



Universidade de Brasília - UnB

Faculdade de Ceilândia - FCE

Graduação em Farmácia

FERNANDA GABRIELA DOS SANTOS

**A importância da atuação do farmacêutico no processo de conciliação
medicamentosa em hospitais: uma revisão integrativa**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners

Brasília

2021

FERNANDA GABRIELA DOS SANTOS

**A importância da atuação do farmacêutico no processo de conciliação
medicamentosa em hospitais: uma revisão integrativa**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao curso de Farmácia, da Faculdade de Ceilândia - FCE, da Universidade de Brasília - UNB, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners

Brasília

2021

FERNANDA GABRIELA DOS SANTOS

**A importância da atuação do farmacêutico no processo de conciliação
medicamentosa em hospitais: uma revisão integrativa**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners
(FCE/ Universidade de Brasília)

Prof^a. Dr^a Dayani Galato
(FCE/ Universidade de Brasília)

Prof^a. Dr^a Emília Vitória da Silva
(FCE/ Universidade de Brasília)

*Dedico este trabalho à minha família,
nomeadamente aos meus pais Denise e
Afonso.*

AGRADECIMENTOS

Sobretudo, a Deus quem sempre me conduziu com todas as suas lições de constância, sabedoria e amor.

A toda minha família, em especial aos meus pais Afonso e Denise, minhas irmãs Paula e Maria Clara, ao meu filho pet Beethoven e ao meu companheiro Rodolfo Carneiro por todo amor, paciência, dedicação, incentivo, cuidado, proteção e amparo a mim destinado em toda a minha trajetória estudantil, majoritariamente universitária. Agradeço imensamente por terem sido fundamentais em momentos de desalento e exaustão.

A todos os meus amigos, principalmente aos meus companheiros de graduação Vitor e Bruna, os quais foram essenciais nesse roteiro final da minha jornada universitária.

Agradeço a Universidade de Brasília, a minha orientadora Prof^a. Dr^a. Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners e a todo corpo docente por todo aprendizado vivenciado e em particular pela oportunidade de ser e pertencer.

*“Educação não transforma o mundo.
Educação muda as pessoas.
Pessoas mudam o mundo.”*

(Paulo Freire)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Gerado mediante os dados fornecidos pela autora

S237 Santos, Fernanda Gabriela dos.

A importância da atuação do farmacêutico no processo de conciliação medicamentosa em hospitais: uma revisão integrativa / Fernanda Gabriela dos Santos. -- Brasília, 2021.

42 f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Faculdade de Ceilândia - FCE; Universidade de Brasília - UnB, 2021.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners.

1. Conciliação medicamentosa. 2. Discrepâncias. 3. Eventos adversos. 4. Hospital. 5. Farmacêutico. I. Meiners, Micheline Marie Milward de Azevedo, orient. II. Título. III. Autor.

RESUMO

A conciliação medicamentosa é o processo pelo qual o farmacêutico elabora uma lista de todos os medicamentos utilizados pelo paciente (nome ou formulação, forma farmacêutica, concentração/dinamização, via de administração, dose, frequência de uso e duração do tratamento), conciliando com as informações do prontuário ou da prescrição do paciente. É um processo que deve ser realizado em todas as transições de cuidado (admissão, transferência e alta hospitalar), uma vez que aumenta a segurança do paciente em todos os níveis assistenciais. O objetivo dessa revisão foi avaliar os estudos disponíveis acerca da atuação do farmacêutico no processo de conciliação medicamentosa em hospitais e identificar os principais fatores e desfechos relacionados. Como metodologia foi realizada uma revisão integrativa com os termos: drug reconciliation, pharmacist e hospital. As bases de dados consultadas foram Medline/PubMed e LILACS, limitando-se os anos de publicação em 10 anos e os idiomas de publicação em português espanhol e inglês. A partir da busca realizada foi possível selecionar sete artigos nos quais atendiam a todos os critérios de inclusão estabelecidos e apresentaram dados relevantes para a revisão. A prática da conciliação medicamentosa demonstrou importância na redução do número de discrepâncias não intencionais potencialmente prejudiciais ao paciente, na diminuição de eventos adversos a medicamentos e seus custos para a saúde. Em um dos estudos a CM quando realizada foi capaz de diminuir a UMD (discrepâncias de medicações não intencionais) na admissão dos pacientes de 45,8% para 2,1%. Os resultados apresentados evidenciam que os profissionais farmacêuticos desempenham um papel importante e inestimável na detecção de discrepâncias, prevenção de eventos adversos a medicamentos e diminuição de gastos de saúde.

Palavras-chave: Conciliação medicamentosa; Eventos adversos; Erros de medicação; Hospital; Farmacêutico.

ABSTRACT

Drug reconciliation is the process by which the pharmacist draws up a list of all drugs used by the patient (name or formulation, pharmaceutical form, concentration / dynamization, route of administration, dose, frequency of use and duration of treatment), reconciling with the information from the patient's medical record or prescription. It is a process that must be performed in all care transitions (admission, transfer and hospital discharge), since it increases patient safety at all levels of care. The purpose of this review was to evaluate the studies available on the role of the pharmacist in the process of drug reconciliation in hospitals and to identify the main factors and related outcomes. As a methodology, an integrative review was carried out with the terms: drug reconciliation, pharmacist and hospital. The databases consulted were Medline / PubMed and LILACS, the years of publication being limited to 10 years and the languages of publication in Portuguese, Spanish and English. Based on the search, it was possible to select seven articles in which they met all the inclusion criteria established and presented relevant data for the review. The practice of drug reconciliation has shown importance in reducing the number of unintentional discrepancies that are potentially harmful to the patient, in reducing adverse drug events and their health costs. In one of the studies, CM, when performed, was able to decrease UMD (discrepancies in unintended medications) on patient admission from 45.8% to 2.1%. The results presented show that pharmaceutical professionals play an important and invaluable role in detecting discrepancies, preventing adverse drug events and decreasing health care costs.

Keywords: Drug reconciliation; Adverse events; Medication errors; Hospital; Pharmacist.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Descrição em ordem numérica dos os protocolos básicos de segurança do paciente, aprovados pela Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e a Portarianº 2.095, de 24 de setembro de 2013.(Fonte: Ministério da Saúde, 2017) 16
- Figura 2** - Descrição dos objetivos, de forma resumida, estabelecidos para os protocolos básicos de segurança do paciente, aprovados pela Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013, Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 e a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 (Fonte: CRUZ, 2018) 17
- Figura 3** - Fluxograma do número de artigos encontrados e selecionados após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2021)28
- Figura 4** - Custos modelados de eventos adversos a medicamentos evitáveis (pADEs). (Fonte: Traduzido de ONATADE; QUAYE, 2018 apud KARNON *et al* 2009 pela própria autora, 2021)36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Artigos selecionados para revisão	30
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria ADE – Adverse Drug Events

ASHP - American Journal Health-System Pharmacy BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CM - Conciliação medicamentosa

EAM - Eventos adversos a medicamentos EM - Erros de medicação

JCAHO - Joint Commission American Health Organization

LLILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde

MEDLINE/PUBMED - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online MS –

Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde PADES- Pontential adverse drug events

PNSP - Programa Nacional de segurança do Paciente PRM - Problemas relacionados

aos medicamentos RAM - Reações adversas a medicamentos

RC - Reconciliação Medicamentosa

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro UMD – Unintended Medication

Discrepancies WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1. Segurança do paciente.....	15
2.2. Uso racional de medicamentos	18
2.3. Conciliação medicamentosa	19
2.3.1. Definição do termo	21
2.3.2. Discrepâncias	21
2.4. Intervenção farmacêutica	22
3. JUSTIFICATIVA	24
4. OBJETIVOS.....	25
4.1. Objetivo geral	25
4.2. Objetivos específicos	25
5. METODOLOGIA	26
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
8. REFERÊNCIAS	40

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) traz consigo o conceito crucial sobre a segurança do paciente, no qual fundamenta-se em reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009). A OMS estabelece também ações para reduzir riscos, eventos ou circunstâncias que poderiam resultar em dano ao paciente, como reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde, por meio da campanha de higienização das mãos e promover uma cirurgia mais segura. Dentre outras ações, a OMS menciona a conciliação medicamentosa como uma importante ação a fim de garantir o uso correto e seguro de medicamentos em diferentes níveis e transições de cuidados (WHO, 2009).

A conciliação medicamentosa (CM) é uma das propostas que integram o conjunto de atividades da farmácia clínica, em especial, realizada por profissionais farmacêuticos. Segundo Souza e Mendes (2019) a conciliação consiste na obtenção de uma lista completa dos medicamentos de uso habitual do paciente e posterior comparação com a prescrição em todas as transições de cuidado. Tendo em vista a importância da realização do processo em todas as etapas assistenciais (admissão, transferência e alta hospitalar), a conciliação apresenta-se como um tipo de serviço farmacêutico importante uma vez que aumenta a segurança do paciente em todos os níveis assistenciais.

A CM pode ser avaliada pelo conceito de discrepâncias. Entende-se por discrepâncias relacionadas ao processo de conciliação medicamentosa qualquer diferença entre os medicamentos que o paciente usa antes da internação hospitalar e os medicamentos prescritos no hospital, durante a internação do paciente. A discrepância intencional é aquela em que o médico fez uma escolha voluntária para adicionar, alterar ou interromper um tratamento com um medicamento, já a discrepância não intencional é aquela em que o médico alterou, adicionou ou omitiu de forma involuntária um medicamento que o paciente estava usando antes da transição de cuidado (GRAÇA, 2015).

Segundo um estudo retrospectivo realizado por Santos *et al* (2019), por meio de registros em prontuário eletrônico dos pacientes sobre uso prévio de medicamentos e o número de conciliações medicamentosa realizadas pelos farmacêuticos, foi demonstrado que a atividade foi capaz de evitar e corrigir

aproximadamente 75% das inconsistências clinicamente relevantes, antes de atingirem o paciente. (Santos *et al.*, 2019)

De acordo com os depoimentos coletados em entrevista realizada por Breves (2015), uma importante causa de erros de medicação em hospitais é decorrente da imprecisão de informações durante as transições de nível de cuidado, nas quais alguns medicamentos são suspensos, outros são introduzidos ou prescrições anteriores são transcritas.

De acordo com a revisão sistemática produzida por Mueller *et al* (2012) em que foram analisados 26 ensaios controlados sobre práticas de conciliação de medicamentos em hospitais, realizados em países da América do Norte, Europa e Oceania, foi estimado que as intervenções se mostraram efetivas para reduzir discrepâncias e potenciais eventos adversos relacionados a medicamentos.

Ainda sobre a importância do processo de CM, de acordo com Anacleto *et al* (2010), estudos demonstraram que o processo de conciliação medicamentosa tem grande efeito na prevenção de eventos adversos relacionados a medicamentos, sendo eficiente na redução das discrepâncias encontradas entre as prescrições hospitalares e os medicamentos de uso domiciliar, promovendo assim uma redução quantitativa de 70% dos erros de medicação (Anacleto *et al.*, 2010).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Segurança do paciente

A segurança do paciente é um atributo dos cuidados com a saúde que tem como objetivo reportar, analisar e prevenir erros, que, muitas vezes, levam a eventos adversos à saúde. Iniciativas mundiais gerenciadas pela OMS estão sendo repercutidas no Brasil, tanto no Ministério da Saúde, como na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), sendo publicadas várias recomendações e diretrizes que contribuem para que as instituições de saúde se fortaleçam em prol da segurança na assistência à saúde (ANVISA, 2011).

A publicação da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 editada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), foi de suma importância no que diz respeito a segurança do paciente, visto que instituiu-se o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) apresentando como objetivos a contribuição e a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

O programa apresenta entre as principais ações a serem desenvolvidas: i) a elaboração e o apoio na implementação de protocolos, guias, manuais e outros materiais de segurança do paciente, para promover processos de capacitação em segurança do paciente para gerentes em saúde, profissionais que atuam direta e indiretamente no cuidado à saúde e profissionais de vigilância à saúde; ii) estabelecer metas e indicadores de avaliação das ações de segurança do paciente (BRASIL, 2018).

Dentre os 6 protocolos básicos de segurança do paciente estabelecidos pelo PNSP destaca-se o protocolo de número 3 que diz respeito a segurança na prescrição, uso e administração dos medicamentos, que tem como finalidade estabelecer e promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2018).

A Figura 1 apresenta em ordem numérica todos os protocolos básicos de segurança do paciente estabelecidos no PNSP e a Figura 2 apresenta de forma resumida os objetivos estabelecidos para cada protocolo.

Figura 1 – Descrição dos protocolos básicos de segurança do paciente, aprovados pela Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013.



(Fonte: Ministério da Saúde, 2017)

Figura 2 – Descrição dos objetivos, de forma resumida, estabelecidos para os protocolos básicos de segurança do paciente, aprovados pela Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013, Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 e a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013



(Fonte: CRUZ, 2018)

2.2. Uso racional de medicamentos

Segundo a OMS entende-se que há uso racional de medicamentos quando pacientes recebem medicamentos para suas condições clínicas em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade. O uso racional de medicamentos é um dos maiores problemas de saúde em nível mundial, uma vez que mais da metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inadequada e que metade de todos os pacientes não os utiliza corretamente (WHO, 2002).

O uso de cinco ou mais medicamentos pelo mesmo paciente (polifarmácia), uso inadequado de antimicrobianos, excesso de uso de injetáveis quando formulações orais seriam mais apropriadas, falta de prescrição de acordo com as diretrizes clínicas, a automedicação inapropriada, não adesão aos regimes terapêuticos, dentre outros, são exemplos do uso irracional de medicamentos (MS, 2020).

De acordo com Aquino (2008), a Organização Mundial de Saúde preconiza que para haver o uso racional de medicamentos é preciso, em primeiro lugar, estabelecer a necessidade do uso do medicamento, a seguir, que se receite o medicamento apropriado, a melhor escolha, de acordo com os princípios de eficácia e segurança comprovados e aceitáveis. É necessário que o medicamento seja prescrito adequadamente, na forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento, que esteja disponível de modo oportuno, a um preço acessível, e que responda sempre aos critérios de qualidade exigidos, que se dispense em condições adequadas, com a necessária orientação e responsabilidade, e, por fim, que se cumpra o regime terapêutico já prescrito, da melhor maneira possível (MS, 2001).

A Portaria GM Nº 1555 de 27 de junho de 2007 do Ministério da Saúde, instituiu o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, com caráter deliberativo, no âmbito do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS). A portaria apresenta como principais competências inerentes ao comitê: a) identificar e propor estratégias e mecanismo de articulação direcionadas à promoção do Uso Racional de Medicamentos; a) propor diretrizes e estratégias nacionais para a promoção do uso racional de medicamentos; c) contribuir, por meio da promoção do uso racional de medicamentos, para a ampliação e a qualificação do acesso a medicamentos de qualidade, seguros e

eficazes; d) fomentar iniciativas de pesquisa e desenvolvimento científico, tecnológico e profissional relacionadas ao uso racional de medicamentos, dentre outras competências, a fim de minimizar efeitos nocivos à saúde em prol do uso racional dos medicamentos (MS, 2007). Conforme cita a Resolução Nº 585/2013 do CFF

2.3. Conciliação medicamentosa

A conciliação medicamentosa é uma das propostas que integram o conjunto de atividades da farmácia clínica, é uma das atribuições estabelecidas ao profissional farmacêutico em que o profissional é responsável em elaborar uma lista atualizada e conciliada de medicamentos em uso pelo paciente durante os processos de admissão, transferência e alta entre os serviços e níveis de atenção à saúde. (CFF, 2013)

A implementação do processo de conciliação de medicamentos é aconselhada por organizações internacionais de segurança do paciente tais como a Joint Commission American Health Organization (JCAHO) nos Estados Unidos da América, que incluiu a conciliação medicamentosa entre as estratégias para melhorar a segurança do paciente, estabelecendo esse processo como uma das Metas Nacionais para a Segurança do Paciente (THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2006).

Entre os aspectos positivos da CM destaca-se a possibilidade de se obter e manter as informações sobre a farmacoterapia dos pacientes de forma completa para usar essas informações dentro e através dos níveis de cuidado, garantindo o uso efetivo e seguro dos medicamentos (FERREIRA, 2015).

Haja vista importantes conceitos e atribuições ao processo de conciliação medicamentosa, o CFF apresenta a seguinte definição para a CM, com a finalidade de harmonizar o entendimento desse serviço farmacêutico no Brasil:

“Serviço realizado quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, com o objetivo de diminuir as discrepâncias não intencionais. Para tanto elabora-se uma lista precisa de todos os medicamentos (nome ou formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, dose, via e horários de administração, duração do tratamento), utilizados pelo paciente, comparando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras fontes” (BRASIL, 2015).

Tendo em vista a conciliação medicamentosa como ferramenta para redução dos erros de medicação, alguns estudos publicados indicam que o processo pode colaborar na redução de erros de medicação por até 70% e pode prevenir os efeitos adversos de medicamentos em cerca de 15% (MIRANDA *et al.*, 2012; HELLSTROM *et al.*, 2012).

Os erros de medicação estão relacionados ao aumento do tempo de permanência do paciente no hospital, conseqüentemente aumentam os custos com a saúde, sendo assim, a conciliação medicamentosa como ferramenta para redução dos erros de medicação pode reduzir gastos e melhorar a assistência prestada no sistema de saúde (KARAPINAR-ÇARKIT *et al.*, 2010).

Ao contrário disso, a falta do processo de conciliação medicamentosa representa 46% de todos os erros de medicação (EM) e até 20% de eventos adversos em ambiente hospitalar. Dessa forma, o processo tem sido identificado como uma ferramenta importante para diminuir os erros de medicamentos relacionados com as transições nos cuidados de saúde (KARAPINAR-ÇARKIT *et al.*, 2010; VARKEY *et al.*, 2007).

Infere-se do estudo realizado por Gleason *et al* (2012) que para o sucesso de um sistema de conciliação medicamentosa depende-se do envolvimento de uma equipe multidisciplinar e de sua motivação. Nesse processo o enfermeiro, farmacêutico e o médico, assumem papéis fundamentais desde a recolha da história medicamentosa, passando pela identificação das discrepâncias e até mesmo a resolução das discrepâncias não intencionais a fim de evitar potenciais consequências na efetividade e na segurança do tratamento do paciente, como interrupções no tratamento de condições crônicas e aumento da possibilidade de agravamento de comorbidades não tratadas (GLEASON *et al.*, 2010).

Vale ressaltar também, que a CM tem grande potencial de colaboração com as ações de farmacovigilância no ambiente hospitalar, contribuindo para a identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos a medicamentos (FERTLEMAN; BARNETT; PATEL, 2005).

2.3.1. Definição do termo

O termo reconciliação ainda é muito utilizado como sinônimo de conciliação, porém o (CFF, 2016) sugere não utilizá-lo visto que em acordo com a na RDC/Anvisa nº 13/2013, que dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Produtos Tradicionais Fitoterápicos, o termo reconciliação é empregado em outro contexto e com significado distinto. Termos como: reconciliação, *medication reconciliation*, *reconciliación de los medicamentos*, *conciliación de la medicación* e *conciliación farmacoterapéutica* são termos relacionados ao termo conciliação (CFF, 2016).

Neste estudo será utilizado o termo conciliação medicamentosa, conforme estabelecido pelo Conselho Federal de Farmácia, mas vale salientar que alguns artigos utilizados empregam o termo reconciliação medicamentosa (CFF, 2016).

2.3.2. Discrepâncias

Segundo um estudo prospectivo realizado por Magalhães (2017) que buscou avaliar a efetividade da conciliação medicamentosa na identificação de erros de medicação na admissão de pacientes de um hospital universitário apresentou-se resultados em que foi constatado a efetividade da conciliação medicamentosa na detecção de erros de medicação, visto que foi identificado um número elevado de discrepâncias não intencionais. Falhas no registro dos medicamentos foram identificadas, o que pode estar relacionado com as taxas de discrepância não intencionais detectadas. O estudo relata que a omissão foi a discrepância não intencional mais identificada.

Ainda de acordo com o estudo realizado por Magalhães (2017) é possível descrever as definições que caracterizam os dois tipos de discrepâncias avaliadas no processo da conciliação, sendo elas:

“Discrepância não intencional: é aquela em que o prescritor alterou, adicionou ou omitiu involuntariamente um medicamento que o doente estava tomando antes da admissão. As discrepâncias não intencionais têm potencial para setornarem erros de medicação que podem levar a eventos adversos.

Discrepâncias intencionais: são diferenças, clinicamente compreensíveis e apropriadas, entre a melhor história medicamentosa possível e as ordens de admissão baseadas no plano de cuidados do doente” (MAGALHÃES, 2017).

Almanasreh *et al* (2016) consideram que a ocorrência das discrepâncias analisadas na conciliação medicamentosa ocorre na transição do cuidado , onde os pacientes costumam receber novos medicamentos ou fazer alterações nos medicamentos já existentes, alterações estas intencionais ou não.

Assim sendo, estudar a forma como processo de CM é realizado, as taxas e os tipos de discrepâncias, os fatores de risco para sua ocorrência e quais aspectos do processo de conciliação medicamentosa podem permitir melhorar a precisão das prescrições médicas de pacientes são contribuições importantes para o campo da segurança do paciente e da qualidade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, para o campo da saúde no Brasil (GRAÇA, 2015).

2.4. Intervenção farmacêutica

Ferreira (2015) infere em seu estudo que o profissional farmacêutico constitui o terceiro grupo de profissionais de saúde envolvidos diretamente em reduzir os riscos relacionados ao uso de medicamentos, juntamente com médicos e enfermeiros, promovendo a saúde e prevenindo doenças.

A atuação clínica é fator fundamental para inserir o farmacêutico como membro da equipe de saúde multiprofissional. Neste contexto, depreende-se que a CM é ferramenta fundamental como processo a ser desenvolvido pelo profissional farmacêutico na redução dos erros de medicação (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Velho (2011) relata em seu estudo que os farmacêuticos são ideais para apoiar uma equipe de saúde multidisciplinar no processo de conciliação, devido à sua maior familiaridade com os medicamentos e também por poder usar várias fontes para reunir um histórico completo de medicamentos.

É importante observar que possíveis intervenções farmacêuticas realizadas durante o processo de conciliação no momento da internação possuem impacto em curto prazo na farmacoterapia, também a longo prazo, nas doenças crônicas e/ou práticas de prevenção. As intervenções geram também uma boa aceitação pela equipe médica na maioria dos casos, uma vez que previne sérias morbidades (KARAPINAR-CARKIT *et al.*, 2010).

De acordo com a Resolução N° 585 do CFF de 29 de agosto de 2013 (BRASIL, 2013), elaborar uma lista atualizada dos medicamentos utilizados (conciliação medicamentosa) pelos pacientes durante os processos de admissão, transferência e

alta faz parte das atribuições clínicas do profissional farmacêutico, assim sendo, infere-se que uma participação mais proativa do profissional farmacêutico é fundamental para a sua inserção na equipe multidisciplinar, especialmente como o profissional de referência com relação a medicação (LUPATINI; MUNCK; VIEIRA, 2014).

A Sociedade Americana de Farmacêuticos do Sistema de Saúde (ASHP) em 2013, lançou o documento: "*Statement on the pharmacists role in medication reconciliation*" onde reforçou que a conciliação de medicamentos quando conduzida por farmacêuticos pode reduzir a frequência e a gravidade dos erros de medicamentos, bem como os danos potenciais ao paciente. Além disso, o documento descreve que os farmacêuticos são qualificados para liderar ou assumir importantes papéis na conciliação medicamentosa a fim de estabelecer e manter um processo eficaz de conciliação de medicamentos em hospitais e em todos os sistemas de saúde (BARRETT *et al.*, 2013).

Segundo o estudo realizado por Miranda *et al* (2012) foi demonstrado que a intervenção farmacêutica pode contribuir positivamente para a redução de problemas relacionados a medicamentos (PRMs), visto que o acompanhamento diário do farmacêutico clínico integrado na equipe multidisciplinar proporciona o aumento da segurança e prevenção de eventos adversos a medicamentos.

Ainda sobre a importância da intervenção do farmacêutico clínico na prevenção de erros de medicação, foi analisado o estudo longitudinal prospectivo realizado por Ferreira (2015) envolvendo os pacientes em tratamento atendidos no setor de Clínica Médica em um Hospital de alta complexidade situado no município de Campos dos Goytacazes (Rio de Janeiro), no estudo foi relatado que em 93,75% dos casos a intervenção farmacêutica foi aceita pela equipe clínica. Intervenções essas, relacionadas a posologia, vias de administração, formas farmacêuticas e também a possibilidade da detecção de possíveis efeitos adversos que possam surgir em decorrência do tratamento farmacoterapêutico (FERREIRA, 2015).

3. JUSTIFICATIVA

Assim, a partir do que informa a literatura, o processo de conciliação medicamentosa tem grande impacto na prevenção de eventos adversos a medicamentos (EAM), sendo efetivo para a redução das discrepâncias encontradas entre as prescrições hospitalares e os medicamentos utilizados em casa (BEZERRA, 2015).

No contexto hospitalar, os erros de medicação são considerados os principais motivos de dano ao paciente e podem ocorrer em qualquer nível de cuidado, desde a prescrição até a administração do medicamento (LOMBARDI *et al.*, 2016).

Diante da possibilidade de identificar erros de medicação e estabelecer ações para a prevenção, torna-se significativo destacar a importância da atuação do farmacêutico no processo de conciliação medicamentosa, uma vez que o processo desempenha um papel fundamental na segurança do paciente, reduzindo assim riscos e danos associados a farmacoterapia, além de contribuir para a redução de custos de saúde.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral

Realizar uma revisão integrativa de estudos acerca a atuação do farmacêutico na conciliação medicamentosa em hospitais e seu impacto para a qualidade e redução do custo assistencial.

4.2. Objetivos específicos

- Revisar estudos sobre a importância da atuação do farmacêutico no processo de conciliação medicamentosa, descrever os tipos de estudos utilizados, local e objetivos.
- Descrever os resultados e desfechos atribuídos ao processo de conciliação medicamentosa entre os estudos selecionados.

5. METODOLOGIA

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar as lacunas de conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área específica de estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2018).

Para esta revisão as seguintes etapas foram seguidas:

- identificação do tema e seleção da questão de pesquisa;
- estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão;
- identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados;
- categorização dos estudos selecionados;
- análise e interpretação dos resultados e
- apresentação da revisão/ síntese do conhecimento

(BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A pesquisa bibliográfica teve como tema a atuação do farmacêutico no processo de conciliação medicamentosa em hospitais, visando responder os seguintes problemas de pesquisa: Qual a relevância clínica e econômica para a segurança do paciente que tem a atuação do farmacêutico na conciliação medicamentosa em hospitais?

Adotou-se os seguintes critérios de inclusão para a realização do estudo: artigos publicados em português, inglês e espanhol, que foram publicados nos últimos dez anos e que respondessem a pergunta de pesquisa, ou seja, que apresentassem considerações sobre a atuação do profissional farmacêutico no processo de conciliação medicamentosa realizada em hospitais, apontando sua relevância clínica e econômica. Os tipos de estudo poderiam ser ensaios clínicos randomizados, revisões (sistemáticas, integrativas e meta-análise), estudos descritivos observacionais e longitudinais. Foram excluídos os artigos em duplicata, anteriores a dez anos, estudos de revisões narrativas e artigos que não abordassem a temática determinada para o estudo.

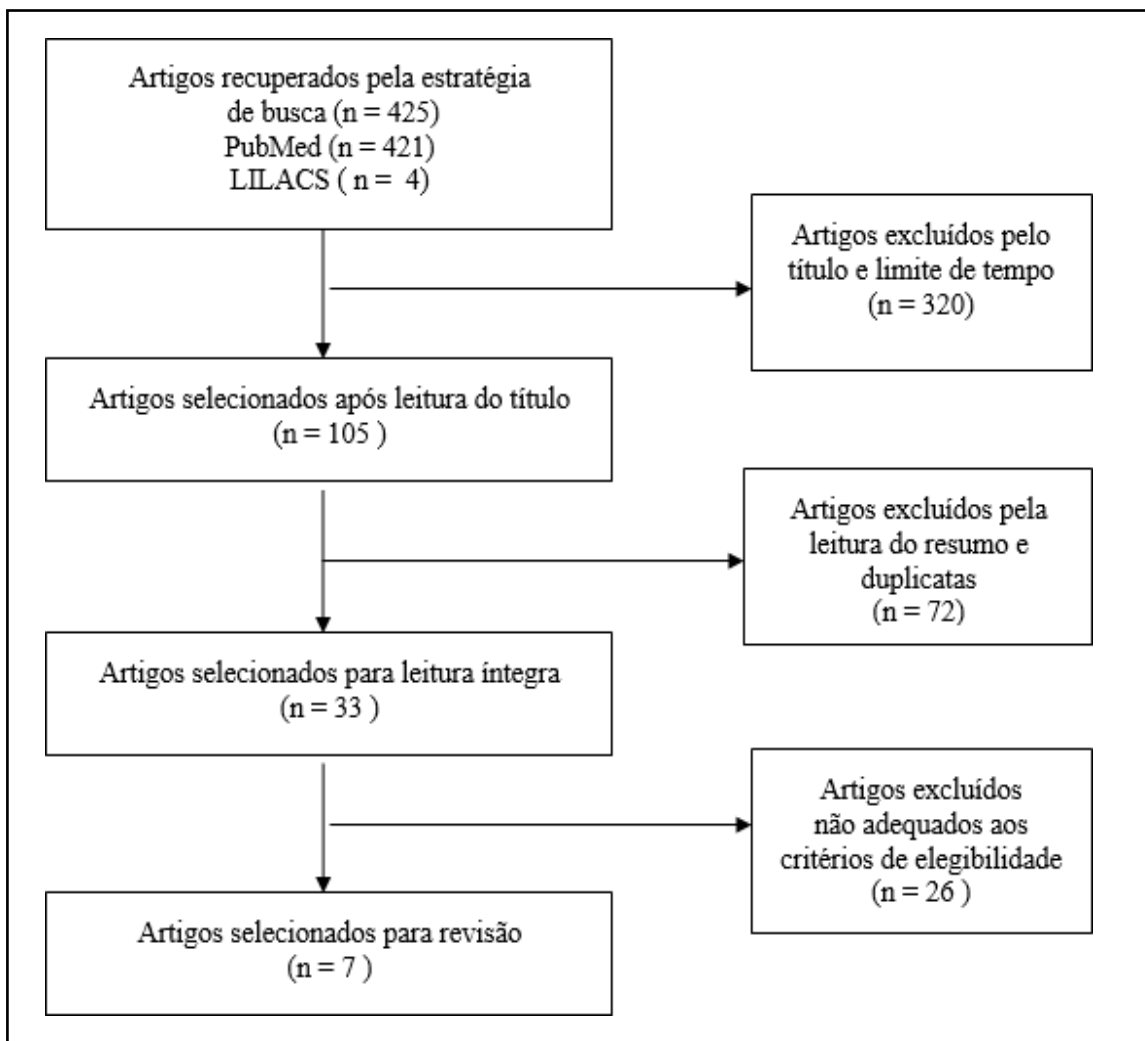
Foram definidas as seguintes plataformas para a busca: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline/PubMed)* e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde - (LILACS), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca foi feita no período de dezembro de 2020 a abril de 2021. Para a realização da busca, foram utilizadas as seguintes combinações de descritores e operadores booleanos: conciliação medicamentosa (*drug reconciliation*) AND farmacêutico (*pharmacist*) AND hospitais (*hospitals*).

Um total de 421 artigos foram identificados no PubMed e quatro no Lilacs, com a utilização dos descritores. Quando aplicados os critérios de inclusão e exclusão propostos, ficaram reduzidos a 105 artigos encontrados: 101 artigos no PubMed e quatro na Lilacs. Três artigos foram excluídos por duplicata.

Após a leitura de títulos e resumos, 33 resumos foram elegíveis visto que apresentaram-se dentro dos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo. Estes artigos foram revisados de forma analítica na íntegra, ao final da qual, sete foram selecionados por responder a pergunta de pesquisa e por apresentarem dados relevantes para a revisão.

A Figura 3 traz o detalhamento das etapas empregadas na seleção dos artigos.

Figura 3 - Fluxograma do número de artigos encontrados e selecionados após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.



(Fonte: Elaborado pela autora, 2021)

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para analisar as informações coletadas nos artigos científicos, foi necessário criar categorias analíticas que facilitassem a ordenação e a sumarização de cada estudo. Essa categorização foi realizada de forma descritiva, com o objetivo de apresentar os dados mais relevantes para o estudo (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

No Quadro 1 é apresentado a síntese dos artigos selecionados, com as seguintes informações: autor (ano) e título, objetivos, tipo de estudo, resultados e considerações finais.

Quadro 1- Artigos selecionados para revisão integrativa sobre a importância da atuação do farmacêutico no processo de conciliação medicamentosa em hospitais

AUTOR (ANO): TÍTULO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONSIDERAÇÕES FINAIS
<p>GUO et al. (2020): The role of clinical pharmacist trainees in medication reconciliation process at hospital admission.</p>	<p>Determinar a frequência de discrepâncias de medicamentos e os fatores de risco associados e avaliar os potenciais danos de erros evitados por farmacêuticos em treinamento que realizam o processo de conciliação de medicamentos.</p>	<p>Estudo observacional prospectivo</p>	<p>O processo de conciliação identificou 511 discrepâncias de medicamentos, 98 das quais eram discrepâncias de medicamentos não intencionais; estes ocorreram em 74 pacientes. O tipo de discrepância de medicação não intencional mais comum foi omissão (40,8%), seguido por dose incorreta (25,5%), e 73,5% poderiam ter causado aos pacientes danos e complicações moderadas a significativas.</p>	<p>A conciliação de medicamentos realizada por farmacêuticos em treinamento na admissão pode reduzir discrepâncias de medicamentos não intencionais. Pacientes que tomam 5 ou mais medicamentos e sofrem de mais de duas doenças crônicas estão particularmente em risco.</p>
<p>CHOI; KIM (2019): Effect of pharmacy-led medication reconciliation in emergency departments: A systematic review and meta-analysis.</p>	<p>Investigar o impacto da conciliação de medicamentos administrados por farmácias sobre discrepâncias de medicamentos e potenciais eventos adversos de medicamentos no pronto-socorro para avaliar os benefícios dos serviços de farmacêuticos.</p>	<p>Revisão sistemática e meta-análise</p>	<p>Ao contrário dos cuidados habituais, a conciliação de medicamentos conduzida por farmácia/farmacêuticos reduziu significativamente a proporção de pacientes com discrepâncias de medicamentos em 68% e o número de eventos de discrepância de medicação em 88%. A intervenção diminuiu o número de discrepâncias por paciente em 3,08.</p>	<p>A conciliação de medicamentos conduzida pela farmácia/farmacêuticos reduziu substancialmente as discrepâncias de medicamentos no pronto-socorro.</p>

<p>MARINOVIĆ et al (2016): Clinical pharmacist-led program on medication reconciliation implementation at hospital admission: experience of a single university hospital in Croatia.</p>	<p>Avaliar o processo de conciliação de medicamentos conduzido por farmacêutico clínico na prática clínica.</p>	<p>Estudo observacional prospectivo</p>	<p>1.200 discrepâncias de medicação foram identificadas, sendo 16,8% não intencionais. Uma ou mais discrepância de medicação não intencional foi encontrada em 35% pacientes. O tipo de discrepância de medicação não intencional mais frequente foi a omissão (63,9%) seguida de dose incorreta (24,2%). Mais da metade (59,9%) das discrepâncias de medicação não intencionais identificadas tinham o potencial de causar desconforto moderado a grave ou deterioração clínica no paciente.</p>	<p>Cerca de 60% dos erros de medicação foram avaliados como tendo o potencial de ameaçar a segurança do paciente. A conciliação de medicamentos conduzidos por farmacêuticos clínicos mostrou ser uma ferramenta importante na detecção de discrepâncias de medicamentos e na prevenção de resultados adversos para os pacientes.</p>
<p>DROVANDI et al (2018): A systematic review of clinical pharmacist interventions in paediatric hospital patients.</p>	<p>Avaliar se os farmacêuticos clínicos proporcionaram benefícios para pacientes pediátricos e em que grau suas intervenções melhoraram os resultados de saúde para pacientes pediátricos, e se proporcionou economia de custos para suas respectivas instituições.</p>	<p>Revisão sistemática</p>	<p>Envolveu 12 artigos elegíveis na qual os serviços de farmacêutico clínico tiveram um impacto positivo no atendimento ao paciente pediátrico. Os erros de medicação interceptados por farmacêuticos incluíram dosagem excessiva e insuficiente, doses perdidas, lacunas no histórico de medicação, alergias e quase-acidentes.</p>	<p>Concluiu-se que farmacêuticos clínicos em enfermarias pediátricas podem reduzir problemas relacionados a medicamentos e melhorar os resultados dos pacientes. As intervenções para corrigir esses erros foram recebidas positivamente e implementadas pelos médicos, com uma taxa média de aceitação de mais de 95%.</p>

<p>LEGUELINEL-BLACHE et al (2014): Impact of admission medication reconciliation performed by clinical pharmacists on medication safety.</p>	<p>Avaliar o impacto da implementação da conciliação medicamentosa (CM) na admissão por farmacêuticos clínicos na discrepâncias de medicação não intencionais (UMD)</p>	<p>Estudo observacional Prospectivo</p>	<p>A CM reduziu a porcentagem de pacientes com pelo menos um UMD em comparação com o processo retroativo, pacientes com pelo menos um UMD durante ambos os períodos eram mais velhos em comparação com pacientes sem UMD e havia medicação na admissão.</p>	<p>A CM proativa reduziu a porcentagem de pacientes com pelo menos um UMD em comparação com o processo retroativo, pacientes com pelo menos um UMD durante ambos os períodos eram mais velhos em comparação com pacientes sem UMD e havia medicação na admissão. O UMD ocorre 38 vezes mais frequentemente quando não há intervenção do farmacêutico clínico.</p>
<p>FERREIRA <i>et al</i> (2016): Identificação de reações adversas a medicamentos (RAM) durante conciliação medicamentosa em hospital escola.</p>	<p>Analisar as principais Reações Adversas a Medicamentos encontradas no setor de Clínica Médica de um hospital escola em Campos dos Goytacazes – RJ</p>	<p>Estudo longitudinal Prospectivo</p>	<p>Após analisar 194 prontuários de pacientes, identificou-se 40 eventos adversos em 37 (19%) pacientes. Os medicamentos das classes do sistema nervoso e cardiovascular somam 24 medicamentos, o que representa 60% dos fármacos. O processo de conciliação de medicamentos contribuiu para a identificação de EAM.</p>	<p>O processo de conciliação de medicamentos contribuiu de forma significativa para que o farmacêutico se mantenha informado e vigilante a respeito das reações indesejáveis causadas pelos medicamentos, possibilitando a prevenção de agravos relacionados à terapia medicamentosa.</p>

<p>ONATADE; QUAYE (2018): Economic value of pharmacy-led medicines reconciliation at admission to hospital: an observational, UK-based study.</p>	<p>Descrever o custo-benefício da conciliação de medicamentos liderada pela farmácia na admissão, aplicando um modelo teórico (modelo SCHARR).</p>	<p>Estudo longitudinal Retrospectivo</p>	<p>118 PADES (eventos adversos evitáveis de medicamentos) evitados como resultado da conciliação medicamentosa, registrados ao longo dos 6 dias. 116 foram avaliados para significado clínico. Os custos brutos evitados foram £ 36 135 - £ 75 249 (€ 44 446 - € 92 556).</p>	<p>A conciliação medicamentosa conduzida pelos profissionais farmacêuticos na admissão tem benefícios econômicos e clínicos significativos.</p>
---	--	--	---	---

(Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2021).

Infere-se dos artigos selecionados, acerca da relevância do processo de CM em hospitais, que este serviço é importante para a segurança do paciente, visto que em dois dos estudos as considerações finais evidenciaram que, quando conduzida pela farmácia/farmacêuticos, a atividade reduziu substancialmente as discrepâncias de medicamentos no pronto-socorro. O estudo de GUO *et al* (2019) relata que 22,4% dos pacientes apresentaram uma ou mais discrepâncias de medicação não intencionais e sendo a mais frequente a omissão de medicamento. Relataram, ademais, que uma vez descoberta, eram discutidas entre farmacêuticos e médicos e a prescrição corrigida. Além disso, cinco ou mais medicamentos e duas ou mais doenças crônicas na admissão foram reconhecidos como fatores de risco para discrepâncias de medicamentos não intencionais. O estudo apontou ainda que 73,5% das discrepâncias de medicação não intencionais eram propensas a causar desconfortos moderados a graves ou deterioração clínica do paciente (GUO *et al.*, 2019).

A revisão sistemática com meta-análise realizada por Choi e Kim (2019) também apresenta a importância da CM conduzida por farmacêuticos, uma vez que mostrou benefícios consideráveis na redução do número médio de discrepâncias de medicamentos em pacientes clinicamente complexos. Pacientes com várias comorbidades ou aqueles que recebiam a administração de vários medicamentos receberam benefícios marcantes relacionados à redução das discrepâncias de medicamentos da conciliação medicamentosa conduzida por profissionais farmacêuticos. Ainda na meta-análise relatou-se um ensaio clínico randomizado no qual revelou uma diminuição do risco de potenciais eventos adversos a medicamentos por conta da realização do processo de conciliação de medicamentos administrados por profissionais farmacêuticos em pacientes que recebem atendimento no pronto-socorro (CHOI E KIM 2019).

O objetivo da conciliação medicamentosa é evitar problemas relacionados a medicamentos ou eventos adversos a medicamentos (EAM) no atendimento ao paciente, reduzindo o número de erros de medicação. Uma meta-análise avaliando a eficácia da CM administrados por farmácias demonstrou risco substancialmente reduzido de utilizações de cuidados de saúde pós-hospitalares, incluindo readmissão por todas as causas, visitas de emergência a todas as causas e visitas hospitalares relacionadas com EAM.

No estudo de Marinović *et al.* (2016) no qual também foi avaliado todas as discrepâncias e suas classificações de acordo com o seu potencial de causar danos avaliou-se dois preditores de discrepâncias de medicação não intencionais: aumento no número de medicamentos e um baixo nível da compreensão dos pacientes sobre seus medicamentos caseiros, visto que estudos publicados anteriormente já confirmaram a associação entre esses dois preditores e a ocorrência de discrepâncias de medicação não intencionais os farmacêuticos devem se concentrar na polifarmácia e no baixo nível de compreensão do regime de terapia, uma vez que um número maior de medicamentos e um baixo nível de compreensão dos pacientes sobre a terapia de pré-admissão foram encontrados como preditores de erros de medicação, a educação direcionada ao paciente fornecida por farmacêuticos poderia tornar uma solução viável e sustentável ao paciente no ambiente hospitalar (MARINOVIĆ *et al.*, 2016).

Conclui-se então que a partir da relação dos estudos evidenciados sobre as discrepâncias e suas inferências no processo de conciliação medicamentosa, os farmacêuticos clínicos desempenham um papel importante e imensurável na detecção de discrepâncias e prevenção de eventos adversos aos pacientes.

Drovandi *at al* (2018) avaliou a importância dos serviços farmacêuticos clínicos na diminuição dos erros de medicamentos no atendimento ao paciente pediátrico, uma vez que os erros de medicação que foram interceptados por farmacêuticos, no processo de conciliação medicamentosa, incluíram dosagem excessiva e insuficiente, doses perdidas, lacunas no histórico de medicação, alergias e quase-acidentes. Constata-se a relevância e os benefícios do envolvimento do farmacêutico em evitar os erros, que geralmente envolvem antibióticos e ocorrem durante a prescrição em rondas clínicas como relatado no estudo.

O estudo apresentou um bom reconhecimento médico da importância do processo de conciliação medicamentosa, uma vez que intervenções recomendadas por farmacêuticos foram bem aceitas pelos médicos prescritores, especialmente quando as recomendações poderiam ser feitas durante a fase de prescrição do tratamento, evitando assim possíveis erros de medicação.

O *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCC MERP) define um erro de medicação como:

[...]qualquer evento evitável que possa causar ou levar ao uso inadequado de medicamentos ou danos ao paciente enquanto o medicamento está sob o controle do profissional de saúde, do paciente ou do consumidor. Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos para o cuidado de saúde, aos procedimentos e aos sistemas, incluindo prescrição, comunicação, rótulo dos produtos, embalagem, nomenclatura, composição, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso (NCC MERP, 2015 Tradução nossa).

Avaliou-se por meio do estudo realizado por Ferreira (2016) que as Reações Adversas a Medicamentos (RAM) representam um grande problema nos hospitais, acarretando sérios riscos à saúde dos pacientes e aumentando os custos da atenção à saúde.

De acordo com a OMS (2011) RAM é qualquer ocorrência negativa ou prejudicial que ocorre durante o tratamento, que pode ou não estar associada a um medicamento. Estas reações são um problema importante na prática clínica, visto que podem ser causas de hospitalização, aumento do tempo de internamento e até mesmo óbito. Além disso, também podem prejudicar a segurança do paciente no ambiente hospitalar.

O estudo ressalta que entre as ações voltadas para a segurança do uso de medicamentos e do paciente, destaca-se o processo de CM, sendo um processo de grande potencial de colaboração com as ações de farmacovigilância no ambiente hospitalar, contribuindo para a identificação, avaliação, compreensão e prevenção de eventos adversos a medicamentos. O autor Ferreira (2016) evidencia que o processo de CM contribui de forma significativa para que o profissional farmacêutico se mantenha informado e vigilante a respeito das reações indesejáveis causadas pelos medicamentos possibilitando a prevenção de agravos relacionados à terapia medicamentosa, permitindo assim uma maior integração deste profissional com a equipe multidisciplinar no ambiente hospitalar, com o intuito de favorecer a elaboração de ações voltadas para a segurança dos pacientes. (FERREIRA, 2016).

Leguelinel-Blache et al (2014) destacou em seu estudo a diminuição da UMD (*Unintended Medication Discrepancies*) na admissão do paciente de 45,8% para 2,1%. De acordo com este resultado, o estudo estimou que 47% a 67% dos pacientes tiveram um UMD na admissão hospitalar. Foi observado também que a classe de medicação identificada na pré-admissão hospitalar do paciente, ao invés do número

de medicação, pode ser o preditor mais importante de UMD, classes de medicamentos como agentes anti-dislipidêmicos (agentes modificadores dos lípidos), diuréticos, psicodélicos e drogas para distúrbios ácidos foram identificadas como as classes que geralmente exibem uma discrepância de medicação não intencional.

A gravidade de algumas discrepâncias de medicação não intencional apontam a importância de realizar a conciliação medicamentosa dentro de 24 horas após a admissão do paciente, o que foi avaliado como eficaz para quase todos os pacientes do estudo (LEGUELINEL-BLACHE et al., 2014).

Onatade *et al* (2018) avaliou em seu estudo a relação custo-eficácia da conciliação medicamentosa conduzida por farmacêuticos na admissão de um hospital em Londres usando o modelo SCHARR (Universidade de Sheffi Escola de Saúde e Pesquisa Relacionada - Modelo SCHARR) um modelo de custo teórico parados da vida real sobre eventos adversos a medicamentos potencialmente evitáveis. O estudo teve uma média de 144 CM concluídas e 118 *pADEs* evitados, como resultado da conciliação medicamentosa esses dados foram registrados ao longo dos 6 dias, é importante ressaltar que 116 *pADEs* foram avaliados como possíveis eventos adversos evitáveis com significado clínico.

Na Figura 4 são mostrados os custos modelados dos *pADEs*:

Figura 4: Custos modelados de eventos adversos a medicamentos evitáveis (*pADEs*)

Eventos	Custos em 2007
Pequenos erros de medicação sem dano	£0 - £6
<i>pADEs</i> significativos (sem aumento do tempo de permanência)	£65 - £150
<i>pADEs</i> graves	£713 - £1484
<i>pADEs</i> graves com risco de vida ou fatais	£1085 - £2120

(Fonte: Traduzido de ONATADE; QUAYE, 2018 apud KARNON *et al* 2009 pela autora 2021)

Assim, pode-se inferir que a CM conduzida por profissionais da farmácia na admissão tem benefícios econômicos e clínicos significativos, uma vez que pode prevenir a ocorrência de *pADEs*, visto que os mesmos podem apresentar impactos clínicos e econômicos importantes.

Nos tempos atuais, os governos de vários países vêm adotando estratégias que visam conter os gastos farmacêuticos uma vez que esses gastos concernem (10 a 25% do gasto sanitário/de saúde total). Destacam-se o fortalecimento da atenção farmacêutica e a realização de estudos de avaliação econômica aplicados aos medicamentos como estratégias adotadas com a intenção de reduzir esses gastos (MOTA, 2003).

Segundo Jonhson e Bootman (1997) a atenção farmacêutica ambulatorial pode reduzir em aproximadamente 60% a ocorrência de falhas terapêuticas e evitar 45,6 bilhões de dólares com custos diretos de saúde. Diante disso, é necessário redirecionar as práticas farmacêuticas com a intenção de otimizar o uso de medicamentos, dado que as ações da farmácia clínica aliadas à farmacoeconomia podem ser grandes ferramentas capazes de diminuir o impacto com os gastos da saúde e melhora dos resultados terapêuticos (MOTA, 2003).

Em concordância com o estudo de Leguelinel-Blache et al (2014) o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde mostra-se fundamental para implementar ainda mais a prática da conciliação medicamentosa e essencialmente para identificar de forma mais precisa os pacientes que mais necessitam de uma atenção quanto a sua farmacoterapia (LEGUELINEL-BLACHE et al., 2014).

Vale ressaltar como limitação deste estudo o baixo número de publicações com o tema proposto, a busca realizada em apenas três idiomas, a baixa evidência das revisões integrativas e a falta de estudos randomizados controlados na literatura, fato este que enfatiza a necessidade de expandir os serviços de conciliação medicamentosa em ambientes hospitalares, a fim de que estudos como ensaios clínicos randomizados sejam realizados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a revisão realizada, infere-se que a implantação da conciliação medicamentosa nos hospitais é um instrumento fundamental por contribuir para a otimização da terapêutica, por conseguinte na redução das discrepâncias não intencionais e custos hospitalares com os pacientes, aliado aos respectivos ganhos em saúde tendo em vista a importância da realização do processo em todas as transições de cuidado (admissão, transferência e alta hospitalar) a conciliação faz-se de suma importância uma vez que aumenta a segurança do paciente em todos os níveis assistenciais.

Os resultados apresentados evidenciam que os profissionais farmacêuticos clínicos desempenham um papel importante e inestimável na detecção de discrepâncias, prevenção de eventos adversos a medicamentos e diminuição de gastos de saúde.

Desta forma, depreende que a implementação do processo de conciliação medicamentosa no âmbito hospitalar, deve tornar-se prioritária, não somente pelos cuidados prestados ao paciente mas também por todos os benefícios evidenciados no estudo.

Dada a importância do tema para a segurança do paciente e o impacto econômico demonstrado, sugere-se que novos estudos sejam realizados, como revisões sistemáticas com termos mais amplos e até mesmo com buscas em outros idiomas e também estudos avaliando os impactos clínicos diretos do processo de conciliação medicamentosa em hospitais.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Boletim informativo**, Brasília, v. 1, n.1, p. 1-12, 2011. Disponível em:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/conselhos-e-comissoes/cosep-comite-de-seguranca-do-paciente/sugestoes-de-leitura/11394-seguranca-do-paciente-boletim-anvisa-2011/file>. Acesso em: 03 maio 2021.

ALMANASREH, Enas; MOLES, Rebekah; CHEN, Timothy F. The medication reconciliation process and classification of discrepancies: a systematic review. **British journal of clinical pharmacology**, London, v. 82, n. 3, p. 645-658, 2016. Disponível em: <https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/bcp.13017>. Acesso em: 29 abr. 2021.

ANACLETO, Tânia Azevedo *et al.* Farmácia hospitalar: erros de medicação. **Pharmacia Brasileira**, Brasília. n. 74, p. 2-24, jan./fev., 2010. Disponível em: https://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf, Acesso em: 03 maio 2021.

AQUINO, Daniela Silva de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 733-736, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a23v13s0.pdf>. Acesso em: 03 maio 2021.

BARRETT, Paul *et al.* ASHP statement on the pharmacist's role in medication reconciliation. **American Journal of Health-System Pharmacy**, Washington - DC, v. 70, n. 5, p. 453-456, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.2146/sp120009>. Acesso em: 29 abr. 2021.

BEZERRA, Carolina L. F. **Reconciliação medicamentosa em pacientes cirúrgicos em um hospital do estado de Sergipe**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, 2015. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/3940/1/CAROLINA_SAMARA_LIMA_F_BEZERRA.PDF. Acesso em: 03 maio 2021.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>. Acesso em: 03 maio 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia - CFF. **Resolução n. 585, de 29 de ago. de 2013**. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2013a. Seção 1, p.186

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.555, de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html. Acesso em: 29 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 29 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS**: anexo I da Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 03 maio 2021.

BREVES, Isis. **Conciliação medicamentosa**: estratégia para evitar erros de medicação e aumentar a segurança do paciente. Entrevistado Guacira Côrrea Matos. Rio de Janeiro, 9 nov. 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: 21 abr. 2021.

CENTRO DE ESTUDOS DO MEDICAMENTO - CEMED. **Conceitos importantes em Farmacovigilância**. Minas Gerais: UFMG, [2015]. Disponível em: <https://www.farmacia.ufmg.br/conceitos-importantes/>. Acesso em: 03 maio 2021.

CHOI, Yeo Jin; KIM, Hyunah. Effect of pharmacy-led medication reconciliation in emergency departments: A systematic review and meta-analysis. **Journal of clinical pharmacy and therapeutics**, Oxford, v. 44, n. 6, p. 932-945, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31436877/>. Acesso em: 03 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Tipos de serviços farmacêuticos e seus conceitos – Conciliação de Medicamentos. *In*: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual / Conselho Federal de Farmácia**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf . Acesso em: 07 maio 2021

CRUZ, Adriane. A importância da gestão estadual na segurança do paciente. **Revista Consensus**, Brasília, n. 26, 2018, p. 14-22. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_26.pdf. Acesso em: 03 maio 2021.

DROVANDI, Aaron et al. A systematic review of clinical pharmacist interventions in paediatric hospital patients. **European journal of pediatrics**, Berlin, v. 177, n. 8, p. 1139-1148, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29915870/>. Acesso em: 03 maio 2021.

FERREIRA, Carlos Eduardo Faria. **Implementação de um sistema de conciliação de medicamentos em um hospital universitário no município de Campos dos Goytacazes - RJ**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências Aplicadas a Produtos para Saúde) - Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense - UFF. 96 f. Niteroi, 2015. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/2251>. Acesso em: 29 abr. 2021.

FERTLEMAN, M.; BARNETT, N.; PATEL, T. Improving medication management for patients: the effect of a pharmacist on post-admission ward rounds. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 14, n. 3, p. 207-211, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15933319/>. Acesso em: 03 maio 2021.

GLEASON, K. *et al.* Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) toolkit for medication reconciliation. **Agency for Healthcare Research and Quality**, Rockville - MD. 2012. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/resources/match/index.html>. Acesso em: 29 abr. 2021.

GLEASON, K. *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. **Journal of general internal medicine**, Oxford, v. 25, n. 5, p. 441-447, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20180158/>. Acesso em: 03 maio 2021.

GRAÇA, D. D. C. **Avaliação do processo de conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no estado do Rio de Janeiro**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP, Rio de Janeiro, 2015. 192 f.: il., tab. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4286>. Acesso em: 29 abr. 2021.

GUO, Qian *et al.* The role of clinical pharmacist trainees in medication reconciliation process at hospital admission. **International journal of clinical pharmacy**, Dordrecht, v. 42, n. 2, p. 796-804, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32221824/>. Acesso em 03 maio 2021.

HELLSTRÖM, Lina M. *et al.* Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors. **BMC clinical pharmacology**, London, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2012. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/1472-6904-12-9.pdf>. Acesso em: 03 MAIO 2021.

JOHNSON, J. A.; BOOTMAN, J. L. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model. **Archives of internal medicine**, Chicago, v. 155, n.18, p. 194-1956. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7575048/>. Acesso em 03 maio 2021.

[THE] JOINT COMMISSION. Using medication reconciliation to prevent errors. **Sentinel Event Alert**, Illinois - USA, n. 35, 2006. Disponível em: https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/topics-library/sea_35pdf.pdf?db=web&hash=98B2A5BF335E6041DA6C6921C6C71DBF.

Acesso em: 03 maio 2021.

KARAPINAR-ÇARKIT, Fatma *et al.* The effect of the COACH program (Continuity Of Appropriate pharmacotherapy, patient Counselling and information transfer in Healthcare) on readmission rates in a multicultural population of internal medicine patients. **BMC health services research**, Washington - DC, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2010. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-10-39>. Acesso em: 29 abr. 2021.

LOMBARDI, N. F. *et al.* Análise das discrepâncias encontradas durante a conciliação medicamentosa na admissão de pacientes em unidades de cardiologia: um estudo descritivo. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Curitiba, v. 24, p. 1-7, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02760.pdf. Acesso em: 03 maio 2021.

LEGUELINEL-BLACHE, Géraldine *et al.* Impact of admission medication reconciliation performed by clinical pharmacists on medication safety. **European journal of internal medicine**, v. 25, n. 9, p. 808-814, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25277510/>. Acesso em: 03 maio 2021.

LUPATINI, Evandro de Oliveira; MUNCK, Alice Kappel Roque; VIEIRA, Rita de Cássia Padula Alves. Percepções dos pacientes de um hospital de ensino quanto à farmacoterapia e à orientação farmacêutica na alta. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 3, 2014. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/v1/public/artigos/2014050306000604BR.pdf>. Acesso em: 03 maio 2021.

MAGALHÃES, G. F. **Conciliação medicamentosa em pacientes de um hospital universitário**. 2017. Dissertação (Mestrado em Assistência Farmacêutica) Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017. 63 f. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/26715/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Gabriella%20OK.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2021.

MARINOVIĆ, Ivana *et al.* Clinical pharmacist-led program on medication reconciliation implementation at hospital admission: experience of a single university hospital in Croatia. **Croatian medical journal**, Zagreb, v. 57, n. 6, p. 572-581, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28051282/>. Acesso em: 03 maio 2021.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto: enfermagem**, Santa Catarina, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018. Acesso em: 03 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 30 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Uso racional de medicamentos**. Brasília: Ministério da saúde, 24 nov. 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/uso-racional-de-medicamentos#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20uso%20racional,si%20e%20para%20a%20comunidade>. Acesso em: 25 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência nacional de vigilância sanitária (brasil). Resolução RDC nº. 13, de 14 de março de 2013. **Dispõe sobre as boas práticas de fabricação de produtos tradicionais fitoterápicos**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 mar. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0013_14_03_2013.html. Acesso em: 07 maio 2021.

MIRANDA, Talita Muniz Maloni *et al.* Intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico na unidade de primeiro atendimento. **Einstein, São Paulo**, v. 10, n. 1, p. 74-78, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v10n1/pt_v10n1a15.pdf. Acesso em: 03 maio 2021.

MOTA, Daniel Marques. Avaliação farmacoeconômica: instrumentos de medida dos benefícios na atenção farmacêutica. **Acta Farmacêutica Bonaerense**, Buenos Aires, v. 22, n. 1, p. 73-80, 2003. Disponível em: http://www.latamjpharm.org/trabajos/22/1/LAJOP_22_1_3_2_T0LED9VAI4.pdf. Acesso em: 03 maio 2021.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION - NCC MERP. **About medication errors: what is a medication error?**. United States of America: 2015. Disponível em: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors#:~:text=The%20Council%20defines%20a%20%22medication,professional%2C%20patient%2C%20or%20consumer..> Acesso em: 30 abr. 2021.

ONATADE, R.; QUAYE, S. Economic value of pharmacy-led medicines reconciliation at admission to hospital: an observational, UK-based study. **European journal of hospital pharmacy**, London, v. 25, n. 1, p. 26-31, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6452339/pdf/ejhpharm-2016-001071.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2021.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo de. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400006. Acesso em: 03 maio 2021.

SANTOS, Calize Oliveira dos *et al.* Reconciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de sistema eletrônico. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 368-377, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n121/0103-1104-sdeb-43-121-0368.pdf>. Acesso em: 03 maio 2021.

SOUSA, P., MENDES, W. (orgs.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. 2. ed. rev., ampl. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. 524 p.: il., v. 1. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2021.

VARKEY, Prathibha et al. Multidisciplinary approach to inpatient medication reconciliation in an academic setting. **American Journal of Health-System Pharmacy**, Washington, DC, v. 64, n. 8, p. 850-854, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17420202/>. Acesso em: 03 maio 2021.

VELHO, Alice Caroline Zinn. **Atuação do farmacêutico na reconciliação medicamentosa: revisão da literatura**. 25 f. 2011. Monografia (Graduação em Farmácia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/70105/000864910.pdf?sequence=1>. Acesso em: 03 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO; UNIVERSITY OF AMSTERDAM. **How to instigate the use of medicines by consumers**. Amsterdam: WHO, 2004. Disponível em: https://www.who.int/drugresistance/Manual1_HowtoInvestigate.pdf. Acesso em: 03 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Conceptual framework for the international classification for patient safety: version 1.1: final technical report** january, 2009. Geneva: WHO, 2009. 154 p. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 03 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Glossary of terms used in Pharmacovigilance**. [Internet]. 2011 mar. Disponível em: <https://www.who-umc.org/global-pharmacovigilance/publications/glossary/>. Acesso em: 25 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The rational use of drugs: report of the conference of experts, Nairobi, 25-29 nov. 1985**. Geneva: WHO, 1987. 329 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37174>. Acesso em: 03 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The role of the pharmacist in the health care system.** Canada: WHO, 1997. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63817>. Acesso em: 03 maio 2021.