



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE FARMÁCIA

DENISE CRISTINA KLEIN

**Reconciliação Medicamentosa a importância do Farmacêutico Clínico no
Hospital: Revisão da Literatura**

Porto Alegre

2023

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FARMÁCIA
DENISE CRISTINA KLEIN

**Reconciliação Medicamentosa a importância do Farmacêutico Clínico no
Hospital: Revisão da Literatura**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Centro Universitário Ritter dos Reis como parte das exigências para obtenção do título de bacharel em Farmácia.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel C. F. Damin

Porto Alegre
2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, ao meu pai Arlindo, minha mãe Valesca e aos meus irmãos. Não poderia deixar de mencionar a importância do Renê em minha trajetória acadêmica. Seu apoio e incentivo foram imprescindíveis para que eu pudesse ter coragem de enfrentar os obstáculos e seguir em frente. Agradeço também a todos os professores que me acompanharam durante a graduação, em especial a Profa Isabel, responsável pela realização deste trabalho.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Resultados das prescrições médicas e das intervenções pelo farmacêutico.....	21
Figura 2. Resultado do estudo com 58 pacientes no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) em relação ao uso de medicamentos e omissão.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Análise fármaco terapêutica da prescrição.....	18-19
Tabela 2: Planilha de Registro de Intervenção Farmacêutica.....	20
Tabela 3: Planilha de intervenção farmacêutica diária.....	20

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IF - Intervenção Farmacêutica

HOUP – Hospital Universitário do Oeste do Paraná

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEP - Prontuário eletrônico do paciente

PR - Paraná

RM - Reconciliação Medicamentosa

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

SC – Santa Catarina

SUMÁRIO

1 RESUMO.....	9
2 ABSTRACT.....	
3 INTRODUÇÃO.....	10
4 METODOLOGIA.....	11
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	12
6 CONCLUSÃO.....	18
7 REFERÊNCIAS	19

ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA IBERO-AMERICANA DE HUMANIDADES,
CIÊNCIAS E EDUCAÇÃO

Reconciliação Medicamentosa a importância do Farmacêutico Clínico no Hospital: Revisão da Literatura

Denise Cristina Klein

¹Centro Universitário Ritter Dos Reis – UNIRITTER

*Acadêmico do curso de Graduação em Farmácia Centro Universitário Ritter dos Reis (UNIRITTER)

Endereço: Orfanatrofio, 555, Alto Teresópolis, 90840-440, Porto Alegre – RS – Brasil.

E-mail: deni.klein@hotmail.com

Telefone: (51) 997172830

1. RESUMO

A inserção do farmacêutico no ambiente clínico busca melhorar os cuidados com a farmacoterapia. Utilizando métodos como a Reconciliação Medicamentosa, este profissional busca diminuir índices de interações entre medicamentos e erros de prescrição. O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica para discutir sobre a avaliação da importância da reconciliação medicamentosa na prática da farmácia clínica em hospitais. O estudo trata de uma revisão de literatura realizada com busca de dados, considerando os estudos realizados em hospitais que oferecem o serviço de reconciliação medicamentosa no Brasil. Sobre as divergências encontradas nesta revisão, a omissão e dose errada foram as mais encontradas durante a avaliação. Concluindo-se que a reconciliação medicamentosa mostrou –se ser de suma importância na prática da farmácia clínica em hospitais no que se trata de segurança dos pacientes internados.

Palavras chaves: Reconciliação medicamentosa, farmacêutico clínico, segurança do paciente, farmácia clínica.

2. ABSTRACT

The insertion of pharmacists in the clinical environment seeks to improve pharmacotherapy care. Using methods such as Medication Reconciliation, this professional seeks to reduce rates of interactions between medications and prescription errors. The objective of this study is to conduct a literature review to discuss the evaluation of the importance of medication reconciliation in the practice of clinical pharmacy in hospitals. The study is a literature review carried out with data search, considering studies carried out in hospitals that offer medication reconciliation services in Brazil. Regarding the divergences found in this review, omission and wrong dose were the most common ones found during the evaluation. In conclusion, medication reconciliation has been shown to be of paramount importance in the practice of clinical pharmacy in hospitals with regard to the safety of hospitalized patients.

Keywords: Medication Reconciliation, Clinical Pharmacist, Patient Safety, Clinical Pharmacy.

3. INTRODUÇÃO

A farmácia hospitalar tem por finalidade garantir a qualidade na assistência ao paciente por meio de uso seguro e racional de medicamentos. Para que isto ocorra é necessário contar com farmacêuticos capacitados para que se tenha um bom funcionamento da Assistência Farmacêutica. A prestação de serviços da farmácia clínica consiste em avaliar as prescrições médicas quanto as reações adversas, interações medicamentosas, via de administração, ajustes de acordo com a função renal dentre outros.

A reconciliação medicamentosa é uma atividade que busca reduzir divergências da prescrição, como duplicidade ou omissões de medicamentos prevenindo erros de medicação. É descrita como um processo efetivo que busca avaliar através de uma lista de medicamentos que o paciente faz uso com as prescrições de admissão, transferência, ou alta médica, com objetivo de fornecer medicamentos corretos ao paciente durante sua internação. (IBES, 2017).

Essa lista deve incluir nome, dosagem, frequência e via de administração, e também deve ser avaliada com as prescrições médicas. Além disso, a reconciliação medicamentosa é uma ferramenta essencial a farmacoterapia, pois os hospitais atendem a muitos pacientes que utilizam medicamentos no seu domicílio e que devem ser reavaliados em cada atendimento realizado. Portanto, a equipe multidisciplinar deve trabalhar para obter uma única lista de medicamentos a ser registrada e obtida através de entrevista com o paciente no momento da admissão hospitalar, transferência ou alta.

De acordo com a RDC nº 585 de 29 de agosto de 2013 (BRASIL, 2013) constituir uma lista atualizada dos medicamentos faz parte das atribuições clínicas do profissional farmacêutico. Pois erros de prescrição são comuns no momento da admissão de pacientes nas unidades hospitalares. Portanto, a fim de reduzir esses erros durante a prescrição são atribuições clínicas do farmacêutico desenvolver, em colaboração com os demais membros da equipe de saúde, ações para promoção proteção e recuperação da saúde. Além de participar do planejamento e avaliação da farmacoterapia, para que o paciente utilize de forma segura os medicamentos de que necessita, nas doses, frequências, horários, via de administração e duração

adequados. Contribuindo dessa forma para que o mesmo tenha condições de realizar o tratamento e alcançar os objetivos terapêuticos.

A reconciliação medicamentosa é um processo formal no qual os profissionais de saúde trabalham em conjunto com os pacientes, familiares e cuidadores no intuito de que se transmitam informações seguras sobre o doente. Após coletar as informações é necessário realizar comparações entre os medicamentos que o paciente estava utilizando em domicílio e a prescrição farmacoterapêutica na transição do atendimento, para que se possa adequar o plano terapêutico de forma que o paciente tenha um cuidado completo e reduzindo divergências não intencionais. A reconciliação medicamentosa deve ser feita sempre que novos medicamentos são prescritos ou são refeitas prescrições já existentes, incluindo mudança de setor, serviço, médico ou nível de atendimento.

4. METODOLOGIA

Nesse estudo foi realizado uma revisão da literatura de artigos publicados nas bases de dados da Pubmed ,Scielo e google acadêmico, nos últimos 10 anos, em busca de trabalhos relacionados aos impacto da realização da reconciliação medicamentosa em hospitais. Para isto, foram utilizados os seguintes termos "reconciliação medicamentosa", "farmácia clínica", "segurança do paciente" e "farmacêutico clínico". A população do estudo foi definida como pacientes atendidos em hospitais que realizam o serviço de reconciliação medicamentosa. Desse escolha, foram selecionados 19 estudos (artigos científicos, trabalhos de conclusão de curso, legislação, etc.).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Implantação da Reconciliação Medicamentosa

De acordo com diversos autores encontrados na revisão bibliográfica, a implantação da Reconciliação Medicamentosa deve ser uma sequência de 8 etapas são elas:

1.Organização de equipe multiprofissional para desenvolvimento e avaliação da reconciliação de medicamentos, que poderá incluir um farmacêutico, um médico e um enfermeiro. Essas três categorias estão envolvidas na obtenção de histórico de medicamentos do paciente. (BARNSTEINER, 2008)

2.Padronização de instrumentos utilizados, como elaboração de questionário, para obtenção de informações dos medicamentos usados pelos pacientes, na admissão, internação e alta. A falta de padronização gera muitas vezes a duplicidade dos dados coletados por mais de um profissional ou ainda documentá-los em locais diferentes. (BARNSTEINER, 2008)

3.Definição de profissionais específicos para a reconciliação dos medicamentos no momento da admissão, transferência ou alta hospitalar, visando assegurar a exatidão da lista de medicamentos utilizados. Os farmacêuticos são os profissionais adequados para adquirir histórias de medicações e reconciliar divergências, devido a sua formação, experiência conhecimentos em farmacologia e habilidades em orientar pacientes. (KRIPALANE et al., 2007)

4.Fornecer treinamentos aos enfermeiros, farmacêuticos e médicos em reconciliação de medicamentos. Devem estar atentos para evitar possíveis erros de omissão e duplicação. (MATIAS, 2011)

5.Verificação do histórico de utilização de medicamentos, conferindo-os, conversando com pacientes, familiares e cuidadores, revendo os registros na admissão e checando com médicos, farmacêuticos e enfermeiros. A obtenção de uma lista completa de medicamentos, usados pelo paciente antes da internação, incluindo medicamentos sem receita e outros. Deve conter informações como nome do medicamento, indicação, dosagem, via de administração e medicamento recentemente encerrados. Essas informações devem ser registradas para que o farmacêutico possa comparar os medicamentos de uso prévio com os da prescrição, onde toda a divergência deve ser discutida com médico. (MARQUES, 2013)

6.Elaboração das listas dos medicamentos utilizados em casa, pelo paciente, claro e objetivo e padronizado. Durante a internação medicamentos de uso contínuo podem ser substituídos por decorrência de adaptação ao formulário terapêutico do hospital. Na alta deve-se avaliar o retorno do uso desses medicamentos. Caso de alterações na prescrição a reconciliação medicamentosa, podem incluir a interrupção de medicamentos considerados inadequados ou duplicados.

7.Reconciliação dos medicamentos em todos os pontos de transição do paciente incluindo mudança de leito, admissão, transferência entre unidades de internação e alta hospitalar.

8.Compartilhar os dados da avaliação da reconciliação medicamentosa, com toda a equipe que presta assistência ao paciente. As informações relevantes devem ser registradas, compartilhadas e colocadas em um local bem visível para facilitar a comparação com prescrições subsequentes. (KRIPALANI et al., 2007)

5.2. Reconciliação de Admissão

A reconciliação de admissão deve ser feita até 72h após a admissão do paciente na unidade de internação. Se não for possível contato direto para entrevista farmacêutica, verificar na evolução de enfermagem, evolução médica, sobre a utilização de medicamentos e comorbidades registrar no PEP - prontuário eletrônico do paciente informações coletadas.(HEMOPE, 2020)

Além disso, deve-se informar ao médico caso tenha medicamentos não reconciliados para inclusão na prescrição. E registrar na planilha de intervenção farmacêutica mensal se houver realização de intervenção.

5.2.1 Reconciliação de alta

A reconciliação de alta deve ser realizada através de avaliação da prescrição ambulatorial liberada pelo médico na alta e informações de comorbidades do PEP. Também deve-se orientar sobre todos os medicamentos prescritos e sobre possíveis reações adversas. E verificar se há orientação para acompanhamento ambulatorial. Além disso, a reconciliação de alta deve ser efetuada na visita diária e na sua impossibilidade através de contato telefônico com o paciente contatar com cuidador da família.

5.2.2. Reconciliação de transferência interna

Na reconciliação de transferência interna é necessário avaliar as prescrições das unidades envolvidas na transferência, verificando medicamentos e comorbidades antigas e novas do paciente.

Deve-se relatar a necessidade do paciente e de cada medicamento já prescrito. Após isto, deve-se contatar o médico através de telefone para informar, se teve necessidade de inclusão ou exclusão ou substituição de algum medicamento. (SOUZA et al, 2018)

5.2.3. Etapas de aplicação da reconciliação medicamentosa

A aplicação é separada em 3 etapas:

Etapa1 - Verificação Coleta de informações sobre os medicamentos; Etapa 2 - Confirmação medicamentos e dosagens prescritas; Etapa 3 - Reconciliação identificação das divergências entre os medicamentos prescritos em cada ponto de transição e intervenção junto ao médico. (MATIAS, 2011; FRIZON et al, 2014)

O conceito de RM surgiu em 2002 nos Estados Unidos e, em 2003, a Joint Commission International, incluiu a mesma como um dos objetivos para melhorar a segurança do paciente. (CIM, 2013) Portanto, a RM é um processo formal onde os profissionais da saúde trabalham em conjunto com os pacientes, familiares e cuidadores para que se obtenha informações seguras sobre o doente. (CIM,2013)

Durante o processo são identificados possíveis erros, inconsistências e interações medicamentosas, o que permite discussões para a melhoria da assistência ao paciente. O objetivo é reunir informações sobre medicamentos, como dose, via de administração, posologia, toxicidade, além de promover intervenções adequadas. A RM permite a identificação e comparação de todos os medicamentos utilizados em casa antes da internação com aqueles prescritos no decorrer da internação. (ANACLETO, 2010, FERRAZ,2015)

5.3 Intervenções Farmacêuticas

A intervenção farmacêutica, segundo o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, " *é um ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário e aos profissionais de saúde, que visa resolver ou prevenir problemas que interferem ou*

podem interferir na farmacoterapia, sendo parte integrante do processo de acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico." (OPAS, 2002)

Uma das principais atividades do farmacêutico é avaliação das prescrições médicas, realizando as intervenções quando o medicamento não consta na lista dos padronizados no hospital, sugerir ao médico a substituição por outro que consta na lista. A intervenção é fundamental para que se tenha a prevenção dos erros de medicamentos, a promoção do uso correto e racional, a diminuição do custo da terapia e o tempo de internação do paciente. (FERRACINI,2010) O uso indevido dos medicamentos é um problema de saúde pública e gera grandes consequências econômicas, quando usado adequadamente é um recurso terapêutico eficaz. (CARVALHO et al, 2009)

O farmacêutico realiza a monitorização terapêutica analisando a posologia, a interação do medicamento com outros fármacos, com alguma patologia, a via de administração e os efeitos adversos. Essa avaliação pode resultar em uma intervenção farmacêutica. (FARRE et al, 2000)

Também deve-se registrar as intervenções farmacêuticas, contatar a equipe médica para informar e propor a solução para a intervenção. Verificar se foi atendida ou não atendida e se houve justificativa. Registrar na planilha de intervenção farmacêutica se houver realização de IF. Após é realizada a análise fármaco terapêutica da prescrição como pode ser visto na tabela 1.

Tabela 1. Análise fármaco terapêutica da prescrição

Indicação medicamento	do Avaliar se o medicamento é o mais apropriado para condição do paciente. Avaliar se não há duplicidade de medicamento prescrito e se não tem necessidade de algum medicamento adicional.
Dose	Verificar se a dose prescrita está de acordo com a recomendada com a idade, peso e necessidade de ajustes para função renal.
Intervalo administração	de Calcular se os intervalos prescritos estão de acordo com a literatura e se o aprazamento é o mais indicado.

Vias de administração	Considerar características farmacocinéticas do medicamento, características clínicas do paciente e avaliar medicamentos prescritos por sonda.
Apresentação ou forma farmacêutica	Considerar idade do paciente, capacidade de deglutição e sonda. Adaptar sempre que possível a padronização do hospital.
Reconstituição, diluição, tempo de infusão	Avaliar se a reconstituição, diluição e tempo de infusão estão prescritas conforme recomendação da literatura para medicamentos injetáveis.
Estabilidade	Examinar se os medicamentos utilizados em multidoses tem estabilidade e se esta sendo conservada de forma correta.
Interações medicamentosas	Investigar interações fármaco-fármaco e fármaco nutriente, analisando o risco, conteúdo clínico e a forma de manipulação.
Incompatibilidade medicamentosa	Avaliar a compatibilidade físico-química entre os medicamentos injetáveis prescritos.

Do autor

Além dessa análise anterior também deve-se identificar medicamentos com potencial de dano hepático e avaliar diariamente se a função renal está normal. Caso tenha sido observado comprometimento da função hepática ou se o paciente já tem função hepática comprometida e precisa utilizar medicamentos que são metabolizados por via hepática, deve-se comunicar ao médico para ajuste de dose.(HEMOPE, 2020)

Também deve-se verificar os medicamentos com potencial dano renal e avaliar função renal se está normal. Após comunicar o médico caso precise algum ajuste de dose e acompanhar o paciente se estiver fazendo hemodiálise. Nesse estudo é necessário fazer uma planilha de registro de intervenção farmacêutica como o que esta exemplificado na tabela 2.

Tabela 2. Planilha de Registro de Intervenção Farmacêutica

Total de intervenções	Total
Aceitas	
Não aceitas com justificativas	
Não aceitas sem justificativas	

Do autor, adaptado de HEMOPE (2020)

Na tabela 3, esta apresentada a planilha de intervenção farmacêutica diária. Onde no cabeçalho deve contar o responsável o Responsável pelo preenchimento e o Responsável pelo preenchimento

Tabela 3. Planilha de intervenção farmacêutica diária

Itens	Total	Com justificativa	Sem justificativa	Não aceita
Dose				
Frequência				
Via de administração				
Duplicidade				
Alergia				
Ajuste dose função renal				
Interações medicamentosas				

Do autor, adaptado de HEMOPE (2020)

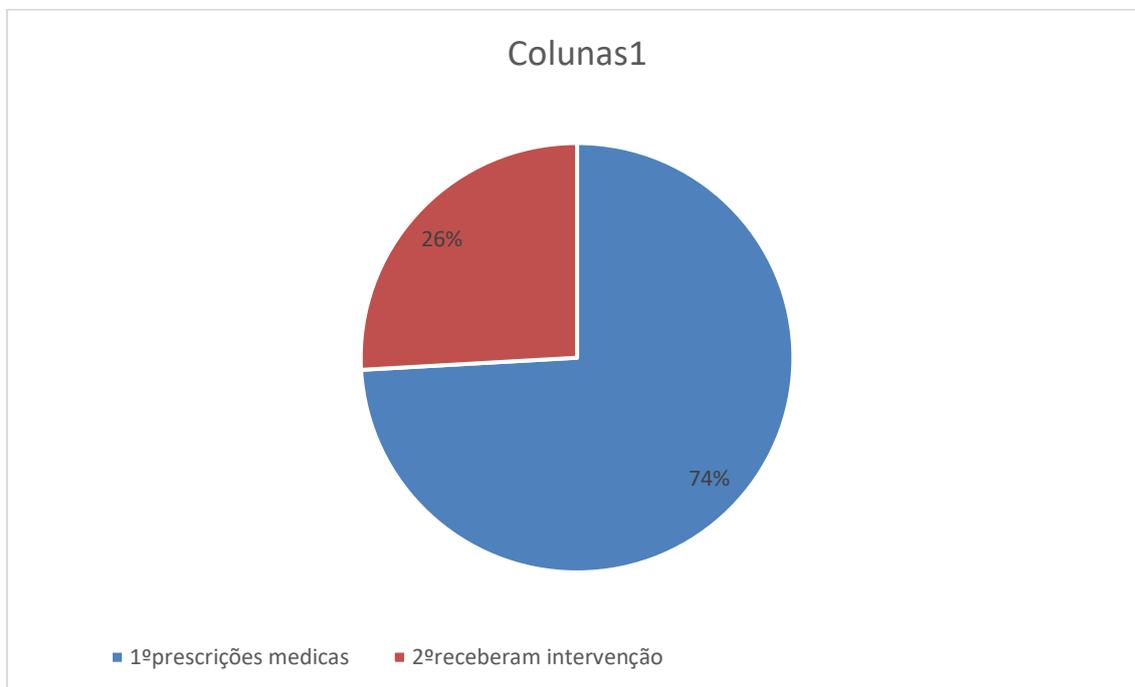
Além das intervenções farmacêuticas, outros benefícios incluem a promoção da integração das informações sobre os medicamentos, são eles: informações ao ajuste de dose de medicamentos em caso de insuficiência renal, idade ou peso, informações toxicológicas e farmacológicas, instruções sobre uso e substituição. (MIRANDA et al,2012)

5.4 Erros de medicação

Segundo Wannmacher (2005) em um estudo feito no Brasil, foi relatado que a maior parte dos erros de medicação está relacionada com doses, omissão e erros na admissão do paciente em hospitais. Já outro estudo feito no Brasil em 2012, por Miranda e colaboradores, mostra que parte significativa dos erros de medicação ocorre durante a fase de prescrição. Onde em ambos os contextos foram realizados algum tipo de intervenção.

Também destaca que a maior parte das intervenções teve uma boa aceitação pela equipe multiprofissional e uma melhora importante na terapia do paciente. Além disso, nesse trabalho também foi demonstrada a importância da atuação do farmacêutico clínico em um hospital. Além disso, o estudo relatou que, de 3.542 prescrições médicas 1.238 receberam alguma intervenção e que parte dos problemas foram identificadas na entrevista com o farmacêutico, figura 1.

Figura 1. Resultados das prescrições médicas e das intervenções pelo farmacêutico.



Do autor, adaptado de Miranda e colaboradores (2012)

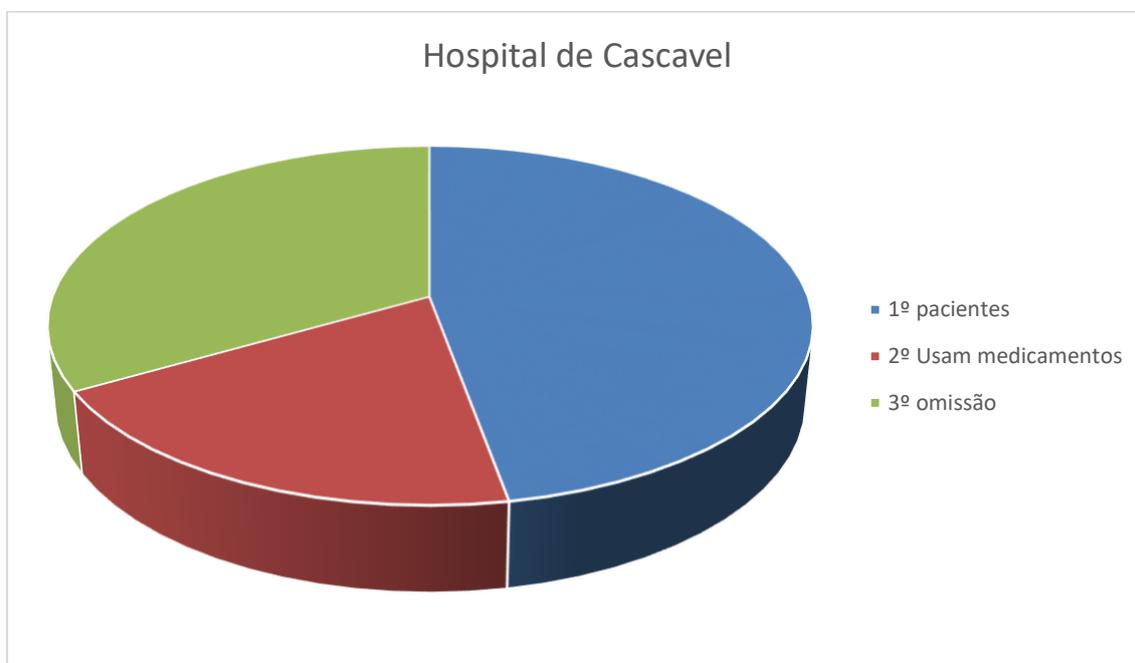
O estudo feito por Molina et al. (2015), em um hospital particular de Joinville - SC, teve participação de 143 pacientes e destes 91 receberam visita farmacêutica. Dos pacientes entrevistados foram reconciliados 354 medicamentos sendo detectado 186 divergências. Notou-se que 49% das divergências encontradas indicavam a decisão médica de não prescrever ou alterar a dosagem e posologia apropriada a saúde atual do paciente. Além desses fatores, o esquecimento de medicamentos em uso domiciliar, foi identificado em 24% dos casos, na maioria nos tratamentos de dislipidemia, polivitamínicos e suplementos.

Com os resultados dos estudos encontrados nessa revisão é possível comprovar que pacientes que tiveram intervenção de RM no seu tratamento, com apoio dos profissionais da equipe multidisciplinar conseguiram melhorar a qualidade de vida e identificar os erros. Além da diminuição do custo de terapia, pela diminuição de número de medicamentos utilizados por cada paciente.

Frizon et al. (2014) realizaram um estudo com 58 pacientes no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), na cidade de Cascavel no Paraná (PR), destes 41,3% (24) faziam uso de medicamentos em casa e foi neste grupo que se aplicou o formulário da RM, conforme o que está apresentado na figura 2. Também foram detectados 61 erros entre os medicamentos de uso prévio e os prescritos no hospital, dos quais 67,2% (41) estavam relacionados a omissão do fármaco utilizados pelo paciente e 29,5% (18) a medicamentos adicionais não necessários.

Entre os pacientes da reconciliação 62,5% (15) apresentavam pelo menos um tipo de divergência, e o grupo dos anti-hipertensivos foi o mais predominante com 32% (24) dos casos, seguido dos diuréticos e hipoglicemiantes orais com 9,3% (7) cada.

Figura 2. Resultado do estudo com 58 pacientes no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) em relação ao uso de medicamentos e omissão.



Do autor, adaptado de Frizon et al. (2014)

5.CONCLUSÃO

Ao fim desta revisão, é possível afirmar que a realização da reconciliação medicamentosa é uma ferramenta importante para diminuir os erros da medicação e aumentar a segurança do paciente. É essencial a presença do farmacêutico na RM para minimizar as chances dos pacientes serem afetados por erros de medicação e reações adversas tendo em vista que podem ser fatais. A inserção do farmacêutico na equipe multidisciplinar, atuando de forma mais efetiva, contribuindo para as discussões relacionadas com os medicamentos é imprescindível. A RM tem demonstrado ser uma poderosa ferramenta estratégica para reduzir os custos de tratamento e os riscos de danos ao paciente, ainda assim continua sendo um desafio implantá-la em muitos hospitais brasileiros. Pois barreiras como inexistência de um formulário padronizado, falta de tecnologia de informação para integração da informação nos diferentes níveis de atendimento ao paciente e a escolaridade limitada dos pacientes.

Desta forma essa área deve tornar-se prioritária no contexto do ambiente hospitalar, não só pelos cuidados prestados ao paciente e benefícios já apontados, mas também por favorecer a superação dessas barreiras, devendo para tanto priorizar o trabalho em equipe entre os vários profissionais de saúde que atuam neste contexto.

7 REFERÊNCIAS

Anacleto, T.A. et al. **Farmácia Hospitalar erros de medicação Pharmacia Brasileira** Jan./Fev 2010.

Barnsteiner J.H. **Medication Reconciliation in Hughes**, R.G.(org) Patient safety and quality na evidence-based handbook for na quality(US) Apr 2008.

CARVALHO et al, 2009 esta no texto mas não aqui nas referencias, colocar!

CIM. Centro de informação do medicamento. Reconciliação da medicação, um conceito aplicado ao hospital **Boletim do Cim ROF**, n.106, jan/mar 2013.

Brasil. Conselho Federal de Farmácia CFF **Resolução nº585, 29 de agosto de 2013 Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e da outras providências.**

FARRE et al, 2000 esta no texto mas não aqui nas referencias, colocar!

Ferraz, C.L.A.S A importância da Reconciliação Medicamentosa na internação Hospitalar. **Revista Especialize On –line IPOG, Goiania v.01,9, e ad,n.010, jul, 2015**

Ferracini, F.T et al. **Implantação e evolução da farmácia clínica** no uso racional de medicamentos em hospital terciário de grande porte Einstein.v.9,n.4,pt1,p.456-60, 2011.

Frizon F, Santos, et al. **Reconciliação de medicamentos em hospital universitário** Ver. Enfer UERJ 2014 Rio de Janeiro v.22,n.4,p.454-60 jul/ago 2014.

Hemope. **Protocolo de farmácia clínica** governo do estado de Pernambuco Fundação Hemope.versão,ano 00/2020. Disponível em: **Colocar o link.** Acessado em novembro de 2023.

IBES. Grupo IBES 26/06/2017. Disponível em: www.ibes.med.br. Acessado em novembro de 2023.

Joint Comission International. 2017. **Hospital Accreditation S tandards the Brazilian** constium of Accreditation of heath care Systems Rio de Janeiro vol 6 pp.296.

Kripalani,S, et al. **Defecits in communication on and information transfer hetwem** hospital-based and primary care physicians, implications for patient safety and comtimity of care jam,v,29,n,8,p 831-41, Feb. 2007.

Matias M.R. **Reconciliação da medicação no pós operatório da cirurgia ortopédica**, 2011 69f. Dissertação (ciências farmacêuticas) ciências da saúde universidade beira interior carvalho jum. 2011. Disponível em: **colocar o link**. Acessado em outubro de 2023.

Marques,L.F.G. **Uso de medicamentos e a segurança do paciente na interface entre hospital, atenção básica e domicílio**. 2013. 197f Dissertação (mestrado em ciências) Faculdade de saúde pública Universidade de São Paulo, 2013. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/ade-02042013-105600/pt-br.php>. Acessado em outubro de 2023.

Miranda,T.M.M et.al. **Intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico** na unidade de primeiro atendimento Einstein (on line) São Paulo,v.10,n.1,p74-78, 2012.

Molina,Silvia Cristina Soares et al. **Implantação do processo de reconciliação medicamentosa como barreira e o erro de medicação** no centro hospitalar Unimed Joinville, 2015.

OPAS, 2002. **esta no texto mas não aqui nas referencias, colocar!**

Souza, Bianca et al. Farmácia clinica hospitalar **A importância do contato entre farmacêutico e paciente. Práticas acadêmicas** e atenção a saúde, p.37, 2018.