

Conciliação medicamentosa em unidade de clínica médica como estratégia para Segurança do Paciente em um hospital universitário

Medication reconciliation in a medical clinic unit as a strategy for Patient Safety in a university hospital

Conciliación de medicamentos en una unidad de clínica médica como estrategia para la Seguridad del Paciente en un hospital universitario

Recebido: 24/06/2022 | Revisado: 22/07/2022 | Aceito: 02/08/2022 | Publicado: 10/08/2022

Carlos Jonatas Fonseca Mota

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4016-7951>
Hospital Universitário Getúlio Vargas, Brasil
E-mail: carlosmotaf@outlook.com

Mírian Brasil Magalhães de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2497-4622>
Hospital Universitário Getúlio Vargas, Brasil
E-mail: mirian.oliveira@ebserh.gov.br

Kedma Melo da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9284-6809>
Hospital Universitário Getúlio Vargas, Brasil
E-mail: carlosmotaf@outlook.com

Elizianne Andrade Burton

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0109-147X>
Hospital Universitário Getúlio Vargas, Brasil
E-mail: eab.gfa@uea.edu.br

Vivian Nascimento Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0721-3856>
Hospital Universitário Getúlio Vargas, Brasil
E-mail: viviandnpereira@gmail.com

Rebeka Caribé Badin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0385-1498>
Hospital Universitário Getúlio Vargas, Brasil
E-mail: rebekaaalves@hotmail.com

Resumo

Introdução: A Segurança do Paciente tornou-se uma prioridade nos serviços de saúde, sendo um processo contínuo que envolve atividades educativas e ações sistematizadas que visam reduzir situações de risco ao paciente. Dentre as principais ferramentas para prevenir erros de medicação na transição de cuidado do paciente destaca-se a conciliação medicamentosa. **Objetivo:** Analisar o perfil da conciliação medicamentosa em pacientes internados em um hospital universitário. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e prospectivo na unidade de clínica médica do Hospital Universitário Getúlio Vargas, localizado no Estado do Amazonas em um semestre de 2020. **Resultados:** Ao total foram realizadas 237 visitas, dos quais 180 pacientes preencheram os critérios de inclusão do estudo. Houve um predomínio do sexo feminino e a média de idade foi de $46,67 \pm 17,58$ anos e os pacientes majoritariamente apresentavam idade entre 41 a 70 anos. Dentre as discrepâncias identificadas cerca de 56% foram intencionais e 44% não intencionais. Nas discrepâncias não intencionais detectamos 50% por omissão do medicamento, 25% de dose incorreta e 25% de posologia incorreta. No que se refere as intervenções farmacêuticas nas discrepâncias não intencionais 75% foram aceitas pela equipe médica. **Conclusão:** A realização do serviço de conciliação medicamentosa pela equipe de farmácia clínica se mostra de grande importância para a segurança do paciente no âmbito hospitalar, sendo um instrumento fundamental para a otimização da farmacoterapia.

Palavras-chave: Conciliação medicamentosa; Segurança do paciente; Farmácia clínica.

Abstract

Introduction: Patient Safety has become a priority in health services, a continuous process involving educational activities and systematic actions aimed at reducing risk situations to the patient. Medication reconciliation stands out among the main tools to prevent medication errors in patient care transition. **Objective:** To analyze the profile of medication reconciliation in patients admitted to a university hospital. **Methodology:** This is a descriptive and prospective study in the medical clinic unit of the university hospital located in the State of Amazonas in the semester

of 2020. Results: A total of 237 visits were performed, of which 180 patients met the study inclusion criteria. There was a predominance of females, and the mean age was 46.67 ± 17.58 years, and the patients were mostly aged between 41 and 70 years. Among the discrepancies identified, about 56% were intentional and 44% unintentional. In unintentional discrepancies, we detected 50% due to omission of the medication, 25% from incorrect dose, and 25% from incorrect dosage. Regarding pharmaceutical interventions in unintentional discrepancies, 75% were accepted by the medical team. Conclusion: The performance of the medication reconciliation service by the clinical pharmacy team is of great importance for patient safety in the hospital environment, being a fundamental instrument for optimizing pharmacotherapy.

Keywords: Medication reconciliation; Patient safety; Clinical pharmacy.

Resumen

Introducción: La Seguridad del Paciente se ha convertido en una prioridad en los servicios de salud, siendo un proceso continuo que involucra actividades educativas y acciones sistemáticas encaminadas a reducir situaciones de riesgo para el paciente. Entre las principales herramientas para la prevención de errores de medicación en la transición asistencial del paciente destaca la conciliación de medicación. Objetivo: Analizar el perfil de conciliación de medicación en pacientes ingresados en un hospital universitario. Metodología: Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo en la unidad de clínica médica del Hospital Universitario Getúlio Vargas, ubicado en el Estado de Amazonas en un semestre de 2020. Resultados: Se realizaron un total de 237 visitas, de las cuales 180 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión del estudio. Hubo predominio del sexo femenino y la edad media fue de $46,67 \pm 17,58$ años y los pacientes en su mayoría tenían entre 41 y 70 años. Entre las discrepancias identificadas, alrededor del 56 % fueron intencionales y el 44 % no intencionales. En las discrepancias no intencionadas detectamos un 50% por omisión del medicamento, un 25% por dosificación incorrecta y un 25% por dosificación incorrecta. En cuanto a las intervenciones farmacéuticas en discrepancias no intencionadas, el 75% fueron aceptadas por el equipo médico. Conclusión: La realización del servicio de conciliación de medicamentos por parte del equipo de farmacia clínica es de gran importancia para la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, siendo un instrumento fundamental para la optimización de la farmacoterapia.

Palabras clave: Conciliación de medicamentos; Seguridad del paciente; Farmacia clínica.

1. Introdução

Nos últimos anos, a Segurança do Paciente tornou-se uma prioridade nos serviços de saúde, sendo um processo contínuo que envolve atividades educativas e ações sistematizadas que visam reduzir situações de risco ao paciente (Siman et al., 2019). Os eventos adversos relacionados a medicamentos representam um potencial risco à saúde do paciente, como também possuem impacto considerável nos custos dos sistemas de saúde (Belda-Rustarazo et al., 2015; Kane-Gill et al., 2006).

Os erros de medicação são responsáveis por vários danos aos pacientes, há relatos que nos Estados Unidos atingem mais de 1 milhão de pessoas ao ano, gerando um custo anual de 42 bilhões em países desenvolvidos (De Castro Brito et al., 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente 50% de todos os medicamentos são inapropriadamente prescritos e administrados e pelo menos 60% dos pacientes possuem discrepâncias em seu histórico de admissão (Silva et al., 2021; Reis et al., 2013). A criação de barreiras ou estratégias de segurança que reduzem os riscos aos pacientes são ferramentas que devem envolver todos os setores de saúde (Kane-Gill et al., 2006). Dentre as principais ferramentas para prevenir erros de medicação na transição de cuidado do paciente destacam-se as ações da farmácia clínica, entre estas, a conciliação medicamentosa é uma das mais eficazes. A conciliação medicamentosa tem como missão identificar e intervir nas discrepâncias farmacológicas e otimizar a terapia medicamentosa, juntamente com a equipe multiprofissional de saúde (Silva et al., 2021; Siman et al., 2019, Safer Healthcare Now, 2011).

A conciliação medicamentosa é a avaliação abrangente do regime de medicamentos de um paciente a qualquer momento, em um esforço para evitar erros de medicação, como omissões, duplicações, dosagem erros ou interações medicamentosas, bem como observar padrões de conformidade e aderência. Este processo deve incluir uma comparação entre os dados existentes e regimes de utilização de medicamentos a nível domiciliar e as prescrições médicas realizadas em toda transição de atendimento do paciente (Silva et al., 2021). A conciliação de medicamentos na admissão hospitalar é um dos

pilares para que esse processo se estenda em todo o processo de cuidado à saúde, no intuito de diminuir as discrepâncias entre os medicamentos utilizados a nível domiciliar e os prescritos a nível hospitalar (Silva et al., 2022; De Castro Brito et al., 2022).

Devido a sua grande importância, a conciliação medicamentosa, desde 2003, foi incluída nos parâmetros de qualidade da segurança do paciente avaliados pela The Joint Commission (Fernandes et al., 2021).

Diante desse panorama, o Brasil, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que tem por objetivo geral contribuir para qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde, posteriormente estabeleceu o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (Siman et al., 2019; BRASIL, 2013). O presente trabalho tem como objetivo analisar o perfil da conciliação medicamentosa, na prática da farmácia clínica, em pacientes internados em um hospital universitário.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e prospectivo na unidade de clínica médica do Hospital Universitário Getúlio Vargas, localizado no Estado do Amazonas, pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o hospital apresenta 10 leitos UTI adulto – TIPO I, 30 leitos UTI II adulto-Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)-COVID-19, 30 leitos de cirurgia geral e 100 leitos de clínica geral.

O período do estudo foi realizado em um semestre de 2020, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Getúlio Vargas, sob protocolo de número CAAE nº30527920.1.0000.5020, a anuência na pesquisa foi estabelecida através do consentimento e da assinatura do paciente ou acompanhante no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e no Termo de Recolhimento de Medicamentos na Conciliação Medicamentosa (TRCM), conforme os preceitos éticos vigentes. Os critérios de inclusão no estudo foram: pacientes com idade ≥ 18 anos, admitidos na clínica médica, que apresentam condições clínicas de serem entrevistados ou que possuíam algum familiar ou cuidador para fornecimento dos dados e os critérios de exclusão foram tempo de internamento inferior a 48 horas e os que se recusaram a participar da pesquisa. A uniformidade da coleta de dados foi garantida através do preenchimento de um questionário individualizado, as variáveis analisadas foram: sexo, idade, tempo de permanência, diagnóstico de admissão hospitalar, presença de comorbidades, alergias, reações adversas a medicamentos e informações sobre utilização de medicamentos anteriores a admissão (nome do medicamento, dose, forma farmacêutica, via de administração e posologia). Com base nessas informações foi realizada uma lista de medicamentos e houve a comparação dessa com a prescrição médica hospitalar. As divergências identificadas foram classificadas como discrepâncias intencionais e não intencionais baseada na metodologia aplicada por Silva et al. (2021). As discrepâncias intencionais foram subclassificadas como decisão médica devido a condição clínica ou conforme protocolo institucional e substituição por medicamento padronizado na instituição, enquanto as discrepâncias não intencionais foram subclassificadas em: dose incorreta, posologia incorreta, via de administração distinta e omissões.

Os resultados estão apresentados em forma de tabelas e gráfico e para as variáveis quantitativas foram calculadas a média e o desvio padrão. Os fármacos utilizados foram categorizados conforme sistema de classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC).

3. Resultados

Foram realizadas 237 visitas, onde 57 pacientes não cumpriram os requisitos segundo os critérios de inclusão, resultando um total de 180 pacientes participantes do estudo. Houve predomínio do sexo feminino (59,44%). A faixa etária predominante foi entre 41 a 70 anos, correspondendo a 55,56% da população estudada, sendo a média de idade dos pacientes de $46,67 \pm 18,74$ anos. Em relação as informações farmacoterapêuticas, cerca de cento e quarenta e sete pacientes (81,67 %)

informaram que não possuíam alergias e cento e trinta e nove pacientes (77,22%) negaram histórico de reações adversas relacionadas a medicamentos, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Características clínicas e demográficas dos pacientes internados durante o tempo de estudo, em um hospital universitário do Amazonas (n=180).

Classificação por sexo		
Sexo	Quantidade	(%)
Feminino	107	59,44
Masculino	73	40,56
Classificação da população por idade		
Faixa etária	Quantidade	(%)
18-20	4	2,22
21-30	12	6,66
31-40	27	15,00
41-50	37	20,56
51-60	34	18,89
61-70	29	16,11
71-80	28	15,56
> 80	9	5,00
Alergias		
Status paciente	Quantidade	(%)
Não	147	81,67
Sim	33	18,33
Apresentação de RAM		
Status paciente	Quantidade	(%)
Não	139	77,22
Sim	41	22,78
Tempo de internamento		
Tempo	Quantidade	(%)
< 1 semana	29	16,11
1 semana	16	8,89
2 semanas	23	12,78
3 semanas	32	17,77
4 semanas	28	15,56
> 1 mês	39	21,67
Óbito	12	6,66
Evasão	1	0,56

Fonte: Autores.

Em relação aos motivos de internação classificados pelo CID no ato da admissão dos pacientes, os mais prevalentes foram referentes a complicações renais (33,33%), distúrbios cardiovasculares (17,78%) e acometimentos pulmonares (17,78%), respectivamente.

Tabela 2. Frequência dos principais motivos de internação classificados pelo CID durante a admissão hospitalar.

CID	Quantidade	(%)
Renal	60	33,33
Cardiovascular	32	17,78
Pulmonar	32	17,78
Autoimune	30	16,67
Neuropatias	11	6,11
Infecções bacterianas	6	3,33
Neoplasias	5	2,78
TGI	4	2,22

Fonte: Autores.

No que tange às comorbidades, as mais frequentes nos pacientes foram distúrbios cardiovasculares (49,19%), alterações metabólicas (15,73%) e renais (12,90%), respectivamente. Cerca de quarenta e cinco pacientes apresentavam duas comorbidades, dez pacientes três comorbidades e um paciente quatro comorbidades.

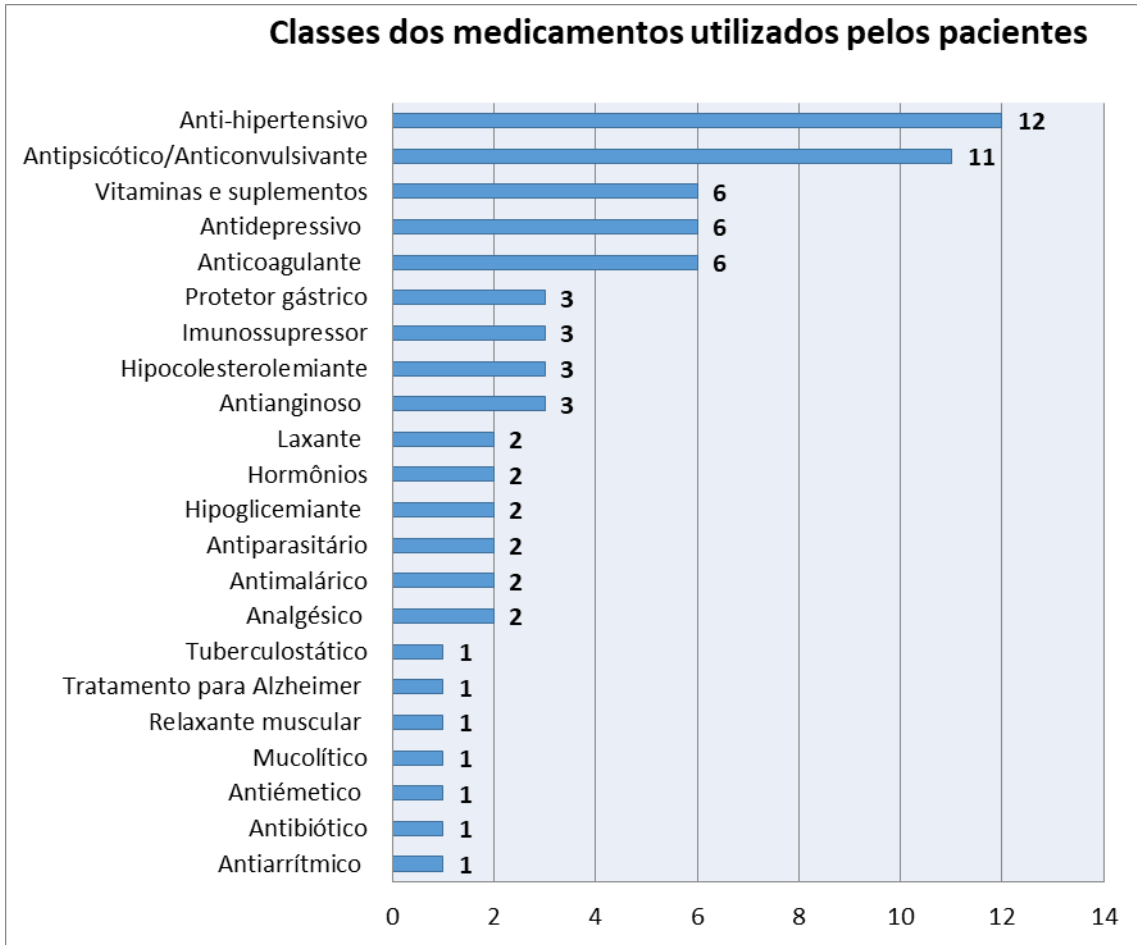
Tabela 2. Classificação e frequência das comorbidades mais prevalentes entre os pacientes internados.

Comorbidades	Quantidade	(%)
Cardiovasculares	122	49,19
Metabólicas	39	15,73
Renais	32	12,90
Outras	28	11,29
TGI	15	6,05
Autoimunes	10	4,03
Neuropatias	2	0,81

Fonte: Autores.

Durante a conciliação medicamentosa, no período de estudo, 72 medicamentos foram informados pelos pacientes como uso habitual antes da internação, sendo o mais prevalente a classe dos anti-hipertensivos (16,67%), seguida pela categoria dos antipsicóticos/anticonvulsivantes (15,28%), tendo as vitaminas/suplementos, antidepressivos e anticoagulantes (8,33%) em subseqüência, pois apresentaram o mesmo quantitativo.

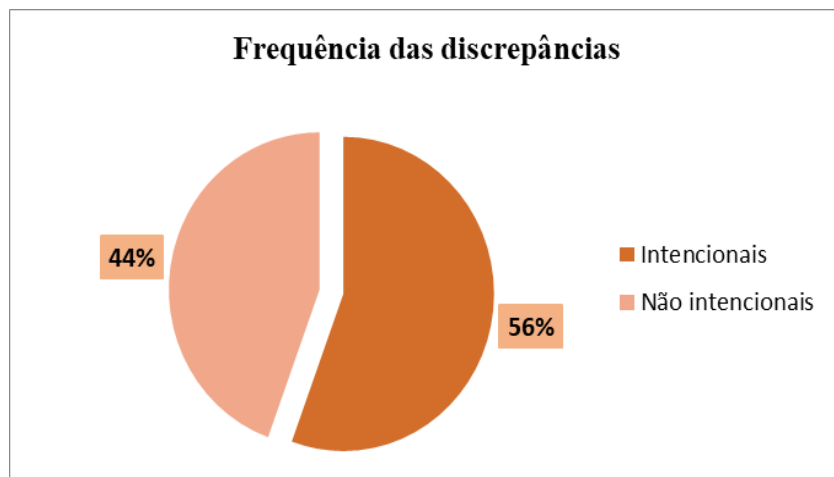
Figura 1. Elenco dos medicamentos utilizados continuamente pelos pacientes internados, categorizados por classe farmacológica.



Fonte: Autores.

Na conciliação medicamentosa foram identificadas 9 discrepâncias, sendo 5 intencionais (56%) e 4 não intencionais (44%), descrito na Figura 2.

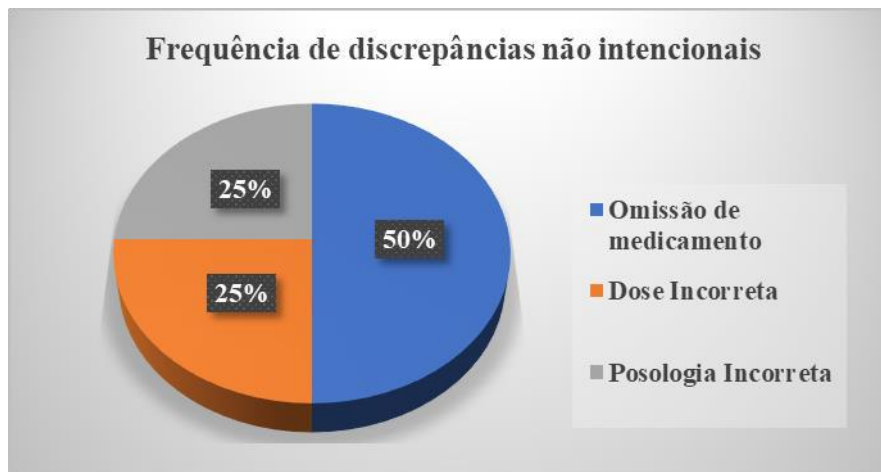
Figura 2. Frequência entre as discrepâncias intencionais e não intencionais após a conciliação medicamentosa.



Fonte: Autores.

As discrepâncias intencionais foram resultadas pela exclusão do medicamento justificada pela clínica do paciente (40%), alteração da dose/posologia (20%), substituição por outro medicamento (20%) e substituição por medicamento padronizado na instituição (20%). Enquanto que as discrepâncias não intencionais obtiveram diversos motivos de classificação, sendo majoritariamente a omissão do medicamento (50%), dose incorreta (25%) e posologia incorreta (25%), respectivamente, conforme Figura 3.

Figura 3. Classificação e frequência das discrepâncias não intencionais identificadas na conciliação medicamentosa.



Fonte: Autores.

No que se refere as intervenções farmacêuticas nas discrepâncias não intencionais cerca de 75% foram aceitas pela equipe médica.

4. Discussão

As discrepâncias envolvendo medicamentos são comuns no ambiente hospitalar e apresentam um elevado potencial em acarretar eventos adversos. Dentre os eventos adversos destaca-se os relacionados a medicamentos que podem comprometer a segurança dos pacientes. A falta ou ineficiência da comunicação entre as equipes assistenciais e os diferentes níveis de cuidado assistencial prestado aos pacientes representa um obstáculo que interfere inclusive no êxito terapêutico (Silva, Alves-Zaperlon, Laureano, 2021). Dentre as ferramentas mais eficazes para melhorar a segurança do paciente destaca-se a conciliação medicamentosa, Ferraz (2015) relata que um programa de conciliação medicamentosa detectou uma redução de 78% de riscos de morte nos pacientes que houve intervenções a fim de solucionar discrepâncias medicamentosas quando comparado ao grupo controle.

Durante o período do estudo, cinquenta e sete pacientes foram excluídos principalmente devido ao tempo de internamento inferior a 48 horas, demonstrando a alta rotatividade da clínica em que foi realizado o estudo. Ademais, o fluxo de profissionais farmacêuticos clínicos é escasso, tendo um farmacêutico e dois residentes em farmácia, adicionalmente o funcionamento da farmácia clínica ocorre apenas em dias úteis e em horário vespertino, logo, muitos pacientes internados não participaram do estudo.

Ao total foram incluídos cento e oitenta pacientes, houve um predomínio do sexo feminino em acordo com os resultados encontrados por Filho et al. (2021) e Fernandes et al. (2021). A média de idade foi de $46,67 \pm 17,58$ anos e os pacientes majoritariamente apresentavam idade entre 41 a 70 anos. Da Silva et al. (2021) também apresentaram em seu estudo faixas etárias mais avançadas, também em consonância com os achados de Filho et al. (2021).

Quanto aos motivos de internação, seguindo a classificação pelo CID no ato de admissão dos pacientes, os mais constantes foram referentes as complicações renais (33,33%), distúrbios cardiovasculares (17,78%) e acometimentos pulmonares (17,78%), respectivamente. Tais dados parcialmente se comparam aos encontrados por Spalla e Castilho (2016), onde os motivos da internação mais frequentes foram por distúrbios cardiovasculares (25%), sistema nervoso (22,5%) e alterações metabólicas (20%). Ao passo que Da Silva et al. (2021) obtiveram para as doenças de base como hipertensão, diabetes mellitus, cardiopatias, neoplasias e renais, os seguintes percentuais 41%, 30,8%, 7,7%, 5,1% e 3,8%, respectivamente.

Dentre as comorbidades mais frequentes nos pacientes foram aquelas relacionadas a distúrbios cardiovasculares (49,19%), alterações metabólicas (15,73%) e renais (12,90%), como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus. No estudo realizado por Frizzon et al. (2014) as enfermidades crônicas mais citadas foram a HAS com prevalência de 43,1%, e a diabetes mellitus com 17,2%, respectivamente.

Dos 72 medicamentos informados pelos pacientes, 12,5% apresentavam discrepância durante a conciliação medicamentosa. Desses, 44% foram consideradas como discrepâncias não intencionais e 56% como discrepâncias intencionais. Outro estudo realizado no Rio grande do Sul por Da Silva et al. (2021), apresentou um alto percentual de discrepâncias medicamentosas (n=153), com taxa de discrepâncias intencionais bem superiores do que as não intencionais. Seguindo a mesma tendência, um estudo realizado em pacientes oncológicos no Rio de Janeiro por Fernandes et al. (2021) e no Rio Grande do Sul por Lindenmeyer et al. (2012) também apresentaram predominância de discrepâncias intencionais 93,8% e 83,3%, respectivamente. Em contrapartida o estudo de Lombardi et al. (2016), também realizado em um Hospital Universitário, a taxa de discrepâncias não intencionais foi maior que as intencionais.

O primeiro passo para a implantação da conciliação medicamentosa ocorreu com atividades de educação continuada para a equipe médica e enfermagem explicando os benefícios do serviço e sua importância para a adesão da equipe, incentivando a segurança do paciente. Alvim (2015) relata a importância da implantação do serviço de conciliação por meio de uma série de passos, sensibilizando os profissionais, tendo por fim, uma estrutura com definição, contribuindo para a diminuição da ocorrência da falta de informações por meio desse ato. Barnsteiner (2008) relata que a falta de padronização do processo pode gerar a duplicação de dados coletados, podendo dois ou mais profissionais obter a mesma história sobre medicamentos, documentá-los em locais diferentes, o que acarreta mais transtornos do que soluções.

Dentro desse contexto, um aspecto muito importante no presente estudo foi o treinamento da equipe médica e de enfermagem, que contribuiu pelo baixo índice de discrepância encontrada no presente estudo. Dessa forma, percebemos que a implantação de serviços que agreguem maior segurança no ambiente hospitalar é importante, mas as etapas prévias da implantação de qualquer serviço de melhoria também contribuem significativamente para adesão da equipe.

Neste estudo as discrepâncias intencionais foram classificadas em: 40% exclusão do medicamento, 20% alteração da dose/posologia, 20% substituição por outro medicamento, justificada pela clínica do paciente, e 20% substituição por medicamento padronizado na instituição. No estudo realizado por Da Silva et al. (2021) as discrepâncias intencionais foram classificadas em: decisão médica por retirada do medicamento, alteração da posologia, da dose e substituição de medicamento, 42%, 18%, 13% e 12%, respectivamente. O estudo de Lindenmeyer et al. (2012) obteve os seguintes resultados para as discrepâncias intencionais: 32% na retirada do medicamento e 43% na alteração da dose, posologia e via de administração, ambos pela condição clínica do paciente, e 25% na substituição por um medicamento padronizado na instituição.

As discrepâncias não intencionais foram majoritariamente omissão de medicamentos (50%), dose incorreta (25%) e posologia incorreta (25%), respectivamente. Estudo de Miranda et al. (2019) apresentou taxas semelhantes quanto a omissão de medicamentos (56%), dose incorreta (20%) e frequência de administração incorreta (7%). No estudo realizado por Da Silva et al. (2021) as discrepâncias não intencionais foram classificadas principalmente em: omissão de medicamento (49%), alteração da dose (19%) e alteração da posologia (10%).

As intervenções farmacêuticas sugeridas nas discrepâncias não intencionais foram aceitas em 75% dos casos, dados semelhantes aos obtidos no estudo de Filho et al. (2021) que obteve 77,5% de adesão pela equipe médica e inferior ao estudo realizado por Fernandes et al. (2021), no qual todas as intervenções foram aceitas pelo corpo clínico.

A revisão sistemática conduzida por Mueller et al. (2012) utilizando vinte seis estudos controlados evidenciou que a eficácia da conciliação medicamentosa é mais proeminente quando desempenhada por farmacêuticos, visto que esse profissional é o mais habilitado no que se refere a conhecimento sobre medicamentos/ farmacologia, já que sua formação acadêmica é enfatizada nessa temática. Infelizmente a realidade de muitos hospitais brasileiros é uma escassez de profissionais farmacêuticos envolvidos em atividades de farmácia clínica, esse quadro favorece risco de Eventos Adversos a Medicamentos (EAM) (Silva et al., 2021). A principal limitação deste estudo foi que o serviço de conciliação se concentrou na admissão do paciente e em uma única clínica, portanto futuros trabalhos são necessários para que ocorra a inclusão de outras clínicas e em todo o processo de transição de cuidado ao paciente.

5. Conclusão

No presente estudo houve um predomínio do sexo feminino e com média de idade de $46,67 \pm 17,58$ anos. As principais doenças de base dos pacientes foram relacionadas as complicações renais e distúrbios cardiovasculares. Dentre as discrepâncias identificadas cerca de 56% foram intencionais e 44% não intencionais. Nas discrepâncias não intencionais detectamos 50% por omissão do medicamento, 25% de dose incorreta e 25% de posologia incorreta. No que se refere as intervenções farmacêuticas nas discrepâncias não intencionais 75% foram aceitas pela equipe médica. Dessa forma, a realização do serviço de conciliação medicamentosa pela equipe de farmácia clínica se mostra de grande importância para a segurança do paciente no âmbito hospitalar, sendo um instrumento fundamental para a otimização da farmacoterapia, reduzindo as discrepâncias não intencionais.

Referências

- Belda-Rustarazo S, Cantero-Hinojosa J, Salmeron-García A, González-García L, Cabeza-Barrera J, Galvez J. Medication reconciliation at admission and discharge: an analysis of prevalence and associated risk factors. In *J Clin Pract* 2015;69(11):1268-1274. 10.1111/ijcp.12701
- Brasil. Ministério da Saúde. Anexo 03: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Portaria nº 1377 de 24 de setembro de 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial [República Federativa do Brasil], Portaria nº 529, 1 de abril de 2013.
- Da Silva, T. B., Alves-Zarpelon, S. P., & Laureano, J. V. (2021). Conciliação medicamentosa em uma unidade de internação de hospital público do Sul do Brasil. *Infarma-Ciências Farmacêuticas*, 33(2), 158-166.
- De Castro Brito, T. C., Veloso, R. C. D. S. G., Fernandes, M. R., de Castro Oliveira, G., da Costa, I. H. F., Araújo, C. F., & Detoni, K. B. (2022). Conciliação de medicamentos na admissão hospitalar para a segurança do paciente: uma revisão Reconciliation of medications at hospital admission for patient safety. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(1), 1228-1243.
- Domingos, S. C. F. (2013). *Discrepâncias na medicação e reconciliação terapêutica em doentes internados: uma avaliação descritiva* (Dissertação).
- Donaldson, L. (2002). An organisation with a memory. *Clinical medicine*, 2(5), 452.
- Fernandes, M. C. P., Mattos, L. F. V., & Barbosa, M. F. (2021). Conciliação Medicamentosa em Cuidados Paliativos Oncológicos. *Revista Brasileira De Cancerologia*, 67(4), e-031360. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.1360>.
- Ferraz, C. L. A. S. (2015). A Importância da Reconciliação Medicamentosa na Internação Hospitalar. *Revista Especialize On-line IPOG. Goiânia, GO*, 9, 01-14.
- Filho, F. R., Firmino, P. Y., & Freire, N. M. Avaliação de um serviço de reconciliação medicamentosa em um hospital privado de Fortaleza-CE: indicadores de qualidade.

- Frizon, F., dos Santos, A. H., de Fátima Caldeira, L., & da Silva Menolli, P. V. (2014). Reconciliação de medicamentos em hospital universitário [Medication reconciliation at a university hospital]. *Revista enfermagem UERJ*, 22(4), 454-460.
- Hughes, R. (Ed.). (2008). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses.
- Kane-Gill, S., Rea, R. S., Verrico, M. M., & Weber, R. J. (2006). Adverse-drug-event rates for high-cost and high-use drugs in the intensive care unit. *American journal of health-system pharmacy*, 63(19), 1876-1881.
- Lindenmeyer, L. P., Goulart, V. P., & Hegele, V. (2012). Reconciliação medicamentosa como estratégia para a segurança do paciente oncológico-resultados de um estudo piloto. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, 3(4).
- Lombardi, N. F., Mendes, A. E. M., Lucchetta, R. C., Reis, W. C. T., Fávero, M. L. D., & Correr, C. J. (2016). Analysis of the discrepancies identified during medication reconciliation on patient admission in cardiology units: a descriptive study. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24.
- Miranda, L. S., Cavalcante, A. L., Pinheiro, R. M., Galato, D., & Silva, E. V. (2019). Reconciliation of medications upon the admission of patients to the cardiology sector of a university hospital. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, 10(4), 0353-0353.
- Mueller, S. K., Sponsler, K. C., Kripalani, S., & Schnipper, J. L. (2012). Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. *Archives of internal medicine*, 172(14), 1057-1069.
- Reis, W. C. T., Scopel, C. T., Correr, C. J., & Andrzejewski, V. M. S. (2013). Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário do Brasil. *Einstein (São Paulo)*, 11, 190-196.
- SAFER HEALTHCARE NOW. (2011). Medication Reconciliation in Acute Care Getting Started Kit [Internet]. *Quebec: Safer Healthcare Now*.
- Siman, A. G., Braga, L. M., Amaro, M. D. O. F., & Brito, M. J. M. (2019). Practice challenges in patient safety. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 1504-1511.
- Silva, W. P. C., Ribeiro, A. F., & Arruda, J. E. G. (2022). The importance of medication reconciliation in brazilian hospitals. *Research, Society and Development*, 11(1), e2411124091. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24091>
- Spalla, L. D. R., & Castilho, S. R. D. (2016). Medication reconciliation as a strategy for preventing medication errors. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 52, 143-150.