

CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA: DA TEORIA À PRÁTICA CLÍNICA

Andreza Silva Sales¹;

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/5313039903640002>

Danielle Maciel Diniz²;

Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/4342307846944989>

Elayne Costa da Silva¹;

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/2212924159691872>

Leandra Marla Aires Travassos Viana²;

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/7138354149817328>

Neudimar Chagas Carvalho³;

Hospital Universitário Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/7745411699779323>

Mírian Brasil Magalhães de Oliveira⁴;

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/5246690677885465>

Ana Beatriz Azevedo Pereira⁵;

Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/2408128304376415>

Ludimyla Bezerra Souza⁶;

Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/7394877415085312>

Adrianne Moraes de Almeida Matos⁷;

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/4619642320425875>

Luciene Silva Sousa⁸;

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/8639192456593907>

Luna Mayra da Silva e Silva⁹;

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/2681502025315457>

RESUMO: A segurança do paciente, definida pela OMS como a minimização de riscos desnecessários em cuidados de saúde, é uma temática crucial no ambiente hospitalar. Apesar de ter raízes no antigo postulado de Hipócrates, “Primum non nocere” (primeiro, não causar dano), a questão continua extremamente relevante. De acordo com a ANVISA, os Eventos Adversos a Medicamentos (EAMs) são uma preocupação crescente, com mais de 56 mil notificações em 2024. Esses eventos, que geram danos aos pacientes e um alto custo financeiro, são frequentemente causados por falhas processuais, erros de medicação e problemas de comunicação. Para mitigar esses problemas, o Brasil criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que inclui protocolos como o de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Dentro desse protocolo, a Reconciliação Medicamentosa (RM) se destaca como uma ferramenta fundamental, sendo o farmacêutico o profissional ideal para sua execução. A RM é o processo de criar uma lista precisa dos medicamentos que um paciente usa e compará-la com a prescrição hospitalar, visando identificar e resolver discrepâncias. Essas discrepâncias, principalmente as não intencionais, podem levar a EAMs. O processo de RM segue o mnemônico “3C’s”: coleta (da história completa de medicamentos do paciente), checagem (da lista com a prescrição atual) e comunicação (com a equipe de saúde sobre as correções). Estudos mostram que a RM, quando liderada por farmacêuticos, reduz significativamente as discrepâncias, os EAMs e as taxas de readmissão hospitalar. Em suma, a reconciliação medicamentosa é um pilar da segurança do paciente. O farmacêutico desempenha um papel central ao identificar e resolver discrepâncias, garantindo o uso racional dos medicamentos. É essencial que as instituições de saúde integrem essa prática em suas rotinas para aprimorar os resultados clínicos e a segurança do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente. Reconciliação Medicamentosa. Farmacêutico

MEDICATION CONCILIATION: FROM THEORY TO CLINICAL PRACTICE.

ABSTRACT: Patient safety, defined by the WHO as the minimization of unnecessary risks in healthcare, is a crucial issue in the hospital environment. Despite its roots in Hippocrates' ancient tenet, "Primum non nocere" (first, do no harm), the issue remains extremely relevant. According to ANVISA, Adverse Drug Events (ADEs) are a growing concern, with more than 56,000 reports in 2024. These events, which cause harm to patients and a high financial cost, are often caused by procedural failures, medication errors, and communication issues. To mitigate these issues, Brazil created the National Patient Safety Program (PNSP), which includes protocols such as the one for Safety in Medication Prescription, Use, and Administration. Within this protocol, Medication Reconciliation (MR) stands out as a fundamental tool, with the pharmacist being the ideal professional to implement it. Medication reconciliation (MR) is the process of creating an accurate list of a patient's medications and comparing it to the hospital prescription to identify and resolve discrepancies. These discrepancies, especially unintentional ones, can lead to ADEs. The MR process follows the "3Cs" mnemonic: collection (of the patient's complete medication history), verification (of the list with the current prescription), and communication (with the healthcare team about corrections). Studies show that MR, when led by pharmacists, significantly reduces discrepancies, ADEs, and hospital readmission rates. In short, medication reconciliation is a pillar of patient safety. The pharmacist plays a central role in identifying and resolving discrepancies, ensuring rational medication use. It is essential that healthcare institutions integrate this practice into their routines to improve clinical outcomes and patient safety.

KEY-WORDS: Patient Safety. Medication Reconciliation. Clinical Pharmacist.

INTRODUÇÃO

Definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a ação de reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, a Segurança do Paciente é uma temática cada vez mais importante e atual no contexto hospitalar, embora seu entendimento venha de milhares de anos atrás quando Hipócrates (460 a 370 a.C.) cunhou o postulado *Primum non nocere*, que significa - primeiro não cause o dano (OMS, 2021).

Indo de encontro ao postulado do Pai da Medicina, os eventos adversos a medicamentos (EAM), definido como "qualquer ocorrência médica indesejável que pode ocorrer durante o tratamento com um medicamento, sem necessariamente possuir uma relação causal com este tratamento" foram responsáveis por 56.555 notificações em 2024, de acordo com Agência Nacional de Vigilância Nacional - ANVISA (BRASIL, 2024).

O impacto desses EAMs vai além dos danos diretos ao paciente, impondo um significativo ônus financeiro aos sistemas de saúde. Tais ocorrências são multifatoriais, sendo frequentemente causadas por falhas processuais, infraestrutura inadequada, erros de medicação e lacunas na comunicação entre a equipe e os pacientes (OMS, 2024).

Diante disso, foi criado por meio da Portaria nº 529 de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP visando contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional e estabelece que um conjunto de protocolos básicos definidos pela OMS deva ser elaborado e implantado. Um desses protocolos é o de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, no qual a Reconciliação Medicamentosa (RM) figura como um ponto importante desse cuidado e tem o farmacêutico como profissional qualificado para contribuir e atuar nesse processo (BRASIL, 2013).

Considerando a ausência de uma definição consistente de RM, PENM et al. (2019) através da metodologia Delphi e de um painel internacional de especialistas conseguiram obter consenso e conceituá-la como “a criação de uma lista mais precisa possível de todos os medicamentos que um paciente está tomando e comparar essa lista com a da prescrição. Além disso, as alergias do paciente, histórico e efeitos adversos dos medicamentos e medicamentos auxiliares são listados com o objetivo de fornecer medicamento para o paciente em todos os pontos de transição dentro do sistema de saúde”.

A RM tem por objetivo a identificação e resolução de discrepâncias, isto é, qualquer diferença verificada entre os medicamentos de uso contínuo do paciente anterior à internação e aqueles que constam na prescrição hospitalar. São classificadas como discrepância intencional, discrepância intencional não documentada e discrepância não intencional, sendo esta um possível erro de medicação que pode propiciar a ocorrência de EAM e, portanto, o alvo da RM (MENDES et al., 2016).

A discrepância intencional é aquela em que o prescritor faz uma escolha intencional de adicionar, alterar ou descontinuar um medicamento e sua decisão é documentada. Esse registro não acontece na discrepância intencional não documentada, gerando confusão, exigindo trabalho extra e podendo levar a EAM, e a discrepância não intencional, por sua vez, é aquela em que o prescritor alterou, adicionou ou omitiu involuntariamente um medicamento que o paciente estava tomando antes da admissão (DORNELES et. al., 2020).

Nesse sentido, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 585, de 29 de agosto de 2013 que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico inclui, entre elas, a elaboração de uma lista atualizada e conciliada de medicamentos em uso pelo paciente durante os processos de admissão, transferência e alta entre os serviços e níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2013), sendo assim, uma forma de promover a segurança do paciente e o uso racional de medicamentos (LIRA & OLIVEIRA, 2021).

Na prática clínica, o processo de conciliação de medicamentos pode ser compreendido por meio do mnemônico “3C’s”, onde cada “C” simboliza uma das três fases fundamentais

da conciliação: coleta (consiste em reunir a história mais completa possível sobre o uso de medicamentos do paciente, referida em inglês como Best Possible Medication History - BMHP), checagem (a BMHP coletada é confrontada com as prescrições atuais do paciente, sendo o momento crucial para identificar e corrigir qualquer diferença não intencional na terapia medicamentosa) e comunicação (nesta fase final, todas as divergências não intencionais que foram detectadas e corrigidas precisam ser comunicadas à equipe de saúde que está cuidando do paciente) (SILVESTRE & JUNIOR, 2018).

Logo, objetivou-se com este trabalho descrever, de forma detalhada, o processo de reconciliação medicamentosa, incluindo suas etapas e procedimentos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico-descritivo, de abordagem qualitativa, que descreve a atividade de reconciliação medicamentosa com base na literatura científica disponível e em diretrizes de segurança do paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Discrepâncias, erros de medicação, taxas de readmissão, visitas ao setor de emergência e mortalidade foram os desfechos avaliados na maioria das revisões sistemáticas analisadas por Laet & Rezende (2023). O resultado do estudo evidenciou que o serviço de RM diminuiu a frequência dos desfechos avaliados ficando evidente a necessidade de realizar esse serviço durante as transições de cuidado para garantir a segurança do paciente.

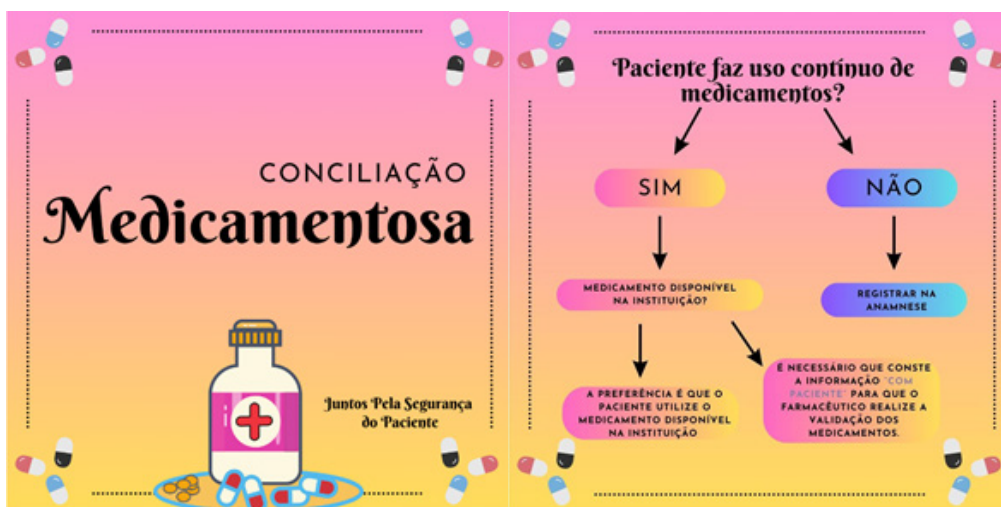
Nesse contexto, a RM mostra-se um importante recurso para identificação de discrepâncias na transição de cuidado e as intervenções farmacêuticas a partir das discrepâncias encontradas, conseguem mitigar erros de medicação e possíveis eventos adversos, aumentando a segurança do paciente (CANDIDO et al., 2023).

Uma revisão sistemática e metanálise de Mekonnen et al. (2016) demonstrou a importância da RM na segurança do paciente. O estudo concluiu que a RM, especialmente quando conduzida por farmacêuticos, é eficaz na redução de discrepâncias e eventos adversos, confirmando seu papel como uma intervenção-chave para diminuir erros e melhorar a comunicação entre as equipes de saúde.

A educação continuada sobre o processo de RM é uma etapa crucial, especialmente para novos profissionais, como médicos residentes. Para isso, a realização de palestras e treinamentos, com o apoio de ferramentas de suporte, como folders e materiais educativos - conforme modelo apresentado na figura 1 - para facilitar a compreensão e a adesão ao processo é fundamental. Essa abordagem educativa, que demonstra a capacidade de produzir melhorias substanciais na prática da RM, pode reduzir as discrepâncias não

intencionais e potenciais danos aos pacientes, conforme evidenciado no trabalho de Dong et al. (2022).

Figura 1: Modelo de folder sugerido para ser entregue aos profissionais residentes médicos.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A RM deve ser realizada, preferencialmente, em até 48 horas após admissão hospitalar do paciente e pode ser realizada por meio de um instrumento como o sugerido na Figura 2.

Figura 2. Instrumento sugerido para coleta de dados da RM.

DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE: _____			
DATA DE NASCIMENTO: _____	PRONTUÁRIO: _____	LEITO: _____	
DIAGNÓSTICO: _____			
HISTÓRICO CLÍNICO			
COMORBIDADES: _____		ALERGIA MEDICAMENTOSA: _____	
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: _____			
RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA			
MEDICAMENTO	POSOLOGIA	CONCILIADO EM PRESCRIÇÃO?	DISCREPÂNCIA
_____	_____	SIM () NÃO ()	I () NI () AUSENTES ()
_____	_____	SIM () NÃO ()	I () NI () AUSENTES ()
INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA: _____			

Fonte: Elaborado pelos autores.

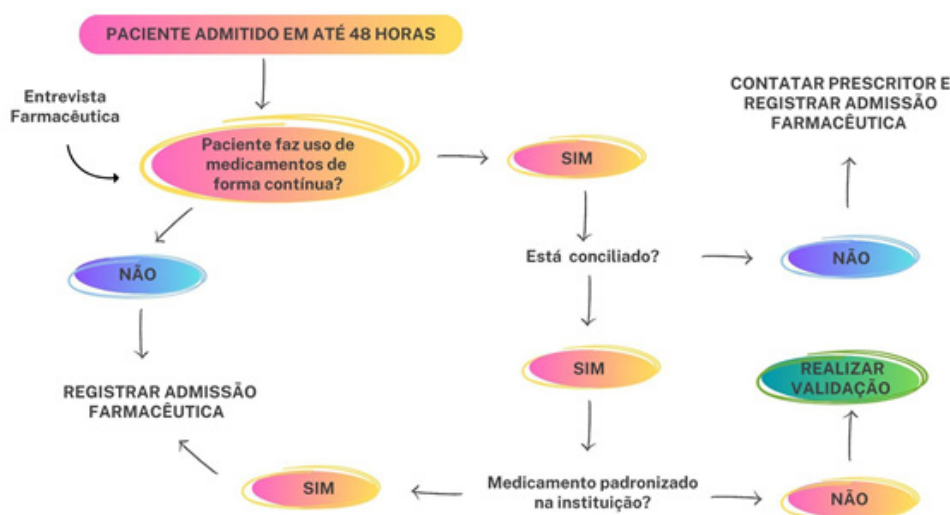
Esse processo consiste em coletar informações através do prontuário do paciente e por meio de entrevista farmacêutica a beira-leito, a fim de levantar informações sobre uso contínuo de medicamentos. O próximo passo é elaborar a lista de medicamentos e verificar

se estão conciliados ou não em prescrição. Caso seja identificada alguma discrepância na prescrição, entra-se em contato com prescritor para avaliar se a discrepância é intencional ou não e realizar intervenções farmacêuticas, se necessário.

Considerando que o paciente faça uso contínuo de medicamentos que sejam padronizados na instituição, estejam com estoque disponível e conciliados, o paciente deve ser orientado a guardar seus medicamentos e não os utilizar durante a internação, até segunda ordem médica.

Nos casos em que o medicamento não é padronizado na instituição ou padronizado com estoque indisponível, e que forem conciliados, a orientação é que o paciente utilize seus próprios medicamentos. Para isso, uma observação em cada medicamento em que isso se aplica deve ser incluída, como por exemplo, “com paciente”. Todos os medicamentos que o paciente estiver em posse e que serão utilizados na instituição deverão ser validados. Um modelo de fluxo de RM está descrito na Figura 3.

Figura 3. Modelo de fluxo do processo de RM.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A validação consiste em verificar validade, lote, quantidade, integridade da embalagem e forma farmacêutica do medicamento, atestando se estão ou não em condições adequadas para o uso. Nesse momento, é preenchido o Termo de Ciência, Acordo e Validação de Medicamentos de Uso Contínuo de Propriedade do Cliente (Figura 4) em 3 vias (1ª via entregue ao paciente, 2ª via no prontuário físico juntamente com a anamnese farmacêutica e 3ª via disponível em arquivo interno para fins de auditoria e farmacovigilância).

Figura 4: Termo de Ciência, Acordo e Validação para Validação de Medicamentos

TERMO DE CIÊNCIA, ACORDO E VALIDAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO DE PROPRIEDADE DO CLIENTE

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ LEITO: _____

MEDICAMENTO	QUANTIDADE	LOTE E VALIDADE	VALIDAÇÃO DO FARMACÊUTICO
_____	_____	_____	() Adequado para o uso () Inadequado para o uso
_____	_____	_____	() Adequado para o uso () Inadequado para o uso

Estou ciente e de acordo que os medicamentos que foram trazidos por mim e que não utilizarei no hospital serão devidamente guardados por mim e não irei tomá-los até uma segunda orientação.

() Sim () Não () Não se aplica

Estou ciente e de acordo que os medicamentos trazidos por mim e que estão inapropriados para o uso (deteriorados ou vencidos) não devem ser utilizados e sim descartados.

() Sim () Não () Não se aplica

Estou ciente e de acordo que os medicamentos trazidos por mim serão administrados de acordo com a prescrição médica, sob a supervisão da enfermagem, e serão guardados por ela (quando internado em Unidade de Terapia Intensiva-UTI) ou serão guardados por mim (quando internado em enfermaria).

() Sim () Não () Não se aplica

Assinatura do Paciente _____ Assinatura do Responsável Legal _____ Assinatura do Farmacêutico _____

DATA: / /

1ª via- Paciente
2ª via- Hospital
3ª via- Farmácia

Fonte: Elaborado pelos autores.

A principal discrepância identificada no trabalho de Sousa, Tofani e Martins (2022) foi a de omissão/necessidade de adição de um medicamento (81,5%). O estudo de Carneiro et al. (2023) identificou uma alta frequência de discrepâncias de medicamentos, em sua maioria não intencionais (90%). O principal tipo de erro observado também foi a omissão de medicamentos, reforçando a necessidade de intervenções que previnam falhas na continuidade do cuidado.

Quase metade dos pacientes (41%) apresentou, no mínimo, um erro de medicação na admissão hospitalar, no trabalho realizado por Fernandes et al. (2023). Dentre esses erros, a omissão foi a mais comum (45%). Esses achados são alarmantes, pois 58% dos erros poderiam ter causado danos significativos aos pacientes caso não tivessem sido detectados.

A atuação clínica do farmacêutico em conjunto com a equipe multiprofissional, favorece a mitigação dos possíveis erros na reconciliação medicamentosa, aumento da segurança do paciente e garante maior efetividade da terapia proposta no momento da transição do cuidado (VIEIRA E SOUSA, 2025).

Além disso, os serviços liderados por farmacêuticos melhoraram a continuidade do atendimento a pacientes idosos. A implementação de um processo de reconciliação estruturado resolveu com sucesso discrepâncias e reduziu a readmissões hospitalares, bem como as visitas ao pronto-socorro 30 dias após a alta. Isso descreve o potencial de economia de custos de saúde (HAMMAD et al., 2025).

A revisão sistemática de Botelho et al. (2023) reforça o papel vital do farmacêutico na segurança do paciente. A pesquisa destaca que a inclusão deste profissional na equipe de

saúde é crucial, pois sua atuação é fundamental para a prevenção de resultados adversos. Ao detectar e resolver discrepâncias relacionadas à conciliação de medicamentos, o farmacêutico contribui significativamente para um cuidado mais seguro e eficaz.

CASO 1

Paciente idoso com insuficiência cardíaca

Na admissão farmacêutica do Sr. João, de 78 anos, internado por uma descompensação de insuficiência cardíaca, o farmacêutico iniciou a conciliação medicamentosa. O paciente relatou usar em casa Furosemida 40 mg, Metoprolol 50 mg, Varfarina 5 mg e Sinvastatina 20 mg. **Ao comparar essa lista com a prescrição médica de admissão, o farmacêutico identificou a omissão do Metoprolol e a inclusão de Losartana 50 mg, um novo medicamento.** Percebendo que a falta do betabloqueador (Metoprolol) poderia levar a uma desestabilização grave da condição do paciente, o farmacêutico agiu proativamente. Ele contactou imediatamente a equipe médica para alertar sobre a discrepância e sugerir a reinclusão do Metoprolol na prescrição, além de questionar a necessidade do novo medicamento. A intervenção direta e rápida do farmacêutico foi fundamental para garantir a continuidade do tratamento crônico do Sr. João e evitar que um erro de transcrição na admissão hospitalar causasse um evento adverso grave, reafirmando a importância da reconciliação medicamentosa na segurança do paciente.

CASO 2

Paciente com medicamento não padronizado na instituição

No momento da admissão farmacêutica, o farmacêutico entrevistou Dona Ana, de 68 anos, internada para uma cirurgia de catarata. A paciente informou o uso contínuo de losartana 50mg, 12/12h e Atorvastatina 20 mg, 1 vez ao dia. A equipe médica prescreveu a losartana disponível na instituição e a Atorvastatina, indicando que o medicamento da paciente seria usado. **O farmacêutico realizou a validação da atorvastatina que a paciente trouxe, verificando a validade, as condições de armazenamento e a integridade dos comprimidos.** Após confirmar que o medicamento estava adequado para o uso, o farmacêutico preencheu o Termo de Ciência, Acordo e Validação. Esse documento formaliza a comunicação com a equipe de enfermagem, informando que o medicamento trazido pela paciente foi inspecionado, validado e está liberado para ser administrado conforme a prescrição médica. Essa intervenção foi crucial para a continuidade terapêutica, assegurando que Dona Ana continuasse a usar o medicamento correto.

CASO 3

Paciente com picos hipertensivos por falta de conciliação

No momento da admissão de Dona Helena, 72 anos, para uma cirurgia de hérnia, a equipe de enfermagem verificou que a paciente apresentava picos de pressão arterial elevados, mesmo após a administração dos medicamentos pré-operatórios. O farmacêutico entrevistou a paciente e sua família, que informaram que Dona Helena fazia uso contínuo de Lisinopril 20 mg para tratar sua hipertensão, mas a medicação não havia sido registrada na prescrição médica de admissão. **O farmacêutico identificou imediatamente a discrepância: a omissão de um medicamento vital de uso contínuo.** Ele verificou que o medicamento não é padronizado na instituição e que a paciente não fez uso do seu medicamento. Ele comunicou a omissão à equipe médica, explicando que a falta do Lisinopril era a provável causa dos picos hipertensivos. A equipe médica ajustou a prescrição, incluindo o Lisinopril. O farmacêutico então orientou a enfermagem sobre a necessidade de administrar o medicamento da paciente, que foi devidamente validado, e monitorar a pressão arterial para garantir que se estabilizasse. O caso demonstra como a ausência de conciliação pode levar a problemas clínicos imediatos e como a intervenção farmacêutica é crucial para a segurança do paciente e o sucesso do tratamento.

CONCLUSÃO

A reconciliação medicamentosa é um pilar da segurança do paciente, sendo sua eficácia amplamente documentada na literatura mundial. O farmacêutico clínico desempenha um papel fundamental nesse processo ao meticulosamente identificar e resolver discrepâncias em listas de medicamentos, um passo crítico para a prevenção de erros de medicação. A expertise desse profissional não se limita à identificação de problemas, mas se estende à garantia do uso racional de medicamentos e à minimização de danos, solidificando sua posição como um elo vital na cadeia de cuidados de saúde.

É imperativo que as instituições de saúde reconheçam o valor da reconciliação medicamentosa e integrem essa atividade em suas rotinas. A implantação da RM não é apenas uma recomendação; é uma prática essencial para aprimorar os resultados clínicos e a segurança. Espera-se que a conscientização sobre o papel indispensável do farmacêutico e os benefícios da RM, conforme apresentados neste trabalho, estimulem sua adoção e contribuam para a melhoria contínua dos serviços de saúde.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

BOTELHO, A. M. dos S.; BARROSO, G. F. C.; COLARES, M. C. da S.; BRANDÃO, R. da S.; CARDOSO, T. C.; DA SILVA, W. L. A IMPORTÂNCIA DE INSERIR E DESENVOLVER A RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA NOS HOSPITAIS: REVISÃO SISTEMÁTICA. **REVISTA FOCO**, [S. l.], v. 16, n. 11, p. e3600, 2023. DOI: 10.54751/revistafoco.v16n11-081. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/3600>. Acesso em: 16 ago. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Gerência-Geral de Monitoramento de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária. Monitoramento pós-mercado: boletim informativo: 1ª ed., v. 2, ano 3, dez. 2024. Brasília, DF. Disponível em: <https://bibliotecadigital.anvisa.gov.br/jspui/bitstream/anvisa/16244/1/Boletim%20Informativo%20de%20Monitoramento%20P%c3%b3s-Mercado%20-%201%c2%ba%20Edi%c3%a7%c3%a3o-2025.pdf>. Acesso em: 15/08/2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, v. 150, n. 62, p. 43-44, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Dispõe sobre regulamentação das atribuições clínicas do

farmacêutico e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 18 ago 2025.

CANDIDO, S. H. S, BADIN, R. C., PEREIRA, V. N., DE ANDRADE, G. P. V., CAMPESE, M., & DALMOLIN, T. V. CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: ESTRATÉGIA DE SEGURANÇA EM PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, [S. l.], v. 27, n. 9, p. 5004-5016, 2023. DOI: 10.25110/arqsaude.v27i9.2023-008. Disponível em: <https://unipar.openjournalso-lutions.com.br/index.php/saude/article/view/10466>. Acesso em: 15 ago. 2025.

CARNEIRO, A. L. C. Reconciliação medicamentosa na admissão e orientação farmacêutica na alta em hospital de pequeno porte no Paraná. 2023. 35 f. Dissertação (mestrado em Assistência Farmacêutica) - Universidade Estadual de Maringá, 2023, Maringá, PR.

DONG, P. T. X., PHAM, V. T. T., NGUYEN, L. T., LE, A. V., NGUYEN, T. T., VU, H. D., ... & LI, S. C. Impact of pharmacist-initiated educational interventions on improving medication reconciliation practice in geriatricinpatients during hospital admission in Vietnam. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 47, n. 12, p. 2107-2114, 2022.

DORNELES J, SANTOS CO, LIMA LH, BLATT CR. Medication reconciliation in admission hospitalization: retrospective study. **Journal of Hospital Pharmacy and Health Services**, v. 11, n. 2, p. 397-397, 2020.

FERNANDES, M. R.; LIRA, A. R. P.; MORENO, G. T. A.; VELOSO, R. C. S. G.; SILVEIRA, L. P.; FERNANDES, B. D.; CHEMELLO, C. Reconciliação de medicamentos e potencial de dano dos erros de medicação na admissão hospitalar de pacientes pediátricos. **Revista Contexto & Saúde**, [S. l.], v. 23, n. 47, p. e13327, 2023. DOI: 10.21527/2176-7114.2023.47.13327. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/13327>. Acesso em: 16 ago. 2025.

HAMMAD, E. A., KHALED, F., SHAFAMRI, M., AMIREH, B. A., ARABYAT, R., & ABU-FARHA, R. K. Impacts of pharmacist-led medication reconciliation on discrepancies and 30-days post-discharge health services utilization in elderly Jordanians. **PLoS One**, v. 20, n. 4, p. e0320699, 2025.

LAET, W. G.; REZENDE, C. de P. Conciliação Medicamentosa no Âmbito Hospitalar: Uma Revisão de Revisões/Medication Reconciliation in the Hospital Environment: A Review of Reviews. **Saúde em Foco**, v. 10, n. 1, p. 33-48, 2023.

LIRA, C. B. C. de; OLIVEIRA, V. M. de. A importância da conciliação medicamentosa na prática da farmácia clínica em hospitais the importance of drug conciliation in the practice of clinical pharmacy in hospitals. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 9, p. 89345-89355, 2021.

MEKONNEN, A. B., MCLACHLAN, A. J., & JO-ANNE, E. B. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. **BMJ open**, v. 6, n. 2, p. e010003, 2016.

MENDES, Antonio E. et al. Medication reconciliation at patient admission: a randomized controlled trial. **Pharmacy Practice (Granada)**, v. 14, n. 1, p. 0-0, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Geneva: WHO; 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Patient Safety Fact File*. Geneva, 2024.

PENM, Jonathan; VAILLANCOURT, Régis; POULIOT, Annie. Defining and identifying concepts of medication reconciliation: an international pharmacy perspective. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 15, n. 6, p. 632-640, 2019.

SILVESTRE, C. C.; JUNIOR, D. L. Os três C-s da conciliação de medicamentos: realidade e perspectivas. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 9, n. 1, 2018.

SOUSA, A. R. N. de .; TOFANI, A. A. .; MARTINS, C. L. . Perfil das Discrepâncias Obtidas por meio da Conciliação Medicamentosa em Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 68, n. 1, p. e-211660, 2022. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n1.1660. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1660>. Acesso em: 16 ago. 2025.

VIEIRA, F. L.; SOUZA, S. R. de. Do hospital para o domicílio: acompanhamento farmacoterapêutico do idoso na transição de cuidados. **REVISTA DELOS**, [S. l.], v. 18, n. 67, p. e4958, 2025. DOI: 10.55905/rdelosv18.n67-015. Disponível em: <https://ojs.revistadelos.com/ojs/index.php/delos/article/view/4958>. Acesso em: 16 ago. 2025.