



www4.fsanet.com.br/revista

Revista Saúde em Foco, Teresina, v. 10, n. 1, art. 3, p. 33-48, jan./mar. 2023

ISSN Eletrônico: 2358-7946

<http://dx.doi.org/10.12819/rsf.2023.10.1.3>

Conciliação Medicamentosa no Âmbito Hospitalar: Uma Revisão de Revisões

Medication Reconciliation in the Hospital Environment: A Review of Reviews

Walleska Gomes Laet

Graduação em Farmácia pelo Centro Universitário Newton Paiva

E-mail: walleska.glaet@gmail.com

Cristiane de Paula Rezende

Doutora em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal de Minas Gerais

E-mail: cris7paula@gmail.com

Endereço: Walleska Gomes Laet

Centro Universitário Newton Paiva – Unidade Silva Lobo, Av. Silva Lobo, 1730, Nova Granada, CEP: 30431-262, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Endereço: Cristiane de Paula Rezende

AV. Presidente Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha, CEP 31270-901 Belo Horizonte, Brasil.

Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar Rodrigues

Artigo recebido em 30/01/2023. Última versão recebida em 14/02/2023. Aprovado em 15/02/2023.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação



RESUMO

Objetivo: Reunir revisões sistemáticas que abordam a descrição do serviço de conciliação medicamentosa (CM) no cuidado ao paciente hospitalizado. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cuja busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados eletrônicas PubMed e Cochrane Library. **Resultados:** Foram incluídas seis revisões sistemáticas. Grande parte das revisões incluídas descreveu a conciliação medicamentosa ofertada de forma habitual, enquanto em outras os profissionais utilizam sistemas informatizados (CM eletrônica). Foi observado que o tempo gasto para obtenção do histórico medicamentoso pode ser influenciado por diversos fatores, o que justificou as variações encontradas nas revisões. Contudo, o tempo gasto para realizar esse serviço precisa ser mais bem estudado para garantir sua eficiência. Pacientes de alto risco ou do setor de emergência e trauma receberam o serviço de CM. Esse foi ofertado em sua maioria por farmacêuticos, sendo que esses profissionais atuaram em todas as etapas de cuidado ao paciente (admissão, transferência entre diferentes setores dentro do hospital, alta hospitalar). Discrepâncias e erros de medicação foram os desfechos avaliados na maioria das revisões, além de taxas de readmissão, visitas ao setor de emergência e mortalidade. **Conclusão:** Os achados da presente revisão demonstraram que o serviço de CM diminuiu a frequência dos desfechos avaliados. Dessa forma, fica evidente a necessidade de realizar esse serviço durante as transições de cuidado para garantir a segurança do paciente. Ademais, a conciliação medicamentosa corrobora a mitigação de discrepâncias de medicamentos não intencionais e erros de medicação, além dos subsequentes danos decorrentes dos erros de medicação.

Palavras-chave: Uso de Medicamentos. Reconciliação de Medicamentos. Cuidado Transicional.

ABSTRACT

Objective: To gather systematic reviews that address the description of the medication reconciliation (MR) service in hospitalized patient care. **Methods:** This is an integrative literature review, whose bibliographic search was carried out in the PubMed and Cochrane Library electronic databases. **Results:** Six systematic reviews were included. Most of the included reviews described the medication reconciliation offered on a regular basis, while others use computerized systems (electronic MR). It was observed that the time spent to obtain the medication history can be influenced by several factors, which justified the variations found in the reviews. However, the time spent to perform this service needs to be better studied to ensure its efficiency. High-risk or emergency and trauma department patients received the MR service. This was offered mostly by pharmacists, and these professionals worked in all stages of patient care (admission, transfer between different sectors within the hospital, hospital discharge). Discrepancies and medication errors were the outcomes evaluated in most reviews, in addition to readmission rates, emergency department visits, and mortality. **Conclusion:** The findings of the present review demonstrated that the MR service reduced the frequency of the assessed outcomes. Thus, the need to perform this service during care transitions to ensure patient safety is evident. In addition, medication reconciliation supports the mitigation of unintentional medication discrepancies and medication errors, in addition to the subsequent harm resulting from medication errors.

Keywords: Drug Utilization. Medication Reconciliation. Transitional Care.

1 INTRODUÇÃO

As transições de um ambiente de saúde para outro são comuns e necessárias para restaurar ou garantir a melhora da saúde do paciente. Contudo, durante a transição de cuidado, erros de medicação – que configuram como qualquer evento que pode ser evitado e que pode levar ou potencializar o uso indevido de medicamentos, podendo ou não causar danos ao paciente – podem ocorrer (ANACLETO *et al.*, 2010). Isso porque as transições de cuidado podem estar acompanhadas por alterações no estado de saúde dos pacientes. Além disso, os pacientes que estão transitando pelos serviços de saúde podem apresentar múltiplas condições crônicas e fazer uso de polifarmácia, o que torna um desafio ainda maior garantir uma transição do cuidado segura (ENSING *et al.*, 2015). Nesse contexto, está cada vez mais frequente a adoção da conciliação medicamentosa (CM) como uma estratégia para prevenir os erros de medicação envolvendo transições de cuidado (MICHAELSEN *et al.*, 2015; MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016a).

A CM é um processo formal, no qual o profissional de saúde lista todos os medicamentos que o paciente está utilizando no momento da transição de cuidado, constando todas as informações pertinentes para garantir o uso seguro dos medicamentos, tais como: nome do princípio ativo, dosagem, frequência e a via de administração. Posteriormente, essa lista será comparada com os registros de medicamentos prescritos ao paciente, conforme suas necessidades no ambiente que ele está sendo atendido. Qualquer discrepância encontrada durante essa comparação deve ser documentada e investigada. Por fim, como resultado, uma lista completa e correta dos medicamentos em uso deve ser elaborada (IHI, 2004). Nesse contexto, é importante definir que discrepâncias são diferenças na farmacoterapia do paciente, que são identificadas e documentadas durante as transições de cuidado, podendo ocorrer na mudança, adição ou omissão de medicamentos pelo prescritor. Podem, ainda, ser classificadas em intencionais não documentadas ou não intencionais (ISMP, 2019). As discrepâncias podem, também, serem classificadas em discrepâncias clinicamente relevantes, que são aquelas com potenciais de causar danos à saúde.

Tendo em vista que o serviço de CM é importante para a prevenção de discrepâncias relacionadas à farmacoterapia não intencional e subsequentes danos, recomenda-se que a CM seja realizada toda vez que o paciente transitar entre os serviços de saúde (MICHAELSEN *et al.*, 2015; MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016a; CHOI; KIM, 2019). Apesar de ser uma atividade fundamental para garantir a segurança do paciente, sua prática é recente. A *Join Commission*, um órgão de acreditação da área da saúde estadunidense, abordou a prática

da CM no ano de 2005 e, logo após, a Organização Mundial da Saúde (OMS) trabalhou para que seus países membros adotassem esse serviço no ambiente hospitalar (MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016a). Diante desse cenário de incentivo da prática de CM no ambiente hospitalar, a presente revisão teve como objetivo reunir revisões sistemáticas que abordam a descrição do serviço de conciliação medicamentosa no cuidado ao paciente hospitalizado.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura embasada em buscas realizadas nas bases de dados PubMed (base de dados do MEDLINE) e *Cochrane Library*, em outubro de 2021.

Para a realização das buscas, foi utilizada a seguinte estratégia de combinação de descritores e termos livres: (("Medication Reconciliation"[Mesh]) OR (Medication Reconciliations OR Reconciliation, Medication OR Reconciliations, Medication)) AND ("Medication Errors"[Title/Abstract] OR "prescribing errors"[Title/Abstract] OR "prescription errors"[Title/Abstract] OR "dispensing errors"[Title/Abstract] OR "administration errors"[Title/Abstract] OR "Transcribing errors"[Title/Abstract] OR "Medicine preparation error"[Title/Abstract] OR "Monitoring error"[Title/Abstract])) AND ("Systematic Review"[Title/Abstract]). A busca foi realizada sem limites de data de publicação dos artigos nem idioma.

Foram incluídos artigos de revisão sistemática cuja abordagem englobou a descrição do serviço de conciliação medicamentosa para detectar discrepâncias relacionadas à farmacoterapia e, conseqüentemente, prevenir a ocorrência de erros de medicação e eventos adversos relacionados a medicamentos (EAM). Segundo a análise crítica dos autores, foram excluídos estudos de caso, primários e farmacoeconômicos bem como revisões sistemáticas que não focaram como intervenção o serviço de CM ofertado em ambiente hospitalar. Sendo importante destacar que revisões sistemáticas que abordaram a oferta do serviço de CM no ambiente domiciliar não foram incluídas nesta revisão.

As publicações identificadas na busca foram agrupadas no software Excel® após a exclusão das duplicatas. Primeiramente, duas revisoras leram os títulos e resumos de todos os artigos identificados, sendo que as discrepâncias foram resolvidas por meio de consenso entre elas. Em seguida, foi realizada leitura independente e exaustiva dos artigos que atenderam aos critérios de elegibilidade para confirmação da inclusão dessas publicações nesta revisão.

Foram recuperadas as seguintes informações nas revisões sistemáticas incluídas: data da revisão; objetivo; quantidade e tipo de estudos analisados e incluídos em cada revisão sistemática; população assistida nos estudos reunidos nas revisões sistemáticas; etapa do cuidado que o serviço de conciliação medicamentosa foi ofertado e avaliado nas revisões sistemáticas; e desfechos analisados nas revisões sistemáticas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A estratégia de busca retornou um total de 27 publicações. Após análise e exclusão de artigos, conforme os critérios previamente definidos, foram selecionados seis artigos de revisões sistemáticas que abordam o serviço de conciliação medicamentosa no âmbito hospitalar. As características gerais das revisões sistemáticas que foram incluídas na presente revisão estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Características gerais das revisões sistemáticas incluídas na presente revisão.

Autores, ano	Objetivo das revisões	Quantidade e tipo de estudos avaliados	População	Etapa de cuidado	Desfechos
CHOI; KIM, 2019	Investigar o impacto da conciliação medicamentosa realizada por farmacêuticos nas discrepâncias de medicamentos e potenciais eventos adversos relacionados a medicamentos no pronto-socorro para avaliar os benefícios dos serviços de farmácia.	8 ECNR; 3 ECR	Pacientes do setor de emergência	Serviço de emergência	Discrepância de medicamentos
DEANTONI O <i>et al.</i> , 2019	Determinar os desafios e a eficácia da conciliação medicamentosa na população de pacientes com trauma.	2 retrospectivo; 2 prospectivo	Pacientes do trauma, emergência	Serviço médico pré-hospitalar e admissão	Discrepâncias de medicamentos, desfechos de pacientes que usam anticoagulante e antiplaquetário
KILLIN <i>et al.</i> , 2021	Avaliar o impacto da conciliação medicamentosa eletrônica em comparação com a conciliação medicamentosa habitual em erros de medicação, discrepâncias e eventos adversos relacionados a medicamentos.	7 ECNR; 3 ECR	Não há uma população específica	Alta	Erros de medicação, discrepâncias e eventos adversos relacionados a medicamentos
MEKONNE M <i>et al.</i> , 2016	Avaliar o impacto das intervenções de conciliação medicamentosa eletrônica na ocorrência de discrepâncias de medicamentos nas transições hospitalares.	1 ECR; 9 ECNR	Não relatado	Admissão, transição e alta	Discrepância de medicamentos
MEKONNE N; MCLACHLAN; BRIEN, 2016a	Investigar sistematicamente o efeito dos programas de conciliação medicamentosa liderados por farmacêuticos sobre os resultados clínicos nas transições hospitalares.	8 ECR; 6 retrospectivos e prospectivos; 3 ECNR	Pacientes em situações de risco	Admissão, transição e alta	Taxas de readmissão, visitas ao setor de emergência, mortalidade

MEKONNE N; MCLACHLA N; BRIEN, 2016b	Avaliar o impacto das intervenções de conciliação medicamentosa conduzidas por farmacêuticos nas discrepâncias de medicamentos nas transições hospitalares.	11 ECR; 8 ECNR	Pacientes em situações de risco	Admissão, transição e alta	Discrepância de medicamentos
---	---	-------------------	---------------------------------	----------------------------	------------------------------

Legenda: ECR: Ensaio clínico randomizado; ECNR: Ensaio clínico não randomizado.
Fonte: Autores (2021).

As revisões incluídas foram publicadas entre os anos de 2016 e 2021. Quatro revisões sistemáticas avaliaram estudos clínicos randomizados e estudos clínicos não randomizados (MEKONNEN *et al.*, 2016; MEKONNEN; MCLACHLAN; BRIEN, 2016b; CHOI; KIM, 2019; KILLIN *et al.*, 2021). As outras duas, uma avaliou estudos retrospectivos e prospectivos (DEANTONIO *et al.*, 2019) e a outra analisou todos os tipos de estudos incluídos nas demais revisões (MEKONNEN; MCLACHLAN; BRIEN, 2016a). Também é importante destacar que quatro revisões utilizaram a técnica de meta-análise (MEKONNEN *et al.*, 2016; MEKONNEN; MCLACHLAN; BRIEN, 2016a; MEKONNEN; MCLACHLAN; BRIEN, 2016b; CHOI; KIM, 2019).

Grande parte das revisões incluídas descreveram o serviço de CM ofertado de forma habitual (MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016a; MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016b; CHOI; KIM, 2019; DEANTONIO *et al.*, 2019), enquanto outras apresentaram a oferta de CM eletrônica (MEKONNEM *et al.*, 2016; KILLIN *et al.*, 2021). Para entendimento, a forma habitual corresponde ao uso de formulários padronizados em papel durante a oferta do serviço de CM, enquanto que, na CM eletrônica, os profissionais utilizam sistemas informatizados (KILLIN *et al.*, 2021). Em vista disso, alguns fatores como interrupção de processos, distração, estresse e sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde podem levá-los a preencher os formulários em papel de forma incompleta e até mesmo com informações equivocadas. Uma revisão sistemática que comparou a CM habitual com a eletrônica constatou que a conciliação eletrônica reduziu o risco de EAM. No entanto, os autores ponderaram que suas conclusões foram limitadas, devido à falta de consistência nos desenhos dos estudos, bem como nas intervenções e nos desfechos analisados nos estudos incluídos (KILLIN *et al.*, 2021).

Em consonância com esses achados, estudos indicam que o uso de ferramentas eletrônicas – formulários padronizados, sessões obrigatórias no prontuário eletrônico, listas de verificação de processo e aplicativos – pode otimizar e garantir maior precisão na coleta dos dados, bem como facilitar a comunicação entre prestadores de cuidados (MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016a; DEANTONIO *et al.*, 2019; KILLIN *et al.*, 2021). Ademais,

a CM eletrônica pode reduzir a porcentagem de omissões de medicamentos e discrepâncias relacionadas à frequência de administração, dose e duplicidade terapêutica na alta hospitalar (MEKONNEM *et al.*, 2016).

Outro ponto importante que foi abordado em apenas duas revisões foi o tempo gasto para a realização da CM (CHOI; KIM, 2019; DEANTONIO *et al.*, 2019). Obter todo o histórico medicamentoso do paciente requer tempo e esse pode ser prolongado, dependendo da condição clínica do paciente e de sua capacidade em fornecer todas as informações pertinentes. Uma das revisões encontrou uma variação de cinco minutos até três horas (CHOI; KIM, 2019), enquanto a outra estimou um tempo médio de 58 minutos, quando o serviço era ofertado a pacientes cooperativos (DEANTONIO *et al.*, 2019). É importante evidenciar que a obtenção da lista completa de medicamentos requer tempo e pode ser influenciada ou comprometida pelo nível de cooperação do paciente e o seu entendimento sobre os medicamentos em uso. Baixo letramento em saúde, nomes e regimes terapêuticos complexos, além do uso de múltiplos medicamentos atrelados ao estado de saúde do paciente hospitalizado podem influenciar no tempo despendido para realizar a conciliação e, conseqüentemente, esta demorar mais tempo (DEANTONIO *et al.*, 2019).

Os achados da presente revisão variaram de um tempo gasto para realizar a CM de cinco minutos, em que, possivelmente, devem ter sido obtidos dados incompletos até um tempo de três horas. Despende mais tempo para realizar a CM, certamente, permite que todos os dados sejam obtidos. Entretanto, também é necessário garantir a eficiência do serviço, visto que os profissionais de saúde precisam realizar outras atividades clínicas e gerenciais em conjunto com a CM (CHOI; KIM, 2019; DEANTONIO *et al.*, 2019). Meguerditchian e colaboradores (2013) encontraram uma média de 92 e 46 minutos no tempo gasto para realizar a conciliação medicamentosa durante a admissão, nos setores de geriatria e cirurgia geral, respectivamente. O dobro do tempo despendido na atividade de CM na geriatria pode ser influenciado pela dificuldade dos idosos em relatar os medicamentos em uso, seu próprio entendimento acerca da farmacoterapia e o estado do paciente bem como a complexidade do seu regime terapêutico.

Apesar de, indubitavelmente, os profissionais de saúde despendem menos tempo para fazer a CM quando utilizam o sistema informatizado, duas revisões que foram incluídas e trataram da conciliação de forma eletrônica não abordaram esse contexto (MEKONNEM *et al.*, 2016; KILLIN *et al.*, 2021). Por outro lado, Figueira e colaboradores (2020) encontraram que o tempo destinado ao serviço de CM pode ser reduzido de 15 a 30 minutos com o uso de sistemas informatizados. Apesar de não ter sido encontrado um intervalo de tempo

padronizado para o processo informatizado, é importante considerar que o uso de instrumentos eletrônicos pode otimizar a oferta do serviço de CM.

Adicionalmente, é sabido que o cuidado em saúde é ofertado por vários profissionais, sendo altamente recomendável que esses trabalhem de forma harmônica e conjunta para garantir um cuidado adequado, seguro e integral ao paciente. Mediante esse contexto, o serviço de CM pode contar com a participação de múltiplos profissionais de saúde. Na presente revisão, verificou-se que o farmacêutico esteve envolvido na oferta do serviço de CM em todos os estudos que apresentaram essa informação (MEKONNEM *et al.*, 2016; MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016a; MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016b; CHOI; KIM, 2019; KILLIN *et al.*, 2021). Além disso, foi observado que os técnicos de farmácia, por sua vez, foram citados em dois estudos como profissionais capacitados para esse serviço por meio de treinamentos (MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016b; CHOI; KIM, 2019). Médicos e enfermeiros também contribuíram na CM em dois estudos (CHOI; KIM, 2019; KILLIN *et al.*, 2021).

Tendo em vista esses achados, vale salientar que os farmacêuticos são profissionais com vasto conhecimento a respeito dos medicamentos, incluindo nomes, suas características e modo de uso. Por esses motivos, são extremamente habilitados a conduzirem este processo de busca do histórico medicamentoso, podendo identificar as discrepâncias e erros no momento da coleta e, assim, avaliar, questionar e otimizar a farmacoterapia do paciente, para que, após sua análise, ele realize intervenções em conjunto com a equipe multidisciplinar (NESTER; HALE, 2002). Tal fato justifica o porquê de todas as intervenções realizadas por esse profissional terem sido significativas quanto à redução dos problemas relacionados à terapia medicamentosa (MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016a; MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016b; CHOI; KIM, 2019; KILLIN *et al.*, 2021).

Um estudo confrontou a CM realizada por farmacêuticos com o cuidado usual (intervenção não realizada por esse profissional). Resultados favoráveis foram encontrados apenas quando o farmacêutico esteve conduzindo esse serviço. Houve reduções de 19, 28 e 67% relacionadas às reinternações, visitas de emergência e revisitas ao hospital associadas aos EAM, respectivamente (MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016a). Ao encontro desses achados, Gillespie e colaboradores (2009) encontraram uma redução de 16% nas visitas por todas as causas (reinternações e visitas ao setor de emergência), 47% nas visitas ao setor de emergência e de 80% nas revisitas relacionadas à farmacoterapia, quando avaliaram o serviço de conciliação medicamentosa ofertado a pacientes com 80 anos ou mais.

Sabe-se que técnicos de farmácia são profissionais capacitados para auxiliar os farmacêuticos nas atividades diárias. No que se refere à eficácia das ações desses profissionais na CM, constatou-se que não há divergências consideráveis entre a atuação do farmacêutico e técnico de farmácia para obtenção de um histórico preciso de medicamentos (MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016b; CHOI; KIM, 2019). Resultados semelhantes foram encontrados por Johnston e colaboradores (2010), quando compararam a atuação desses dois profissionais no setor de emergência de um hospital.

Em duas revisões incluídas, foi descrito que médicos e enfermeiros realizaram CM (CHOI; KIM, 2019; KILLIN *et al.*, 2021). Tal achado também foi demonstrado em outros estudos (SMITH; MANGO, 2013; CHIEWCHANTANAKIT *et al.*, 2020). Smith e Mango (2013) realizaram uma comparação entre a CM realizada por esses profissionais e por farmacêuticos. Esses autores encontraram que médicos e enfermeiros obtiveram 46% de precisão na listagem dos medicamentos e ofertaram o serviço de CM a 44% dos pacientes admitidos em um hospital terciário. Em contrapartida, farmacêuticos obtiveram 95% de precisão e realizaram a CM a 93% dos pacientes admitidos (SMITH; MANGO, 2013). Esses achados corroboram os resultados satisfatórios a respeito da oferta do serviço de CM pela equipe de farmácia constatados nas revisões incluídas nesta revisão (MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016a; MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016b; CHOI; KIM, 2019).

No que se refere à etapa de cuidado, três revisões avaliaram a prática da CM durante a admissão, transição e alta (MEKONNEM *et al.*, 2016; MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016a; MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016b). Também foram encontradas revisões que abordaram a intervenção no setor de emergência (CHOI; KIM, 2019), no setor de emergência e na admissão (DEANTONIO *et al.*, 2019) e no momento da alta hospitalar (KILLIN *et al.*, 2021). Durante as transições de cuidado, várias prescrições são realizadas pelos médicos para controlar os problemas de saúde dos pacientes. Em virtude disso, é imprescindível que a CM seja realizada em todas as etapas de cuidado (CHOI; KIM, 2019), inclusive durante o processo de alta hospitalar (KILLIN *et al.*, 2021).

Vale ressaltar a importância de ser realizada a conciliação medicamentosa no momento de admissão hospitalar. Contudo, muitas vezes, ela não é realizada em virtude de as admissões, em geral, serem turbulentas, sobretudo, nos setores de emergência, onde, normalmente, os pacientes chegam em estado grave. Tal fato pode levar à ocorrência de erros, em decorrência da falta do histórico de medicamentos do paciente (CHOI; KIM, 2019). Corroborando isso, um estudo constatou que, dentre 150 pacientes idosos em polifarmácia

analisados, apenas um não apresentou discrepância no histórico de medicamentos durante a admissão em um serviço de pronto atendimento (SCHEPEL *et al.*, 2019).

Outra etapa do cuidado em que também é fundamental realizar a conciliação medicamentosa é durante a alta hospitalar. Nesse momento, os profissionais de saúde devem não só certificar se há alguma discrepância não intencional de medicamentos, mas ainda garantir que os pacientes, familiares e cuidadores tenham compreensão a respeito do tratamento medicamentoso, o que contribuirá na adesão dos pacientes ao tratamento (COLEMAN *et al.*, 2005; MURPHY *et al.*, 2009). Tal conduta também é importante para evitar que ocorram reinternações e EAM (MURPHY *et al.*, 2009). Murphy e colaboradores (2009) obtiveram resultados satisfatórios diante da implementação de um programa de CM, no qual erros e omissões de medicamentos durante a alta foram reduzidos de 90% para 47% na unidade cirúrgica, e de 57% para 33% na unidade de clínica médica. Esses achados evidenciaram o quanto o serviço de CM pode contribuir na segurança do paciente, sobretudo quando os pacientes têm alta hospitalar e estão utilizando medicamentos que eles não tomavam antes da internação (MURPHY *et al.*, 2009). Killin e colaboradores (2021) também verificaram uma tendência de redução de discrepâncias de medicamentos e EAM quando foi realizada a CM eletrônica. No entanto, eles não conseguiram uma conclusão mais contundente, em virtude de alguns dados coletados serem inconsistentes (KILLIN *et al.*, 2021).

Dentre as revisões incluídas, duas apresentaram um perfil semelhante da população analisada, sendo pacientes em situações de risco, como extremo etário (pacientes geriátricos), em uso de polifarmácia, e com risco de serem acometidos por EAM (MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016a; MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016b). Enquanto outras focaram nos pacientes do setor de emergência e trauma (CHOI; KIM, 2019; DEANTONIO *et al.*, 2019), ou ainda não especificaram a população (MEKONNEM *et al.*, 2016; KILLIN *et al.*, 2021).

Geralmente, em razão da demanda por serviços de saúde ser maior do que a capacidade produtiva do serviço, critérios de elegibilidade são aplicados para garantir que os pacientes que mais necessitam do serviço de saúde sejam priorizados. Nesse sentido, pacientes classificados como de alto risco são elegíveis para a CM com o objetivo de prevenir maiores danos a esses enfermos. Duas revisões avaliaram estudos que focaram na oferta de CM a pacientes idosos suscetíveis a riscos (MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016a; MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016b); esse critério de elegibilidade também foi utilizado no estudo de Campos e colaboradores (2013). Esses autores destacaram a

importância dessa população ser priorizada na conciliação medicamentosa, devido às suas limitações e agravos, como comorbidades, polifarmácia e comprometimento cognitivo (CAMPOS; REIS, MARTINS, 2013).

Outros pacientes considerados críticos são aqueles admitidos nos setores de emergência e trauma (CHOI; KIM, 2019; DEANTONIO *et al.*, 2019), que requerem cuidado e administração de medicamentos rapidamente. Apesar do risco de ocorrer erros e complicações ser maior nesse contexto, garantir a oferta do serviço de CM para esses pacientes é um grande desafio, porque as circunstâncias em que eles são admitidos nesses serviços – como lesões, alterações de consciência, intoxicação e necessidade de atendimento imediato – podem comprometer a realização de uma CM adequada (DEANTONIO *et al.*, 2019). Em contraponto, mesmo para pacientes conscientes e cooperativos, na revisão sistemática conduzida por Deantonio e colaboradores (2019), foi identificado que os erros de medicação poderiam ocorrer em até 48,8% dos pacientes, sendo que desses 14% poderiam ser de alta relevância.

Seguindo essa perspectiva, embora a presença de farmacêuticos ser pouco comum nos setores de emergência e trauma (MIRANDA *et al.*, 2012; MOGAKA *et al.*, 2018), a meta-análise realizada por Choi e Kim (2019) revelou que a conciliação medicamentosa realizada por farmacêuticos levou a uma redução substancial de 68% na proporção de pacientes atendidos no pronto atendimento, com pelo menos uma discrepância medicamentosa, e redução de 88% no número de discrepâncias medicamentosas. Tais achados demonstram que a inclusão do serviço de CM ofertado por farmacêutico nos setores de emergência e trauma é uma estratégia interessante para promover um cuidado integral e seguro aos pacientes.

Ao verificar os desfechos avaliados nas revisões após a oferta do serviço de CM, foi observado que cinco revisões avaliaram a discrepância relacionada à farmacoterapia (MEKONNEM *et al.*, 2016; MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016b; CHOI; KIM, 2019; DEANTONIO *et al.*, 2019; KILLIN *et al.*, 2021). Uma, além de avaliar esse parâmetro, também abordou os erros de medicação e os EAM (KILLIN *et al.*, 2021) e outra, por sua vez, também realizou uma comparação dos desfechos dos pacientes que utilizavam anticoagulantes e antiplaquetários, quando tratados pelo serviço de emergência pré-hospitalar e pelo setor de emergência (DEANTONIO *et al.*, 2019). Por outro lado, na revisão sistemática conduzida por Mekonnem, McLachlan e Brien (2016a) foram avaliados outros desfechos, como taxas de readmissão, visitas ao setor de emergência e mortalidade.

A frequência de discrepâncias medicamentosas nas revisões sistemáticas incluídas variou entre 28 a 91% (MEKONNEM *et al.*, 2016; MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN,

2016b; CHOI; KIM, 2019; DEANTONIO *et al.*, 2019; KILLIN *et al.*, 2021). Esses valores estão em consonância com os achados de Chiewchantanakit e colaboradores (2020) e Zarif-Yeganeh e colaboradores (2017), cuja variação foi de 46 a 56% para as discrepâncias. A luz desses achados suscita a importância da elaboração de uma lista completa e atual dos medicamentos em uso pelo paciente, uma vez que os erros de medicação podem ocorrer em decorrência das discrepâncias (MEGUERDITCHIAN *et al.*, 2013). Tal fato justifica o porquê de as discrepâncias medicamentosas estarem presentes como desfecho avaliado em quase a totalidade das revisões incluídas (MEKONNEM *et al.*, 2016; MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016b; CHOI; KIM, 2019; DEANTONIO *et al.*, 2019; KILLIN *et al.*, 2021).

Além das discrepâncias medicamentosas, Killin e colaboradores (2021) avaliaram os erros de medicação e os EAM. Esses autores encontraram que a CM poderia reduzir a ocorrência de erros de medicação e EAM. No entanto, essas conclusões foram limitadas, sobretudo, em virtude da falta de consistência no desenho dos estudos incluídos e na ausência de uniformidade nas definições do que seriam as discrepâncias, os erros de medicação e os EAM. Por isso, esses autores afirmaram que estudos futuros mais bem delineados e com definições padronizadas para os eventos avaliados poderiam fornecer maior clareza sobre esse assunto (KILLIN *et al.*, 2021).

Outro desfecho avaliado por DeAntonio e colaboradores (2019) estava relacionado ao uso de medicamentos antiplaquetários e anticoagulantes no trauma. Esses autores encontraram que o estudo incluído na sua revisão que abordou tal temática constatou que a mortalidade foi significativamente maior para os pacientes em uso desses agentes em comparação àqueles com histórico de uso e aqueles sem histórico de uso. As taxas de readmissões hospitalares foram avaliadas por Mekonnem, Mclachlan e Brien (2016a), sendo observado que essas taxas aumentam significativamente com a ocorrência de discrepâncias (MEKONNEM; MCLACHLAN; BRIEN, 2016b). Esses achados estão consoantes com o demonstrado por Mekonnem e colaboradores (2016), que identificaram reduções isoladas nas reinternações (19%) e visitas no pronto-atendimento (28%).

Portanto, a CM realizada por farmacêutico ou um relatório de alta contendo informações a respeito da farmacoterapia do paciente pode reduzir o número de erros de medicação e, conseqüentemente, melhorar os desfechos clínicos de pacientes que estão transitando nos serviços de saúde (RAVN-NIELSEN *et al.*, 2018). Esses autores destacam, ainda, que as taxas de readmissões em curto e longo prazo foram reduzidas em função de outras atividades clínicas farmacêuticas realizadas em conjunto com a CM, como revisão medicamentosa, entrevista motivacional contemplando informações de alteração da dose dos

medicamentos, novos medicamentos, suspensão, administração, eventos adversos, adesão e custo, além do acompanhamento pós-alta ofertado a pacientes em uso de polifarmácia (RAVN-NIELSEN *et al.*, 2018).

A presente revisão apresentou algumas limitações, como um número reduzido de revisões sistemáticas abordando a temática da presente revisão, falta de similaridade nos achados das revisões, visto que as revisões incluídas abrangeram populações adscritas em serviços diversos bem como avaliaram desfechos diferentes entre elas. Por outro lado, a presente revisão reuniu seis revisões que representam os achados presentes na literatura que abrangem o serviço de conciliação medicamentosa em âmbito hospitalar, o que permitiu apresentar um panorama do que se tem publicado na literatura sobre essa temática.

4 CONCLUSÃO

As revisões sistemáticas incluídas na presente revisão são relativamente recentes, o que demonstra que essa atividade clínica está sendo discutida de forma mais intensa nos últimos anos como uma possibilidade de prevenir erros de medicação e eventos adversos relacionados a medicamentos. Discrepâncias e erros de medicação foram os desfechos avaliados na maioria das revisões, além de taxas de readmissão, visitas ao departamento de emergência e mortalidade.

Os achados dos artigos incluídos na presente revisão demonstraram que o serviço de conciliação medicamentosa diminuiu a frequência dos desfechos avaliados. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de realizar esse serviço durante as transições de cuidado para garantir a segurança do paciente. Ademais, a conciliação medicamentosa corrobora a mitigação de discrepâncias de medicamentos não intencionais e erros de medicação, além dos subsequentes danos, decorrentes dos erros de medicação.

REFERÊNCIAS

ANACLETO, T. A. *et al.* Erros de Medicação: Farmácia Hospitalar. **Revista Pharmacia Brasileira**, v. 74, n. 2, p. 1-24, jan-fev. 2010.

CAMPOS, P. L.; REIS, A. M. M.; MARTINS, M. A. P. Conciliação medicamentosa em idosos: uma revisão da literatura. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 7, n. 2, p. 146-151, 2013.

CHIEWCHANTANAKIT, D. *et al.* The effectiveness of medication reconciliation to prevent medication error: A systematic review and meta-analysis. **Research in Social and**

Administrative Pharmacy, v. 16, n. 7, p. 886-894, 2020. DOI: [10.1016/j.sapharm.2019.10.004](https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.10.004).

CHOI, Y. J.; KIM, H. Effect of pharmacy-led medication reconciliation in emergency departments: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 44, n. 6, p. 932-945, 2019. DOI: [10.1111/jcpt.13019](https://doi.org/10.1111/jcpt.13019).

COLEMAN, E. A. *et al.* Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. **Archives of Internal Medicine**, v. 165, n. 16, p. 1842-1847, set. 2005. DOI: [10.1001/archinte.165.16.1842](https://doi.org/10.1001/archinte.165.16.1842).

DEANTONIO, J. H. *et al.* Medications and patient safety in the trauma setting: a systematic review. **World Journal of Emergency Surgery**, v. 14, n. 1, p. 1-7, fev. 2019. DOI: [10.1186/s13017-019-0225-6](https://doi.org/10.1186/s13017-019-0225-6).

ENSING, H. T. *et al.* Identifying the optimal role for pharmacists in care transitions: a systematic review. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 21, n. 8, p. 614-636, ago. 2015. DOI: [10.18553/jmcp.2015.21.8.614](https://doi.org/10.18553/jmcp.2015.21.8.614).

FIGUEIRA, P. H. M. *et al.* Método estruturado para a prática de conciliação medicamentosa em hospital oncológico. **Sistemas & Gestão**, v. 14, n. 3, 2020. DOI: [10.20985/1980-5160.2019.v14n3.1578](https://doi.org/10.20985/1980-5160.2019.v14n3.1578).

GILLESPIE, U. *et al.* A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. **Archives of Internal Medicine**, v. 169, n. 9, p. 894-900, 2009. DOI: [10.1001/archinternmed.2009.71](https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.71).

IHI - Institute for Healthcare Improvement. Medication Reconciliation Review. **Institute for Healthcare Improvement**, 2004. Disponível em: <https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/MedicationReconciliationReview.aspx#:~:text=M%20reconciliation%20is%20the%20process,preventing%20unintended%20chnges%20or%20omissions>. Acesso em: 04 nov. 2021.

Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP). Prevenção de erros de medicação na transição do cuidado. **Boletim ISMP Brasil**, v. 8, n.2, mar. 2019. Disponível em: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/04/boletim_ismp_30a_edicao.pdf. Acesso em: 10 nov. 2021.

JOHNSTON, R.; SAULNIER, L.; GOULD, O. Best possible medication history in the emergency department: comparing pharmacy technicians and pharmacists. **The Canadian journal of hospital pharmacy**, v. 63, n. 5, p. 359-365, set. 2010. DOI: [10.4212/cjhp.v63i5.947](https://doi.org/10.4212/cjhp.v63i5.947).

KILLIN, L. *et al.* Advanced medication reconciliation: a systematic review of the impact on medication errors and adverse drug events associated with transitions of care. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 47, n. 7, p. 438-451, jul. 2021. DOI: [10.1016/j.jcjq.2021.03.011](https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2021.03.011).

MEGUERDITCHIAN, A. N. *et al.* Medication reconciliation at admission and discharge: a time and motion study. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 485, p. 21, nov. 2013. DOI: [10.1186/1472-6963-13-485](https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-485).

MEKONNEM, A. B. *et al.* Impact of electronic medication reconciliation interventions on medication discrepancies at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 16, n. 112, p. 1-14, ago. 2016. DOI: [10.1186/s12911-016-0353-9](https://doi.org/10.1186/s12911-016-0353-9).

MEKONNEM, A. B.; MCLACHLAN, A. J.; BRIEN, J. E. 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. 1-14, fev. 2016a. DOI: [10.1136/bmjopen-2015-010003](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010003).

MEKONNEM, A. B.; MCLACHLAN, A. J.; BRIEN, J. E. Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 41, n. 2, p. 128-144, abr. 2016b. DOI: [10.1111/jcpt.12364](https://doi.org/10.1111/jcpt.12364).

MICHAELSEN, M. H. *et al.* Medication reconciliation at discharge from hospital: a systematic review of the quantitative literature. **Pharmacy**, v. 3, n. 2, p. 53–71, maio 2015. DOI: [10.3390/pharmacy3020053](https://doi.org/10.3390/pharmacy3020053).

MIRANDA, T. M. M. *et al.* Interventions performed by the clinical pharmacist in the emergency department. **Einstein**, v. 10, n. 1, p. 74-78, 2012. DOI: [10.1590/s1679-45082012000100015](https://doi.org/10.1590/s1679-45082012000100015).

MOGAKA, B. *et al.* Medication reconciliation in the emergency department performed by pharmacists. **Baylor University Medical Center Proceedings**, v. 31, n. 4, p. 436-438, out. 2018. DOI: [10.1080/08998280.2018.1499005](https://doi.org/10.1080/08998280.2018.1499005).

MURPHY, E. M. *et al.* Medication reconciliation at an academic medical center: implementation of a comprehensive program from admission to discharge. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 66, n. 23, p. 2126-2131, dez. 2009. DOI: [10.2146/ajhp080552](https://doi.org/10.2146/ajhp080552).

NESTER, T. M.; HALE, L. S. Effectiveness of a pharmacist-acquired medication history in promoting patient safety. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 59, n. 22, p. 2221-2225, nov. 2002. DOI: [10.1093/ajhp/59.22.2221](https://doi.org/10.1093/ajhp/59.22.2221).

RAVN-NIELSEN, L. V. *et al.* Effect of an in-hospital multifaceted clinical pharmacist intervention on the risk of readmission: a randomized clinical trial. **JAMA Intern Med**, v. 178, n. 3, p. 375-382, mar. 2018. DOI: [10.1001/jamainternmed.2017.8274](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.8274).

SCHEPEL, L. *et al.* Medication reconciliation and review for older emergency patients requires improvement in Finland. **International Journal of Risk & Safety in Medicine**, v. 30, n. 1, p. 19-31, 2019. DOI: [10.3233/JRS-180030](https://doi.org/10.3233/JRS-180030).

SMITH, S. B.; MANGO, M. D. Pharmacy-based medication reconciliation program utilizing pharmacists and technicians: a process improvement initiative. **Hospital Pharmacy**, v. 48, n. 2, p. 112-119, fev. 2013. DOI: [10.1310/hpj4802-112](https://doi.org/10.1310/hpj4802-112).

TAM, V. C. *et al.* Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. **Canadian Medical Association Journal**, v. 173, n. 5, p. 510-515, ago. 2005. DOI: [10.1503/cmaj.045311](https://doi.org/10.1503/cmaj.045311).

ZARIF-YEGANEH, M. *et al.* Incidence of medication discrepancies and its predicting factors in emergency department. **Iran Journal Public Health**, v. 46, n. 6, p. 1086-1094, ago. 2017.

Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:

LAET, W. G; REZENDE, C. P. Conciliação Medicamentosa no Âmbito Hospitalar: Uma Revisão de Revisões. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 10, n. 1, art. 3, p. 33-48, jan./mar. 2023.

Contribuição dos Autores	W. G. Laet	C. P. Rezende
1) concepção e planejamento.	X	X
2) análise e interpretação dos dados.	X	X
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X