

# Perfil de intervenções farmacêuticas relacionadas à conciliação medicamentosa realizadas em um hospital público terciário e fatores associados

*Profile of pharmaceutical interventions related to medication reconciliation performed in a public tertiary hospital and associated factors*

Marcos Felipe Reis<sup>1</sup>, Lyrra Victoria Marçal<sup>1</sup>, Aline Silva de Assis-Santos<sup>1</sup>,  
Aline Caldeira Fernandes<sup>2</sup>, Bruna Teles Oliveira<sup>1</sup>, Gabriela de Paula Guimarães Rodrigues<sup>3</sup>,  
Mariana Martins Gonzaga do Nascimento<sup>1</sup>, Caryne Margotto Bertollo<sup>1</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A conciliação medicamentosa (CM) se baseia na obtenção do melhor histórico medicamentoso para garantir a transferência de informações durante a transição do cuidado e corrigir discrepâncias, promovendo a segurança do paciente. **Objetivos:** Analisar o perfil das discrepâncias e intervenções farmacêuticas realizadas em um serviço de CM e fatores associados a não conciliação no momento de admissão hospitalar. **Métodos:** Estudo descritivo de um serviço de CM realizada na admissão de pacientes a um hospital público de referência para Covid-19 durante a pandemia. A frequência da ausência de discrepâncias na CM foi descrita; avaliou-se fatores associados a essa variável com análises uni e multivariada. **Resultados:** Avaliou-se 1.276 pacientes no serviço. Identificou-se maioria feminina (55,4%), de idade  $\geq 60$  anos (64,6%) e polifarmácia (59,2%). Idade  $\geq 60$  anos e polifarmácia mostraram-se associados negativamente à ausência de discrepância na prescrição. Foram realizadas 925 intervenções farmacêuticas frente às discrepâncias, sendo uma minoria aceita (27%). As principais justificativas para recusa das intervenções foram: substituição por medicamento padronizado (51,9%) e condição clínica do paciente (34,2%). A classe com maior percentual de intervenções aceitas foi a de agentes tireoidianos (52,6%). **Conclusão:** A realização de CM durante a pandemia em um hospital de referência se mostrou desafiadora, com baixa aceitabilidade de intervenções, mas significativas alterações na farmacoterapia para algumas importantes condições de saúde. Tais resultados, incluindo os fatores associados identificados, podem ser utilizados para aprimorar o serviço.

**Palavras-chave:** Reconciliação medicamentosa. Serviço de farmácia hospitalar. Segurança do paciente. Cuidado transicional.

## ABSTRACT

**Introduction:** Medication reconciliation (CM) is the process of obtention of the best possible medication history to ensure the transfer of information and correction of discrepancies during the transitions of care, promoting patient safety. **Objectives:** To analyze the profile of discrepancies and pharmaceutical interventions carried out in a CM service and factors associated with medication discrepancies at the time of hospital admission. **Methods:** Descriptive study of a CM service carried out when admitting patients to a public reference hospital for Covid-19 during the pandemic. The frequency of absence of CM at admission was described; factors associated with this variable were evaluated with uni and multivariate analyses. **Results:** 1,276 patients were evaluated in the service. The majority were female (55.4%), aged  $\geq 60$  years (64.6%) and with polypharmacy (59.2%). Age  $\geq 60$  years and polypharmacy were negatively associated with the absence of prescription discrepancies. 925 pharmaceutical interventions were carried out in response to discrepancies, with a minority being accepted (27%). The main justifications for refusing interventions were: replacement with formulary medication (51.9%) and the patient's clinical condition (34.2%). The medications for thyroid therapy were the class with the highest percentage of accepted interventions (52.6%). **Conclusion:** Performing CM during the pandemic in a reference hospital proved challenging, with low acceptability of interventions, but significant changes in pharmacotherapy for some important health conditions. Such results, including associated factors identified, can be used to improve the service.

**Keywords:** Medication Reconciliation. Pharmacy service in Hospital. Patient safety. Transitional care.

## Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

## Submetido:

13/9/2023

## Aprovado:

16/6/2024

## ISSN:

2446-5410

## INTRODUÇÃO

Os erros de medicação são eventos evitáveis que podem levar ao uso inadequado de medicamento e podem ocorrer em qualquer estágio da farmacoterapia. Porém, estima-se que 50% dos erros de medicação ocorrem durante a transição de cuidados. Uma parcela das discrepâncias na prescrição pode resultar em danos ao paciente e, por isso, demandam estratégias de prevenção. Portanto, durante as transições do cuidado, obter o histórico e a lista de medicamentos do paciente e mantê-la atualizada pode reduzir o número de discrepâncias entre os medicamentos utilizados antes, durante e depois da hospitalização e diminuir a incidência de eventos adversos ao corrigir os erros de prescrição<sup>1</sup>.

Uma estratégia usada na prevenção de erros de medicação é a conciliação medicamentosa (CM). A CM é o processo formal no qual os profissionais de saúde estabelecem uma parceria com o paciente para obter o melhor histórico medicamentoso possível e transferem essas informações durante as transições de cuidado<sup>1</sup>. Porém, o histórico medicamentoso obtido durante a admissão é frequentemente impreciso, o que acarreta erros de medicação durante e após a hospitalização, comprometendo a segurança do paciente<sup>2</sup>. A CM permite identificar e corrigir as discrepâncias por documentar, comparar e verificar os medicamentos em uso ao longo de toda a prestação de cuidado ao paciente<sup>3</sup>. Sendo assim, é importante para garantir a segurança do paciente durante a transição do cuidado<sup>4</sup>.

Posto que o paciente navega por diferentes setores e níveis de atenção em saúde, a CM tem caráter multiprofissional<sup>4</sup>. A participação do farmacêutico no processo de CM reduz o número de erros de medicação, aumenta a segurança do paciente e diminui os custos associados com a hospitalização<sup>5,6</sup>. Trata-se de um importante serviço da farmácia clínica hospitalar<sup>7</sup>, por meio da qual, é possível identificar e corrigir os erros de medicação<sup>3</sup>, tais como duplicidades ou omissões de medicamentos<sup>7</sup>. Quando realizada pelo farmacêutico, a CM permite, também, identificar efeitos adversos, medicamentos potencialmente perigosos, problemas relacionados aos medicamentos, avaliar a desprescrição de algum medicamento<sup>1,6</sup>.

O objetivo do presente trabalho foi descrever o perfil de intervenções farmacêuticas realizadas em um serviço de CM, bem como os fatores associados a não conciliação no momento de admissão hospitalar.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do serviço de CM ofertado em um hospital público terciário de grande porte de Belo Horizonte. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 46949021.1.0000.5149).

O hospital onde foi realizado o estudo apresenta perfil de atenção em urgência e emergência clínica, cirúrgica e acidente vascular cerebral. Também são atendidos na instituição casos de alta complexidade em clínica médica, ortopedia, cirurgia geral, cirurgia vascular, neurocirurgia, neurologia e urologia. O hospital não possui porta aberta, atendendo exclusivamente pacientes encaminhados pela central de internação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O serviço de CM foi oferecido na ala de internação de clínica médica. O período do estudo foi marcado pela pandemia da Covid-19, sendo a instituição estudada um hospital de referência para atendimento de pacientes com tal doença.

O serviço de CM foi implementado durante a pandemia de Covid-19, em outubro de 2020, sendo ofertado por farmacêuticos com apoio de acadêmicos de farmácia de segunda a sexta-feira. Na rotina do serviço, por meio de relatórios diários, identificavam-se os pacientes admitidos nas alas de internação da clínica médica do hospital em estudo e que permaneceram internados por pelo menos 24 horas, que foram então incluídos no serviço de CM.

Após a inclusão do paciente, foi coletado o melhor histórico medicamentoso possível e foram identificadas as discrepâncias por meio do método retrospectivo. Ou seja, comparando a prescrição inicial de admissão com o histórico medicamentoso. Discrepâncias foram comunicadas à equipe

médica por meio de intervenções farmacêuticas, de forma presencial ou via alerta no sistema eletrônico, e registradas em prontuário. O seguimento da intervenção realizada ocorreu no dia seguinte, sendo verificado em prescrição eletrônica se a intervenção havia sido aceita ou não.

A população do estudo foi composta por todos os pacientes admitidos nas alas de internação da clínica médica do hospital, no período de outubro de 2020 a fevereiro de 2021, que tinham histórico de uso de medicamentos confirmado pelo serviço de CM.

Dados foram coletados e digitados em um banco de dados constituído no *software Microsoft Excel*<sup>®</sup>. A coleta, digitação e ajustes do banco de dados foram executados por dois pesquisadores. Foram coletados dados sobre a população estudada: sexo, idade e medicamentos utilizados em domicílio.

Também foram coletados dados referentes às intervenções farmacêuticas realizadas no serviço de CM: número de intervenções; tipo de medicamento envolvido na intervenção (padronizado na instituição ou não padronizado); classe terapêutica do medicamento envolvido na intervenção (conforme classificação Anatômica Terapêutica e Química - ATC); aceitabilidade da intervenção (aceita *versus* não aceita). No caso de intervenções farmacêuticas “não aceitas”, o motivo de recusa também foi documentado.

Definiu-se como variável dependente a “ausência de discrepância” na população estudada; ou seja, quando não foi identificada discrepancia no momento da CM da admissão. Foram definidas como variáveis independentes: sexo (feminino *versus* feminino), faixa etária (15 a 59 anos *versus* 60 anos ou mais) e número de medicamentos utilizados em domicílio (1 a 4 medicamentos *versus* 5 medicamentos ou mais).

Primeiramente, foi realizada análise descritiva dos dados referentes à população de estudo e às intervenções farmacêuticas. Em seguida, foram realizadas análises univariadas e multivariada para identificar fatores associados à variável dependente “ausência de discrepancia na prescrição” na admissão hospitalar.

As análises univariadas e multivariadas basearam-se na regressão logística, gerando medidas

de associação (*odds ratio* - OR; e intervalo de confiança de 95% - IC95%), bem como valor-p, que foi considerado estatisticamente significativo quando inferior a 0,05. Todas as análises foram realizadas no *software Stata*<sup>®</sup>.

## RESULTADOS

No presente estudo foram avaliados 1.276 pacientes que apresentavam histórico de uso de medicamentos confirmado pelo serviço de CM. A maior parcela era do sexo feminino (n=707; 55,4%) e a média de idade da população estudada foi de  $65,0 \pm 16,0$  anos. A maioria da população inserida no estudo tinha mais de 60 anos (n=824; 64,6%) (Tabela 1).

Em relação ao número de medicamentos utilizados, a média foi de 4,3 medicamentos (mínimo = 1; máximo = 16 medicamentos), sendo que três pacientes não tiveram o registro adequado desses dados. A polifarmácia, caracterizada como o uso de cinco ou mais medicamentos, foi registrada em 755 (59,2%) pacientes (Tabela 1). Dentre os pacientes com 60 anos ou mais, a prevalência de polifarmácia foi de 48,3% (n=398). Entre os pacientes entre 15 e 59 a prevalência de polifarmácia foi de 26,6% (n=120).

Dos 1.276 pacientes incluídos na CM, uma minoria não apresentou discrepancia identificada durante o processo (n=419; 32,8%). Nas análises univariadas e multivariada realizadas, idade  $\geq 60$  anos e polifarmácia mostraram-se associadas negativamente à ausência de discrepancia identificada (Tabela 2).

Dos 857 pacientes com discrepancia identificada durante a CM, 121 (14,1%) receberam alta ou foram a óbito antes da realização da intervenção. Para os demais pacientes que permaneceram hospitalizados (n=736), foi necessária a realização de 925 intervenções, resultando em uma média de 1,3 intervenções por paciente.

Das intervenções realizadas, a maioria foi recuada pela equipe de saúde (n=675; 73%). Os motivos relatados para a recusa das intervenções para CM foram descritos na Tabela 3.

**TABELA 1.** Características sociodemográficas e farmacoterapêuticas dos pacientes incluídos no serviço de conciliação medicamentosa de um hospital público. N=1.276 (Belo Horizonte, 2021)

Característica	n	%	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
<b>Sexo</b>						
Feminino	707	55,4				
Masculino	569	44,6				
<b>Idade</b>						
15-59	452	35,4	65	15	108	16,0
≥ 60	824	64,6				
<b>Número de medicamentos</b>						
1 a 4	518	40,6	4,3	1	16	2,7
≥ 5	755	59,2				
Sem informações	3	0,2				
<b>Conciliação na admissão</b>						
Sim	419	32,8				
Não	857	67,2				

Fonte: Elaborado pelos autores.

**TABELA 2.** Análises univariadas e multivariadas de fatores associados à ausência de discrepância entre os pacientes incluídos no serviço de conciliação medicamentosa de um hospital público. N=1.276 (Belo Horizonte, 2021)

Variáveis	Análise Univariada		Análise Multivariada	
	OR (IC 95%)*	p-valor**	OR (IC 95%)*	p-valor**
<b>Idade</b>				
15-59	1,00			
≥ 60	0,65 (0,50 - 0,82)	0,01	0,79 (0,61 - 1,01)	0,01
<b>Sexo</b>				
Masculino	1,00			
Feminino	0,90 (0,71 - 1,14)	0,33		
<b>Número de medicamentos utilizados</b>				
1 a 4	1,00			
≥ 5	0,31 (0,24 - 0,41)	0,01	0,32 (0,25 - 0,43)	0,01

OR - razão de chances; IC - intervalo de confiança. Fonte: Elaborado pelos autores.

**TABELA 3.** Motivo de recusa para intervenções de conciliação medicamentosa não aceitas no serviço de conciliação medicamentosa de um hospital público. N=675 (Belo Horizonte, 2021)

Motivo de recusa	n	%
Substituição por medicamento padronizado	350	51,9
Condição clínica do paciente	231	34,2
Conduta médica	31	4,6
Alta hospitalar	20	3,0
Sem informações	43	6,4

Fonte: Elaborado pelos autores.

As classes dos medicamentos envolvidos nas intervenções farmacêuticas relativas às discrepâncias que apresentaram frequência absoluta superior a 10 encontram-se descritos na Tabela 4. Destaca-se que as classes com o maior percentual de aceitabilidade das intervenções foram os agentes tireoidianos (52,6%), produtos oftalmológicos (40,0%) e agentes modificadores lipídicos (39,7%). De maneira oposta, todas as intervenções envolvendo preparações antianêmicas e de suplementos minerais foram recusadas.

Os fármacos que atuam no sistema nervoso central tiveram um elevado número de intervenções

**TABELA 4.** Classes de medicamentos envolvidas e aceitabilidade das intervenções realizadas no serviço de conciliação medicamentosa de um hospital público (Belo Horizonte, 2021)

Classe de medicamento	Intervenção realizada n	Intervenção aceita n (%)
Psicoanalépticos	100	33 (33,0)
Psicolépticos	89	31 (34,8)
Diuréticos	83	18 (21,7)
Agentes modificadores lipídicos	73	29 (39,7)
Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina	66	15 (22,7)
Agentes antitrombóticos	55	18 (32,7)
Medicamentos para doenças obstructivas das vias aéreas	49	15 (30,7)
Antiepilepticos	44	16 (36,3)
Vasoprotetores	41	13 (31,7)
Bloqueadores dos canais de cálcio	37	1 (2,7)
Medicamentos para doenças relacionadas a ácidos	36	12 (33,3)
Anti-hipertensivos	31	1 (3,2)
Medicamentos para diabetes	27	6 (2,2)
Preparações antianêmicas	25	0 (0,0)
Preparações antigotas	22	5 (2,7)
Produtos oftalmológicos	20	8 (40,0)
Agentes tireoidianos	19	10 (52,6)
Vitaminas	18	1 (5,6)
Anti-parkinsonianos	14	4 (28,6)
Suplementos minerais	12	0 (0,0)
Urológicos	12	3 (25,0)

Fonte: Elaborado pelos autores.

realizadas (n=249; 26,9%), porém um reduzido percentual de aceitabilidade (34,1%). Entre 70 e 100% das recusas das intervenções envolvendo fármacos que atuam no sistema nervoso central tiveram a “conduta médica” como justificativa.

Em relação às recusas de intervenções para conciliação de medicamentos usados no tratamento do diabetes, destacam-se as justificativas de substituição por medicamento padronizado (42,9%) e conduta médica (38,1%). No que se refere ao tratamento da hipertensão, a maior parte das intervenções não aceitas tiveram como justificativa a condição clínica do paciente (45,4%) e a conduta médica (36,6%).

## DISCUSSÃO

No presente estudo, identificou-se que a maioria dos pacientes incluídos no serviço de CM apresentaram pelo menos uma discrepância no momento de admissão hospitalar (67,2%). Por sua vez, ser idoso ou estar em uso de polifarmácia foram fatores que aumentaram a chance de ocorrência de discrepâncias.

Uma revisão sistemática descreveu as frequências de discrepâncias identificadas na admissão hospitalar com ampla variação, entre 3% a 97%<sup>8</sup>. Peculiaridades no processo de identificação da discrepância ou de inclusão de pacientes no processo de CM podem explicar tal amplitude, colocando os resultados do serviço aqui avaliado em posicionamento intermediário do previsto na literatura.

Ademais, há de se destacar o fato de a implementação do serviço ter ocorrido durante a pandemia, um período conturbado que pode ter ampliado o quantitativo de discrepâncias identificadas. A opção de adotar o serviço de CM durante a pandemia teve como objetivo potencializar o sucesso da terapêutica, aumentar a rotatividade de leitos frente à demanda crescente, e melhorar a segurança do uso de medicamentos, que geralmente se encontra prejudicada em situações de calamidade<sup>9</sup>. Tal proposição veio em contramão aos resultados de uma *survey* de nível nacional aplicada a farmacêuticos atuantes nos Estados Unidos da América, dentre os quais identificou-se a restrição da oferta de CM du-

rante o período pandêmico, o que pode ter impacto negativo na segurança do paciente<sup>10</sup>.

Em consonância com os resultados aqui identificados, alguns estudos demonstram que pacientes idosos ou em uso de polifarmácia têm maior chance de apresentarem discrepâncias na prescrição na admissão. O envelhecimento e o uso de múltiplos medicamentos não é um problema em si, porém sinalizam a necessidade de uma avaliação cuidadosa da farmacoterapia a fim de evitar danos. Nesse contexto, esses fatores associados podem servir de base para estabelecer critérios de prioridade para CM na admissão pela equipe<sup>11,12</sup>. A CM realizada de forma estratégica pode ser uma oportunidade para a condução da revisão da farmacoterapia de forma precisa e, consequentemente, a redução de danos relacionados às falhas na transição de cuidado<sup>13</sup>.

As discrepâncias medicamentosas são classificadas como intencionais e não intencionais. No caso de discrepâncias não intencionais, há necessidade de esclarecimento, pois não houve relato no plano de cuidado e/ou não existe explicação com bases clínicas que as justifique. Por sua vez, as discrepâncias intencionais identificadas durante a CM são compatíveis com o quadro e plano de cuidado do paciente<sup>5</sup>. No presente estudo, acredita-se que aproximadamente 27% das discrepâncias identificadas foram não intencionais, visto que a prescrição foi ajustada após a intervenção farmacêutica para CM. A CM na admissão hospitalar dos pacientes permite corrigir as discrepâncias não intencionais e evita a descontinuação da farmacoterapia durante a transição do cuidado<sup>5</sup>.

Entre as classes de medicamentos com maior percentual de intervenções para CM aceitas estão os agentes tireoidianos. O hipotireoidismo tem sinais e sintomas inespecíficos, necessitando que seja feito o monitoramento por meio de exames laboratoriais. Considera-se que a interrupção do tratamento de pacientes com disfunção tireoidiana se justifica apenas em casos de hipertireoidismo. Portanto, a CM pode contribuir para a prevenção de complicações resultantes da descontinuação do tratamento do hipotireoidismo, como bradicardia e alterações cognitivas<sup>14</sup>. No presente estudo, o alto índice de aceite das intervenções para CM relacionadas aos agentes

tireoidianos (52,6%), sugere que se tratavam, majoritariamente, de omissões não intencionais.

Também foi identificado um grande número de discrepâncias intencionais não documentadas. A maior parte das intervenções para CM foram recusadas porque o medicamento omitido havia sido substituído por outro equivalente e que era padronizado na instituição (51,9%). A segunda justificativa mais frequente foi a condição clínica do paciente (34,2%). Ambas podem ser classificadas como discrepâncias intencionais não documentadas<sup>1</sup>. A documentação das substituições de medicamentos em prontuário pode ser uma estratégia para otimizar o serviço de CM, diminuindo o número de intervenções farmacêuticas realizadas.

Ademais, todas as intervenções para CM envolvendo preparações antianêmicas, suplementos minerais e vitaminas recusadas tiveram como justificativa a conduta médica. É compreensível que, diante do quadro clínico do paciente, seja priorizada a resolução do problema de saúde que levou à admissão. Porém, as condutas devem ser documentadas para que todos os profissionais que atuam no cuidado do paciente tenham acesso às informações e decisões terapêuticas<sup>1</sup>. No presente estudo, o elevado índice de recusa das intervenções farmacêuticas para CM reflete a ocorrência de discrepâncias intencionais não documentadas o que reforça a necessidade de melhorias no processo de comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar.

De forma semelhante, é desejável que haja o registro das omissões intencionais de medicamentos usados no tratamento de doenças crônicas. A hospitalização é um importante fator de risco para a descontinuação da farmacoterapia de condições crônicas. Com isso, os pacientes com histórico de hospitalização podem ter risco aumentado de reinternações e outros eventos adversos graves. Assim, é necessário atenção para com as discrepâncias intencionais não documentadas. O registro correto e a consulta aos dados referentes à farmacoterapia anterior à internação podem minimizar o risco de descontinuações indevidas<sup>15</sup>.

Além de prevenir a interrupção do tratamento de condições crônicas, a CM durante a transição do cuidado pode proporcionar oportunidades para a

educação em saúde. No cenário hospitalar, no qual o paciente tem contato com uma equipe multidisciplinar, pode-se estimular o autocuidado, a melhora da qualidade de vida e aumentar a adesão ao tratamento prescrito<sup>16</sup>. As recomendações podem ser reforçadas e repetidas ao longo do período de internação, o que contribui para consolidar as informações recebidas<sup>17</sup>. No caso da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a baixa adesão ao tratamento é uma barreira frequente e pode estar relacionada à falta de orientação em relação ao uso dos dispositivos inalatórios<sup>18</sup>. Apesar do reduzido percentual de aceite das intervenções farmacêuticas para CM relacionadas aos medicamentos usados no tratamento da DPOC, o registro dessas discrepâncias é fundamental para reduzir a chance de que o paciente não retome o tratamento no momento da alta hospitalar<sup>19</sup>.

Outro grupo de medicamentos com elevado número de discrepâncias e intervenções para CM recusadas foi a dos fármacos que atuam no SNC. A maioria das justificativas para a recusa das intervenções foi a conduta médica. A farmacoterapia de diversas condições que afetam o SNC não deve ser interrompida de modo abrupto durante o período de internação, podendo causar síndrome de abstinência. Os antipsicóticos, antidepressivos, benzodiazepínicos, opioides, requerem redução escalonada da dose<sup>20,21,22</sup>. Assim, a CM desses medicamentos durante a admissão hospitalar deve ser adequadamente avaliada. Destaca-se, também, o baixo percentual de aceite de intervenções para a CM de fármacos antiepilepticos baseado em conduta médica nesse hospital geral. A interrupção da farmacoterapia da epilepsia demanda uma avaliação criteriosa devido ao risco de convulsões<sup>23</sup>.

Para a condução deste estudo, foram usados dados coletados durante o cenário da pandemia da Covid-19, quando o foco do cuidado era a resolução do quadro infeccioso. O perfil dos pacientes atendidos no serviço de CM durante a pandemia, bem como a sobrecarga do serviço de saúde, pode ter contribuído para o elevado número de discrepâncias registradas. A elevada frequência da justificativa de não aceitação das intervenções de CM por “condição clínica” ou “conduta médica” sugere

que omissões intencionais não documentadas de medicamentos tenham sido frequentes para priorizar o cuidado agudo de pacientes com suspeita e/ou confirmação de Covid-19. Os resultados reforçam a importância do serviço de CM para a segurança do paciente, e da inserção do farmacêutico na equipe multiprofissional<sup>2</sup>, inclusive em contextos pandêmicos. De acordo com uma pesquisa da American Society of Health-System Pharmacists, 46% dos hospitais avaliados relataram a necessidade de modificar o processo de CM durante o período pandêmico. É necessária a elaboração e a definição de fluxos seguros e treinamentos à equipe para que o processo de CM não seja prejudicado durante situações atípicas<sup>10</sup>.

A alta incidência de omissões intencionais não documentadas evidencia, também, a necessidade de melhorar a comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar por meio da documentação das decisões clínicas. Com isso, pode-se evitar intervenções farmacêuticas desnecessárias. As perdas da admissão farmacêutica ou do desfecho da intervenção para CM, por alta ou óbito, sugerem a necessidade de uma equipe de farmacêuticos bem dimensionada. Ao conduzir a CM em tempo hábil, o serviço de farmácia hospitalar contribui para evitar discrepâncias não intencionais na continuidade do cuidado ao paciente após alta hospitalar e possíveis danos futuros ao paciente<sup>1</sup>.

## CONCLUSÃO

A partir deste estudo foi possível identificar que a população idosa e em uso de polifarmácia está mais sujeita a ocorrência de discrepâncias medicamentosas na admissão hospitalar. Evidenciou-se elevado número de recusas das intervenções farmacêuticas para CM, bem como a necessidade de melhora da comunicação e a realização de treinamentos para a equipe multidisciplinar, a fim de otimizar o processo de CM conduzido pelo serviço de farmácia hospitalar. Por meio de treinamentos, definição de fluxos e protocolos pode-se aprimorar o cuidado prestado e a segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Medication safety in transitions of care. 2019. <https://www.who.int/publications/item/WHO-UHC-SDS-2019.9> Acesso em: 9 jul. 2023
2. Abdulghani KH, Aseeri MA, Mahmoud A, Abulezz R. The impact of pharmacist-led medication reconciliation during admission at tertiary care hospital. *Int J Clin Pharm*, 2018;40(1):196-201. doi: 10.1007/s11096-017-0568-6.
3. Stolldorf DP, Schnipper JL, Mixon AS, Dietrich M, Kripalani S. Organizational context of hospitals that participated in a multi-site mentored medication reconciliation quality improvement project (MARQUIS2): a cross-sectional observational study. *BMJ Open*, 2019;9(11):e030834. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030834.
4. Santos CO, Lazareto FZ, Lima LH, Azambuja MS, Millão LF. Conciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de sistema eletrônico. *Saúde Debate*, 2019;43(121):368-377. doi: 10.1590/0103-1104201912106.
5. Karaoui LR, Chamoun N, Fakhir J, Abi Ghanem W, Droubi S, Diab Marzouk AR et al. Impact of pharmacy-led medication reconciliation on admission to internal medicine service: experience in two tertiary care teaching hospitals. *BMC Health Serv Res*, 2019;19(1):493. doi: 10.1186/s12913-019-4323-7.
6. Fernandes BD, Almeida PHRF, Foppa AA, Sousa CT, Ayres LR, Chemello C. Pharmacist-led medication reconciliation at patient discharge: a scoping review. *Res Social Adm Pharm*, 2020;16(5):605-613. doi: 10.1016/j.sapharm.2019.08.001.
7. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. 2016. [https://www.cff.org.br/userfiles/Profar\\_Arcabouco\\_TELA\\_FINAL.pdf](https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf)
8. Lehnblom EC, Stewart MJ, Manias E, Westbrook JI. Impact of medication reconciliation and review on clinical outcomes. *Ann Pharmacother*, 2014; 48(10):1298-1312. doi: 10.1177/1060028014543485.
9. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP). Prevenção de erros na pandemia. Boletim ISMP, 2021;10(4). [https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2021/07/boletim\\_julho\\_2021\\_prevencao\\_de\\_-erros\\_na\\_pandemia\\_.pdf](https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2021/07/boletim_julho_2021_prevencao_de_-erros_na_pandemia_.pdf) Acesso em: 13 set. 2023
10. Pedersen CA, Schneider PJ, Ganio MC, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: impact of Covid-19 pandemic on pharmacy operations-2020. *Am J Health Syst Pharm*, 2021;78(18):1701-1712. doi: 10.1093/ajhp/zxab212.
11. Van Der Luit CD, De Jong IR, Ebbens MM, Euser S, Verweij SL, Van Den Bemt PM et al. Frequency of occurrence of medication discrepancies and associated risk factors in cases of acute hospital admission. *Pharm Pract (Granada)*, 2018;16(4):1301. doi: 10.18549/PharmPract.2018.04.1301.
12. Hias J, Van der Linden L, Spriet I, Vanbrabant P, Willems L, Tournoy J et al. Predictors for unintentional medication reconciliation discrepancies in preadmission medication: a systematic review. *Eur J Clin Pharmacol*, 2017;73(11):1355-1377. doi: 10.1007/s00228-017-2308-1.
13. World Health Organization (WHO) Medication Safety in Polypharmacy. 2019. <https://www.who.int/publications/item/WHO-UHC-SDS-2019.11> Acesso em: 9 jul. 2021
14. Barrett NA, Jones A, Whiteley C, Yassin S, McKenzie CA. Management of long-term hypothyroidism: a potential marker of quality of medicines reconciliation in the intensive care unit. *Int J Pharm Pract*, 2012;20(5):303-306. doi: 10.1111/j.2042-7174.2012.00205.x.
15. Bell CM, Brener SS, Gunraj N, Huo C, Bierman AS, Scales DC et al. Association of ICU or hospital admission with unintentional discontinuation of medications for chronic diseases. *JAMA*, 2011;306(8):840-847. doi: 10.1001/jama.2011.1206.
16. Ferreira PBP, Porto IS, Santo FHDE, Figueiredo NMA, Enders BC, Cameron LE et al. Health education for hospitalized patient in nursing care: a conceptual analysis. *Rev Bras Enferm*, 2021;75(2):e20200459. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0459.
17. Albert NM. A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure. *Heart Lung*, 2016;45(2):100-113. doi: 10.1016/j.hrtlng.2015.12.001.
18. Usmani OS, Lavorini F, Marshall J, Dunlop WCN, Heron L, Farrington E et al. Critical inhaler errors in asthma and COPD: a systematic review of impact on health outcomes. *Respir Res*, 2018;19(1):10. doi: 10.1186/s12931-017-0710-y.
19. Gershon AS, McGihon RE, Thiruchelvam D, To T, Wu R, Bell CM et al; Canadian Respiratory Research Network. Medication discontinuation in adults with COPD discharged from the hospital: a population-based cohort study. *chest*, 2021;159(3):975-984. doi: 10.1016/j.chest.2020.09.254.
20. Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*, 2018;64(5):339-351.
21. Mark TL, Parish W. Opioid medication discontinuation and risk of adverse opioid-related health care events. *J Subst Abuse Treat*, 2019;103:58-63. doi: 10.1016/j.jsat.2019.05.001.
22. Hanlon JT, Tjia J. Avoiding adverse drug withdrawal events when stopping unnecessary medications according to the STOPP/Frail Criteria. *Sr Care Pharm*, 2021;36(3):136-141. doi: 10.4140/TCP.n.2021.136.
23. Laue-Gizzi H. Discontinuation of antiepileptic drugs in adults with epilepsy. *Aust Prescr*, 2021;44(2):53-56. doi: 10.18773/aust-prescr.2021.005.

## DECLARAÇÕES

### Contribuição dos autores

Concepção: MFR. Coleta de dados: MFR, LVM, ACF, CMB. Tratamento e análise de dados: ASAS, MMGN, CMB. Discussão dos resultados: . Redação: MFR, LVM, ASAS, BTAO, MMGN, CMB.

Revisão: MFR, LVM, ASAS, BTAO, GPG, MMGN, CMB. Aprovação da versão final: ASAS, ACF, GPG, MMGN, CMB.

#### **Financiamento**

Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG).

#### **Agradecimentos**

Os pesquisadores agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), à Universidade Federal de Minas Gerais e à Prefeitura de Belo Horizonte.

#### **Conflito de interesse**

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

#### **Aprovação no comitê de ética**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o número de parecer 4.839.033 e CAAE 46949021.1.0000.5149.

#### **Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais**

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

#### **Editores responsáveis**

Carolina Fiorin Anhoque, Blima Fux, Ana Paula Ferreira Nunes.

#### **Endereço para correspondência**

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Faculdade de Farmácia, Pampulha, Belo Horizonte/MG, Brasil, CEP: 31270-901.