

CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: ESTRATÉGIA DE SEGURANÇA EM PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS

Recebido em: 21/08/2023

Aceito em: 20/09/2023

DOI: 10.25110/arqsaude.v27i9.2023-008

Suzany Helena da Silva Candido ¹
Rebeka Caribé Badin ²
Vivian Nascimento Pereira ³
Gretry Preacy Vieira de Andrade ⁴
Marcelo Campese ⁵
Tanise Vendruscolo Dalmolin ⁶

RESUMO: Esse trabalho teve como objetivo identificar as discrepâncias medicamentosas, por meio do serviço de conciliação de medicamentos, em pacientes admitidos na clínica cirúrgica de uma unidade especializada no atendimento de doença relacionadas ao sistema neuromuscular na cidade de Manaus, Amazonas. Trata-se de um estudo descritivo e prospectivo, realizado no período de setembro a dezembro de 2020 em pacientes submetidos a conciliação medicamentosa. Na primeira etapa realizou-se a anamnese farmacêutica em formulário semiestruturado e foi elaborada a melhor história possível de medicamentos (MHPM). Os medicamentos prescritos na admissão foram comparados com a MHPM e as discrepâncias foram identificadas e classificadas quanto a intencionalidade e tipo. Ao total 54 pacientes foram incluídos no estudo, sendo que para 32 foi realizada a conciliação medicamentosa por usarem medicamentos de uso contínuo. Foram identificadas 20 discrepâncias intencionais, 3 discrepâncias intencionais não documentadas e 12 discrepâncias não intencionais. Omissão de medicamentos foi o tipo de discrepância mais comum (86%). Diante do exposto, concluímos que a conciliação medicamentosa mostrou-se um importante recurso para identificação de discrepâncias na transição de cuidado de pacientes com doenças neurológicas, principalmente no que se refere à omissão de medicamentos. As intervenções farmacêuticas a partir das discrepâncias encontradas, conseguiram mitigar erros de medicação e possíveis eventos adversos, aumentando a segurança do paciente.

¹ Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Amazonas. Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

E-mail: suzanyhelena@hotmail.com

² Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Hospital Universitário Getúlio Vargas - Universidade Federal do Amazonas (HUGV-UFAM).

E-mail: rebekaaalves@hotmail.com

³ Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Universitário Getúlio Vargas - Universidade Federal do Amazonas (HUGV-UFAM).

E-mail: viviandnpereira@gmail.com

⁴ Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no Contexto Amazônico. Hospital Universitário Getúlio Vargas - Universidade Federal do Amazonas (HUGV-UFAM).

E-mail: gretry.andrade@ebserh.gov.br

⁵ Doutor em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

E-mail: macampese@ufam.edu.br

⁶ Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

E-mail: tanise_vd@hotmail.com

PALAVRAS-CHAVE: Reconciliação de Medicamentos; Segurança do Paciente; Serviço de Farmácia Hospitalar; Neurologia.

MEDICATION RECONCILIATION IN A UNIVERSITY HOSPITAL: SAFETY STRATEGY IN NEUROSURGICAL PATIENTS

ABSTRACT: This work aimed to identify medication discrepancies, through the medication reconciliation service, in patients admitted to the surgical clinic of a unit specialized in treating diseases related to the neuromuscular system in the city of Manaus, Amazonas. This is a descriptive and prospective study, carried out from September to December 2020 in patients undergoing medication reconciliation. In the first stage, the pharmaceutical anamnesis was carried out in a semi-structured form and the best possible medication history (MHPM) was prepared. Medications prescribed on admission were compared with the MHPM and discrepancies were identified and classified according to intentionality and type. 54 patients were included in the study, and for 32 medication reconciliation was performed because they used continuous medication. A total of 20 intentional discrepancies, 3 intentional undocumented discrepancies and 12 unintentional discrepancies were identified. Medication omission was the most common type of discrepancy (86%). We conclude that medication reconciliation proved to be an important resource for identifying discrepancies in the transition of care for patients with neurological diseases, especially with regard to medication omission. Pharmaceutical interventions, based on the discrepancies found, managed to mitigate medication errors and possible adverse events, increasing patient safety.

KEYWORDS: Medication Reconciliation; Patient Safety; Hospital Pharmacy Service; Neurology.

CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo identificar las discrepancias de medicación a través del servicio de reconciliación de medicamentos, en pacientes internados en la clínica quirúrgica de una unidad especializada en el tratamiento de enfermedades relacionadas con el sistema neuromuscular en la ciudad de Manaus, Amazonas. Este es un estudio descriptivo y prospectivo, realizado de septiembre a diciembre de 2020 en pacientes en conciliación de medicación. En la primera etapa se realizó la anamnesis farmacéutica de forma semiestructurada y se elaboró el mejor historial de medicación posible (MHPM). Los medicamentos prescritos al ingreso se compararon con el MHPM y se identificaron las discrepancias y se clasificaron según la intencionalidad y el tipo. Un total de 54 pacientes fueron incluidos en el estudio, y a 32 se les realizó conciliación de medicación por utilizar medicación continua. Se identificaron un total de 20 discrepancias intencionales, 3 discrepancias intencionales no documentadas y 12 discrepancias no intencionales. La omisión de medicamentos fue el tipo más común de discrepancia (86%). Concluimos que la conciliación de medicamentos demostró ser un recurso importante para identificar discrepancias en la transición de la atención a pacientes con enfermedades neurológicas, especialmente en lo que respecta a la omisión de medicamentos. Las intervenciones farmacéuticas, en base a las discrepancias encontradas, lograron mitigar errores de medicación y posibles eventos adversos, aumentando la seguridad del paciente

PALABRAS CLAVE: Conciliação de Medicamentos; Segurança do Paciente; Serviço de Farmácia Hospitalar; Neurologia.

1. INTRODUÇÃO

A conciliação medicamentosa é um processo formal em que os profissionais de saúde interagem com os pacientes para garantir uma transferência de cuidado precisa e completa da informação sobre os medicamentos em uso nas interfaces do cuidado. O processo é uma atividade multiprofissional com responsabilidades compartilhadas entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais envolvidos no atendimento do paciente (WHO, 2014).

O processo consiste na obtenção de uma lista completa, precisa e atualizada dos medicamentos que cada paciente utiliza no domicílio, sendo comparada com as prescrições médicas realizadas na admissão, transferência, consultas ambulatoriais em outras especialidades clínicas e alta hospitalar. Essa lista é utilizada para otimizar o uso de medicamentos pelos pacientes em todos os pontos de transição e tem como principal objetivo diminuir a ocorrência de erros de medicação (CFF, 2017).

A implementação de programas e protocolos eficazes de conciliação de medicamentos em todo o processo do cuidado apresenta muitos desafios, devido à complexidade dos locais de atendimento, necessidade de padronização do processo e a importância de incluir o paciente, levando-o à compreensão da farmacoterapia para uma adesão eficaz ao tratamento (BARNSTEINER, HUGHES, 2008).

O paciente com doenças neurológicas é alvo de inúmeras intervenções multiprofissionais, principalmente durante internações hospitalares, nas quais a conciliação medicamentosa é uma estratégia que pode mitigar eventos adversos reais e potenciais e otimizar a farmacoterapia (MUELLER *et al.*, 2012). A conciliação medicamentosa em pacientes neurológicos é considerada aliada na obtenção de resultados positivos, demonstrando a importância dos programas de cuidados transitórios, promovendo a transferência segura e oportuna do paciente de uma internação hospitalar para os cuidados subsequentes. O impacto dos desfechos mostra reduções nas visitas às emergências e hospitalizações, além da melhoria na adesão ao medicamento e aumento no cumprimento das metas terapêuticas e controle da doença por parte dos pacientes neurológicos (WERREMEYER *et al.*, 2020).

Em uma análise de custo-benefício no cuidado transicional de pacientes neurocirúrgicos foi observada a redução do custo total médio por paciente de 17,2%,

impulsionada por uma redução do custo médio de admissão inicial, em grande parte atribuível à diminuição no tempo de internação. Além disso, o custo médio de readmissão foi reduzido em 71,3% (LIU *et al.*, 2019). Estudo de Belda-Rustarazo *et al.* (2015) apontou que 39% dos erros de medicação na admissão e 51% na alta hospitalar tem potencial para causar danos moderados ou graves, sendo os procedimentos de conciliação medicamentosa necessários para minimizar as discrepâncias na farmacoterapia e aumentar a segurança do paciente. Além disso, resultados de uma meta-análise indicam que um programa de conciliação medicamentosa liderado por farmacêuticos nas transições hospitalares diminui as readmissões hospitalares relacionadas com eventos adversos a medicamentos (MEKONNEN, McLACHLAN, BRIEN, 2016).

Justifica-se essa pesquisa, uma vez que no complexo contexto de pacientes com doenças neurológicas e neurocirúrgicas, os estudos relacionados à conciliação medicamentosa são incipientes, sendo este trabalho de suma importância para contribuições teóricas acerca do tema. Além disso, diante da importância da utilização de medicamentos por esses pacientes, tendo em vista a complexidade da farmacoterapia desses pacientes, as múltiplas condições de saúde, ao uso de medicamentos potencialmente perigosos em âmbito ambulatorial, ao potencial de respostas idiossincráticas ao tratamento e aos regimes de dosagem variáveis, há necessidade de acompanhamento sistemático e organizado nas transições de cuidado, resultando em contribuições práticas sobre conciliação medicamentosa. Diante disso, o presente estudo tem o objetivo de identificar as discrepâncias medicamentosas, por meio do serviço de conciliação de medicamentosa, em pacientes admitidos na clínica cirúrgica de uma unidade especializada no atendimento de doença relacionadas ao sistema neuromuscular.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e prospectivo, conduzido em pacientes admitidos na clínica cirúrgica da Unidade do Sistema Neuromuscular (USN) de um Hospital Universitário localizado na cidade de Manaus, Amazonas, durante o período de setembro a dezembro de 2020 e submetidos a conciliação medicamentosa. A pesquisa foi realizada na clínica responsável pelo atendimento de pacientes das especialidades Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia e Neurocirurgia, abrangendo uma maior demanda de pacientes para realização de neurocirurgia. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética sob CAAE nº 30527920.1.0000.5020.

Foram incluídos no estudo pacientes com idade igual ou superior a 18 anos admitidos na clínica cirúrgica USN com condições clínicas de serem entrevistados e/ou que possuíam algum familiar/cuidador para fornecimento dos dados para o serviço de conciliação medicamentosa. Foram excluídos pacientes que: (1) foram transferidos, tiveram alta ou óbito em menos de 48 horas após a admissão; (2) já participaram do estudo em um internamento prévio e; (3) impossibilidade de realização da coleta de dados para elaboração da melhor história possível de medicamentos (MHPM) nas primeiras 48 horas.

O processo de conciliação medicamentosa baseou-se em documentos já propostos na literatura (WHO, 2014; IHI, 2011; SHSP, 2009). Na primeira etapa realizou-se a anamnese farmacêutica, onde o paciente e/ou acompanhante/cuidador eram entrevistados, e fazia-se a coleta dos dados e preenchimento de formulário semiestruturado de conciliação medicamentosa. Informações também eram obtidas nos prontuários dos pacientes.

As variáveis coletadas foram sexo, idade, comorbidades, alergias, reações adversas prévias a medicamentos e medicamentos da pré-admissão (princípio ativo, dose, via de administração, posologia e classificação Anatomic Therapeutic Chemical (ATC) primeiro nível - grupo anatômico principal). Foram considerados apenas os medicamentos de uso contínuo (prescritos por profissional habilitado – também incluídos suplementos e vitaminas prescritos para tratamento de condições crônicas com a indicação de uso contínuo).

Após a entrevista, as informações foram compiladas e a MHPM foi elaborada. Os medicamentos prescritos na admissão foram comparados com a MHPM e as discrepâncias foram identificadas e classificadas quanto a intencionalidade em (1) intencionais, (2) intencionais não documentadas e (3) não intencionais. Foram classificadas como discrepâncias intencionais quando o prescritor realizou uma decisão intencional que mudou, adicionou ou omitiu um medicamento que o paciente estava utilizando antes da transição de cuidado. Se a sua escolha não foi documentada de forma clara e completa essa discrepância foi classificada em intencional não documentada.

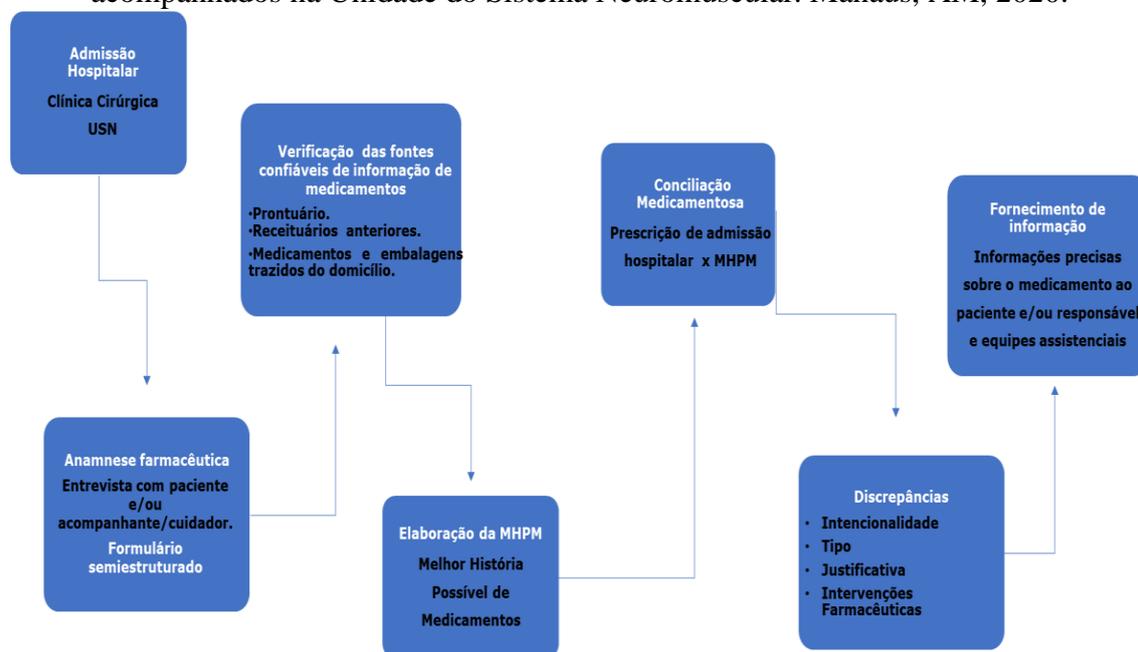
Discrepâncias intencionais e intencionais não documentadas apresentaram como justificativas os seguintes aspectos: (1) protocolo clínico; (2) alteração farmacológica - medicamento diferente/via/dose/frequência; (3) medicamento não padrão; (4) decisão clínica de não prescrever; (5) mudança da condição clínica do paciente e; (6) procedimento que será realizado no paciente.

Já as discrepâncias não intencionais foram consideradas quando o prescritor mudou, adicionou ou omitiu um medicamento que o paciente estava utilizando antes da transição do cuidado de forma não intencional. As discrepâncias não intencionais foram classificadas seguindo os seguintes aspectos de intervenção: (1) medicamento não incluído na prescrição do paciente devido condição clínica atual; (2) reintrodução do medicamento pré-admissão ou introdução de um equivalente terapêutico; (3) adequação da dose para a dose pré-admissão ou nova modificação da dose e; (4) medicamento retirado da prescrição médica.

As discrepâncias também foram classificadas quanto ao tipo em omissão, dose, frequência de uso, via de administração e medicamento diferente (medicamento diferente do que estava sendo usado antes da internação).

Após identificação das discrepâncias foram realizadas intervenções verbais com o prescritor responsável, bem como evolução em prontuário eletrônico. Quando as intervenções não foram aceitas em até 24 horas, este procedimento foi repetido. O processo de conciliação medicamentosa está sumarizado na **Figura 1**.

Figura 1 - Conciliação medicamentosa na Admissão Hospitalar em pacientes acompanhados na Unidade do Sistema Neuromuscular. Manaus, AM, 2020.



Fonte: CANDIDO *et al.*, 2023.

A partir dos dados obtidos foi realizada análise estatística descritiva através do Programa BioEstat 5.3. Os dados foram avaliados de modo a se obter média e desvio padrão e frequências absolutas e relativas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período do estudo foram admitidos 193 pacientes na clínica cirúrgica USN, os quais 139 foram excluídos da pesquisa de acordo com os critérios de exclusão, principalmente devido à curta permanência na clínica, impossibilitando a coleta dos dados. Ao final, 54 pacientes foram incluídos no estudo, sendo que para 32 foi realizada a conciliação medicamentosa por usarem medicamentos de uso contínuo.

Quanto à caracterização dos pacientes, 52% eram do sexo feminino, com média de idade de $46,78 \pm 14,50$ anos, variando de 19 a 76 anos, 81% não apresentavam alergia a medicamentos e 70% não apresentavam reação adversa prévia a medicamentos. O total de pacientes que relataram comorbidades foi 25 pacientes, sendo que alguns pacientes possuíam múltiplas comorbidades (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes acompanhados na Unidade do Sistema Neuromuscular, n=54. Manaus, AM, 2020.

Características	N	%
Sexo		
Feminino	28	52%
Masculino	26	48%
Alergia a medicamentos		
Sim	10	19%
Não	44	81%
Reação adversa prévia a medicamentos		
Sim	16	30%
Não	38	70%
Comorbidade		
Não	29	54%
Sim*	25	46%
Hipertensão	22	41%
Diabetes mellitus	9	17%
Hipertireoidismo	2	4%
Obesidade	1	2%
Asma	1	2%
Outros	5	9%
Medicamentos de uso contínuo		
Sim	32	59%
Não	22	41%

*Paciente com mais de uma comorbidade (doença não neurológica).

Fonte: CANDIDO *et al.*, 2023.

As comorbidades mais prevalentes concerniram em patologias referentes aos sistemas circulatório e endócrino com alta prevalência de hipertensão (41%). Esses resultados refletem dados epidemiológicos relativos à população adulta brasileira, os

quais demonstram uma alta prevalência de doenças, como hipertensão e diabetes mellitus (RODRIGUES *et al.*, 2019).

A categoria de medicamentos de uso contínuo foi atribuída a 32 pacientes, totalizando 85 medicamentos citados. Após a comparação com os medicamentos prescritos na admissão foram encontradas 35 discrepâncias, as quais foram classificadas quanto a intencionalidade em discrepâncias intencionais (57%, n=20), discrepâncias intencionais não documentadas (9%, n=3) e discrepâncias não intencionais (34%, n=12) (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Medicamentos com discrepâncias categorizados no primeiro nível (grupo principal anatômico de acordo com o sistema ATC), n= 35. Manaus, AM, 2020.

Classificação ATC	Discrepâncias Intencionais		Discrepâncias Intencionais não documentadas		Discrepâncias não intencionais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A Aparelho digestivo e metabolismo	10	50	-	-	2	17
B Sangue e órgãos hematopoiéticos	1	5	1	33	-	-
C Aparelho cardiovascular	7	35	-	-	4	33
G Aparelho geniturinário e hormônios sexuais	-	-	-	-	1	8
H Hormônios sistêmicos, excluindo hormônios sexuais	1	5	-	-	-	-
N Sistema nervoso	1	5	2	67	3	25
R Aparelho respiratório	-	-	-	-	1	8
S Órgãos dos sentidos	-	-	-	-	1	8
Total	20	100	3	100	12	100

Fonte: CANDIDO *et al.*, 2023.

As discrepâncias intencionais (documentadas ou não) foram mais frequentes, podendo ser explicadas devido aos protocolos estabelecidos de suspensão de algumas classes de medicamentos. Conforme observou-se nas discrepâncias intencionais as classes de medicamentos com maior frequência foram os do aparelho digestivo e metabolismo, representadas pelos medicamentos hipoglicemiantes (sulfonilureias e biguanida). Eidelwein, Sanches & Caldeiras (2020) afirmam estar bem documentado que alguns medicamentos podem ser substituídos, descontinuados e/ou administrados por

outra via no período pré-cirúrgico para reduzir o risco de complicações pós-cirúrgicas ou diminuïrem o possível risco de interações medicamentosas, sendo principalmente os hipoglicemiantes orais, anticoagulantes e antitrombóticos. Nas discrepâncias intencionais não documentadas as classes de medicamentos mais frequentes foram os do sistema nervoso (anticonvulsivantes), seguidos do sangue e órgãos hematopoiéticos (antiagregante plaquetário).

Em relação as discrepâncias não intencionais, as classes medicamentosas mais prevalentes foram as do aparelho cardiovascular representado pelos anti-hipertensivos e diuréticos (losartana, anlodipino e hidroclorotiazida) e o hipolipemiante (sinvastatina), como também foi observado em um estudo realizado em uma clínica de ortopedia e neurologia (EIDELWEIN, SANCHES, CALDEIRA 2020). Estes dados possivelmente são encontrados devido a frequência do uso destes medicamentos na população do estudo que apresentaram como comorbidades a hipertensão. Da Silva *et al.* (2008) destacam que os grupos de medicamentos de uso contínuo mais utilizados pelos pacientes neurológicos são aqueles que contém fármacos que atuam no Sistema Nervoso Central e os que atuam no sistema cardiovascular.

As discrepâncias também foram classificadas quanto ao tipo, sendo a maioria devido a omissão (n=30), conforme **Tabela 3**.

Tabela 3 - Classificação das discrepâncias quanto ao tipo e intencionalidade, n= 35. Manaus, AM, 2020.

Intencionalidade	Discrepâncias intencionais		Discrepâncias intencionais não documentadas		Discrepâncias não intencionais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Omissão	18	90	2	67	10	83	30	86
Dose	0	0	0	0	1	8	1	3
Frequência	1	5	1	33	0	0	2	6
Via	1	5	0	0	0	0	1	3
Medicamento diferente	0	0	0	0	1	8	1	3
Total	20	100	3	100	12	100	35	100

Fonte: CANDIDO *et al.*, 2023.

Nas discrepâncias intencionais, 18 (90%) foram do tipo omissão do medicamento na prescrição médica apresentando as seguintes justificativas: protocolo clínico (30%), decisão clínica de não prescrever (15%), medicamento não padrão substituído por alternativa padronizada na instituição (5%), procedimento que será realizado no paciente

(5%) e mudança da condição clínica do paciente (35%). Ocorreu ainda uma (5%) discrepância do tipo frequência e uma (5%) do tipo via de administração apresentando em ambas a justificativa que foi alteração farmacológica por medicamento diferente/via/dose/frequência.

Em relação as três discrepâncias intencionais não documentadas, duas (67%) foram do tipo omissão, apresentando as justificativas de decisão clínica e procedimento que seria realizado no paciente e uma (33%) discrepância foi do tipo frequência, apresentando a justificativa de alteração farmacológica por medicamento diferente/via/dose/frequência.

Dentre as 12 discrepâncias não intencionais, 10 (83%) foram do tipo omissão para as quais foram propostas as seguintes intervenções de conduta da equipe: sete (58%) não inclusão do medicamento devido a condição clínica atual e três (25%) reintroduzir o medicamento ou um equivalente terapêutico. Além disso, uma discrepância não intencional foi classificada como tipo dose e foi proposto uma adequação de dose; e outra foi classificada como tipo medicamento diferente. Houve 100% de aceitação nas intervenções farmacêuticas realizadas. O farmacêutico atuando no monitoramento do paciente pode prevenir problemas relacionados ao uso de medicamentos, promover a adesão ao tratamento, além da segurança do paciente (MALANOWSKI *et al.*, 2023).

Das discrepâncias não intencionais encontradas, a omissão foi a mais predominante (86%) em consonância com o estudo realizado por GUO *et al.* (2020) e KARAOUÏ *et al.* (2019). Outros estudos semelhantes encontraram maior percentual de discrepâncias intencionais, seguido de discrepâncias não intencionais e observaram que o tipo omissão foi o de maior prevalência (RENAUDIN *et al.*, 2020; CHUNG *et al.*, 2019; LOUISELLE *et al.*, 2021; NACHAR *et al.*, 2019).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notória a importância da conciliação medicamentosa dentro do ambiente hospitalar para a obtenção da MHPM, avaliação das discrepâncias, e posteriormente intervenções em pacientes de alta criticidade. Em nosso estudo, a conciliação medicamentosa foi realizada em 32 pacientes e foram identificadas 20 discrepâncias intencionais, 3 discrepâncias intencionais não documentadas e 12 discrepâncias não intencionais. Omissão de medicamentos foi o tipo de discrepância mais comum (86%). As intervenções farmacêuticas a partir das discrepâncias encontradas, conseguiram mitigar erros de medicação e possíveis eventos adversos, aumentando a segurança do

paciente. Além disso, a presença do farmacêutico no setor favoreceu a identificação das discrepâncias neste processo de transição de cuidado, e integrou toda a equipe assistencial, pacientes, familiares e cuidadores. Portanto, é imprescindível a implementação da conciliação medicamentosa com intuito de promover a identificação de discrepâncias para que sejam reduzidos os erros de medicação e riscos de eventos adversos aos pacientes, buscando uma farmacoterapia racional e segura.

A alta rotatividade de pacientes na clínica cirúrgica USN limitou o número de participantes, principalmente considerando que a coleta aconteceu durante a pandemia de COVID-19, quando os procedimentos estavam restritos, portanto, encoraja-se estudos futuros com um número maior de pacientes. Além disso, foi realizada uma sensibilização prévia durante a semana da segurança do paciente sobre “conciliação medicamentosa na segurança do paciente” na clínica cirúrgica, onde foi informado sobre a realização da pesquisa, o que pode ter influenciado positivamente na conduta da equipe multiprofissional para aprimoramento e, conseqüentemente, reduzindo o total de discrepâncias encontradas (DEMETRIOU *et al.*, 2019). Apesar das limitações, os resultados podem contribuir para demonstrar os benefícios do profissional farmacêutico atuante nessa comunicação multidisciplinar do fluxo da conciliação medicamentosa, bem como gerar dados para futuras comparações.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) e os profissionais de saúde que aceitaram colaborar com essa pesquisa. À Universidade Federal do Amazonas (UFAM), ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas (PPGCF/UFAM) pelo apoio ao trabalho e ao apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM).

REFERÊNCIAS

AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS (ASHSP), Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. **Medication reconciliation handbook, 2ª edição**. Oakbrook Terrace IL; Joint Commission Resources, 2009. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/issue/medication-reconciliation-handbook-2nd-edition>. Acessado em 10 de março. 2023.

BARNSTEINER, J. H. Medication Reconciliation. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. **Agency for Healthcare Research and Quality**, EUA, 2008. Capítulo 38. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2648>. Acesso em: 03 de julho. 2023.

BELDA-RUSTARAZO, S. *et al.* Medication reconciliation at admission and discharge: An analysis of prevalence and associated risk factors. **International Journal of Clinical Practice**, v. 69, n. 11, p. 1268–1274, 2015.

CHUNG, C. *et al.* Medication reconciliation: Predictors of risk of unintentional medication discrepancies in the cardiology department. **Archives of Cardiovascular Diseases**, v. 112, n. 2, p. 104-112, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA - CFF. **Farmácia Hospitalar: coletâneas de práticas e conceitos**. 2017. Disponível em: <https://admin.cff.org.br/src/uploads/publicacao/arquivo/7cd12b8938f117a293db20a32f52c385886598fa.pdf>. Acessado em 25 de Agosto. 2022.

DA SILVA, A. P. *et al.* A farmacovigilância na reabilitação fonoaudiológica de pacientes com doenças neurológicas. **O Mundo da Saúde**, v. 32 n. 2, p. 229–237, 2008.

DEMETRIOU, C. *et al.* Hawthorne effect on surgical studies. **ANZ Journal of Surgery**, v. 89, n. 12, p. 1567–1576, 2019.

EIDELWEIN, C. R.; SANCHES, A. C.; CALDEIRA, L. F. Medication reconciliation in orthopedic and neurological patients in a public hospital. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 11, n. 3, p. 354–354, 2020.

GUO, Q. *et al.* The role of clinical pharmacist trainees in medication reconciliation process at hospital admission. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 42, n. 2, p. 796-804, 2020.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT - IHI. **How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events by Implementing Medication Reconciliation**. 2011. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx>. Acessado em: 24 de maio. 2023.

KARAOUI, L. R, *et al.* Impact of pharmacy-led medication reconciliation on admission to internal medicine service: Experience in two tertiary care teaching hospitals. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 493, 2019.

LIU, J. *et al.* Cost-Benefit Analysis of Transitional Care in Neurosurgery. **Neurosurgery**, v. 85, n. 5, p. 672–679, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30272201>

LOUISELLE, K. *et al.* Medication Discrepancy Risk Factors for Pediatric Patients with Epilepsy at Hospital Admission. **The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics**, v. 26, n. 4, p. 384–394, 2021.

MALANOWSKI, L. V. *et al.* Atenção farmacêutica e farmacoterapia do idoso: uma revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 6, p. 2817-2832, 2023.

MEKONNEN, A. B.; McLACHLAN, A. J; BRIEN, J. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: A systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 6, n. 2, p. e010003, 2016.

MUELLER, S. K. *et al.* Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. **Archives of internal medicine**, v. 172, n. 14, p. 1057–1069, 2012.

NACHAR, C. *et al.* Medication reconciliation in a Swiss hospital: Methods, benefits and pitfalls. **European Journal of Hospital Pharmacy**, v. 26, n. 3, p. 129–134.

RENAUDIN, A. *et al.* Impact of a preoperative pharmaceutical consultation in scheduled orthopedic surgery on admission: A prospective observational study. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 747. 2020.

RODRIGUES, J. P. V. *et al.* Analysis of clinical pharmacist interventions in the neurology unit of a Brazilian tertiary teaching hospital. **PlosOne**, v. 14, n. 1, p. e0210779.

WERREMEYER, A. *et al.* Impact of pharmacists on outcomes for patients with psychiatric or neurologic disorders. **Mental Health Clinician**, v. 10, n. 6, p. 358–380, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The High 5s Project: Standard Operating Protocol - Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care**. 2014. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-sop.pdf>. Acessado em: 11 de abril. 2023.