

Conciliação de medicamentos em pacientes ortopédicos e neurológicos em um hospital público

Cássia Regina EIDELWEIN¹ , Luciane de Fátima CALDEIRA¹ , Andréia Cristina SANCHES¹ 

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná/Hospital Universitário do Oeste do Paraná

Autor correspondente: Eidelwein CR, cassiareginae@gmail.com

Submetido em: 29-01-2019 Reapresentado em: 06-07-2020 Aceito em: 06-07-2020

Revisão por pares: revisores cegos

Resumo

Objetivo: Avaliar as discrepâncias encontradas pelo serviço de farmácia clínica durante a realização de conciliação de medicamentos de pacientes internados pela ortopedia e neurologia em um hospital universitário. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, descritivo e de caráter retrospectivo, incluindo-se os pacientes acompanhados pelo serviço de farmácia clínica (ortopedia e neurologia) no período de janeiro a junho de 2018. Os dados foram coletados pelos prontuários e formulários de acompanhamento farmacoterapêutico. As diferenças entre a lista de medicamentos que o paciente fazia uso em seu domicílio e a prescrição hospitalar foi classificada como discrepância (justificada ou não justificada). Foi avaliado o aceite médico das intervenções farmacêuticas. Os medicamentos envolvidos nas discrepâncias foram classificados de acordo com a classificação ATC em seu 1º nível. Foi realizada estatística descritiva através do programa Excel e teste qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** Dos 939 medicamentos em uso pelos pacientes, 673 (71,7%) apresentavam discrepância e em 371 (55,1%) foram encontrados discrepâncias não justificadas. Apresentavam pelo menos um erro de medicação, 154 (30,4%) dos 507 pacientes incluídos no estudo. Em 96,8% dos casos, as intervenções farmacêuticas foram realizadas, com aceitação de 30,6%, evitando-se 110 erros. A omissão de medicamentos foi o tipo de discrepância mais comum e o grupo medicamentoso mais frequentemente envolvido foi o aparelho cardiovascular. **Conclusões:** Os erros de medicação na admissão nos setores de ortopedia e neurologia são frequentes, mas podem ser identificados e resolvidos por meio da conciliação de medicamentos, sendo os farmacêuticos clínicos, profissionais aptos a realiza-la, colaborando na segurança dos pacientes.

Palavras-chave: erros de medicação, segurança do paciente, prescrições de medicamentos, reconciliação de medicamentos.

Medication reconciliation in orthopedic and neurological patients in a public hospital

Abstract

Objective: To evaluate the discrepancies found by the clinical pharmacy service during medication reconciliations in patients hospitalized for orthopedics and neurology in a university hospital. **Methods:** A cross-sectional, descriptive and retrospective study was carried out from January to June 2018 with the patients followed-up by the clinical pharmacy service (orthopedics and neurology). Data was collected through medical charts and pharmacotherapeutic follow-up forms. The differences between the list of medications that the patient was using at home and the prescription from the hospital was classified as a discrepancy (justified or unjustified). Medical acceptance of the pharmaceutical interventions was assessed. The medications involved in the discrepancies were classified according to the ATC classification in its 1st level. Descriptive statistics was performed using the Excel program and Pearson's chi-square test. **Results:** Of the 939 medications used by the patients, 673 (71.7%) presented discrepancies and in 371 (55.1%), unjustified discrepancies were found. Of the 507 patients included in the study, 154 (30.4%) presented at least one medication error. In 96.8% of the cases, the pharmaceutical interventions were performed, and acceptability was 30.6%, avoiding 110 errors. Medication omission was the most common type of discrepancy and the medical group most frequently involved was the cardiovascular system. **Conclusions:** Medication errors in admission to the orthopedics and neurology sectors are frequent, but they can be identified and solved through medication reconciliation, with professional clinical pharmacists able to perform it, collaborating for the safety of the patients.

Keywords: Medication errors, patient safety, drug prescriptions, medication reconciliation.



Introdução

A conciliação de medicamentos pode ser descrita como um processo que consiste na obtenção de uma lista completa, precisa e atualizada dos medicamentos utilizados por cada paciente fora do âmbito hospitalar (incluindo nome, dosagem, frequência e via de administração) e analisada em comparação com as prescrições médicas realizadas na admissão, transferência, consultas ambulatoriais e no momento da alta hospitalar¹.

Conciliação mais avançada de medicamentos envolve colaboração interprofissional (por exemplo, um médico e enfermeiro ou farmacêutico conduzindo a conciliação de medicamentos em equipe), integração em resumos e prescrições de alta e fornecimento de aconselhamento de medicação aos pacientes². O profissional farmacêutico é qualificado para apurar os dados sobre os medicamentos utilizados pelo paciente e promover esforços a fim de estabelecer um tratamento medicamentoso eficaz através do processo de conciliação de medicamentos participando do cuidado ao paciente juntamente a equipe multiprofissional, melhorando a segurança do paciente hospitalizado.

Estudos revelam que a conciliação de medicamentos possui impacto direto sobre a prevenção dos eventos adversos relacionados a medicamentos, sendo efetiva na diminuição das discrepâncias identificadas, gerando, assim, a redução desse tipo de erro de medicação em cerca de 70%³. Desta forma, trata-se de um serviço que tem o propósito de reduzir erros de medicação como duplicidades ou omissões, evitando danos desnecessários, riscos potenciais e custos no atendimento ao paciente⁴.

Erros de medicação acontecem mais comumente nos períodos de transição do tratamento ao paciente, sendo a transferência incorreta ou incompleta de informações a principal causa de erros nessas condições⁵. A obtenção de dados da história de medicação de forma imprecisa na admissão hospitalar pode originar inconformidades na terapia medicamentosa durante o internamento hospitalar, falha terapêutica, comprometendo assim a segurança do paciente⁶.

Estima-se que por volta de 60% dos pacientes internados possuem uma ou mais discrepância na sua história de medicação na admissão⁷. De acordo com Pippins *et al.*⁸ discrepância define-se como qualquer diferença entre a lista de medicamentos que o paciente faz uso em seu domicílio e a prescrição hospitalar. As discrepâncias podem ser justificadas ou não justificadas e estas últimas são consideradas erros de medicação⁹. A conciliação de medicamentos é uma estratégia para reduzir a ocorrência de discrepâncias medicamentosas que podem levar a eventos adversos a medicamentos⁵.

Diante do exposto, o presente trabalho teve por objetivo descrever as discrepâncias identificadas pelo serviço de farmácia clínica na realização de conciliação de medicamentos de pacientes internados pela ortopedia e neurologia, bem como, avaliar a aceitação das intervenções farmacêuticas pela equipe médica em um hospital universitário.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e retrospectivo, realizado em um hospital geral e público, com 195 leitos. Foram avaliados os prontuários e formulários de acompanhamento

farmacoterapêutico dos pacientes entrevistados pelo serviço de farmácia clínica, atendidos pela ortopedia e neurologia admitidos nas alas G2- Ortopedia emergencial e G3- Ortopedia/Neurologia, no período de janeiro a junho de 2018. Conforme critérios de atuação do serviço de farmácia clínica, não foram entrevistados os pacientes com idade menor que 18 anos, que tiveram passagem na unidade de terapia intensiva e/ou sala de emergência, pacientes em isolamento respiratório, pacientes não contactantes e sem acompanhante ou não encontrados por motivo de alta.

As informações relacionadas ao histórico de medicação foram coletadas, considerando como potenciais fontes: o paciente, familiar/cuidador, sacola de medicamentos, receituário médico e informações contidas no prontuário eletrônico.

As entrevistas farmacêuticas foram realizadas a beira do leito e a prescrição médica do dia da entrevista foi, então, comparada à lista de medicamentos que o paciente utilizava antes da admissão hospitalar. A partir desta comparação, identificavam-se as discrepâncias, que foram classificadas em justificadas e não justificadas, bem como quanto ao tipo de alteração realizada pelo médico.

A avaliação das discrepâncias foi adaptada para a realidade do hospital seguindo o proposto por Gleason *et al.*¹⁰ e Lombardi *et al.*¹¹. Estas foram classificadas em não justificadas e justificadas. Aquelas que ocorriam quando o médico adicionava, alterava ou omitia de forma não intencional um medicamento que o paciente estava usando antes da transição do cuidado, foram denominadas não justificadas, que se subdividem em: erro por omissão, erro por ação (medicamento não estava em uso antes da internação), erro de dose, erro de via de administração, erro de frequência de uso, medicamento diferente (medicamento diferente do que estava sendo usado antes da internação) e posologia (dose e frequência juntos).

Já as justificadas, são aquelas em que havia uma explicação para a não prescrição e/ou alteração do medicamento. Subdividiam-se de acordo com alguns aspectos: protocolo clínico, alteração farmacológica-medicamento diferente/via/dose/frequência, medicamento não padrão (como por exemplo, substituição para alternativa padronizada na instituição) e decisão clínica de não prescrever.

A avaliação da discrepância foi realizada pelo farmacêutico e quando identificadas discrepâncias não justificadas, foram feitas intervenções verbais com o médico responsável, bem como evolução em prontuário eletrônico, sugerindo a conciliação de medicamentos na prescrição hospitalar. Quando as intervenções não foram aceitas em até 24 horas, este procedimento foi repetido. Foram consideradas aceitas, quando o médico alterou a prescrição em no máximo 48 horas após a primeira intervenção farmacêutica. Os dados foram registrados em formulário de acompanhamento farmacoterapêutico individual, sendo o levantamento dos dados realizado por meio desses registros.

A classe terapêutica dos medicamentos envolvidos nas discrepâncias foi classificada de acordo com a classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) segundo os grandes grupos sistêmicos (1º nível)¹².

As variáveis estudadas foram número de discrepâncias identificadas, tipos de discrepâncias, classes terapêuticas envolvidas, número de medicamentos conciliados, intervenções farmacêuticas realizadas e intervenções aceitas. Avaliou-se também variáveis sociodemográficas como: gênero e idade, bem como os dados relacionados à saúde e à internação do paciente: duração da internação, especialidade médica, doenças prévias e histórico de medicamentos de uso prévio a internação. Os dados coletados foram organizados em planilhas



do programa Excel e avaliados por meio de estatística descritiva. A comparação entre os grupos foi realizada na função *Action* do programa Excel, por meio do teste do qui-quadrado de Pearson e considerou-se significativa quando $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, por meio do parecer 1.872.685.

Resultados

No período do estudo foram acompanhados 507 pacientes, as características sobre idade, sexo, especialidade, dias de internação e doenças prévias estão apresentadas na Tabela 1. O número de doenças prévias relatadas foi de 537, sendo que apenas 266 (52,5%) dos pacientes apresentavam pelo menos uma doença prévia. Pode-se observar que as doenças mais encontradas foram relativas à especialidade cardiovascular e endocrinologia.

Com relação às fontes de informações utilizadas para a coleta do histórico de medicação, as informações contidas nos prontuários eletrônicos foram coletadas em todos os casos. Ainda, em 398 (78,5%) casos os pacientes foram consultados. Em 61 (12%) somente o familiar/cuidador foi consultado, pois o paciente não estava responsivo no momento da entrevista. Em 40 (7,9%) dos pacientes, além dos indivíduos entrevistados e os dados dos prontuários, houve mais fontes de informação, como sacola de medicamentos e receituário médico que o paciente havia levado para o hospital. Houve avaliação somente do prontuário em 8 (1,6%) situações.

Tabela 1. Características dos sujeitos do estudo, Cascavel/PR 2018.

Características	Todos N=507
Idade (anos) Média±DP¹	51,5±20,1
Dias de internação Média±DP ¹	7,2 ±8,9
Sexo masculino ² n (%)	291 (57,4)
Especialidade	
Ortopedia	355 (70,0)
Neurologia	152 (30,0)
Condições clínicas dos pacientes n (%)	N= 537
Cardiovascular	213 (39,7)
Endocrinologia	144 (26,8)
Neurologia	46 (8,6)
Psiquiatria	36 (6,7)
Reumatologia	20 (3,7)
Oncologia	15 (2,8)
Pneumologia	14 (2,8)
Gastroenterologia	11 (2,0)
Nefrologia	8 (1,5)
Vascular	7 (1,3)
Hepatologia	4 (0,7)
Infectologia	4 (0,7)
Hematologia	3 (0,6)
Otorrinologia	3 (0,6)
Urologia	3 (0,6)
Dermatologia	2 (0,4)
Oftalmologia	2 (0,4)
Ginecologia	1 (0,2)

1DP: Desvio padrão; 2Variável dicotômica foi descrita somente uma das categorias.

Dos pacientes avaliados, 143 (28,2%) apresentaram pelo menos uma discrepância justificada, totalizando 302 registros. Foram identificadas 371 discrepâncias não justificadas em 154 pacientes avaliados (30,4%), correspondendo a uma média de 2,4±1,9 discrepâncias não justificadas por paciente com este tipo de discrepância, sendo considerados erros de medicação. Destes, 58 (37,7%) apresentaram uma discrepância não justificada e 96 (62,3%) duas ou mais discrepâncias não justificadas, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,002$) (Tabela 1).

A descrição das discrepâncias está apresentada na tabela 2, bem como os medicamentos envolvidos de acordo com os grandes grupos do sistema de classificação anatômica terapêutica química (ATC). Foram contabilizados 939 medicamentos utilizados em domicílio por 272 (53,6%) dos pacientes. Destes, 673 (71,7%) apresentavam discrepâncias. Pode-se observar uma maior ocorrência de erros por omissão. Os medicamentos mais frequentes nas discrepâncias foram os do grupo sistema cardiovascular.

O número de intervenções farmacêuticas realizadas sobre as discrepâncias não justificadas foi de 359 (96,8%) e não realizadas, 12 (3,2%). O aceite das intervenções encontra-se especificado também na Tabela 2.

Discussão

O processo de conciliação de medicamentos tem se consolidado como uma estratégia para reduzir erros de medicação, riscos potenciais aos pacientes e custos. É uma ferramenta recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e certificadoras de qualidade de serviços de saúde de vários países para assegurar a segurança do paciente¹³. Ao encontro disso, o serviço de farmácia clínica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná implantou o processo de conciliação de medicamentos, nas unidades de ortopedia e neurologia no ano de 2013.

Pode-se verificar que os pacientes incluídos neste estudo apresentavam uma média de idade semelhante à média de idade foi encontrado em estudo realizado por Lombardi *et al.*¹¹ em um hospital do estado do Paraná, que apresentou uma média de 59 anos (DP±6 anos) e também em estudo conduzido por Nascimento¹⁴ onde encontrou uma média de idade de 54,75 anos (DP±18,5 anos).

Em relação ao gênero, foi possível observar uma maior frequência do sexo masculino, resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado em unidade cardiológica de um hospital de grande porte, com 53,29% de pacientes do sexo masculino¹⁵. Este resultado é divergente quando comparado a outros estudos da literatura que encontraram mais indivíduos do sexo feminino^{11,14,16}.

Dentre os pacientes da neurologia e ortopedia, os pacientes foram na sua maioria admitidos pela especialidade ortopedia, sendo que os pacientes desta especialidade apresentavam maior rotatividade e curto período de internamento, além do hospital em questão ser referência na região para tratamento de traumas.

Com referência à presença de doenças prévias, um estudo realizado por Domingos¹⁷ em enfermaria de ortotraumatologia de um hospital de Portugal reportou resultados similares ao deste estudo quanto aos principais tipos de doenças apresentadas pelos pacientes. Estudos brasileiros também apresentaram resultados similares em relação a maior prevalência de doenças cardiovasculares e do sistema endócrino^{14,18,19}.

Tabela 2. Resultados da conciliação de medicamentos, Cascavel/PR, 2018.

Informações	Total N= 673	Discrepâncias	
		Justificadas N= 302	Não Justificadas N= 371
Tipos de discrepâncias n (%)			
Decisão clínica	104 (34,4)	104 (34,4)	-
Protocolo Clínico	84 (27,8)	84 (27,8)	-
Alteração Farmacológica	80 (26,5)	80 (26,5)	-
Medicamento não padrão	34 (11,3)	34 (11,3)	-
Erro por omissão	300 (80,9)	-	300 (80,9)
Erro de dose	23 (6,2)	-	23 (6,2)
Erro por ação	21 (5,7)	-	21 (5,7)
Erro de frequência de uso	20 (5,4)	-	20 (5,4)
Medicamento diferente	4 (1,1)	-	4 (1,1)
Posologia	3 (0,8)	-	3 (0,8)
Medicamentos envolvidos n (%)			
A - Aparelho digestivo e metabolismo	141 (21,0)	116 (38,4)	25 (6,7)
B - Sangue e órgãos hematopoiéticos	50 (7,4)	32 (10,6)	18 (4,9)
C - Aparelho cardiovascular	213 (31,6)	51 (16,9)	162 (43,7)
G - Aparelho genit urinário e hormônios sexuais	8 (1,2)	3 (1,0)	5 (1,3)
H - Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas	27 (4,0)	12 (4,0)	15 (4,0)
J - Anti-infecciosos para uso sistêmico	5 (0,7)	3 (1,0)	2 (0,5)
L - Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	6 (0,9)	4 (1,3)	2 (0,5)
M - Sistema musculoesquelético	28 (4,2)	18 (6,0)	10 (2,7)
N - Sistema nervoso	158 (23,5)	50 (16,6)	108 (29,1)
R - Aparelho respiratório	24 (3,6)	6 (2,0)	18 (4,9)
S - Órgãos sensitivos	3 (0,4)	-	3 (0,8)
V - Vários	10 (1,5)	7 (2,3)	3 (0,8)
Aceite das intervenções n (%)			
Intervenção aceita	110 (30,6)	-	110 (30,6)
Intervenção não aceita	128 (35,7)	-	128 (35,7)
Intervenção não aceita - paciente ficou internado por menos que 48h após intervenção	121 (33,7)	-	121 (33,7)

Durante a entrevista, o paciente ou o seu acompanhante prestaram informações a respeito dos medicamentos utilizados em domicílio na maioria das vezes, comprovando que estes têm papel essencial no processo de conciliação³.

As discrepâncias na medicação podem acarretar danos relacionados tanto à efetividade quanto à segurança da terapia medicamentosa. Neste estudo, foram observadas mais discrepâncias não justificadas e estas são comumente observadas também em outros estudos^{17,19,20}. Revisão sistemática conduzida por Tam *et al.*²¹ evidenciou que até 67% dos pacientes admitidos no hospital apresentam discrepâncias não justificadas de medicamentos.

Outros estudos mostraram a identificação principalmente de discrepâncias justificadas. Lindenmeyer²² observou em seu estudo realizado em uma unidade de hematologia e oncologia, que apenas 17,7% das discrepâncias eram não justificadas. Outro estudo realizado por Magalhães¹⁶ verificou que 21,4% dos medicamentos apresentavam discrepâncias não justificadas, sendo que esses erros de medicação atingiram 31,8% dos pacientes. Isso demonstra que a relação encontrada entre as discrepâncias justificadas e não justificadas varia muito entre os estudos, isto pode ser explicado por possuírem populações diferentes e critérios distintos para caracterizar as discrepâncias.

A análise qualitativa das discrepâncias não justificadas mostrou que os erros por omissão foram os mais frequentes, seguido de dose, ação e frequência de uso. Estudos semelhantes corroboram com

esse resultado, principalmente no que tange à maior incidência de discrepâncias de omissão^{16,19,20,23}. A omissão do medicamento no momento da admissão pode causar descontinuação do tratamento e, deste modo, danos ao paciente²⁴. A falta de comunicação, informações incompletas ou pouco acuradas na hora da transição, pode justificar o fato de haver um maior número de erros por omissão.

Quando analisadas as causas que determinaram as discrepâncias justificadas, verificou-se que a causa mais frequente de discrepância foi decisão clínica, seguido de protocolo clínico e alteração farmacológica. Está bem documentado que alguns medicamentos podem ser substituídos, descontinuados ou administrado por outra via, no período pré-cirúrgico, para reduzir o risco de complicações pós-cirúrgicas ou diminuir o possível risco de interações medicamentosas. Os hipoglicemiantes orais, os anticoagulantes e antitrombóticos são exemplos de alguns desses medicamentos¹⁷. Neste estudo, as constatações relacionadas aos medicamentos envolvidos nas discrepâncias justificadas estão em concordância com as doenças prévias mais frequentes na população em questão.

Os medicamentos implicados nas discrepâncias não justificadas foram em sua maioria os que atuam em nível do aparelho cardiovascular, posteriormente, sistema nervoso e aparelho digestivo e metabólico. Estes resultados são consistentes com estudos realizados por outros autores^{16,25}. Em estudo realizado por Buckley *et al.*²³ identificaram que, dentre as discrepâncias consideradas com potenciais consequências clínicas graves, a maior parte abrangeu agentes cardiovasculares (38,9%).

Constatando-se a discrepância não justificada e uma posterior intervenção farmacêutica, verificou-se que somente 110 (30,6%) das intervenções foram aceitas, alcançando o objetivo da conciliação que é evitar ou minimizar erros de medicação. Outros estudos publicados também apresentam predominância da não aceitação das intervenções, como no caso de Bezerra¹⁸ realizado com pacientes cirúrgicos em um hospital do Estado de Sergipe, onde foram aceitas somente 14,2% das intervenções e no trabalho desenvolvido por Lindenmeyer *et al.*²² em unidade onco-hematológica onde identificou-se que somente em 35% dos casos, o problema foi resolvido após a intervenção. Em contrapartida, há trabalhos desenvolvidos que mostram que na grande maioria das vezes, houve aceitação da abordagem com porcentagem relevante, como nos estudos realizados por Nascimento¹⁴ e Reis¹⁵ que mostraram aceitação das intervenções de, 92,6% e 74,71%, respectivamente. Dados semelhantes também foram encontrados em trabalho realizado por Mendes¹⁹ em uma unidade de clínica médica de um hospital universitário do estado do Paraná, com aceitação da equipe médica de aproximadamente 75% das intervenções.

Pode-se considerar como razão dos resultados encontrados no presente estudo, como a baixa aceitação das intervenções farmacêuticas pelos médicos prescritores, o fato de não haver tempo hábil para a correção da prescrição, principalmente nos pacientes ortopédicos em que se percebia uma grande rotatividade de pacientes. Sendo que, em 35,6% (121) das intervenções realizadas o paciente recebeu alta, foi transferido ou veio a óbito em tempo menor que 48 horas após intervenção farmacêutica ou, ainda, a resistência de alguns membros da equipe multiprofissional.

Neste estudo, algumas limitações devem ser consideradas, como o fato de que boa parte dos pacientes admitidos nas unidades do estudo era proveniente do Pronto Socorro (PS). Seria ideal a implementação de um processo de conciliação no ponto de entrada dos pacientes no hospital, e não apenas nas enfermarias. Ainda, limitação na perda de seguimento logo após a intervenção farmacêutica, relacionada à transferência dos pacientes de unidade, de hospital ou alta hospitalar, não sendo possível medir absolutamente o impacto das intervenções.

Conclusão

Constatou-se que erros de medicação relacionados à conciliação ocorrem em pacientes das especialidades ortopedia e neurologia, mas podem ser identificados e resolvidos por meio do processo de conciliação de medicamentos realizado pelo serviço de farmácia clínica. O número significativo de discrepâncias identificadas supõe uma importante oportunidade de melhora da conciliação nos setores estudados. Quando as intervenções farmacêuticas foram aceitas, as correções dos erros de medicação evitaram possíveis eventos adversos aos pacientes, mostrando a importância deste serviço na instituição. Este processo permite ao farmacêutico clínico hospitalar, participar mais ativamente no tratamento terapêutico, e aos diferentes prestadores de cuidados de saúde, assegurar uma melhor segurança no tratamento do paciente, minimizando erros associados ao medicamento.

Fontes de financiamento

A autora Cássia Regina Eidelwein foi residente em farmácia hospitalar, recebendo bolsa no ano de 2017 a 2019.

Colaboradores

CRE: desenvolvimento, elaboração, interpretação dos dados do artigo e responsabilidade por todas as informações do trabalho, garantindo exatidão e integridade de qualquer parte da obra. ACS: orientação na elaboração, revisão dos dados coletados, revisão do conteúdo do manuscrito e responsabilidade por todas as informações do trabalho, garantindo exatidão e integridade de qualquer parte da obra. LFC: análise, revisão do manuscrito e responsabilidade por todas as informações do trabalho, garantindo exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflitos de interesse em relação a este artigo.

Referências

1. Aspden P, Wolcott J, Bootman JL, *et al.* Preventing medication errors. Quality chasm series. Washington (DC), The National Academies Press. 200; 480.
2. Fernandes O. Medication reconciliation in the hospital: what, why, where, when, who and how?. Healthc Q. 2012; 15:42-49.
3. Anacleto TA, Rosa MB, Neiva HM, *et al.* Erros de medicação – Farmácia hospitalar. Pharm Bras. 2010;1-24.
4. Moriel MC, Pardo J, Catalá RM, *et al.* Prospective study on conciliation of medication in orthopaedic patients. Farm Hosp. 2008; 32(2):65-70.
5. Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, *et al.* Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. Arch Intern Med. 2012; 172(14):1057-69.
6. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, *et al.* Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med. 2005; 165(4):424-429.
7. Gizzi LA, Slain D, Hare JT, *et al.* Assessment of a Safety Enhancement to the Hospital Medication Reconciliation Process for Elderly Patients. Am J Geriatr Pharmacother. 2010; 8(2):127-135.
8. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, *et al.* Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. J Gen Intern Med. 2008; 23(9):1414-1422.
9. Breves I. Conciliação medicamentosa: estratégia para evitar erros de medicação e aumentar a segurança do paciente, 2015. Disponível em: <https://proqualis.net/entrevista/concilia%C3%A7%C3%A3o-medicamentosa-estrat%C3%A9gia-para-evitar-erros-de-medica%C3%A7%C3%A3o-e-aumentar-seguran%C3%A7a>. Acesso em: 26 nov 2018.
10. Gleason KM, Brake H, Agramonte V, *et al.* Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Toolkit for Medication Reconciliation. (Prepared by the Island Peer Review Organization, Inc., under Contract No. HHS2902009000 13C.) AHRQ Publication No. 11(12)- 0059. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Revised August 2012.
11. Lombardi NF, Mendes AEM, Lucchetta RC, *et al.* Análise das discrepâncias encontradas durante a conciliação



- medicamentosa na admissão de pacientes em unidades de cardiologia: um estudo descritivo. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24:e2760.
12. World Health Organization [WHO]. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. 2012: 284.
 13. Sánchez OD, López IM, Monjo MC, *et al.* Conciliación de la medicación: assumamos la responsabilidad compartida. Farm Hosp. 2008; 32(2):63-4.
 14. Nascimento AA. Avaliação da conciliação medicamentosa em um hospital universitário [Trabalho de conclusão de curso]. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – PB, 2017.
 15. Reis WCT, Scopel CT, Correr CJ, *et al.* Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário no Brasil. Rev. Einstein. 2013; 11(2):190-196.
 16. Magalhães GF. Conciliação medicamentosa em pacientes de um Hospital Universitário [Dissertação]. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.
 17. Domingos SCF. Discrepâncias na medicação e reconciliação terapêutica em doentes internados: uma avaliação descritiva [Dissertação]. Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2013.
 18. Bezerra CSLF. Reconciliação medicamentosa em pacientes cirúrgicos em um hospital do estado de Sergipe [Dissertação]. Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão – SE, 2015.
 19. Mendes AEM. Conciliação de medicamentos na admissão hospitalar: um ensaio clínico randomizado [Dissertação]. Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR, 2016.
 20. Marzal-Alfaro B, Raque AL, Sánchez G, *et al.* Errores de medicación en un servicio de urgencias según el consenso español de conciliación de la medicación. Rev Bras Farm Hosp Serv Saude. 2015; 6(2):6-11.
 21. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, *et al.* Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. Can Med Assoc J. 2005; 173(5):510-515.
 22. Lindenmeyer, LP, Goulart VP, Hegele V. Reconciliação medicamentosa como estratégia para a segurança do paciente oncológico- resultados de um estudo piloto. Revista RBFHSS. 2013; 4(4):51-55.
 23. Buckley MS, Harinstein LM, Clark KB, *et al.* Impact of a Clinical Pharmacy Admission Medication Reconciliation Program on Medication Errors in ' High-Risk ' Patients. Ann Pharmacother. 2013; 47(12):1599 –1610.
 24. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, *et al.* Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. J Gen Intern Med. 2010; 25(5):441-447.
 25. Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, *et al.* Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. Am J Health Syst Phar. 2004; 61 (16):1689-1695.