

**RECONCILIAÇÃO
MEDICAMENTOSA E
ORIENTAÇÃO
FARMACÊUTICA NA ALTA
HOSPITALAR COMO
ESTRATÉGIAS DE
SEGURANÇA DO PACIENTE:
O PAPEL DO
FARMACÊUTICO CLÍNICO
NAS TRANSIÇÕES DO
CUIDADO**

**MEDICATION RECONCILIATION AND PHARMACEUTICAL DISCHARGE
COUNSELING AS PATIENT SAFETY STRATEGIES: THE ROLE OF THE
CLINICAL PHARMACIST IN TRANSITIONS OF CARE**

Ciências da Saúde • 29/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/793154912](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/793154912)

Bruno Henrique Theodoro de Souza¹

RESUMO

Este artigo discute o papel do farmacêutico clínico na reconciliação medicamentosa e na orientação farmacêutica de alta hospitalar como estratégias de segurança do paciente nas transições do cuidado. Erros de medicação figuram entre os eventos adversos evitáveis mais frequentes no ambiente hospitalar, sendo agravados pela fragmentação da informação entre a admissão, a transferência entre unidades e a alta. A reconciliação medicamentosa, recomendada pela Organização Mundial da Saúde e incorporada ao Programa Nacional de Segurança do Paciente, consiste na obtenção de uma lista fidedigna dos medicamentos em uso pelo paciente e na sua comparação sistemática com a prescrição hospitalar, permitindo identificar e corrigir discrepâncias não intencionais. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, construída a partir de artigos indexados em bases nacionais e internacionais, de normativas do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Farmácia e de documentos técnicos de organismos de segurança do paciente, publicados majoritariamente entre 2012 e 2026. Os achados indicam que a reconciliação conduzida por farmacêuticos reduz de forma consistente as discrepâncias medicamentosas, mas que a redução de reinternações e de visitas a serviços de emergência depende de sua associação a outras intervenções, como a orientação estruturada na alta hospitalar. Conclui-se que a atuação clínica do farmacêutico ao longo de toda a linha do cuidado hospitalar constitui elemento central para a segurança do paciente, exigindo protocolos institucionais formalizados, integração com prontuário eletrônico e dimensionamento adequado de equipes.

Palavras-chave: Reconciliação medicamentosa; Segurança do paciente; Farmácia clínica; Assistência farmacêutica; Transição do cuidado.

ABSTRACT

This article discusses the role of the clinical pharmacist in medication reconciliation and pharmaceutical discharge counseling as patient safety strategies during transitions of care. Medication errors are among the most frequent preventable adverse events in hospital settings, worsened by information fragmentation across admission, inter-unit transfer and discharge. Medication reconciliation, recommended by the World Health Organization and incorporated into Brazil's National Patient Safety Program, consists of obtaining an accurate list of the medications a patient is using and systematically comparing it with the hospital prescription, allowing unintentional discrepancies to be identified and corrected. This is a narrative literature review, built from articles indexed in national and international databases, regulations issued by the Brazilian Ministry of Health and the Federal Council of Pharmacy, and technical documents from patient safety organizations, published mostly between 2012 and 2026. The findings indicate that pharmacist-led reconciliation consistently reduces medication discrepancies, although reductions in readmissions and emergency visits depend on combining it with other interventions, such as structured discharge counseling. It is concluded that clinical pharmacist involvement throughout the hospital care pathway is a central element for patient safety, requiring formal institutional protocols, integration with electronic health records and adequate staffing.

Keywords: Medication reconciliation; Patient safety; Clinical pharmacy; Pharmaceutical care; Transitions of care.

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente consolidou-se, nas últimas duas décadas, como um dos eixos centrais da qualidade assistencial em saúde. Em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o terceiro desafio global de segurança do paciente, intitulado Medication Without Harm, reconhecendo os erros de medicação como uma das principais causas evitáveis de dano ao paciente em todo o mundo (Organização Mundial da Saúde, 2017). No Brasil, esse movimento foi institucionalizado pela Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e pelo Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, elaborado em parceria entre o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Fundação Oswaldo Cruz e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

A magnitude do problema é expressiva. Em revisão sistemática com metanálise de 70 estudos e 337.025 pacientes, Panagioti et al. (2019) estimaram que 6% dos pacientes submetidos a cuidados médicos sofrem dano evitável, dos quais 12% são graves ou levam ao óbito, e que os incidentes relacionados a medicamentos respondem por cerca de 25% de todo o dano evitável, a maior proporção entre as categorias analisadas (Panagioti et al., 2019). Nesse cenário, o relatório técnico da OMS sobre segurança medicamentosa nas transições do cuidado afirma que discrepâncias medicamentosas atingem praticamente todos os pacientes que transitam entre serviços de saúde e eleger a segurança nas transições, a polifarmácia e as situações de alto risco como áreas prioritárias do desafio global Medication Without Harm, cuja meta é reduzir em 50% os danos graves e evitáveis relacionados a medicamentos em cinco anos (Organização Mundial da Saúde, 2019).

As transições do cuidado admissão hospitalar, transferência entre unidades assistenciais e alta são reconhecidas como momentos de particular vulnerabilidade para a ocorrência de discrepâncias medicamentosas, decorrentes da fragmentação da informação entre os diferentes níveis de atenção e entre os profissionais envolvidos (Kwan et al., 2013). Nesse contexto, a reconciliação medicamentosa, definida como o processo formal de comparação entre a lista de medicamentos de uso habitual do paciente e a prescrição hospitalar, com identificação e resolução de discrepâncias não intencionais, tornou-se uma das estratégias mais recomendadas para mitigar esse risco, tendo integrado, inclusive, o projeto High 5s da OMS voltado à padronização de práticas seguras em múltiplos países (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, [2020]).

O risco, contudo, não se encerra com a saída do hospital. Em revisão sistemática de 54 estudos, abrangendo 20.895 altas hospitalares em 26 países, Alqenae, Steinke e Keers (2020) encontraram, em adultos, medianas de 53% para erros de medicação (cinco estudos) e de 50% para discrepâncias medicamentosas não intencionais (onze estudos) após a alta, além de mediana de 19% para eventos adversos a medicamentos nos sete estudos que reportaram esse desfecho; antibióticos, antidiabéticos, analgésicos e fármacos cardiovasculares estiveram entre as classes mais implicadas (Alqenae; Steinke; Keers, 2020). Esses dados deslocam o foco da discussão: a segurança medicamentosa deve ser compreendida como um *continuum* que se estende da admissão ao domicílio, o que fundamenta a inclusão da orientação de alta e do seguimento pós-alta entre as responsabilidades da farmácia clínica.

No Brasil, a Resolução nº 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia (CFF) regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e respalda tecnicamente sua atuação na reconciliação medicamentosa e na orientação farmacêutica de alta, reconhecendo-o como profissional habilitado a conduzir esse processo dentro da equipe multiprofissional (Conselho Federal de Farmácia, 2013). Ainda assim, a incorporação sistemática dessas práticas nos serviços de saúde brasileiros permanece heterogênea, dependente de protocolos institucionais, de recursos humanos e de sistemas de informação adequados.

Diante desse cenário, o presente artigo tem como objetivo geral discutir, à luz da literatura nacional e internacional, o papel do farmacêutico clínico na reconciliação medicamentosa e na orientação de alta hospitalar como estratégias de segurança do paciente nas transições do cuidado. Como objetivos específicos, buscou-se: a) descrever o conceito, as etapas e o marco regulatório da reconciliação medicamentosa; b) sintetizar as evidências disponíveis sobre a efetividade dessas intervenções quando conduzidas por farmacêuticos; e c) discutir os principais desafios para sua implementação no contexto hospitalar brasileiro. Justifica-se o estudo pela relevância crescente do tema para a prática da farmácia hospitalar e pela necessidade de consolidar, em língua portuguesa, uma síntese atualizada que apoie gestores e farmacêuticos na estruturação desses serviços.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Segurança do Paciente e Erros de Medicação no Ambiente Hospitalar

Erros de medicação podem ocorrer em qualquer etapa do circuito do medicamento prescrição, dispensação, preparo, administração e monitorização e nem sempre resultam em dano ao paciente, mas representam risco potencial relevante quando não identificados a tempo (BRASIL, 2013b). Estudos brasileiros conduzidos em hospitais universitários evidenciam que a omissão de medicamentos de uso contínuo e a divergência de doses figuram entre as discrepâncias mais frequentes na admissão hospitalar, muitas vezes decorrentes de anamnese farmacoterapêutica incompleta ou da ausência de fonte de informação confiável sobre o tratamento domiciliar do paciente (Spalla; Castilho, 2016; Magalhães; Rosa; Noblat, 2022).

2.2. Reconciliação Medicamentosa: Conceito, Etapas e Marco Regulatório

A reconciliação medicamentosa compreende classicamente três etapas: a verificação, com a coleta estruturada do histórico medicamentoso do paciente junto a ele próprio, a familiares ou cuidadores e a fontes documentais disponíveis; a confirmação da indicação, da dose, da via e da adequação clínica de cada item dessa lista; e a conciliação propriamente dita, na qual a lista obtida é comparada com a prescrição vigente, sendo as discrepâncias identificadas discutidas com a equipe prescritora (Fernandes; Shojania, 2012). O processo deve ser repetido em cada transição relevante do cuidado, admissão, transferência entre unidades e alta e documentado de forma padronizada, de preferência em prontuário eletrônico integrado.

No plano regulatório, a reconciliação medicamentosa é citada explicitamente como estratégia de segurança no Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos do

Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b) e encontra respaldo nas atribuições clínicas do farmacêutico previstas na Resolução CFF nº 585/2013 (Conselho Federal de Farmácia, 2013). No âmbito internacional, o projeto High 5s da OMS testou protocolos operacionais padronizados de reconciliação medicamentosa em diferentes países, avaliando sua viabilidade e seu impacto sobre a segurança do paciente (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, [2020]).

Em termos operacionais, a qualidade da reconciliação depende, em primeiro lugar, da obtenção do melhor histórico medicamentoso possível (*Best Possible Medication History*, BPMH), construído por entrevista estruturada com o paciente ou cuidador e, sempre que viável, confirmado por ao menos uma fonte adicional independente, como receitas, embalagens dos medicamentos, registros de dispensação ou prontuário da atenção primária. As discrepâncias identificadas devem ser classificadas em intencionais documentadas, intencionais não documentadas e não intencionais, e estas últimas caracterizadas quanto ao tipo (omissão, duplicidade, dose, frequência, via de administração ou medicamento incorreto) e ao potencial de dano, de modo a orientar a priorização e a comunicação com o prescritor. O relatório técnico da OMS destaca que programas efetivos combinam processos formais estruturados, capacidade e capacitação da força de trabalho, parceria com pacientes e familiares, qualidade e disponibilidade da informação e mensuração sistemática (Organização Mundial da Saúde, 2019). Como o tempo do farmacêutico clínico é um recurso limitado, recomenda-se priorizar pacientes de maior risco, como idosos, usuários de polifarmácia, portadores de múltiplas comorbidades e aqueles em uso de medicamentos potencialmente perigosos, grupos que se sobrepõem às áreas de polifarmácia e de situações de

alto risco priorizadas pela OMS (Organização Mundial da Saúde, 2019).

2.3. Evidências de Efetividade da Reconciliação Conduzida por Farmacêuticos

A revisão sistemática de Kwan et al. (2013), que analisou dezoito estudos e vinte intervenções hospitalares de reconciliação medicamentosa, identificou que farmacêuticos conduziram o processo em dezessete das vinte intervenções avaliadas. Os autores observaram redução expressiva das discrepâncias não intencionais, embora a maior parte delas não apresentasse relevância clínica isolada, e concluíram que a reconciliação medicamentosa, quando implementada isoladamente, provavelmente não reduz a utilização hospitalar após a alta, efeito que se torna mais consistente quando o processo é associado a outras intervenções voltadas à transição do cuidado (Kwan et al., 2013).

Estudos brasileiros corroboram esse padrão em nível local. Magalhães, Rosa e Noblat (2022), em hospital universitário público de grande porte, identificaram 229 discrepâncias em 92 dos 107 pacientes reconciliados na admissão, das quais 21,4% foram classificadas como não intencionais; a omissão de medicamentos respondeu por 63,2% dessas discrepâncias, e cerca de um quarto envolveu medicamentos potencialmente perigosos. De forma semelhante, Spalla e Castilho (2016) verificaram problemas relacionados a medicamentos em 23,3% dos pacientes acompanhados, com predomínio também da omissão, e taxa de aceitação das intervenções farmacêuticas de 90%. A revisão integrativa mais recente de Mezavila e Bertussi (2026), conduzida em bases nacionais e internacionais, reforça que a reconciliação

medicamentosa realizada por farmacêuticos hospitalares está consistentemente associada à identificação precoce de discrepâncias e à prevenção de eventos adversos evitáveis.

A interpretação dessas evidências exige cautela quanto à heterogeneidade dos desenhos e dos desfechos. A metanálise de Mekonnen, McLachlan e Brien (2016), com 17 estudos e 21.342 pacientes adultos, concluiu que programas de reconciliação conduzidos por farmacêuticos são eficazes para melhorar a utilização de serviços de saúde após a alta e apoiou sua implantação quando incluem algum componente voltado à segurança medicamentosa. Em contraste, a revisão Cochrane de Redmond et al. (2018), que reuniu 25 ensaios clínicos randomizados, em sua maioria com intervenção mediada por farmacêutico, não encontrou evidência clara de que a reconciliação reduza discrepâncias ou eventos adversos a medicamentos, e classificou como muito baixa a certeza da evidência sobre o efeito nas discrepâncias (Redmond et al., 2018). Baixa certeza de evidência não equivale a ausência de efeito: reflete, em grande parte, a variabilidade na definição da intervenção, nos cenários e nos desfechos avaliados.

Os estudos de implementação em larga escala reforçam que o *modo* de implantar é tão determinante quanto a intervenção em si. No MARQUIS, estudo pragmático de melhoria da qualidade em cinco hospitais norte-americanos (1.648 pacientes), a implementação mentorada de um conjunto de boas práticas reduziu as discrepâncias totais (razão de taxas de incidência de 0,92 por mês), mas não as potencialmente danosas; além disso, os dois hospitais que instalaram novo prontuário eletrônico durante o estudo apresentaram aumento das discrepâncias (Schnipper et al., 2018). Na segunda fase, em 18 hospitais, a taxa de discrepâncias não

intencionais caiu de 2,85 para 0,98 por paciente ao longo da intervenção (Schnipper et al., 2022). Em análise subsequente, as menores taxas ocorreram entre pacientes que receberam BPMH no serviço de emergência e reconciliação de alta realizada por profissional treinado (Schnipper et al., 2023).

Em conjunto, esses estudos permitem uma leitura clinicamente útil: a reconciliação é eficaz para detectar e corrigir discrepâncias, mas o ganho em desfechos de maior peso, como eventos adversos e reinternações, depende da qualidade do histórico medicamentoso, da capacitação de quem executa o processo e da articulação com intervenções posteriores à alta. Essa leitura é coerente com a revisão de Algenae, Steinke e Keers (2020), segundo a qual uma parcela expressiva dos erros se manifesta justamente após a saída do hospital.

2.4. Orientação Farmacêutica na Alta Hospitalar e Continuidade do Cuidado

A alta hospitalar representa outro ponto crítico de transição, no qual o paciente assume a responsabilidade pelo próprio tratamento em ambiente domiciliar, frequentemente com esquema terapêutico modificado em relação ao período pré-internação. A overview conduzida por Lima, Brito e Galato (2023), que reuniu revisões sistemáticas sobre o tema, descreve a orientação farmacêutica de alta como processo composto por reconciliação medicamentosa, aconselhamento em saúde e revisão da farmacoterapia, apoiado por instrumentos como listas de medicamentos com horários de administração, resumos de alta e formulários de conciliação. As autoras destacam ainda a recomendação recorrente, na literatura analisada, de acompanhamento pós-alta por telefone, visita

domiciliar ou mensagens de texto como forma de reforçar a adesão e identificar precocemente problemas relacionados à farmacoterapia (Lima; Brito; Galato, 2023).

Essas evidências dialogam com achados internacionais que associam a implantação de serviços farmacêuticos estruturados de transição de cuidado, na alta hospitalar, à redução de reinternações em até trinta dias, sobretudo quando todos os componentes da intervenção reconciliação, aconselhamento, comunicação com a atenção primária e monitoramento pós-alta são executados de forma integrada (Fernandes; Shojania, 2012; Kwan et al., 2013).

Considerando a frequência de erros e discrepâncias após a alta (Alqenae; Steinke; Keers, 2020), a orientação farmacêutica de alta deve ser estruturada em componentes mínimos, a serem adaptados à realidade de cada serviço. O primeiro é a reconciliação final, em que a lista pré-admissão, a prescrição hospitalar e a prescrição de alta são comparadas e as discrepâncias resolvidas com o prescritor antes da saída do paciente, o que inclui verificar se medicamentos suspensos durante a internação devem ser retomados e se os iniciados têm indicação, duração e plano de reavaliação definidos. O segundo é a entrega de uma lista de medicamentos em linguagem acessível, com nome, indicação, dose e horários, destacando o que foi iniciado, alterado, suspenso ou mantido e o motivo. O terceiro é o aconselhamento oral ao paciente e ao cuidador, com confirmação de compreensão pelo método *teach-back*, abordando sinais de alerta, interações, armazenamento e adesão. O quarto é a comunicação formal com a atenção primária e a farmácia comunitária, informando as alterações realizadas e as pendências de monitoramento. O quinto é o seguimento pós-alta por telefone, mensagem de texto ou visita domiciliar, já recomendado na

literatura analisada (Lima; Brito; Galato, 2023), que permite verificar o acesso aos medicamentos, a adesão e a ocorrência de eventos adversos.

2.5. Desafios para a Implementação no Contexto Brasileiro

Apesar do respaldo técnico e regulatório, a incorporação rotineira da reconciliação medicamentosa e da orientação de alta farmacêutica em hospitais brasileiros enfrenta obstáculos recorrentes: dimensionamento insuficiente de farmacêuticos clínicos frente ao volume de admissões e altas; ausência de prontuário eletrônico integrado que permita o registro estruturado do histórico medicamentoso; falta de protocolos institucionais formalizados que definam claramente responsabilidades entre farmácia, enfermagem e equipe médica; e descontinuidade da comunicação entre o hospital e a atenção primária à saúde após a alta (BRASIL, 2013b; Lima; Brito; Galato, 2023). A superação desses obstáculos depende de investimento institucional na farmácia clínica hospitalar e da consolidação de indicadores de processo e de resultado que permitam demonstrar, de forma sistemática, o impacto dessas intervenções sobre a segurança do paciente.

2.6. Atuação Clínica do Farmacêutico: Priorização de Risco e Intervenções-Chave

Do ponto de vista clínico, a reconciliação não se limita a listar medicamentos: exige julgamento farmacoterapêutico sobre indicação, efetividade, segurança e adesão de cada item. As discrepâncias não intencionais de maior relevância costumam envolver a omissão de medicamentos de uso contínuo, a duplicidade terapêutica, o ajuste inadequado de dose à função renal

ou hepática e a manutenção de fármacos que deveriam ser suspensos durante a internação, o que torna a avaliação de interações e da adequação posológica parte indissociável do processo. A prioridade deve recair sobre os medicamentos potencialmente perigosos, como anticoagulantes, insulinas, opioides, antineoplásicos orais e fármacos de margem terapêutica estreita, nos quais a omissão ou o erro de dose tem maior potencial de dano, e sobre populações vulneráveis, como idosos, pacientes com polifarmácia, doença renal crônica, insuficiência cardíaca ou múltiplos prescritores.

Na alta, a atuação farmacêutica assume também a dimensão da desprescrição e da exequibilidade do tratamento. Cabe revisar a necessidade de cada medicamento iniciado na internação, como inibidores da bomba de prótons, antimicrobianos, sedativos e analgésicos, definindo a duração da terapia, suspendendo o que perdeu a indicação e simplificando o esquema posológico para favorecer a adesão. Cabe ainda verificar a disponibilidade e o acesso aos medicamentos prescritos no Sistema Único de Saúde, evitando que uma prescrição tecnicamente adequada seja inexecutável no domicílio, e registrar de forma estruturada as intervenções realizadas, suas justificativas e seus desfechos, de modo a gerar dados para indicadores e para a comunicação com a equipe multiprofissional.

2.7. Arcabouço Regulatório Complementar e Integração Tecnológica

No plano normativo brasileiro, além das normas já citadas, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013 da Anvisa institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, incluindo

a constituição do Núcleo de Segurança do Paciente e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente, e a Portaria MS nº 2.095/2013 aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, entre eles o de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013; Ministério da Saúde, 2013). Esse arcabouço permite que a reconciliação seja incorporada como processo monitorado pelo Núcleo de Segurança do Paciente, com análise sistemática de falhas e de eventos relacionados.

Quanto à tecnologia, o prontuário eletrônico é frequentemente apontado como facilitador, mas a experiência do MARQUIS indica que não basta por si só: a instalação de novos sistemas foi acompanhada de aumento das discrepâncias nos hospitais que a realizaram durante o estudo (Schnipper et al., 2018). Sugere-se, portanto, que a ferramenta seja desenhada em torno do fluxo de trabalho do farmacêutico, com campos estruturados para o histórico medicamentoso, alertas de discrepância e integração com a prescrição eletrônica, acompanhada de capacitação e monitoramento contínuo.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de natureza qualitativa e caráter exploratório-descritivo, sem registro prévio de protocolo, adequada aos objetivos de sintetizar e contextualizar um corpo de conhecimento já consolidado sobre reconciliação medicamentosa e orientação farmacêutica de alta hospitalar. A busca foi realizada em bases indexadas nacionais e internacionais Scientific Electronic Library Online (SciELO), MEDLINE/PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/LILACS) e Google Acadêmico além de sítios institucionais do Ministério da Saúde, da ANVISA, do

Conselho Federal de Farmácia e da Organização Mundial da Saúde, utilizando os descritores, em português e inglês, "reconciliação medicamentosa", "medication reconciliation", "orientação farmacêutica de alta hospitalar", "segurança do paciente" e "patient safety", combinados por meio do operador booleano AND.

Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas e integrativas, documentos técnicos e normativos publicados entre 2012 e 2026, em português, inglês ou espanhol, que abordassem a atuação do farmacêutico na reconciliação medicamentosa e/ou na orientação de alta hospitalar em ambiente hospitalar adulto. Foram excluídos estudos centrados exclusivamente em populações pediátricas ou em condições clínicas específicas que não permitissem generalização ao processo de reconciliação como um todo, bem como resumos de congresso sem texto completo disponível. A seleção e a leitura crítica dos materiais foram conduzidas por um único revisor, o que constitui limitação metodológica inerente ao desenho de revisão narrativa, sem dupla checagem independente ou avaliação formal de risco de viés, tal como se aplicaria a uma revisão sistemática. Por não envolver coleta de dados primários junto a pacientes, prontuários ou seres humanos, o presente estudo dispensou submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A síntese da literatura selecionada permite convergir para três eixos principais de discussão. Em primeiro lugar, há consenso de que a reconciliação medicamentosa conduzida por farmacêuticos é eficaz para identificar discrepâncias não intencionais em taxas expressivas entre um quinto e a quase totalidade dos pacientes avaliados, a

dependem do desenho do estudo e do perfil da população, com predomínio da omissão de medicamentos de uso contínuo como tipo de erro mais frequente (Spalla; Castilho, 2016; Magalhães; Rosa; Noblat, 2022; Mezavila; Bertussi, 2026). Essa convergência reforça a reconciliação como instrumento sensível para captar falhas de comunicação no circuito do medicamento, ainda que a relevância clínica de cada discrepância deva ser avaliada individualmente.

Em segundo lugar, a literatura internacional indica que o impacto da reconciliação sobre desfechos duros como reinternação hospitalar e visitas a serviços de emergência em trinta dias é modesto quando a intervenção ocorre de forma isolada, tornando-se mais consistente quando associada a outras estratégias de transição do cuidado, entre elas a orientação estruturada na alta e o acompanhamento pós-alta (Kwan et al., 2013; Fernandes; Shojania, 2012). Esse achado tem implicação prática direta para a organização dos serviços de farmácia hospitalar: a reconciliação na admissão não deve ser concebida como ação isolada e finalística, mas como etapa inicial de uma linha de cuidado farmacêutico que se estende até a alta e, idealmente, até a articulação com a atenção primária.

Em terceiro lugar, a experiência brasileira descrita por Lima, Brito e Galato (2023) evidencia que a efetividade da orientação farmacêutica de alta depende fortemente de sua estruturação prévia com uso de materiais educativos adaptados ao nível de compreensão do paciente, encaminhamento farmacoterapêutico formalizado e canais de acompanhamento pós-alta, e não apenas da realização pontual de uma conversa informativa no momento da saída hospitalar. Combinados, esses achados sustentam a defesa de que a atuação do farmacêutico clínico nas transições do cuidado deve ser compreendida como um processo contínuo e

multifacetado, e não como o cumprimento de um checklist administrativo, alerta já formulado por Fernandes e Shojania (2012) ao descreverem o risco de a reconciliação medicamentosa ser reduzida a uma tarefa burocrática de preenchimento de formulários.

Do ponto de vista da gestão hospitalar brasileira, a principal lacuna identificada não é a ausência de evidência científica, mas a insuficiente institucionalização dessas práticas: poucos serviços dispõem de protocolo formal, indicadores de processo pactuados e integração tecnológica entre farmácia, prontuário eletrônico e prescrição médica informatizada. A consolidação de indicadores como taxa de discrepâncias identificadas por paciente reconciliado, proporção de intervenções farmacêuticas aceitas e taxa de reinternação em trinta dias entre pacientes que receberam orientação de alta estruturada pode subsidiar a tomada de decisão institucional e justificar o investimento em recursos humanos de farmácia clínica.

A partir dessa síntese, propõe-se que a atuação do farmacêutico clínico seja organizada em quatro momentos articulados. Na admissão, obtém-se o BPMH e realiza-se a reconciliação em prazo definido pelo serviço, priorizando os pacientes de maior risco. Durante a internação, a farmacoterapia é revista a cada transferência de unidade e a cada mudança relevante do quadro clínico. Na alta, realiza-se a reconciliação final e a orientação estruturada, conforme os componentes descritos na seção 2.4. Após a alta, mantêm-se a comunicação com a atenção primária e o seguimento ativo do paciente. Cada momento deve ter responsável, prazo e registro padronizados, de modo que a reconciliação deixe de ser um evento isolado e passe a constituir uma linha de cuidado farmacêutico.

Dos achados decorrem implicações para a prática clínica, a gestão e a pesquisa. Para a prática clínica, sustentam a priorização de pacientes de maior risco, a obtenção do BPMH por profissional treinado e a realização da reconciliação também na alta, em linha com os melhores resultados observados no MARQUIS2 (Schnipper et al., 2023). Para a gestão, reforçam a necessidade de dimensionamento de farmacêuticos clínicos, de protocolos formais integrados ao Núcleo de Segurança do Paciente e de indicadores pactuados, como o número de discrepâncias não intencionais por paciente reconciliado, a proporção de discrepâncias com potencial de dano, a cobertura de reconciliação na admissão, a proporção de intervenções farmacêuticas aceitas, a cobertura de orientação de alta estruturada, a proporção de contatos pós-alta efetivados e a taxa de reinternação em trinta dias, estratificada pelo recebimento de orientação estruturada. Para a pesquisa, os estudos primários brasileiros incorporados a esta revisão são descritivos e conduzidos em hospitais universitários, o que evidencia a lacuna de estudos nacionais multicêntricos com desfechos clínicos e de utilização de serviços (reinternação, visitas à emergência e eventos adversos), de avaliações de implementação (fidelidade, barreiras e facilitadores) e de análises de custo-efetividade no Sistema Único de Saúde.

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão evidencia que a reconciliação medicamentosa e a orientação farmacêutica de alta hospitalar constituem estratégias complementares e cientificamente fundamentadas de segurança do paciente nas transições do cuidado. O farmacêutico clínico ocupa posição central nesse processo, respaldada tanto pelo marco regulatório brasileiro quanto pela evidência internacional

acumulada, sendo responsável pela maior parte das intervenções de reconciliação descritas na literatura analisada.

Os objetivos propostos foram atingidos: descreveu-se o conceito, as etapas e o marco regulatório da reconciliação medicamentosa; sintetizaram-se as evidências disponíveis sobre sua efetividade quando conduzida por farmacêuticos; e discutiram-se os principais desafios para sua implementação no contexto hospitalar brasileiro. Como principal contribuição, destaca-se a proposição de que a reconciliação na admissão e a orientação na alta sejam planejadas como etapas articuladas de uma mesma linha de cuidado farmacêutico, e não como intervenções isoladas, o que responde de forma mais consistente com a evidência de que os melhores desfechos decorrem de intervenções combinadas.

Em síntese, a evidência disponível indica que o benefício da reconciliação medicamentosa e da orientação de alta não decorre da mera existência de um formulário, mas da qualidade e da integração de sua implementação: histórico medicamentoso fidedigno, profissional treinado, priorização por risco, comunicação com a atenção primária, seguimento pós-alta e mensuração contínua. Para o contexto brasileiro, a agenda prioritária é transformar o respaldo normativo já existente em serviços institucionalizados, medidos e financiados, e produzir evidência nacional robusta sobre desfechos clínicos e econômicos.

Como limitação, reconhece-se que se trata de revisão narrativa, conduzida por um único revisor e sem avaliação formal de qualidade metodológica dos estudos incluídos, o que restringe a possibilidade de estimativas quantitativas agregadas de efeito. Sugere-se, para estudos futuros, a realização de revisões sistemáticas com

metanálise focadas em desfechos de reinternação em contextos hospitalares brasileiros, bem como pesquisas que avaliem o custo-efetividade da estruturação de serviços farmacêuticos de transição do cuidado no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013. Seção 1, p. 32.

ALQENAE, Fatema A.; STEINKE, Douglas T.; KEERS, Richard N. Prevalence and nature of medication errors and medication-related harm following discharge from hospital to community settings: a systematic review. Drug Safety, Auckland, v. 43, n. 6, p. 517-537, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40264-020-00918-3>.

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. World Health Organization High 5s medication reconciliation project. Sydney: ACSQHC, [2020]. Disponível em: <https://safetyandquality.gov.au/node/2577>. Acesso em: 23 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz; Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1486598>. Acesso em: 23 set. 2026.

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, Brasília, DF, 2 abr. 2013. Seção 1, p. 43.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 set. 2013.

FERNANDES, Olavo; SHOJANIA, Kaveh G. Medication reconciliation in the hospital: what, why, where, when, who and how? Healthcare Quarterly, Toronto, v. 15, n. especial, p. 42-49, abr. 2012. DOI: <https://doi.org/10.12927/hcq.2012.22842>.

KWAN, Janice L.; LO, Lisha; SAMPSON, Margaret; SHOJANIA, Kaveh G. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. Annals of Internal Medicine, Philadelphia, v. 158, n. 5, pt. 2, p. 397-403, 2013. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006>.

LIMA, Raiane Cavalcante; BRITO, Evelin Soares de; GALATO, Dayani. Proposta de orientação farmacêutica na alta hospitalar a partir de overview e experiências profissionais. Infarma – Ciências Farmacêuticas, Brasília, v. 35, n. 3, p. 407-422, 2023. DOI: <https://doi.org/10.14450/2318-9312.v35.e3.a2023.pp407-422>.

MAGALHÃES, Gabriella Fernandes; ROSA, Mário Borges; NOBLAT, Lúcia Araújo Costa Beisl. Patients' medication reconciliation in a university hospital. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences, São Paulo, v. 58, e19832, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/s2175-97902022e19832>.

MEKONNEN, Alemayehu B.; MCLACHLAN, Andrew J.; BRIEN, Jo-anne E. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, London, v. 6, n. 2, e010003, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010003>.

MEZAVILA, Laura Pereira; BERTUSSI, Ramone do Amaral. Reconciliação medicamentosa realizada por farmacêuticos em hospitais: uma revisão integrativa. *Journal of Health Sciences*, Caxias do Sul, v. 6, n. 1, p. 1-13, 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 set. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Medication safety in transitions of care: technical report. Genebra: OMS, 2019. (WHO/UHC/SDS/2019.9). Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Medication without harm: WHO global patient safety challenge. Genebra: OMS, 2017.

PANAGIOTI, Maria et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, London, v. 366, l4185, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.l4185>.

REDMOND, Patrick et al. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Chichester, n. 8, CD010791, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010791.pub2>.

SCHNIPPER, Jeffrey L. et al. Effects of a multifaceted medication reconciliation quality improvement intervention on patient safety: final results of the MARQUIS study. *BMJ Quality & Safety*, London, v. 27, n. 12, p. 954-964, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008233>.

SCHNIPPER, Jeffrey L. et al. Effects of a refined evidence-based toolkit and mentored implementation on medication reconciliation at 18 hospitals: results of the MARQUIS2 study. *BMJ Quality & Safety*, London, v. 31, n. 4, p. 278-286, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-012709>.

SCHNIPPER, Jeffrey L. et al. What works in medication reconciliation: an on-treatment and site analysis of the MARQUIS2 study. *BMJ Quality & Safety*, London, v. 32, n. 8, p. 457-469, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-014806>.

SPALLA, Luana de Rezende; CASTILHO, Selma Rodrigues de. Medication reconciliation as a strategy for preventing medication errors. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 143-150, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-82502016000100016>.

¹ Farmacêutico Graduado em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE, 2013); Especialista em Farmácia Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá (UNESA, 2019), em Farmacologia, Farmácia Clínica e Prescrição Farmacêutica pela Faculdade Integrada de Pesquisa e Educação em Saúde de São Paulo (Fipessp, 2019) e em Fitoterapia e Prescrição de Fitoterápicos pela Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo (Fameesp, 2023); MBA em Gestão Pública com Ênfase em Saúde pelo Centro

Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU, 2025).
Farmacêutico Clínico Hospitalar e Professor visitante em Cursos de
graduação e Pós-Graduação. Docente Universitário em Farmácia e
Biomedicina no Centro Universitário UniFECAF. Consultor em Saúde.
São Paulo, SP, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4063-0026>.
E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).