

## Reconciliação de medicamentos em hospital universitário

### Medication reconciliation at a university hospital

### Reconciliación de medicamentos en hospital universitario

Fernanda Frizon<sup>I</sup>; Andreia Hirt dos Santos<sup>II</sup>; Luciane de Fátima Caldeira<sup>III</sup>; Poliana Vieira da Silva Menoll<sup>IV</sup>

**RESUMO:** Erros de prescrição e administração correspondem a mais de 75% dos erros de medicação em ambiente hospitalar e a reconciliação de medicamentos uma alternativa para diminuir tal ocorrência. No Brasil, estudos de reconciliação medicamentosa são incipientes, assim o objetivo do trabalho foi apresentar o perfil dos pacientes e os resultados da reconciliação de medicamentos em unidade hospitalar. Trata-se de estudo transversal prospectivo realizado no Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Brasil, em 2011. Foram entrevistados 58 pacientes, 27 (46,5%) possuíam pelo menos uma enfermidade crônica, 24 (41,3%) faziam uso de medicamentos em casa com 15 (62,5%) apresentando pelo menos um tipo de erro relacionado aos medicamentos, sendo o grupo dos anti-hipertensivos 24 (32%) o mais envolvido. Foram encontradas 61 discrepâncias, 49 (80%) não justificadas. As intervenções farmacêuticas foram aceitas em 13 (87%) dos casos. Os pacientes da reconciliação medicamentosa estavam acima dos 50 anos e usavam mais de 3 medicamentos.

**Palavras-Chave:** Reconciliação de medicamentos; erros de medicação; segurança do paciente; prescrição de medicamentos.

**ABSTRACT:** Prescribing and administration errors account for more than 75% of medication errors in hospitals, and medication reconciliation is one way of reducing their occurrence. Studies of medication reconciliation are incipient in Brazil and, accordingly, this study aimed to profile the patients and describe the results of medication reconciliation at a hospital. This prospective cross-sectional study was conducted at West Paraná University Hospital, Brazil, in 2011. Of the 58 patients interviewed, 27 (46.5%) had at least one chronic disease, and 24 (41.3%) used medication at home, with 15 (62.5%) showing at least one type of medication error, the anti-hypertensive pharmacological group being the most involved (24; 32%). Of the 61 discrepancies found, 49 (80%) were not justified. Medication reconciliation was accepted in 13 (87%) cases. The patients involved in medication reconciliation were over 50 years old and used more than 3 drugs.

**Keywords:** Medication reconciliation; medication errors; patient safety; drug prescription.

**RESUMEN:** Errores de prescripción y administración son responsables por más de 75% de los errores de medicación en los hospitales y la reconciliación de medicamentos una alternativa para su reducción. En Brasil, los estudios de reconciliación de medicamentos son incipientes, por eso este trabajo tuvo el objetivo de presentar el perfil de los pacientes y los resultados de la reconciliación de medicamentos en unidad hospitalaria. Estudio transversal prospectivo en el Hospital Universitario del Oeste de Parana, Brasil, en 2011, donde se entrevistó a 58 pacientes. De estos 27 (46,5%) tenían una enfermedad crónica, 24 (41,3%) usaban medicamentos en casa, 15 (62,5%) han tenido al menos un tipo de error relacionado a la medicación y siendo el grupo de fármacos antihipertensivos 24 - (32%) - el más implicado. Se encontraron 61 discrepancias, 49 (80%) sin justificativa. Las intervenciones farmacéuticas fueron aceptadas en 13 (87%) casos. Los pacientes de la reconciliación de medicamentos eran mayores de 50 años y usaban más de 3 fármacos.

**Palabras Clave:** Reconciliación de medicamentos; errores de medicación; seguridad del paciente; prescripción de medicamentos.

## INTRODUÇÃO

Erros de medicação, considerando-se prescrição mais administração, correspondem a mais de 75% dos erros relacionados a medicamentos em ambiente hospitalar, e cada paciente vivencia pelo menos um erro de medicação por dia em um hospital dos Estados Unidos da América(EUA)<sup>1</sup>. A segurança do paciente é foco e prioridade de trabalho de governos, organizações e

instituições de saúde visando diminuir os riscos e os custos relacionados ao uso de serviços de saúde<sup>2-5</sup>.

No Brasil, os estudos sobre a implantação da reconciliação de medicamentos nos serviços de saúde ainda são incipientes<sup>6</sup> e precisam ser incrementados para possibilitar a adequação deste importante processo, que contribui para prevenção de erros de

<sup>I</sup>Farmacêutica Residente do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: nandafrizon@hotmail.com.

<sup>II</sup>Farmacêutica Residente do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: andreia\_hirt@hotmail.com

<sup>III</sup>Farmacêutica, Professora de Farmácia Clínica do Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: luciane-caldeira@hotmail.com

<sup>IV</sup>Farmacêutica, Professora de Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: polianacascavel@hotmail.com

medicação e diminuição de readmissões hospitalares<sup>7,8</sup>, à realidade das instituições brasileiras.

Este artigo visou conhecer o perfil dos pacientes admitidos em unidade de internação de hospital universitário e apresentar os resultados da reconciliação de medicamentos feita durante sua admissão no serviço.

## REVISÃO DE LITERATURA

A reconciliação de medicamentos é descrita como um processo para obtenção de uma lista completa, precisa e atualizada dos medicamentos que cada paciente utiliza em casa (incluindo nome, dosagem, frequência e via de administração), e comparada com as prescrições médicas feitas na admissão, transferência, consultas ambulatoriais com outros médicos e alta hospitalar. Essa lista é usada para aperfeiçoar a utilização dos medicamentos em todos os pontos de transição do paciente dentro do sistema de saúde e tem como principal objetivo, diminuir a ocorrência de erros de medicação quando o paciente, muda de nível de assistência à saúde<sup>1,9</sup>.

A proposta da reconciliação é evitar ou minimizar erros de transcrição, omissão, duplicidade terapêutica e interações medicamentosas. Quando as discrepâncias nas ordens médicas são identificadas, os médicos assistentes são informados e, se necessário, as prescrições são corrigidas e documentadas<sup>10</sup>. O processo inclui dupla checagem dos medicamentos utilizados, entrevista com paciente, com a família ou com seus cuidadores, comparação das ordens médicas e a discussão de casos com a equipe clínica<sup>11</sup>. Os pacientes ou responsáveis, têm um papel fundamental nesse processo, fornecendo informações para a elaboração da lista de medicamentos utilizados. Para esta conferência é necessário informar ao paciente, família e/ou cuidadores sobre o procedimento e obter a autorização para realizá-lo<sup>12</sup>.

A reconciliação de medicamentos é uma importante ferramenta que sistematiza procedimentos que buscam compatibilizar a terapêutica dos pacientes que passam pelos pontos de transição durante a assistência. Assim, a Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization, maior agência de acreditação em saúde dos Estados Unidos que atua em mais de 40 países e outras organizações que visam a segurança dos pacientes dentro dos serviços de saúde<sup>4,9,13</sup>, reconhecem a necessidade de se desenvolver protocolos para elaboração de listas completas de medicamentos de uso frequente, adquiridos com ou sem prescrição médica, colocando a reconciliação de medicamentos na lista dos objetivos nacionais de segurança do paciente para a acreditação de hospitais nos EUA<sup>13</sup>.

Para a implantação da reconciliação de medicamentos em um serviço de saúde são necessários vários passos com ênfase na organização de equipe multidisciplinar, incluindo enfermeiros, farmacêuticos e médicos<sup>14</sup>.

O Institute for Healthcare Improvement (IHI)<sup>10</sup> recomenda que a reconciliação de medicamentos seja realizada em três etapas. A primeira etapa é a da verificação, que consiste na coleta e elaboração da lista de medicamentos que o paciente utiliza antes da sua admissão, transferência ou alta hospitalar; a segunda é a de confirmação, etapa que visa assegurar que os medicamentos e as dosagens prescritas são apropriados para o paciente; E a terceira etapa, a reconciliação que consiste na identificação das discrepâncias entre os medicamentos prescritos em cada nível de atenção à saúde ou em cada ponto de transição, na documentação das comunicações feitas ao prescritor e na correção das prescrições junto com o médico.

Dados de estudos já realizados<sup>10,15</sup>, demonstram que a reconciliação resulta em maior segurança para os pacientes, por meio da identificação, investigação e correção de erros de medicação, e que tal prática é capaz de atenuar a readmissão dos pacientes acompanhados.

## METODOLOGIA

Este estudo transversal, de caráter prospectivo, foi realizado no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), na cidade de Cascavel, oeste do Paraná, Brasil, na unidade de internação que compreendia as clínicas de neurologia, ortopedia e vascular. A unidade possuía 26 leitos, todos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Fizeram parte da amostra intencional todos os pacientes internados na unidade, vindos de fora da instituição, de 12 de setembro a 12 de outubro de 2011. Os dados foram coletados diariamente por meio de entrevista e análise de prontuário no momento da internação, tendo como objetivo a reconciliação medicamentosa na admissão dos pacientes. Não foram incluídos no estudo os pacientes transferidos de outras unidades de internação ou que tivessem permanecido por mais de 48 horas no pronto socorro do hospital, o que foi considerado transferência entre unidades.

Para a coleta de dados foram utilizados instrumentos padronizados para a reconciliação de medicamentos baseados no guideline do The Institute for Healthcare Improvement (2007)<sup>10</sup> e adaptados para o HUOP por meio de um piloto.

O estudo foi constituído por três etapas.

Anamnese do paciente, quando foram obtidos os termos de consentimento para a pesquisa e levantados dados sobre presença de doenças crônicas, o histórico de alergias e se o paciente fazia uso contínuo de medicamentos antes do período de internação. Reconciliação de medicamentos, momento em que se coletaram informações sobre os medicamentos trazidos pelo paciente e os que ele relatou fazer uso antes da internação, comparando com a prescrição médica

hospitalar, informações sobre os medicamentos trazidos pelo paciente e os de uso esporádico como chás, estimulantes ou supressores de apetite e suplementos alimentares.

Foram levantados os principais medicamentos envolvidos nos problemas de reconciliação medicamentosa e as suas características e, também, classificadas as discrepâncias entre os medicamentos usados previamente e a prescrição médica em justificadas e não justificadas<sup>16</sup>.

São discrepâncias justificadas: Quando a prescrição do medicamento é justificada pela situação clínica; decisão médica de não prescrever um medicamento ou alterar dose, frequência ou via de acordo com protocolos; substituição terapêutica de acordo com a padronização de medicamentos do hospital.

São discrepâncias não justificadas: Quando ocorre omissão de medicamento necessário; adição de medicamento não justificado pela situação clínica do paciente; substituição sem justificativa clínica ou razão de disponibilidade do produto; diferença na dose, via de administração, frequência, horário ou método de administração; duplicação e interação medicamentosa.

É a terceira etapa foi a Intervenção farmacêutica, momento em que se informou por escrito ao médico prescritor sobre as discrepâncias encontradas na reconciliação medicamentosa dos pacientes admitidos. Posteriormente foi verificado no prontuário de cada paciente se a intervenção havia sido aceita pelo médico. Foram padronizadas 72 horas a partir do registro das intervenções nos prontuários para que as mesmas fossem aceitas. Caso se ultrapassasse esse período, as intervenções eram consideradas como não aceitas.

Os dados foram tabulados e analisados pelos programas Epi Data e Excel para Windows por meio de médias e frequências.

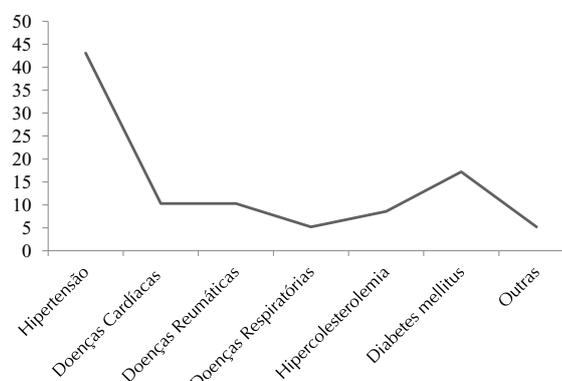
O presente estudo obedeceu às Normas de Pesquisa com Seres Humanos, segundo a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde<sup>17</sup>, e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná recebendo parecer favorável número 148/2011-CEP.

## RESULTADOS

Na primeira parte do estudo, a Anamnese, foram entrevistados 58 pacientes. Destes, 34 (58,6%) eram do sexo masculino, a média de idade foi de 52 anos (17- 92 anos) e o tempo médio de internação de 6 dias. A clínica com mais atendimentos foi a ortopedia com 34 (58,6%), seguida da neurologia com 13 (22,4%) e vascular com 11 (18,9%).

Sobre a presença de doenças crônicas, 27 (46,5%) pacientes relataram possuir pelo menos uma

enfermidade crônica, sendo as mais citadas a hipertensão arterial e o Diabetes Mellitus com 25 (43,1%) e 10 (17,2%) casos respectivamente. A relação de doenças citadas pelos pacientes está apresentada na Figura 1.



**FIGURA 1:** Porcentagem das doenças crônicas relatadas na anamnese da reconciliação medicamentosa de pacientes. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, setembro/outubro, 2011.

Sobre hipersensibilidade a medicamentos, 10 (17,2%) pacientes relataram já ter apresentado reações alérgicas, e os medicamentos mais citados foram a dipirona 3 (30%) e penicilina 2 (20%) vezes.

Dos 58 entrevistados, 24 (41,3%) relataram fazer uso de medicamentos em casa, e nestes é que foi aplicado o formulário da reconciliação de medicamentos.

Foram citados pelos pacientes da reconciliação 35 medicamentos que eram usados em casa para o tratamento prévio de outras patologias e somente 9 (37,5%) pacientes trouxeram os medicamentos para o hospital.

A média de idade destes pacientes foi de 70 anos (49-92) e eles utilizavam em média 3,2 (1-6) medicamentos de uso contínuo.

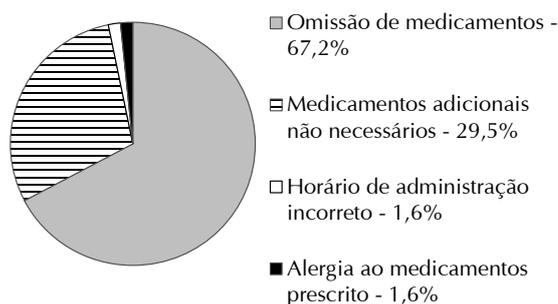
Dos medicamentos levantados, 28 (80%) eram padronizados no hospital. Destes, 1 (2,8%) apresentava data de validade expirada. Neste caso, foi realizada a orientação farmacêutica sobre o armazenamento correto da medicação e a importância de não se utilizar medicamentos vencidos.

Também foi esclarecido a todos os pacientes que não havia a necessidade do paciente utilizar o medicamento próprio, pois após contato com o médico responsável, caso fosse necessário, o paciente faria uso do medicamento do hospital no período da internação.

Dos 24 pacientes que necessitaram reconciliação dos medicamentos, 15 (62,5%) apresentavam pelo menos um tipo de erro relacionado ao medicamento, sendo necessária a intervenção farmacêutica.

Foram detectadas 61 discrepâncias entre o uso de medicamentos prévios e a prescrição hospitalar, das

quais 41 (67,2%) estavam relacionadas à omissão de medicamentos e 18 (29,5%) a medicamentos adicionais não necessários. Em média foram 4,6 discrepâncias por paciente, 49 (80%) não justificadas, pois após intervenção, os medicamentos foram incluídos na prescrição pelo médico e 12 (20%) discrepâncias classificadas como justificadas. Entre as discrepâncias justificadas, 5 (41,6%) foram devido ao uso de metformina, conforme orientação do médico responsável o produto não era indicado em ambiente hospitalar. O perfil das discrepâncias encontradas está exposto na Figura 2.



**FIGURA 2:** Perfil de discrepâncias encontradas na reconciliação medicamentosa de pacientes Hospital Universitário do Oeste do Paraná, setembro/outubro, 2011.

Os grupos farmacológicos mais envolvidos nas discrepâncias foram os anti-hipertensivos encontrados 24 (32%) vezes, diuréticos e hipoglicemiantes orais - 7 (9,3%) vezes cada um e hipolipemiantes - 5 (6,6%) vezes. Os medicamentos envolvidos nas discrepâncias com a prescrição médica hospitalar estão dispostos na Tabela I.

Foram realizadas 15 intervenções farmacêuticas que foram aceitas em 13 (87%) casos. Nas intervenções farmacêuticas não aceitas, não foi conseguido contato com o médico responsável pela prescrição e ele não aceitou a intervenção farmacêutica escrita no prontuário.

## DISCUSSÃO

O HUOP é um hospital geral, porém os dados refletem somente a realidade da unidade estudada (ortopedia, neurologia e vascular). A predominância de pacientes do sexo masculino justifica-se porque o hospital é referência em atendimento a traumas pelo SUS, os quais são mais comuns em indivíduos do sexo masculino<sup>18,19</sup> e difere do perfil da população de pacientes internados no Sistema Único de Saúde, a maioria do sexo feminino<sup>20</sup>.

A variação das idades de 17 a 92 anos reflete também as características da unidade, que recebe pacientes com problemas neurológicos e vasculares com idade avançada e pacientes jovens em recuperação de

**TABELA 1:** Grupos de medicamentos envolvidos nas discrepâncias encontradas nas prescrições médicas. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, setembro/outubro 2011.

Medicamentos	f	%
Anticoagulante	1	1,3
Antianêmico	2	2,7
Anti-arrítmico e cardiotônico	2	2,7
Anticonvulsivante	3	4,0
Antidepressivo	2	2,7
Antigotoso	1	1,3
Anti-hipertensivo	24	32,0
Antiinflamatório não esteroidal	6	8,0
Antipsicóticos/estabilizador do humor	1	1,3
Antiulceroso	2	2,7
Antivertiginoso	2	2,7
Chás	1	1,3
Diuréticos	7	9,3
Estrógenos e hormônios	1	1,3
Hipoglicemiante oral	7	9,3
Hipolipemiante	5	6,7
Hormônio tireoideano	2	2,7
Suplemento mineral	1	1,3
Vasodilatador Cerebral	1	1,3
Vasodilatador/Agente cardiovascular	2	2,7
Vitaminas/Polivitamínico	2	2,7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

traumas (após cirurgias ortopédicas ou transferência de unidades de cuidados intensivos). Porém, a média de idade dos pacientes que necessitaram da reconciliação medicamentosa foi mais alta que a média geral e está relacionada a pacientes que fazem uso contínuo de medicamentos para doenças crônicas, mais incidentes a partir dos 40 anos de idade e que necessitam do uso de vários medicamentos para seu controle e tratamento<sup>21-23</sup>.

Entre as doenças crônicas mais citadas pelos pacientes estavam a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus. A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são os principais fatores de risco populacional para doenças cardiovasculares e suas consequências são importantes causas de internações no SUS<sup>22</sup>. Agudizações comuns desses quadros são os problemas trombo-embólicos, os acidentes vasculares cerebrais, amputações e revascularizações na neuropatia diabética e os problemas renais<sup>24,25</sup>, todos de atendimento comum na unidade para tratamento vascular, neurológico e ortopédico. Estudo espanhol encontrou valores parecidos para o diabetes e menores para a frequência de hipertensão arterial em pacientes ortopédicos hospitalizados<sup>16</sup>.

As doenças crônicas por apresentarem tratamento com múltiplos fármacos representam um desafio na reconciliação medicamentosa<sup>26</sup>. Na admissão hospitalar, muitos pacientes deixam de relatar, por esquecimento ou mesmo vergonha, as doenças que possuem, e todos os tratamentos que fazem uso. Além dos fármacos, muitos chás e suplementos alimentares também são utilizados

para o tratamento de doenças crônicas, o que pode ser omitido pelos pacientes, que não observam este tipo de tratamento como relevante na farmacoterapia.

No momento da internação hospitalar, a falta de informações completas pode levar à interrupção ou inadequação da terapia medicamentosa, ou resultar em falha para detectar problemas relacionados a medicamentos como causa da admissão hospitalar, podendo causar danos ao paciente<sup>26</sup>. As dificuldades de entendimento do paciente sobre a terapia escolhida pelo médico ambulatorial e a falta de comunicação com o paciente na elaboração do histórico de medicamentos no momento da internação podem levar a erros de prescrição durante a estada hospitalar<sup>27</sup>.

Este trabalho encontrou que 62,5% dos pacientes entrevistados apresentavam pelo menos um erro entre os medicamentos de uso domiciliar e a prescrição hospitalar. Erros de prescrição são comuns no momento da admissão de pacientes adultos em unidades hospitalares e pelo menos 60% dos pacientes internados em um hospital irão ter ao menos uma discrepância em seu histórico de admissão<sup>10,26,27,28</sup>. A falta de comunicação sobre as ordens médicas na admissão do paciente, e em outros pontos de transição na unidade de saúde, é responsável por mais de 50% de todos os erros de medicação que ocorrem em hospitais<sup>27</sup>.

Nas prescrições do HUOP, foram identificadas 61 discrepâncias e o erro omissão de medicamentos foi o mais frequente, o que se assemelha ao encontrado por outros trabalhos<sup>11,26,29</sup>. As discrepâncias entre os medicamentos que o paciente estava utilizando em casa antes da internação no hospital e aqueles listados no momento da admissão podem variar de 30 a 70%. As causas para o número significativo de erros na admissão podem ser as admissões que ocorrem nos fins de semana, durante a noite, quando o paciente relata uso de oito ou mais medicamentos, ou quando há sobrecargas de serviço<sup>26</sup>.

As discrepâncias não justificadas, que foram maioria (80%) nos pacientes estudados, são as mais comumente observadas também em outros estudos<sup>11,26</sup>. Tais eventos são considerados erros de medicação e podem ter consequências clínicas, com potencial para causar dano ou causar dano propriamente dito ao paciente<sup>28</sup>.

As classes de medicamentos mais encontradas neste estudo são as principais envolvidas nas discrepâncias entre a prescrição hospitalar e os medicamentos de uso domiciliar e também em outros hospitais<sup>10,26</sup>, somente um trabalho mostrou como classe principal as vitaminas e eletrólitos<sup>29</sup>.

A reconciliação de medicamentos tem capacidade de interceptar e corrigir 75% das discrepâncias clinicamente importantes, antes que ocorra dano ao paciente<sup>28</sup>. Neste estudo, mesmo não tendo sido avaliada a capacidade de dano aos pacientes das discrepâncias encontradas, as intervenções farmacêuticas

foram amplamente aceitas (87%) pelos médicos e aplicadas. Resultados semelhantes foram observados em dois estudos, (71,1%)<sup>30</sup> e (88,7%)<sup>10</sup> e inferiores em outros dois, (40%)<sup>29</sup> e (46%)<sup>28</sup>.

O diálogo e as decisões de uma equipe multiprofissional são fundamentais para a reconciliação medicamentosa e a redução de potenciais danos aos pacientes. Farmacêuticos, médicos e equipe de enfermagem são indispensáveis na seleção, prescrição, administração de medicamentos, monitoramento e educação dos pacientes durante a internação hospitalar.

No Brasil, os papéis da equipe médica e de enfermagem nas equipes multiprofissionais são claros, porém a inclusão de outros profissionais ainda está em andamento. Deve-se considerar que os farmacêuticos são especialmente adequados para obter histórias de medicação mais completas e reconciliar discrepâncias devido à sua formação, experiência, familiaridade e conhecimento sobre medicamentos<sup>27,31</sup>. Para garantir a segurança dos pacientes é preciso a implantação de estratégias sistêmicas para melhorar a atuação do serviço, e esse objetivo precisa ser institucional e individual para cada profissional envolvido<sup>32</sup>.

Outros resultados da reconciliação medicamentosa, não avaliados neste estudo, mas relevantes e apresentados por outros autores, são a redução dos custos e diminuição de readmissões hospitalares<sup>7,8</sup>.

Problemas relacionados a medicamentos acarretam reclamações associadas à negligência, que podem vir a gerar problemas jurídicos às instituições de saúde. Somando os custos gerais, problemas com medicamentos são considerados como a maior fonte de despesa em um hospital, maiores do que qualquer outro tipo de lesão causada por procedimentos, podendo chegar a U\$ 47 bilhões de dólares anualmente com custos relacionados à morbidade e mortalidade dos pacientes<sup>33</sup>.

Além da diminuição de custos por queixas de negligência também já foram encontradas reduções de 16% e 30% nas taxas de re-hospitalização de pacientes que passaram pela reconciliação medicamentosa quando internados. Revisão sistemática publicada em 2013 não achou evidência que a reconciliação medicamentosa diminua mortalidade dos pacientes acompanhados, mas encontrou uma diminuição de 36% nos atendimentos pelo setor de emergência a esses pacientes<sup>15,34</sup>. A reconciliação de medicamentos pode melhorar os cuidados prestados aos pacientes nas transições entre os níveis de cuidados em saúde<sup>34</sup>.

## CONCLUSÃO

Os pacientes atendidos na unidade eram em sua maioria homens com idades nos extremos da vida adulta, jovens em recuperação de traumas e adultos acima dos 50 anos, e a clínica que mais recebeu pacientes foi a ortopedia. Praticamente metade dos pacientes

relatou ser portador de doença crônica e fazer uso de medicamentos continuamente e estes foram atendidos pela reconciliação medicamentosa. A reconciliação de medicamentos encontrou erros de medicação em mais da metade dos pacientes acompanhados e foi capaz de resolver as diferenças entre a prescrição hospitalar e o uso domiciliar de medicamentos dos pacientes atendidos, com uma boa aceitação das intervenções pela equipe médica.

## REFERÊNCIAS

1. Aspden P, Wolcott J, Bootman JL, Cronenwett LR editors. Preventing medication errors. Quality chasm series. Washington (DC): The National Academies Press; 2007.
2. Silva LD. Segurança e qualidade nos hospitais brasileiros. *Rev enferm UERJ*. 2013; 21:425-6.
3. Souza RFF, Silva LD. Estudo exploratório acerca da segurança dos pacientes em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev enferm UERJ*. 2014; 22:22-8.
4. World Health Organization. Assuring medication accuracy at transitions in care. Standard operating protocol fact sheet. [cited in 2014 Apr 20] Disponible in: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/ps\\_medication\\_reconciliation\\_fs\\_2010\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/ps_medication_reconciliation_fs_2010_en.pdf)
5. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
6. Anacleto TA, Rosa MB, Neiva HM, Martins MAP. Erros de medicação. *Pharmacia Brasileira*. 2010; 74:1-24.
7. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H, et al. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2009; 169:894-900.
8. Voss R, Gardner R, Baier R, Butterfield K, Lehrman S, Gravenstein S. The care transitions intervention. *Arch Intern Med*. 2011;171:1232-7.
9. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP statement on the pharmacist's role in medication reconciliation. *Am J Health-Syst Pharm*. 2013; 70:453-6.
10. Institute for Healthcare Improvement. 5 Million Lives Campaign. How-to guide: prevent adverse drug events (medication reconciliation). [cited in 2014 Mar 20] Disponible in: <http://www.ihc.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx>
11. Manno MS, Hayes DD. Best-practice interventions: how medication reconciliation saves lives. *Nursing*. 2006; 36:63-4.
12. Pronovost P, Weast B, Schwarz M, Wyskiel RM, Prow D, Milanovich SN, et al. Medication reconciliation: a practical tool to reduce the risk of medication errors. *J Crit Care*. 2003; 18:201-5.
13. The Joint Commission. Hospital Accreditation Program 2009. Chapter : National Patient Safety Goals. [cited in 2014 Mar 20] Disponible in: <https://www.unhealthcare.org/site/Nursing/service/aircare/additionaldocuments/2009npsg>
14. Ketchum K, Grass CA, Padwojski A. Medication reconciliation: verifying medication orders and clarifying discrepancies should be standard practice. *Am J Nurs*. 2005; 105:78-85.
15. Christensen M, Lundh A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013. [cited in 2014 Mar 20] Disponible in: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008986.pub2/pdf>
16. Moriel MC, Pardo J, Catalá RM, Segura M. Estudio prospectivo de conciliación de medicación en pacientes de traumatología. *Farm Hosp*. 2008; 32:65-70.
17. Ministério da Saúde (Br). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): CNS; 2012.
18. Freitas IA, Nóra EA. Serviço de atendimento móvel de urgência: perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito com vítimas motociclistas. *Revista Enfermagem Integrada*. 2012; 5:1008-17.
19. Cabral APS, Souza WV, Lima MLC. Serviço de atendimento móvel de urgência : um observatório dos acidentes de transportes terrestre em nível local. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14:3-14.
20. Ministério da Saúde (Br). Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS [site de internet]. Internações por sexo segundo faixa etária, 2002. [citado em 20 mar 2014] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2003/d13.def>
21. Pinelli LAP, Mantadon AAB, Boschi A, Fais LMG. Prevalência de doenças crônicas em pacientes geriátricos. *Rev odonto ciênc*. 2005; 20:69-74.
22. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
23. Lyra Júnior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14:435-41.
24. Conselho Estadual do Idoso (RS). Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa. Porto Alegre (RS); 1997.
25. Lerário AC. Peculiaridades do tratamento no idoso com diabetes. In: Albuquerque R, Netto AP, editores. *Diabetes na prática clínica*. Sociedade Brasileira de Diabetes; 2011. p.221.
26. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med*. 2005; 165:424-9.
27. Galvin M, Jago-Byrne MC, Fitzsimons M, Grimes T. Clinical pharmacist's contribution to medication reconciliation on admission to hospital in Ireland. *Int J Clin Pharm*. 2013; 35:14-21.
28. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care*. 2006; 15:122-6.
29. Lessard S, Deyoung J, Vazzana N. Medication discrepancies affecting senior patients at hospital admission. *Am J Health-Syst Pharm*. 2006; 63:740-3.

30. Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, Rooney D, Barnard C, Noskin GA. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *Am J Health-Syst Pharm*. 2004; 61:1689-95.
31. Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, Wahlstrom SA, Brown BA, Tarvin E, et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. *Arch Intern Med*. 2006; 166:565-71.
32. Silva LD, Carvalho MF. Revisão integrativa da produção científica de enfermeiros acerca de erros com medicamentos. *Rev enferm UERJ*. 2013; 20:519-25.
33. Bates DW, Spell N, Cullen DJ, Burdick E, Laird N, Petersen LA, et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. *JAMA*. 1997; 277:307-11.
34. Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013; 158:397-403.