 Ago 2018.
5. Kitts NK, Reeve AR, Tsul L. Care transitions in elderly heart failure patients: current practices and the pharmacist's role. *Consult Pharm* 2014; 29(3): 179-190.
6. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual [Internet]– Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf. Acessado em 08 Ago 2018.
7. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013. [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2013;1-11. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acessado em 10 Ago 2018.
8. Chhabra PT, Rattinger GB, Dutcher SK *et al.* Medication reconciliation during the transition to and from long-term care settings: A systematic review. *Res Soc Adm Pharm* [Internet]. 2012;8(1):60–75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2010.12.002>. Acessado em 08 Ago 2018.
9. Sinvani LD, Beizer J, Akerman M, *et al.* Medication Reconciliation in Continuum of Care Transitions: A Moving Target. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(9):668–672.
10. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JE. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2016; 6: e010003.
11. Chiewchantanakita D, Meakchaia A, Pituchaturonta N, *et al.* The effectiveness of medication reconciliation to prevent medication error: A systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm*.
12. Magalhães GF, Santos GN, Rosa MB, *et al.* Medication reconciliation in patients hospitalized in a cardiology unit. *PLoS One*. 2014;9(12):1-12.
13. Oliveira JS, Vielmo L, Beck ST, *et al.* reconciliação farmacoterapêutica na otimização da terapia. *Experiências Exitosas de Farmacêuticos no SUS*. Conselho Federal de Farmácia 2016;4(4):126-132
14. Frizon F, Santos AH, Caldeira LF, *et al.* Reconciliação de medicamentos em hospital universitário. *Rev enferm UERJ*.2014; 22(4):454-60.
15. Knez L, Suskovic S, Rezonja R, *et al.* The need for medication reconciliation: A cross-sectional observational study in adult patients. *Respir Med* [Internet]. 2011; 105(1):S60–S66.
16. Lombardi NF, Mendes AEM, Lucchetta RC, *et al.* Analysis of the discrepancies identified during medication reconciliation on patient admission in cardiology units: a descriptive study. *Rev. Latino-Am. Nursing*. 2016;24:1-7.
17. Shah F, Burack O, Boockvar KS. Perceived barriers to communication between hospital and nursing home at time of patient transfer. *JAMDA* 2010;11(4):239-245
18. San José Ruiz B, Serrano De Lucas L, López-Giménez LR, *et al.* Medication reconciliation at hospital admission: Results and identification of target patients. *Rev Calid Asist*. 2016; 31(1):36-44.
19. 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*. 2017;1-7.
20. Saavedra-Quirós V, Montero-Hernández E, Menchén-Viso B *et al.* Medication reconciliation at admission and discharge. A consolidated experience. *Rev Calid Asist*. 2016; 31(1):45-54.
21. Rubio-Cebrián B, Santaolalla-García I, Martín-Casasempere I, Segura-Bedmar M. [Medication reconciliation in patients over 75 years]. *Rev Calid Asist*. 2016;31(1):29-35
22. Nascimento RCRM, Álvares J, Gerra Junior AA *et al.* Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2017; 51(2):19s.
23. Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, *et al.* Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med* 2003;348:1556.
24. Möbs C, Pfützner W. Diagnostik von Arzneimittelüberempfindlichkeiten [Diagnostics of drug hypersensitivity reactions]. *Hautarzt*. 2017;68(1):19–28.
25. Lindenmeyer LP, Goulart VP, Hegele V. Reconciliação medicamentosa como estratégia para segurança do paciente oncológico - resultado de um estudo piloto. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde São Paulo* [Internet]. 2013; n.4:51–5. Available from: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2013040408000469BR.pdf>. Acessado em 10 Set 2018.
26. World Health Organization. Medication without harm. WHO Global Patient Safety Challenge. Geneva: World Health Organization. Guideline.
27. Kwan, JL, Lo L, Sampson M, KG. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013; 158(5):397-403.