

INSTITUTO RACINE

**LIETE DE FÁTIMA GOUVEIA MARQUES
IZABEL CRISTINA FURTADO
LUCIANA CRISTINA REIS DI MONACO**

**ALTA HOSPITALAR:
UM ENFOQUE FARMACÊUTICO**

**SÃO PAULO
2010**

**LIETE DE FÁTIMA GOUVEIA MARQUES
IZABEL CRISTINA FURTADO
LUCIANA CRISTINA REIS DI MONACO**

**ALTA HOSPITALAR:
UM ENFOQUE FARMACÊUTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-graduação apresentado ao Instituto Racine como requisito parcial para obtenção de título de especialista em Atenção Farmacêutica.

Orientadora: Profa. Dra. Giane S. A. Oliveira

**SÃO PAULO
2010**

Marques, Liete de Fátima Gouveia.

Alta hospitalar: um enfoque farmacêutico / Liete de Fátima Gouveia Marques, Izabel Cristina Furtado, Luciana Cristina Reis Di Monaco – São Paulo: 2010.

72 f.

Orientação: Profa. Dra. Giane S. A. Oliveira.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Instituto Racine, 2010.

1. Alta hospitalar. 2. Orientação ao paciente. 3. Reconciliação de medicação. 4. Plano de alta. 5. Atenção Farmacêutica.

I. Título.

**LIETE DE FÁTIMA GOUVEIA MARQUES
IZABEL CRISTINA FURTADO
LUCIANA CRISTINA REIS DI MONACO**

**ALTA HOSPITALAR:
UM ENFOQUE FARMACÊUTICO**

Comissão Avaliadora

Prof(a) Dr(a) Giane Santana Alves Oliveira

Assinatura _____

Prof(a) MSc Maria Denise Ricetto Funchal Witzel

Assinatura _____

Data da Aprovação: 24/05/2010

Em uma época na qual, em qualquer situação e em qualquer lugar, a informação constitui bem de valor inestimável e ferramenta de sobrevivência nas relações profissionais, comerciais e pessoais, não se admite que os seres humanos, estando doentes e, por isso mesmo, fragilizados, ao necessitarem consumir um produto medicamentoso qualquer, venham a ingerir comprimidos sem saber para que servem, como usá-los e que cuidados adotar para minimizar ou prevenir potenciais riscos à sua saúde (SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000, p. 454).

RESUMO

Após alta hospitalar, os pacientes são especialmente vulneráveis a riscos porque estão freqüentemente despreparados para o auto-cuidado em casa, muitas vezes não conseguem contato com um profissional de saúde que tenha acesso ao seu plano de cuidados quando as dúvidas surgem, e, também, devido à falta de seguimento adequado e de continuidade do atendimento. Esses problemas podem causar eventos adversos relacionados a medicamentos e aumento da utilização de serviços de saúde. No Brasil, geralmente, apenas médicos e enfermeiros fornecem orientação para pacientes em alta hospitalar. Porém, vários estudos demonstram que a atuação de farmacêuticos na alta hospitalar reduz as discrepâncias entre os regimes farmacoterapêuticos pré e pós-hospitalização, reduz as taxas de eventos adversos relacionados a medicamentos, e reduz a necessidade de readmissão hospitalar e atendimento em serviços de urgência. Este trabalho foi realizado para promover discussão e reflexão sobre o papel do farmacêutico na alta hospitalar, e para fornecer informações que colaborem para o desenvolvimento e consolidação desta importante função assistencial. A revisão de literatura mostra uma grande quantidade de publicações internacionais, mas poucas nacionais, demonstrando que este estudo é oportuno. As informações coletadas são sobre (i) sentimentos do paciente na hospitalização, (ii) reconciliação de medicação na admissão e na alta hospitalar, (iii) orientação ao paciente, (iv) plano de alta, (v) seguimento do paciente, e (vi) barreiras e fatores facilitadores para a atuação do farmacêutico na alta hospitalar. Assim, este estudo pode auxiliar o farmacêutico a compartilhar, com pacientes e outros profissionais de saúde, a responsabilidade sobre os resultados farmacoterapêuticos após alta hospitalar, em sintonia com os princípios da atenção farmacêutica.

Palavras-chave: Alta hospitalar. Orientação ao paciente. Reconciliação de medicação. Plano de alta. Atenção farmacêutica.

ABSTRACT

After hospital discharge, patients are especially vulnerable to risks because they are often unprepared for self-care at home, often fail to contact a professional who has access to their care plan when doubts arise, and also due to lack of adequate follow-up and continuity of care. These problems can cause adverse drug events and increased use of health services. In Brazil, generally, only doctors and nurses provide patient counseling on discharge. However, several studies show that the action of pharmacists in hospital discharge reduces the discrepancies between the treatment regimens before and after hospitalization, reduces rates of adverse drug events, and reduces the need for hospital readmissions and emergency services visits. This work was undertaken to promote discussion and reflection on the role of the pharmacist in the hospital discharge, and to provide information to help in the development and consolidation of this important health care function. The literature review shows a large number of international publications, but few national, demonstrating that this study is timely. The information collected is about (i) the patient's feelings on hospitalization (ii) medication reconciliation at admission and at discharge, (iii) patient counseling, (iv) discharge plan, (v) patient follow-up, and (vi) barriers and facilitating factors for the pharmacist's actions in hospital discharge. Thus, this study can help pharmacists to share with patients and other health professionals the responsibility for pharmacotherapeutic outcomes after hospital discharge, according to the principles of pharmaceutical care.

Keywords: Hospital discharge. Patient counseling. Medication reconciliation. Discharge plan. Pharmaceutical care.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 07 |
| 2 OBJETIVOS | 13 |
| 3 METODOLOGIA | 14 |
| 4 O PACIENTE E A HOSPITALIZAÇÃO | 15 |
| 5 RECONCILIAÇÃO DE MEDICAÇÃO | 19 |
| 5.1 Etapas da reconciliação de medicação..... | 23 |
| 5.1.1 Obtenção da história de medicação | 24 |
| 5.1.2 Análise e decisão | 29 |
| 5.1.3 Comunicação do resultado | 30 |
| 6 ORIENTAÇÃO AO PACIENTE | 33 |
| 6.1 O procedimento de orientação ao paciente..... | 36 |
| 6.2 Avaliação das necessidades do paciente..... | 38 |
| 6.3 Tópicos abordados na orientação | 40 |
| 6.4 Avaliação da retenção da informação..... | 46 |
| 6.5 Material informativo..... | 47 |
| 6.6 Documentação | 47 |
| 7 PLANO DE ALTA HOSPITALAR | 49 |
| 8 SEGUIMENTO APÓS ALTA HOSPITALAR | 55 |
| 8.1 Atendimento domiciliar fornecido pelo hospital..... | 58 |
| 8.2 Parcerias com farmácias comunitárias e atenção primária..... | 60 |
| 9 BARREIRAS E FATORES FACILITADORES PARA A ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO EM ALTA HOSPITALAR | 62 |
| 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 64 |
| REFERÊNCIAS | 66 |
| ANEXOS | |
| Anexo I: Cartão de informação | 71 |
| Anexo II: Resumo de alta | 72 |

1 INTRODUÇÃO

Quando ocorre o diagnóstico de uma enfermidade, em geral, os pacientes se preocupam com a gravidade da doença e com a possibilidade de afetar sua capacidade em desenvolver uma atividade normal, e podem experimentar um conjunto de emoções que compreende frustração, medo, ansiedade, sentimento de perda, culpa, baixa auto-estima e depressão (RANTUCCI, 2007). Quando se trata de uma enfermidade crônica, os receios podem aumentar, pois ocorre preocupação quanto ao futuro, incluindo a necessidade de adaptações na rotina diária e cuidados para evitar complicações, a fim de obter qualidade de vida na nova condição.

A experiência de adoecimento e hospitalização implica em separação de familiares, amigos e objetos significativos, mudança de rotina, limitação do espaço físico, restrição de atividades, submissão a novos horários, realização de procedimentos invasivos e dolorosos, dependência em situações básicas como alimentação, higiene e movimentação, além de sofrimento com a solidão e o medo da morte – uma realidade constante nos hospitais (MORO *et al.*, 2007; SILVA; GRAZIANO, 1996).

O momento da alta hospitalar costuma trazer, ao paciente, sentimentos ambíguos, como satisfação e medo. Satisfação por estar se recuperando e por voltar para casa, e medo por sentir-se inseguro sem o suporte da equipe de saúde, já que, geralmente, deverá dar continuidade ao processo de recuperação. Quanto maior a dependência de cuidados ou de medicamentos, maiores são os receios (MARRA *et al.*, 1989). Comumente, os pacientes retornam para a família e comunidade ainda com uma gama de problemas que demandam assistência, pois recebem alta logo após a resolução de problemas mais agudos, devido à grande demanda pelos leitos hospitalares, à necessidade de redução de custos, bem como devido aos riscos que a hospitalização

prolongada pode oferecer, especialmente infecção hospitalar (CESAR; SANTOS, 2005). Ou seja, os pacientes recebem alta frequentemente no processo de convalescença, mais que em seu estado de saúde basal (CUA; KRIPALANI, 2008).

Dessa forma, os pacientes podem estar especialmente vulneráveis a danos imediatamente após alta hospitalar porque ainda podem apresentar deficiências funcionais e porque pode ocorrer descontinuidade na interface do atendimento hospitalar e ambulatorial, devido a mudanças do local de atendimento ou dos profissionais de saúde, sendo comum a ocorrência de eventos adversos nos períodos de transição de atendimento, como na hospitalização, transferência de setor ou alta hospitalar (FOSTER *et al.*, 2004; KRIPALANI *et al.*, 2007). Os erros de medicação, tipo mais comum de erros que afetam a segurança do paciente, ocorrem mais frequentemente nesses períodos de transição, sendo a transferência incorreta ou incompleta de informações a principal causa de erros nessas situações (BARNSTEINER, 2005). Outros problemas decorrem da falta de preparo para o autocuidado, recebimento de orientações conflitantes sobre o manejo de doenças crônicas, falta de acesso a profissionais de saúde que tenham conhecimento de seu plano de cuidado, quando as dúvidas surgem, falta de seguimento adequado (COLEMAN *et al.*, 2006), além da ausência de sistema integrado de informações nos diferentes serviços de atendimento à saúde do paciente (BAYLEY *et al.*, 2007).

A ocorrência de problemas relacionados a medicamentos é particularmente comum após alta hospitalar, quando múltiplas alterações no tratamento medicamentoso do paciente podem ser acompanhadas por inadequação na orientação e seguimento do paciente. Esses fatores comumente resultam na prescrição inapropriada de medicamentos, discrepâncias entre o regime medicamentoso prescrito após alta hospitalar e o tratamento anterior à internação, problemas de adesão ao tratamento, e

inadequada vigilância de efeitos adversos. Estes problemas podem causar eventos adversos relacionados a medicamentos, muitos deles passíveis de serem evitados, e aumento na utilização de atendimento em saúde (ambulatorial, serviço de urgência ou hospitalização). Estima-se que 11% a 23% dos pacientes apresentam eventos adversos relacionados a medicamentos após alta hospitalar, sendo que 6% a 27% dos eventos poderiam ter sido evitados, e 6% a 33% poderiam ter severidade e duração reduzidas (FOSTER *et al.*, 2003, 2004, 2005). Além disso, estima-se que 6% a 12% dos eventos adversos relacionados a medicamentos resultam em atendimento em serviços de urgência e 5% em readmissão hospitalar (SCHINIPPER *et al.*, 2006).

A adequada orientação ao paciente em alta hospitalar é necessária para evitar, minimizar ou detectar precocemente eventos adversos, contribuindo para o sucesso na continuidade do tratamento no domicílio. Porém, estudos têm demonstrado que os pacientes saem do hospital com baixo nível de conhecimento sobre a terapia medicamentosa e os cuidados para reabilitação e independência em casa (KERZMAN; BARON-EPEL; TOREN, 2005; POMPEO *et al.*, 2007).

Enquanto em vários países a orientação ao paciente em alta hospitalar, realizada por farmacêuticos, já é uma realidade há vários anos – fato evidenciado pelo volume de trabalhos publicados em revistas científicas – no Brasil, em geral, essa orientação compreende ações médicas e de enfermagem. Porém, comumente há necessidade do paciente receber informação adicional sobre a terapia medicamentosa, seja porque não esclareceu com o médico por estar preocupado com o diagnóstico, ou por vergonha de perguntar (RANTUCCI, 2007), ou devido ao escasso tempo de contato e dificuldade em processar grande volume de informações. Pode também ocorrer omissão intencional do médico, por exemplo, quanto a possíveis efeitos adversos, por receio de que informações negativas relativas ao medicamento prejudiquem a adesão do paciente ao

tratamento ou mesmo que, por auto-sugestão, o paciente venha a sentir o efeito adverso comentado (SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000). Quanto à enfermagem, cabe a este profissional orientar o paciente sobre vários aspectos, tais como alimentação, repouso, atividade física, exames, cuidados especiais determinados pela enfermidade e pelas condições do paciente, agendamento de retornos, medicamentos, entre outros (MARRA et al., 1989), de forma que a orientação relacionada à terapia medicamentosa pode ser deficiente por falta de tempo, condições e conhecimento específico (MIASSO; CASSIANI, 2005). Algumas publicações na área de enfermagem ressaltam a importância da atuação clínica de farmacêuticos no esclarecimento de dúvidas da equipe, para prevenção e resolução de erros de medicação (COIMBRA, 2006; SILVA *et al.*, 2007), os quais podem ocorrer tanto durante a hospitalização quanto no domicílio do paciente.

Segundo Griffith, Schommer e Wirsching (1998), os farmacêuticos hospitalares estão em excelente posição para atuar na prevenção, detecção e resolução de problemas relacionados a medicamentos, tanto durante o período de internação como na alta hospitalar, pela facilidade de acesso ao paciente e seu prontuário, à equipe de saúde, e a fontes de pesquisa. A atuação do farmacêutico em alta hospitalar pode ocorrer de várias formas: detecção e resolução de problemas de discrepâncias entre regimes farmacoterapêuticos pré e pós-hospitalização, por meio da reconciliação de medicação; orientação nos diversos aspectos relacionados à terapia medicamentosa (por que, como, quando e quanto tempo utilizar os medicamentos, cuidados especiais, obtenção de medicamento na rede pública, entre outras informações); triagem para problemas de adesão ao tratamento e para eventos adversos relacionados a medicamentos que podem ocorrer após alta hospitalar; participação na elaboração e documentação do plano farmacoterapêutico, como parte do plano de alta; seguimento do paciente após alta

hospitalar, por meio de contatos telefônicos e/ou visita domiciliar, além da possibilidade de buscar mecanismos de comunicação com farmacêuticos comunitários e/ou com a equipe de atenção primária, para atuação coordenada após alta hospitalar (KERZMAN; BARON-EPEL; TOREN, 2005; SAUNDERS *et al.*, 2003). Dessa forma, o farmacêutico hospitalar pode participar ativamente da equipe de saúde, contribuindo com o processo de alta hospitalar do paciente. Alguns trabalhos sugerem que a atuação de farmacêuticos junto aos pacientes em alta hospitalar reduz as discrepâncias entre regimes farmacoterapêuticos pré e pós-hospitalização, melhora a adesão ao tratamento, reduz a taxa de eventos adversos relacionados a medicamentos, reduz a necessidade de novos atendimentos em serviços de saúde, tanto em emergência como readmissões hospitalares (AL-RASHED *et al.*, 2002; KABOLI *et al.*, 2006; SCHNIPPER *et al.*, 2006).

A forma ideal de atingir o objetivo de melhor preparar o paciente para o retorno ao domicílio é a atuação multiprofissional integrada, compartilhando informações específicas em cada área de atuação para elaboração de um plano de alta hospitalar individualizado, conforme as necessidades específicas de cada paciente (POMPEO *et al.*, 2007). Esforços coordenados entre os membros da equipe de saúde aumentarão a adesão aos regimes farmacoterapêuticos e a monitorização dos efeitos dos medicamentos (AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS, 1997), contribuindo para seu uso seguro e efetivo.

No Brasil, a profissão farmacêutica passa por um momento de forte expansão na área assistencial, com criação de normas legais e alterações de currículos de cursos de graduação, como resultado de ampla discussão sobre as funções do farmacêutico. Porém, ainda são raras as iniciativas no campo de atuação do farmacêutico em alta hospitalar.

Neste contexto, são bem-vindas todas as contribuições no sentido de estruturar e ampliar essa atividade de incontestável valor à saúde pública.

2 OBJETIVOS

Promover discussão e reflexão sobre o papel do farmacêutico no atendimento ao paciente em alta hospitalar.

Apresentar informações que contribuam para o desenvolvimento e consolidação dessa importante função assistencial.

3 METODOLOGIA

Foi realizada revisão de literatura para identificar as publicações que abordam a atuação de farmacêuticos ou outros profissionais de saúde em alta hospitalar, acessando as bases eletrônicas de dados do Pubmed, Medline, Scielo e Google Acadêmico. As palavras-chave utilizadas foram “discharge counseling”, “discharge plan”, “patient counseling”, “pharmacist discharge counseling”, “pharmacy discharge plan”, “medication reconciliation”, “alta hospitalar”, “orientação na alta hospitalar”, “orientação ao paciente”, “orientação farmacêutica”, “plano de alta” e “reconciliação de medicação”; a busca foi limitada ao período de 1980 a 2009. Também foram pesquisadas teses, dissertações e livros relacionados ao tema, bem como referências relevantes obtidas de artigos inicialmente localizados.

A partir do levantamento inicial, que resultou em uma grande variedade de artigos, foram selecionadas cinquenta e nove referências em função da pertinência, atualidade e facilidade de acesso, cujo conteúdo foi analisado e utilizado de forma a fornecer subsídios dentro da área em estudo. Também foram utilizados capítulos de sete livros, uma tese e uma dissertação relacionados ao tema.

4 O PACIENTE E A HOSPITALIZAÇÃO

O doente acamado perde tudo. Sua vontade é aplacada; seus desejos, coibidos; sua intimidade, invadida; seu trabalho, proscrito; seu mundo de relações, rompido (ANGERAMI-CAMON, 2003. p. 26).

Quando se estabelece uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o paciente, este apresenta ganhos psicológicos, comportamentais e fisiológicos. Uma interação efetiva envolve empatia; portanto, o farmacêutico precisa reconhecer os sentimentos e crenças do paciente, e responder empaticamente. Dessa forma, o paciente se sente encorajado a expressar suas preocupações, e o farmacêutico fica mais habilitado a prestar o atendimento adequado (RANTUCCI, 2007), além de contribuir para a humanização do cuidado geral ao paciente, em especial no ambiente hospitalar.

A partir do diagnóstico de uma doença, o paciente pode apresentar vários sentimentos confusos e dolorosos, que, em geral, se agravam com a hospitalização. Após o choque inicial, que pode ser acompanhado de medo, choro e desespero, o paciente pode passar por estágios emocionais que compreendem a negação, revolta/raiva, barganha, depressão, até a aceitação. No caso de doença crônica, a aceitação pode ser abalada a cada nova perda ou alteração do quadro clínico, retornando o processo a estágios anteriores (SANTOS; SEBASTIANI, 1996).

Os profissionais de saúde devem respeitar os sentimentos do paciente, buscando conhecer sua percepção e reação emocional frente à doença e hospitalização que, além do sofrimento imposto, podem afetar as atitudes e o comportamento do paciente em relação ao tratamento. Segundo Rantucci (2007); Santos; Sebastiani (1996) e Angerami-Camon (2003), destacam-se os seguintes sentimentos:

Medo. Medo de dor, tratamento, procedimentos, incapacidade, morte, conseqüências sociais como constrangimento e desgosto para familiares, além do medo

do desconhecido, que por sua vez pode resultar em fantasias mórbidas. Quando ocorre hospitalização, em geral, esses medos aumentam. O medo pode se manifestar como nervosismo, transpiração e palidez, ou por meio de relato de mal estar gástrico, diarreia, cefaléia, hipertensão e tensão muscular.

Sentimento de perda. Sentimento de perda da auto-imagem, devido a mudanças na aparência ou porque seus corpos não funcionam mais em sua capacidade normal; de prazeres, tais como comida, sexo, bebida, vida social; perda de emprego, estabilidade econômica, amizades, laços afetivos. Na hospitalização, as perdas aumentam: o paciente perde ou tem sua identidade abalada, pois frequentemente é referido como número do leito ou como portador de uma determinada enfermidade; perde a privacidade, pois muitas vezes tem que partilhar o quarto com estranhos, além de ter suas necessidades mais íntimas sendo cuidadas por pessoas que também lhe são estranhas; perde a liberdade de ir e vir; perde o poder de decisão, pois é obrigado a adaptar sua vida a uma rotina com horários pré-estabelecidos para dormir, comer, tomar banho, receber visitas.

Raiva. Se verbalizada, a raiva pode aborrecer ou perturbar a todos, inclusive à equipe de saúde; se não, pode desencadear comportamento destrutivo.

Dependência. O paciente tanto pode recusar a se tornar dependente, como pode assumir uma postura totalmente dependente. No caso da hospitalização, o próprio processo reforça a condição de dependência; porém, sempre que possível os pacientes devem ser encorajados a se tornar auto-suficientes.

Culpa. Por estar doente, deixar de produzir e dificultar que outros produzam, especialmente familiares, seja durante a hospitalização ou por necessitar de cuidados permanentes. Ao sentir culpa, o paciente pode parecer passivo, tolerante, introspectivo, com dificuldades de comunicação.

Frustração. Pelas perdas, limitações, interrupção de rotinas e comprometimento de projetos de vida ocasionados pela perda de saúde. O sentimento de frustração pode levar à falta de adesão ao tratamento.

Depressão. Sensação de desamparo, abandono, impotência e fragilidade, associada aos sentimentos anteriormente citados, além da monotonia determinada pela falta de atividades, especialmente durante a hospitalização, podem resultar em perda de auto-estima e depressão.

Conhecendo e identificando tais sentimentos no paciente, o farmacêutico pode ajudar a aliviar certos medos por meio de esclarecimentos sobre a doença e o tratamento proposto, e a colocar os medos na perspectiva apropriada; encorajar e auxiliar o paciente a encontrar alternativas que minimizem as frustrações; colaborar no desenvolvimento de habilidades necessárias ao manejo da doença; demonstrar que é possível que o paciente tenha algum sentimento de controle sobre sua doença ou tratamento (envolvendo-o nas escolhas do tratamento, como por exemplo, em relação às formas farmacêuticas e aos horários de administração, ou capacitando-o para a monitorização de sintomas e resolução de problemas). O farmacêutico pode, ainda, recomendar a participação em grupos de pacientes e familiares com a mesma enfermidade e grupos de apoio disponíveis na comunidade, além de ressaltar a importância de acompanhamento psicológico, independente do tipo ou severidade dos sentimentos envolvidos.

Durante a hospitalização, alguns cuidados adicionais devem ser tomados:

- i. Na admissão hospitalar, deve-se promover o acolhimento do paciente e seus familiares, pois a ansiedade face à experiência de hospitalização pode dificultar o processo de comunicação, resultando na omissão involuntária de dados importantes ou informação de dados não acurados

relacionados ao período pré-hospitalização (GLANZNER; ZINI; LAUTERT, 2006).

- ii. A disponibilização de informações, durante a hospitalização e na alta hospitalar, é de extrema importância, pois pacientes informados são mais prováveis de aderirem a tratamentos farmacológicos, podem ser menos ansiosos, mais seguros, e mais capazes de se encarregar de seus medicamentos e esquemas terapêuticos (KERZMAN; BARON-EPEL; TOREN, 2005).
- iii. Uma vez que a hospitalização já é permeada por várias situações consideradas invasivas pelo paciente, é recomendável que o farmacêutico, assim como outros profissionais de saúde, siga a orientação feita aos psicólogos por Angerami-Camon (2003) quanto a verificar se o paciente deseja ou não receber a intervenção, pois sua decisão deve ser soberana.

5 RECONCILIAÇÃO DE MEDICAÇÃO

A omissão de medicamentos para doenças não relacionadas ao motivo da hospitalização demonstra que a equipe de saúde não está envolvida com o tratamento de uma maneira efetiva, pois deixa nas mãos do paciente a responsabilidade sobre o uso de medicamentos de uso crônico (MORIEL *et al.*, 2008, p. 68).

Segundo Moriel *et al.* (2008), a reconciliação de medicação tem demonstrado ser uma importante estratégia para reduzir erros de medicação, riscos potenciais ao paciente, e custos no atendimento. Consiste no processo formal de adequação do plano farmacoterapêutico a partir da comparação entre a lista exata e completa de medicamentos que o paciente estava utilizando previamente e a prescrição farmacoterapêutica na transição do atendimento (admissão hospitalar, mudança de médico prescritor, alta hospitalar). Portanto, deve ser realizada reconciliação sempre que novos medicamentos são prescritos ou são refeitas prescrições já existentes, incluindo mudanças de setor, serviço, médico ou nível de atendimento.

O tratamento farmacológico que o paciente utiliza, ambulatorialmente, pode ser diferente do tratamento prescrito devido a várias razões: inclusão de medicamentos decorrentes de auto-medicação; exclusão de medicamentos por achar que não necessita ou que está causando algum mal; alteração na forma de utilizar os medicamentos devido a dificuldades encontradas pelo paciente no entendimento do esquema terapêutico, ou intencionalmente, para que seu estoque seja suficiente por um período maior, em função de dificuldades financeiras para aquisição do produto, entre outras razões.

Na admissão hospitalar, a falta de informações acuradas e completas sobre quais medicamentos o paciente estava utilizando, devido à inadequada coleta de dados da história de medicação, pode levar à interrupção ou inadequação da terapia medicamentosa durante a hospitalização, ou resultar em falha para detectar problemas

relacionados a medicamentos como causa da admissão hospitalar, afetando adversamente a segurança do paciente. Após alta hospitalar, a manutenção destes erros pode resultar em omissão ou duplicação de medicamentos, interações medicamentosas, problemas de adesão ao tratamento, entre outros eventos adversos, podendo resultar em sofrimento humano e custos adicionais no atendimento (CORNISH *et al.*, 2005).

Uma vez que, geralmente, os pacientes são hospitalizados para a realização de um procedimento específico, como uma cirurgia ou tratamento de uma complicação, pode haver foco em um componente específico do atendimento, principalmente por especialistas que não tenham uma visão holística para outros aspectos das necessidades de atendimento em saúde do paciente. Alguns dos medicamentos de uso diário podem ser descontinuados durante a hospitalização e, na alta hospitalar, a avaliação da necessidade de recomeçar o uso desses medicamentos pode ser esquecida ou omitida (REEDER; MUTNICK, 2008; SCHNIPPER *et al.*, 2006).

As discrepâncias entre os regimes farmacoterapêuticos podem ocorrer em diferentes fases de atendimento, tanto em nível ambulatorial como hospitalar (admissão, transferência de profissionais ou setores de atendimento e na alta hospitalar) e, segundo Moriel *et al.* (2008), podem ser de dois tipos:

- i. *Discrepâncias justificadas*. Quando a prescrição do medicamento é justificada pela situação clínica; decisão médica de não prescrever um medicamento ou alterar dose, frequência ou via de acordo com protocolos; substituição terapêutica de acordo com os guias farmacoterapêuticos do hospital.
- ii. *Discrepâncias não justificadas*. Quando ocorre omissão de medicamento necessário; adição de medicamento não justificado pela situação clínica do paciente; substituição sem justificativa clínica ou razão de

disponibilidade do produto; diferença na dose, via de administração, frequência, horário ou método de administração; duplicação; interação.

As discrepâncias não justificadas podem ser consideradas erros de medicação, que podem ter conseqüências clínicas, isto é, podem causar danos ou ter potencial para causar danos; portanto, tais discrepâncias podem ser consideradas eventos adversos reais ou potenciais (VIRA; COLQUHOUN; ETCHELLS, 2006).

Vários estudos relatam a frequência e as conseqüências das discrepâncias detectadas nos tratamentos: 50% a 53% dos pacientes estudados apresentaram pelo menos uma discrepância não justificada na admissão hospitalar (CORNISH *et al.*, 2005; GLEASON *et al.*, 2004). Na alta hospitalar, 41% a 49% dos pacientes apresentaram discrepâncias (SCHNIPPER *et al.*, 2006; VIRA; COLQUHOUN; ETCHELLS, 2006).

O principal tipo de discrepância detectado nestes trabalhos foi a omissão de medicamentos anteriormente utilizados pelos pacientes (42% a 60% das discrepâncias), tanto na admissão como na alta hospitalar, seguido de diferença na dose, frequência, horário, via e forma de administração. Em outro estudo, no momento da alta, 57% das alterações nos regimes farmacoterapêuticos foram devidas à descontinuidade do medicamento; 21%, alteração na dose; e 7%, substituições (BOOCKVAR *et al.*, 2004).

Com relação às classes de medicamentos mais frequentemente envolvidas com discrepâncias detectadas em processos de reconciliação de medicação:

- i. Os medicamentos prescritos mais frequentemente relacionados a erros de história de medicação foram os agentes cardiovasculares (nitratos, digoxina, betabloqueadores), sedativos (benzodiazepinas) e analgésicos (antiinflamatórios não esteroidais, opióides) (TAM *et al.*, 2005).

- ii. Em estudo com idosos, a maioria das discrepâncias estava relacionada a medicamentos com indicação para distúrbios cardiovasculares e do sistema nervoso central (CORNISH *et al.*, 2005).
- iii. Os medicamentos mais comumente envolvidos com potenciais eventos adversos foram os agentes cardiovasculares, hipolipemiantes, antidepressivos, para distúrbios respiratórios e gastrointestinais, antigotosos e relaxantes musculares (PIPPINS *et al.*, 2008).

Quanto à avaliação do potencial em causar dano, caso as discrepâncias não tivessem sido interceptadas em 24-48 horas e permanecessem durante a hospitalização, 22% das discrepâncias causariam danos e 23% demandariam necessidade de monitorização ou intervenção; 59% das discrepâncias poderiam resultar em dano se o erro não fosse interceptado e continuasse após alta hospitalar (GLEASON *et al.*, 2004); 23% foram consideradas graves, com risco de hospitalização ou alteração persistente da função (PIPPINS *et al.*, 2008); mais de um terço das discrepâncias tinham potencial de causar dano moderado (32,9%) ou severo (5,7%), em estudo realizado com pacientes idosos (CORNISH *et al.*, 2005). Em estudo onde 60% dos pacientes apresentaram discrepâncias na admissão ou alta hospitalar, o processo de reconciliação de medicação interceptou e possibilitou a correção de 75% das discrepâncias clinicamente importantes, antes que ocorresse dano ao paciente (VIRA, COLQUHOUN; ETCHELLS, 2006). Outro estudo demonstrou que 50% dos eventos adversos relacionados a medicamentos atribuídos à transferência de pacientes foram causados por descontinuação do medicamento e 36% por alteração de dose (BOOKVAR *et al.*, 2004). De fato, em outro estudo, demonstrou-se que, na alta, o principal papel do farmacêutico foi retornar o paciente ao regime de tratamento com medicamentos de uso contínuo, que

havia sido suspenso na admissão hospitalar, representando 31% de todas as intervenções redutoras de morbidade (BAYLEY *et al.*, 2007).

Com relação ao impacto das intervenções sobre as discrepâncias, o resultado mais importante foi a possibilidade de interceptação e correção do erro. Ensaio clínico controlado demonstrou que a redução de discrepâncias, acompanhada de orientação ao paciente e acompanhamento farmacêutico, está associada com menores taxas de eventos adversos relacionados a medicamentos (EAM) passíveis de prevenção, e redução da necessidade de atendimento em serviços de urgência ou admissão hospitalar relacionada ao uso de medicamentos (SCHNIPPER *et al.*, 2006).

Apesar da maioria das alterações de medicamentos implicadas em EAM ocorrer na admissão hospitalar, a maior parte de EAM ocorre após alta (BOOCKVAR *et al.*, 2004). Este fato é compreensível, pois o período de hospitalização é menor e melhor monitorado que o período pós-hospitalização. Assim, o mesmo erro pode ter um potencial pequeno para causar dano ao paciente quando prescrito na admissão, pela possibilidade de ser interceptado e corrigido ou suas consequências monitoradas e controladas, enquanto que pode expor o paciente a riscos desnecessários quando prescrito na alta hospitalar (PIPPINS *et al.*, 2008).

5.1 Etapas da reconciliação de medicação

O processo compreende cinco etapas: desenvolvimento de uma lista dos medicamentos em uso, como resultado da obtenção da história de medicação; desenvolvimento de uma lista de medicamentos a ser prescritos; comparação entre as duas listas; tomada de decisão baseada na comparação; e comunicação da nova lista ao paciente e ao cuidador (BARNSTEINER, 2008; MORIEL *et al.*, 2008).

5.1.1 Obtenção de histórias de medicação

A obtenção de histórias de medicação acuradas é um importante elemento do uso seguro de medicamentos, uma vez que as informações são posteriormente utilizadas para gerar regimes farmacoterapêuticos durante a hospitalização e após alta. Revisão sistemática da literatura sobre a frequência, tipo e importância clínica de erros de história de medicação na admissão hospitalar (TAM *et al.*, 2005) revela que os erros de prescrição relacionados a história de medicação são comuns e potencialmente danosos para o paciente:

- i. Cerca de 27% de todos os erros de prescrição foram atribuídos a histórias de medicação incompletas no momento da admissão.
- ii. Entre 10% e 67% dos pacientes apresentaram pelo menos um erro de prescrição relacionado à história da medicação. Quando medicamentos isentos de prescrição foram incluídos, a frequência de erros subiu para 27% a 83%; quando informações sobre alergias a medicamentos e prévias reações adversas a medicamentos foram adicionadas, a frequência foi de 34% a 95% dos pacientes com pelo menos um erro.
- iii. Entre 10% e 61% dos pacientes tiveram pelo menos um erro de omissão, ou seja, medicamentos utilizados anteriormente pelo paciente não foram reintroduzidos, apesar de necessários.
- iv. Entre 11% e 59% dos erros de historia de medicação eram clinicamente importantes.

Segundo Tam *et al.* (2005) e Fitzgerald (2009), há várias razões para a obtenção de uma história de medicação acurada:

- i. O conhecimento dos tratamentos que o paciente já utilizou ou está utilizando, com informações sobre resultados vivenciados relacionados à efetividade e segurança, auxiliará no planejamento de tratamentos futuros;
- ii. Ajuda a evitar erros de prescrição, uma vez que uma história não acurada na admissão hospitalar pode levar a eventos indesejáveis resultantes da duplicação de medicamentos, interações medicamentosas, interrupção no tratamento com medicamentos de uso contínuo;
- iii. Permite considerar o medicamento como possível causa de problemas de saúde, inclusive da própria hospitalização, como resultado de reação adversa (os efeitos dos medicamentos deveriam estar sempre na lista de diagnóstico diferencial), ou de outros eventos adversos relacionados a medicamentos, tais como aqueles decorrentes de erros de medicação;
- iv. Auxilia no diagnóstico, pois medicamentos podem mascarar sinais clínicos e interferir em exames laboratoriais;
- v. É uma excelente oportunidade para orientar pacientes sobre seus medicamentos.

As principais barreiras que devem ser transpostas para obter uma história completa e acurada de uso de medicamentos são: severidade e estado cognitivo do paciente, familiaridade do paciente e do cuidador com seu regime medicamentoso, barreira de linguagem, tempo disponível para a realização da entrevista, ausência de processo estruturado para condução da entrevista, falta de documentação adequada, falta de integração da informação nos diferentes níveis de atendimento ao paciente (CORNISH *et al.*, 2005).

Uma vez que as informações fornecidas pelo paciente e seus familiares podem ser incompletas e não acuradas (por não conhecimento, por esquecimento ou devido ao stress da situação) os pacientes devem ser encorajados a trazer uma sacola contendo todos os seus medicamentos em cada consulta, atendimento de emergência ou hospitalização (BARNESTEINER, 2005). Assim, é possível ter acesso a todos os medicamentos em uso pelo paciente (medicamentos prescritos, medicamentos isentos de prescrição, fitoterápicos, suplementos nutricionais), possibilitando complementação de dados obtidos na entrevista. Além da identificação dos medicamentos, o momento propicia a coleta de dados para avaliar adesão, reações adversas prévias, resposta aos tratamentos, entre outros.

Geralmente, três categorias de profissionais estão envolvidas na obtenção de história de medicação: médico, enfermeiro e farmacêutico; porém, há pouca concordância sobre o papel e as responsabilidades de cada profissional com relação à reconciliação de medicação, além da falta de padronização do processo utilizado (BARNSTEINER, 2008).

Os farmacêuticos participam de visitas clínicas, avaliam prescrições, verificam os medicamentos durante a dispensação e na checagem final antes de encaminhar ao paciente; porém, essas atividades podem não ser suficientes para detectar erros de omissão na prescrição de admissão. Histórias de medicação obtidas pelos farmacêuticos são mais minuciosas e resultam em menor número de discrepâncias que as histórias obtidas pelos médicos; portanto, podem ser perdidas informações específicas e pertinentes sobre medicamentos, doses, posologias e alergias, quando o farmacêutico não é envolvido no processo (REEDER; MUTNICK, 2008).

Uma das principais barreiras à reconciliação de medicação é o tempo disponível para revisar a história clínica e realizar entrevista com o paciente, podendo ser

necessária ampliação do quadro de farmacêuticos. O custo adicional na folha de pagamentos é significativamente inferior aos valores gastos no atendimento dos eventos adversos decorrentes dos erros detectados, gastos com processos, além da perda de confiança no serviço de saúde (CORNISH *et al.*, 2005; GLEASON *et al.*, 2004). Como alternativa, o farmacêutico poderia obter história de medicação de pacientes selecionados, em visita clínica realizada logo após a admissão hospitalar, participando de processos de decisão sobre a prescrição. A seleção prévia de pacientes pode ser baseada em idade (especialmente crianças e idosos), número de medicamentos prescritos; atendimento fornecido por mais de um médico; número de enfermidades; pacientes com deficiência cognitiva utilizando múltiplos medicamentos; pacientes de serviços cirúrgicos, onde a equipe de saúde não é familiarizada com os medicamentos geralmente utilizados pelos pacientes, mais relacionados às comorbidades que ao motivo da hospitalização (FITZGERALD, 2009; BARNSTEINER, 2005; MORIEL *et al.*, 2008; TAM *et al.*, 2005).

Na padronização do procedimento de entrevista para obtenção da história de medicação, alguns tópicos são imprescindíveis (FITZGERALD, 2009):

- i. Medicamentos prescritos, formulações (ex. comprimidos de liberação modificada), doses, vias de administração (oral, transdérmica, inalação), frequência, duração do tratamento;
- ii. Outros produtos (medicamentos isentos de prescrição, fitoterápicos, suplementos);
- iii. Medicamentos utilizados recentemente (importante para fármacos de meia-vida longa);
- iv. Reações adversas prévias, suas naturezas e tempo de curso;

- v. Adesão ao tratamento (reconhecendo que a informação pode não ser acurada).

Sempre que possível, deve-se buscar acesso a histórias obtidas em outros serviços de saúde e farmácia comunitária. A situação ideal para obtenção de história de medicação envolve a utilização de sistemas informatizados e integrados que permitam uma conexão rápida e confiável para transferir histórias de medicação e informações sobre prescrição entre os profissionais de diversos locais de atendimento ao paciente (CORNISH *et al.*, 2005). Tais programas são extremamente úteis para coleta sistemática de informações sobre o uso de medicamentos pelo paciente, possibilitando melhorar segurança, uma vez que permitiria reconciliação de medicação a partir de um registro único, atualizado e realmente de acordo com o que o paciente está utilizando. Neste contexto, cabe ressaltar o programa informatizado e integrado às cidades da Região Autônoma da Andaluzia, na Espanha, que disponibiliza a história de saúde digitalizada do paciente. Isso permite que histórias clínicas que existem em hospitais e centros de saúde sejam substituídas por uma única história médica digital, possibilitando que diferentes profissionais de saúde que cuidam do paciente tenham acesso à informação clínica, independente do local onde o paciente esteja sendo atendido (MORIEL *et al.*, 2008). Porém, o sucesso das tecnologias atuais, tais como prescrição eletrônica e suporte para decisões clínicas, depende da entrada de dados acurados no sistema pelo profissional de saúde; portanto, seu uso não evita erros decorrentes de falhas na obtenção de histórias de medicação (GLEASON *et al.*, 2004).

Há alguma evidência de que a tecnologia pode melhorar a qualidade do planejamento de alta, incluindo a reconciliação de medicação e a comunicação dessa informação aos locais de atendimento em saúde. Entretanto, o uso de tais recursos é frequentemente limitado devido ao custo, incompatibilidade entre sistemas, e resistência

de alguns profissionais a novas tecnologias. Assim, é necessário o uso combinado de tecnologia e soluções simples (FOX; GRAY; RECK, 2007), podendo ser utilizados, por exemplo, documentos, planilhas ou formulários preenchidos por farmacêuticos comunitários que realizam seguimento farmacoterapêutico dos pacientes. A história de medicação obtida deve ser registrada em prontuário, seja de forma manuscrita, impressa ou em formato eletrônico. A lista de medicamentos utilizados antes da admissão hospitalar deve ser colocada num local bem visível para facilitar a comparação com as prescrições subseqüentes (KRIPALANI *et al.*, 2007).

5.1.2 Análise e decisão

Após obtenção da lista de medicamentos que estavam sendo utilizados e da lista de medicamentos prescritos no momento do atendimento é necessário compará-las, e qualquer discrepância ou inconsistência deve ser discutida com o médico prescritor, para posterior modificação da prescrição, se necessário. Nesta fase, vários fatores devem ser avaliados (BARNSTEINER, 2008; BOOCKVAR *et al.*, 2004; CUA; KRIPALANI, 2008; SCHNIPPER *et al.*, 2006) para decidir se deve haver inclusão/exclusão de medicamentos ou alterações nos esquemas propostos, verificando-se necessidade de uso ou de ajustes na dose, freqüência ou via de administração, avaliação risco/benefício e interações. Medicamentos podem ser temporariamente descontinuados na admissão hospitalar após avaliação de que são contra-indicados ou não essenciais durante o atendimento da intercorrência que resultou na hospitalização; não ser essenciais durante hospitalização em função do quadro clínico do paciente (BOOKVAR *et al.*, 2004); ter finalidade profilática para uso intra-hospitalar (por exemplo, para prevenção de úlcera de stress ou tromboembolismo venoso), devendo ser excluídos da

prescrição de alta (CUA; KRIPALANI, 2008; KRIPALANI *et al.*, 2007); medicamentos de uso contínuo podem ter sido substituídos durante a hospitalização em função de adaptação ao formulário terapêutico do hospital, e na alta deve ser avaliada a possibilidade de retorno ao que o paciente estava utilizando antes da hospitalização (BOOCKVAR *et al.*, 2004; CUA; KRIPALANI, 2008). Deve-se avaliar, também, se há possibilidade de simplificação do regime farmacoterapêutico proposto (SCHNIPPER *et al.*, 2006). Outra situação que pode confundir o paciente é o nome do medicamento na prescrição, pois medicamentos podem ser utilizados duplicadamente se receber prescrição de determinado medicamento pelo nome comercial e já estiver utilizando um produto genérico do mesmo medicamento, ou vice-versa (CUA; KRIPALANI, 2008). Portanto, as alterações na prescrição, após reconciliação, podem incluir interrupção do tratamento com medicamentos potencialmente inadequados ou duplicados, inclusão de novos medicamentos, simplificação de regime terapêutico, ou alterações de como o paciente está utilizando os medicamentos, entre outras (FOX; GRAY; RECK, 2007).

Após reconciliação, devem ser claramente documentadas todas as alterações, suas justificativas (independente de quão óbvias sejam), e se as alterações são temporárias ou permanentes, a fim de fundamentar as avaliações subsequentes. As alterações devem ser listadas de forma compreensível tanto para o paciente quanto para o médico que realizará o seguimento. Agrupar os medicamentos por indicação pode auxiliar na compreensão do plano farmacoterapêutico e na checagem de possíveis erros de omissão ou duplicação (CUA; KRIPALANI, 2008).

5.1.3 Comunicação do resultado

O resultado da reconciliação de medicação deve ser comunicado ao paciente e cuidadores, em especial no preparo para alta hospitalar, para que o paciente não tenha dúvidas sobre se deve ou não continuar a fazer uso de seus medicamentos no domicílio. Deve também ser comunicado ao médico que dará prosseguimento ao atendimento do paciente, destacando-se as alterações, o motivo e o plano de monitorização pós alta.

Apesar do papel limitado no processo de reconciliação na admissão hospitalar, os sistemas que utilizam prescrição eletrônica podem ser muito úteis na redução de erros no momento da alta hospitalar, gerando listas automáticas de medicamentos utilizados antes da hospitalização e dos medicamentos prescritos no momento da alta, facilitando, portanto, a reconciliação na alta hospitalar. Além disso, são úteis para uso na produção de materiais para orientação ao paciente (VIRA; COLQUHOUN; ETCHELLS, 2006).

Em função dos claros benefícios apresentados, a necessidade de implantar/implementar a reconciliação de medicação deve ser enfatizada nos programas de segurança dos pacientes. Vale destacar que atualmente a Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations requer que os hospitais realizem reconciliação de medicação na admissão hospitalar, na transferência interna, e na alta hospitalar, com encaminhamento dos resultados da reconciliação ao paciente e ao profissional de saúde que realizará seguimento do paciente (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2009).

Além disso, a responsabilidade profissional pela obtenção de história de medicação e pelo processo de reconciliação de medicação nos hospitais deve ser bem definida, dependendo dos recursos de cada instituição (KRIPALANI *et al.*, 2007). Deve-se considerar que os farmacêuticos são especialmente adequados para obter histórias de medicação e reconciliar discrepâncias devido à sua formação, experiência,

conhecimento sobre medicamentos, e habilidades para orientar pacientes (CUA; KRIPALANI, 2008; GLEASON *et al.*, 2004).

6 ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

O desconhecido é geralmente mais assustador que o conhecido. Saber o que esperar e qual ação tomar permite ao paciente exercer algum controle sobre eventos inevitáveis. Além disso, o paciente se sente como parte integrante da solução do problema (RANTUCCI, 2007, p. 17).

Estima-se que 20% a 50% dos pacientes não utilizam seus medicamentos da maneira como são prescritos. A não-adesão ao tratamento farmacológico pode ser uma das razões pelos quais medicamentos reconhecidamente eficazes sob condições controladas não são efetivos quando utilizados na prática clínica habitual, podendo resultar em comprometimento dos resultados do tratamento, deterioração do estado de saúde do paciente, além de aumento da utilização e dos custos do atendimento em saúde (KERZMAN; BARON-EPEL; TOREN, 2005; KRIPALANI; YAO; HAYNES, 2007; SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000).

A necessidade de reinternação está relacionada ao despreparo do paciente ou da família sobre os cuidados que devem ser desenvolvidos no domicílio, como a dificuldade na administração de medicamentos, mudanças no estilo de vida, autocuidado com necessidades especiais decorrentes da enfermidade, entre outros (PEREIRA *et al.*, 2007).

O conhecimento insuficiente sobre seus problemas de saúde e medicamentos, seja pela falta de informação ou pela não compreensão das informações recebidas dos profissionais de saúde, é uma das principais causas da falta de adesão do paciente ao seu regime farmacoterapêutico e plano de monitorização; sem adequado conhecimento, os pacientes não podem ser parceiros efetivos no manejo de seu próprio atendimento (AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS, 1997; KERZMAN; BARON-EPEL; TOREN, 2005; SILVA; SCHENKEL, MENGUE, 2000).

Estudos que avaliam o conhecimento dos pacientes sobre tratamento têm demonstrado níveis baixos de conhecimento, especialmente sobre terapia medicamentosa. A maioria dos pacientes tem conhecimento do motivo de utilização de seus medicamentos; porém, é notória a falta de conhecimento sobre outros aspectos importantes do tratamento farmacológico, tais como dose, período de tratamento, efeitos colaterais, interferência de alimentos, mudanças no estilo de vida, o que esperar dos medicamentos, e se devem ou não continuar o tratamento com os medicamentos que utilizavam antes da hospitalização (DONIHI *et al.*, 2008; FOSTER *et al.*, 2005; KERZMAN; BARON-EPEL; TOREN, 2005; KING; SCHOMMER; WIRSCHING, 1998; SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000). Tais estudos demonstram as oportunidades de orientação ao paciente em alta hospitalar.

Muitos pacientes relatam que, durante hospitalização, não tiveram oportunidade de fazer perguntas sobre seus medicamentos para qualquer membro da equipe de saúde. Frequentemente, os pacientes recebem alta hospitalar com informação inadequada ou insuficiente sobre seus medicamentos ou mesmo não recebem qualquer orientação sobre seu tratamento (CALABRESE *et al.*, 2003; KERZMAN; BARON-EPEL; TOREN, 2005).

Um importante aspecto do planejamento estratégico para implementar serviços de farmácia clínica é selecionar pacientes, pois, uma vez que orientação intensiva para todos os pacientes não é possível, as intervenções devem ser direcionadas para pacientes específicos; em geral, as instituições desenvolvem sistemas para identificar pacientes com maior necessidade de orientação (CALABRESE *et al.*, 2003; PEDERSEN; SCHNEIDER; SCHECKELHOFF, 2007; SPINEWINE *et al.*, 2006). Em pesquisa realizada pela American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), verificou-se que 44% dos hospitais utilizam algum método para selecionar pacientes para orientação:

Encaminhamento de médico (82,9%); solicitação do paciente (64,5%); identificação de pacientes em alta hospitalar com regimes farmacoterapêuticos complexos ou com medicamentos de alto risco (34,2%); doença específica (25,8%); pacientes em alta hospitalar com um número pré-determinado de medicamentos (12,7%); pacientes com história de problemas de adesão ao tratamento (12,2%), ou com prescrição de medicamento recentemente introduzido ao esquema terapêutico do paciente (8,6%), ou com medicamentos com interações medicamentosas (7,5%) (PEDERSEN; SCHNEIDER; SCHECKELHOFF, 2007).

Quando adotada a estratégia de encaminhamento para orientação com farmacêutico, devem ser definidos os critérios, conforme sugerem Calabrese *et al.* (2003) e Spinewine *et al.* (2006):

- i. Complexidade do regime farmacoterapêutico (Ex. quantidade de horários de administração de medicamentos por dia; quantidade de medicamentos iniciados na hospitalização e que serão continuados após alta; quantidade de medicamentos que serão utilizados diariamente após alta);
- ii. Pacientes internados devido a problemas relacionados a medicamentos (Ex. uso de medicamento ou dose errada, interação, reação adversa a medicamento);
- iii. Pacientes com alto risco para eventos adversos relacionados a medicamentos (Ex. pacientes idosos, devido às múltiplas comorbidades, polifarmácia, alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, e frequência de prescrição inapropriada);
- iv. Pacientes que necessitam educação adicional (Ex. pacientes diabéticos, anticoagulados, ou em uso de inaladores).

Os problemas relacionados ao uso de medicamentos podem ocorrer virtualmente com qualquer tipo de medicamento, mas são mais comuns com certas classes, seja devido às propriedades farmacológicas (podendo resultar em mais efeitos colaterais, toxicidade, interação), à estreita margem terapêutica (que torna mais difícil manter e monitorar os níveis terapêuticos) ou, simplesmente, porque são prescritos mais frequentemente (HUGHES; ORTIZ, 2005). Conhecer e concentrar intervenções direcionadas a essas classes de medicamentos pode contribuir com seu uso seguro, redução de danos e de custo de atendimento. As classes de medicamentos mais frequentemente envolvidas em eventos adversos reais ou potenciais, muitos deles passíveis de prevenção, nos estudos avaliados, foram: antibióticos, anticoagulantes, agentes cardiovasculares, diuréticos, psicofármacos, antidiabéticos, antiinflamatórios não esteroidais e analgésicos (FOSTER *et al.*, 2003; FOSTER; HALIL; TIERNEY, 2004; HOWARD *et al.*, 2006; HUGHES; ORTIZ, 2005; SPINEWINE *et al.*, 2006).

6.1 O procedimento de orientação ao paciente

A orientação ao paciente realizada pelo farmacêutico tem por objetivo ajudá-lo a obter os maiores benefícios com o uso de seus medicamentos; auxiliar na resolução de problemas existentes; prevenir a ocorrência de problemas futuros, e desenvolver a capacidade do indivíduo em lidar com problemas relacionados ao uso de medicamentos que possam vir a ocorrer em seu domicílio (RANTUCCI, 2007).

Orientar para alta hospitalar não significa “inundar” o paciente com informações no momento da alta, momento este geralmente carregado de ansiedade e stress, onde o paciente já recebe um grande número de informações sobre cuidados gerais e especiais, necessidade de realização de exames, agendamento de retorno, entre outras. Na verdade,

a orientação pelo farmacêutico deve iniciar logo após admissão hospitalar, em visitas clínicas, possibilitando estabelecer um vínculo de confiança com o paciente; iniciar o planejamento da orientação, a partir da coleta de informações sobre as necessidades específicas de cada paciente; avaliar a compreensão do paciente e conseqüente necessidade de reforçar as informações, além de dar oportunidade ao paciente de esclarecer suas dúvidas (MARRA *et al.*, 1989; PEREIRA *et al.*, 2007). Durante a hospitalização, o paciente deve ser estimulado a questionar por que está recebendo o medicamento; verificar se o medicamento, a dose e a via são corretos; alertar os médicos, enfermeiros e farmacêuticos sobre problemas potenciais com alergias, interações ou outros efeitos adversos já vivenciados em tratamentos anteriores, além de solicitar à equipe de saúde qualquer informação relacionada ao seu tratamento. Ou seja, o paciente deve estar ativamente engajado com seu tratamento, para prevenir erros (HUGHES; ORTIZ, 2005).

Nos primeiros contatos, podem ser esclarecidas dúvidas pontuais do paciente, aumentando-se gradualmente a quantidade e o aprofundamento das orientações, até a realização de treinamentos para desenvolver habilidades específicas sobre administração de medicamentos que exigem técnicas mais aprimoradas. A seleção de medicamentos que serão abordados inicialmente deve levar em consideração o interesse do paciente e a probabilidade de continuar a utilizar o medicamento após alta.

Para a padronização de procedimentos relacionados à sessão de orientação, são recomendados os seguintes passos (AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS, 1997):

- i. Apresente-se como farmacêutico, explique o propósito e a expectativa aproximada de duração da sessão, e obtenha a concordância do paciente em participar.

- ii. Avalie o conhecimento do paciente sobre seu problema de saúde e seus medicamentos, a capacidade física e mental para usar os medicamentos adequadamente, e suas atitudes para com os problemas de saúde e medicamentos. Faça perguntas abertas sobre o propósito de cada medicamento e quais as expectativas do paciente, e peça para o paciente descrever como utiliza (ou utilizará) os medicamentos. Se já faz uso do medicamento, peça para descrever qualquer problema, preocupação ou dúvida que esteja sentindo com relação aos seus medicamentos.
- iii. Forneça informação oralmente e use recursos visuais ou demonstrações para preencher as lacunas no conhecimento e entendimento do paciente. Entregue material informativo para auxiliar na retenção das informações. Se o paciente estiver apresentando problemas com seus medicamentos, obtenha dados apropriados e avalie o problema. Ajuste regimes farmacoterapêuticos de acordo com protocolos ou notifique o prescritor.
- iv. Verifique o conhecimento e o entendimento do paciente quanto ao uso do medicamento. Peça ao paciente para descrever ou demonstrar como irá utilizar seus medicamentos.

6.2 Avaliação das necessidades do paciente

Para que a orientação possa *efetivamente* ajudar o paciente, é necessário identificar quais são suas reais expectativas e preocupações, sejam elas verbalizadas ou demonstradas por atitudes e comportamentos, para que a orientação a ser realizada possa ir de encontro às necessidades do paciente. É preciso, também, identificar quanto o paciente já sabe sobre sua doença e seus medicamentos; quais aspectos devem ser

complementados e/ou esclarecidos, incluindo crenças e medos; quais habilidades precisam ser desenvolvidas, e quais comportamentos e atitudes necessitam ser modificados (RANTUCCI, 2007).

O paciente deve ser avaliado quanto às habilidades cognitivas e motoras, nível de escolaridade, estilo de aprendizagem, além do estado físico e sensorial, a fim de que os métodos a ser utilizados na orientação sejam adequados ao paciente, ou seja, de acordo com suas preferências e necessidades específicas (acuidade visual ou auditiva, habilidade motora, entre outras). Podem ser utilizados os seguintes recursos: informação verbal, material impresso, apresentação de esquemas e modelos, demonstrações de técnicas de manuseio de medicamentos, recursos áudio-visuais, entre outros (RANTUCCI, 2007).

Nessa etapa do processo de orientação, os pacientes também devem ser avaliados quanto ao potencial de apresentar problemas de adesão. Além da quantidade de medicamentos e complexidade de uso, que podem resultar em informação demasiada para um paciente processar e lembrar corretamente, outros fatores de risco para problemas de adesão são: morar sozinho, baixo nível socioeconômico, alto custo dos medicamentos, maior número de médicos atendendo ao paciente simultaneamente, depressão, deficiência cognitiva, tratamento de doença assintomática, percepção do paciente sobre a severidade de sua condição, presença de efeitos colaterais, falha no relacionamento médico-paciente (TOUCHETTE; SHAPIRO, 2008). Além de permitir adequação do processo de orientação, o conhecimento destes fatores permite levar à equipe de saúde todas as constatações significativas, alertas e sugestões visando evitar a ocorrência de problemas decorrentes de falta de adesão ao tratamento, tais como: sugestão de mudança na forma farmacêutica devido à dificuldade de deglutição ou preferência por líquidos orais; análise da viabilidade de alteração para esquemas

terapêuticos simplificados e/ou de menor custo, solicitação de atendimento do paciente por outros profissionais, como psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, entre outros.

Completando o processo de avaliação do paciente, o farmacêutico deve realizar triagem de pacientes que necessitam receber orientação mais aprofundada ou ser encaminhados para orientação especializada, como, por exemplo, pacientes para os quais foram prescritos medicamentos que requerem habilidades especiais, tais como insulina, heparina de baixo peso molecular, inaladores, ou medicamentos de alto risco, tais como anticoagulantes, antiarrítmicos, imunossupressores (CUA; KRIPALANI, 2008).

O fornecimento de tratamento individualizado e o desenvolvimento da autonomia do paciente, levando em consideração valores e circunstâncias pessoais, são imprescindíveis à promoção da adesão ao tratamento e, conseqüentemente, à obtenção de melhores resultados do tratamento (RANTUCCI, 2007).

6.3 Tópicos abordados na orientação

Há evidências de que o uso adequado de medicamentos é determinado primariamente pela natureza e qualidade da comunicação entre a equipe de saúde e o paciente (KING; SCHOMMER; WIRSCHING, 1998). A informação não deve ser abrangente ou detalhada demais para que o paciente possa absorver ou entender de acordo com seu nível educacional, capacidade e estado emocional, uma vez que pode comprometer ao invés de melhorar a adesão (RANTUCCI, 2007). É preferível destacar pontos-chaves.

Na alta hospitalar, os pacientes geralmente estão mais preocupados com o que eles precisam fazer. Então, na orientação para alta, que preferencialmente deve ser iniciada antes do dia da alta propriamente dita, devem ser destacadas as alterações no regime medicamentoso resultantes do processo de reconciliação, como inclusões e exclusões de medicamentos, mudança na dose, bem como orientações importantes sobre os medicamentos que utilizará no domicílio (CUA; KRIPALANI, 2008). Além de explicação verbal, o paciente e cuidadores devem receber um plano escrito contendo: nomes dos medicamentos, indicações, doses e apresentações, frequência e tempo de administração, forma de administração, lista de medicamentos descontinuados e motivo (SPINEWINE *et al.*, 2006).

Durante a hospitalização, a sessão de orientação deve incluir informações sobre cada medicamento que será utilizado após alta. Sugestões sobre o conteúdo que deve ser abordado nas sessões foram publicadas pela ASHP em 1997, e reavaliadas pela instituição em 2006, tendo sido consideradas ainda apropriadas (AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS, 1997):

- i. Nome do medicamento (comercial e genérico), sinônimo, e quando apropriado sua classe terapêutica e eficácia;
- ii. Indicação, benefícios esperados e ação. Pode incluir se o medicamento deverá curar a doença, eliminar ou reduzir os sintomas, interromper ou retardar o processo da doença, ou prevenir uma doença ou sintoma;
- iii. A expectativa de início de ação e o que fazer se a ação não ocorrer;
- iv. A via de administração, a apresentação, a dose e esquema de administração (incluindo a duração do tratamento);
- v. Orientações para preparo e uso ou administração (pode incluir adaptação ao estilo de vida ou ambiente de trabalho);

- vi. O que fazer se perder uma dose;
- vii. Precauções a serem observadas durante o uso ou administração do medicamento e riscos potenciais em relação aos benefícios;
- viii. Potenciais efeitos adversos (os comuns e os graves) que podem ocorrer, e como prevenir ou minimizar sua ocorrência;
- ix. Técnicas de auto-monitorização da farmacoterapia;
- x. Interações potenciais (com medicamentos, alimentos e doenças), contra-indicações;
- xi. Interferência com a interpretação de resultados laboratoriais;
- xii. Informações para obtenção dos medicamentos prescritos;
- xiii. Instruções para acesso 24 horas a um farmacêutico;
- xiv. Armazenamento adequado do medicamento;
- xv. Descarte adequado;
- xvi. Qualquer outra informação específica sobre o tratamento para aquele paciente.

No caso de pacientes pediátricos, os farmacêuticos devem orientar os cuidadores quanto a questões específicas, tais como técnicas de preparo e diluição; informações sobre estabilidade; sistemas de medidas (doses fracionadas, uso de dosadores orais); técnicas de administração segura; além de fornecer informações sobre medicamentos com revestimentos que não podem ser fracionados, triturados ou mastigados; como mascarar sabor de medicamentos não palatáveis, e formas de prevenção de ingestão acidental, entre outros (AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS, 1994; RICCI, 2008).

Alguns tópicos recomendados para orientação são aqui ressaltados:

Produtos genéricos e produtos de referência. Apesar de os medicamentos de referência e produtos genéricos apresentarem os mesmos fármacos, eles podem parecer completamente diferentes para o paciente, o qual, sem a adequada informação, pode fazer uso inadequado dos medicamentos, como duplicação, omissão, troca. Além disso, os produtos disponíveis no comércio podem ter diferenças na apresentação, propiciando erros de dose (STUFFKEN; EGBERTS, 2004).

O que esperar dos medicamentos. A percepção individual da eficácia do tratamento prescrito é um fator relevante em adesão ao tratamento. Por não entender a maneira pela qual o medicamento irá ajudar, o paciente poderá considerá-lo ineficaz. Dessa forma, os pacientes devem ser esclarecidos sobre como o medicamento vai auxiliar especificamente em sua condição, se os resultados serão “visíveis” ou passíveis de ser percebidos, e, neste caso, em quanto tempo as alterações poderão ser percebidas. De posse dessa informação, é menos provável que o paciente interrompa o tratamento antes do tempo necessário para obtenção do efeito, ou, por outro lado, persista com um tratamento não efetivo (KING; SCHOMMER, WIRSCHING, 1998; RANTUCCI, 2007).

Monitorização. Orientar, conforme especificação de cada medicamento, sobre a importância da realização de testes laboratoriais, mensurações, ou anotações diárias para seguimento do tratamento.

O que fazer se perder a dose. Orientar para não duplicar a dose no próximo horário de administração; administrar a dose tão logo seja possível, porém se o horário seguinte à da dose perdida estiver muito próximo, aguardar e administrar apenas a dose do próximo horário (RICCI, 2008). Explicar as consequências de perdas de doses; sugerir e auxiliar o uso de sistemas de lembrança como calendários e estojos de

medicamentos. Alertar quanto a cuidados especiais com medicamentos de estreita margem terapêutica.

Interferência de alimento. Orientar, conforme especificação para cada medicamento, sobre a necessidade de jejum, utilização junto a alimentos, ou ausência de interferência, uma vez que os alimentos podem ter efeito significativo sobre a efetividade dos medicamentos e sobre o nível de efeitos adversos (KERZMAN; BARON-EPEL; TOREN, 2005).

Mudança de estilo de vida. Orientar, conforme especificação para cada medicamento, sobre a necessidade de dieta, mudança no padrão de ingestão de água, redução de exposição ao sol, evitar ou aumentar cuidados ao dirigir automóveis, entre outras necessidades específicas.

Efeitos colaterais. Alguns efeitos colaterais podem alarmar ou aborrecer o paciente suficientemente para que ele decida interromper o tratamento. Porém, se for alertado sobre a possível ocorrência e como gerenciá-la, poderá continuar o tratamento. Além disso, se o paciente é orientado sobre sinais de possíveis efeitos adversos, tais efeitos podem ser detectados em um estágio inicial, e o médico pode ser notificado e tomar medidas cabíveis antes que efeitos mais graves se instalem (RANTUCCI, 2007). Assim, o fornecimento adequado de informações relacionadas aos efeitos colaterais aumenta a sensação de controle do paciente sobre os efeitos dos medicamentos que está utilizando, contribuindo para melhorar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, reduzir o sofrimento do paciente e a utilização desnecessária de serviços de saúde após a alta. Porém, esta é uma das informações mais frequentemente omitidas ou não abordadas adequadamente pelos profissionais de saúde, conforme constatação de vários estudos realizados: Apesar de 83% dos participantes relatarem que discutiram sobre seus medicamentos com profissionais de saúde, antes da alta hospitalar, apenas 62% dos

pacientes discutiram sobre efeitos colaterais (FOSTER *et al.*, 2005); o conhecimento sobre alguns possíveis efeitos colaterais foi relatado por apenas 20% a 34% dos pacientes estudados (DONIHI *et al.*, 2008; KERZMAN; BARON-EPEL; TOREN, 2005).

Durante uma educação inicial, somente um pequeno número de efeitos colaterais, aqueles considerados mais críticos, deve ser explicado ao paciente, evitando-se longas listas. Os efeitos colaterais devem ser selecionados para discussão baseado na severidade ou frequência (DONIHI *et al.*, 2008).

As informações devem abordar os efeitos colaterais potenciais, precauções para evitar ou medidas para minimizar ou monitorar tais efeitos, o que fazer se eles ocorrerem, incluindo como tratar os sintomas, quando interromper o uso do medicamento, quando telefonar para o médico, e quando procurar atendimento em serviços de emergência (CUA; KRIPALANI, 2008).

Alguns profissionais hesitam em discutir efeitos colaterais com os pacientes por receio de que isso possa sugestioná-los quanto aos efeitos descritos; porém, estudos têm demonstrado que os pacientes que recebem esse tipo de informação geralmente não experimentam mais efeitos colaterais que aqueles que não recebem a informação (RANTUCCI, 2007); segundo estudo realizado por Foster *et al.* (2005), o risco de um evento adverso relacionado a medicamentos em pacientes que receberam descrição sobre efeitos adversos foi menor que a metade do risco dos que não receberam.

Custo dos medicamentos. Muitos pacientes não têm condições financeiras de comprar novos medicamentos, ou podem tentar fazer o estoque de medicamentos durar por um período maior, tomando com menor frequência que a prescrita. Infelizmente, médicos frequentemente não se preocupam com o custo dos medicamentos que prescrevem, e não estão acostumados a discutir esta questão com os pacientes. O

resultado é a baixa adesão ao tratamento prescrito (CUA; KRIPALANI, 2008). Portanto, deve ser avaliada a possibilidade de redução do custo do tratamento, junto ao médico, quando possível; por exemplo, a prescrição de medicamentos combinados pode reduzir o custo e a quantidade de medicamento, melhorando adesão ao tratamento. Deve-se, também, verificar e orientar sobre a existência de programas especiais de distribuição gratuita de medicamentos.

Requisitos para aquisição de medicamentos. Para evitar dificuldades e transtornos na aquisição de medicamentos prescritos na alta hospitalar, além de verificar a legibilidade da receita médica, o farmacêutico deve orientar e verificar os impressos, devidamente preenchidos pelo médico, para aquisição de medicamentos sujeitos a controle especial, bem como formulários para participação em programas especiais de distribuição gratuita de medicamentos pelo governo.

6.4 Avaliação da retenção da informação

A baixa taxa de pacientes que relatam conhecimento correto não significa necessariamente que não tenha sido fornecida orientação; pode indicar que a orientação realizada não foi efetiva. Isso implica na necessidade de avaliar o conhecimento do paciente e o grau de entendimento após orientação, para garantir seu sucesso (KERZMAN; BARON-EPEL; TOREN, 2005).

Após orientar os pontos destacados, é necessário confirmar o entendimento desses itens pelo paciente, obtendo sua interpretação sobre a informação fornecida (DONIHI *et al.*, 2008).

O melhor recurso para confirmar o entendimento é chamado “teach-back”, que envolve pedir ao paciente para repetir as instruções da forma como entendeu ou

demonstrar uma nova técnica aprendida. “Teach-back” é considerado um dos métodos mais efetivos para melhorar a segurança do paciente (CUA; KRIPALANI, 2008; KRIPALANI *et al.*, 2007).

6.5 Material Informativo

O material informativo a ser utilizado na orientação pode ser impresso na forma de textos, perguntas e respostas, ou ainda com quadros coloridos contendo poucas palavras e figuras representando, passo a passo, uma determinada técnica ou procedimento.

O uso isolado de informações impressas ou sessões educacionais não melhora a adesão do paciente ao tratamento. Entretanto, fornecer material educacional em combinação com orientação direta ou outras intervenções comportamentais pode ser útil (FOX, GRAY; RECK, 2007). As intervenções comportamentais são designadas a influenciar o comportamento definindo, lembrando ou recompensando o comportamento desejado. Exemplos desses métodos incluem ensinar ao paciente a adquirir habilidades; utilizar métodos de lembrança (calendários e estojos de medicamentos); simplificar esquema (reduzindo sua demanda comportamental); e usar recompensas e reforços (exemplo, avaliando adesão com *feedback* ao paciente) (TOUCHETTE; SHAPIRO, 2008).

6.6 Documentação

Todas as informações sobre as intervenções realizadas pelo farmacêutico devem ser registradas no prontuário: avaliação do paciente, orientações fornecidas ao paciente,

além das sugestões para a equipe de saúde, inclusive sobre aceitação ou não das intervenções (CALABRESE *et al.*, 2003; SPINWINE *et al.*, 2006).

7 PLANO DE ALTA HOSPITALAR

Nem todo paciente necessita de um plano de alta aprofundado; entretanto, cada paciente pode se beneficiar de alguma maneira com os esforços profissionais para facilitar sua transição de paciente dependente a indivíduo autônomo (RATLIFF, 1981, p. 138).

Os planos estruturados de alta hospitalar são ferramentas utilizadas para aumentar a capacidade de auto-cuidado, fortalecer a adesão ao tratamento proposto, reduzir a frequência de hospitalizações não planejadas e estreitar a comunicação entre o hospital e o cuidado fornecido em serviços de atenção primária (KUCHENBECKER, 2005). O planejamento de alta é um processo direcionado a assegurar a continuidade do atendimento ao paciente que se move entre sua casa e os diversos serviços que compõem o sistema de atendimento em saúde (ROMANO, 1982).

Nos Estados Unidos, desde 1978, a Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) requer que os hospitais realizem planejamento da alta hospitalar dos pacientes, com o propósito de fornecer continuidade do atendimento pós-hospitalização (RATLIFF, 1981). As preocupações com a adequação de planos de alta aumentaram em 1984, devido às mudanças no sistema de pagamento da internação hospitalar pelo governo, que, num contexto de contenção de custos, desencadearam uma redução substancial do período de internação hospitalar, em especial entre os idosos. Em decorrência disto, pacientes recebiam alta ainda em convalescença, com maior grau de dependência, e maiores demandas de atendimento no domicílio. Assim, a elaboração de planos de alta inadequados poderia contribuir para o aumento das taxas de readmissão hospitalar, resultando na elevação dos custos de atendimento em saúde e efeitos prejudiciais à saúde do paciente (MAMON *et al.*, 1992). Há registros, a partir desta época, de especialidade emergente (“discharge planner”) com responsabilidades sobre atividades relacionadas ao planejamento de alta (RATLIFF, 1981). Este contexto

explica o grande número de artigos publicados sobre planejamento de alta hospitalar naquele país.

No Brasil, a partir de informações obtidas em artigos publicados sobre o tema (MIASSO; CASSIANI, 2005; PEREIRA *et al.*, 2007; POMPEO *et al.*, 2007), a situação é bastante diferente, ainda nos dias de hoje: Na prática clínica habitual, não há planejamento de alta, e as orientações se restringem a instruções fornecidas, na maioria das vezes, pelo médico e/ou enfermeiro no momento da alta hospitalar; em curto período de tempo; no quarto, no posto de enfermagem ou até mesmo no corredor. O tipo de informação é determinado pelo próprio profissional, sem avaliação e adequação às necessidades específicas do paciente. Para pacientes com necessidades específicas de orientação por outros profissionais, as informações são fornecidas individualmente, sem integração multiprofissional. Em geral, as informações sobre o tratamento farmacológico são apenas verbais, insuficientes e, às vezes, inadequada por falta de conhecimento específico, sendo comum a necessidade de esclarecimento do próprio enfermeiro sobre o conteúdo de receitas médicas, principalmente devido a problemas de legibilidade. Não ocorre avaliação sobre o entendimento do paciente sobre a instrução fornecida, e, em geral, não é entregue material informativo. A orientação fornecida não é documentada no prontuário do paciente. Não é oferecida a possibilidade de contato telefônico para esclarecimento de dúvidas que surgem no domicílio. Apesar de haver valorização, por parte dos enfermeiros, da orientação do paciente para alta, as principais barreiras encontradas são: conhecimento da alta do paciente apenas no momento em que ela ocorre, falta de tempo, insuficiência do número de funcionários e falta de participação nas visitas clínicas.

Uma experiência brasileira positiva envolve um programa de preparo de alta hospitalar para pacientes portadores de seqüelas neurológicas, principalmente

decorrentes de acidente vascular cerebral (CESAR; SANTOS, 2005), desenvolvido com orientação à beira do leito, na presença do cuidador familiar, e atividade em grupo com os cuidadores familiares. Os participantes demonstraram satisfação com o programa, em função da aquisição de conhecimentos para o cuidado, resgate da cidadania, estímulo à interação familiar no processo de recuperação, bem como troca de experiência e apoio emocional à família nas atividades grupais.

Em revisão da literatura abordando avaliação dos pacientes sobre planejamento de alta, em artigos publicados entre os anos de 2000 e 2005, Ganzella; Zago (2008) demonstraram que insatisfação com o planejamento de alta ocorreu devido a considerar que as informações foram incompletas, principalmente aquelas relacionadas à necessidade de continuidade de uso de medicamentos. Por outro lado, pacientes demonstraram satisfação com planejamentos de alta em que foram envolvidos, devido ao atendimento de suas expectativas e favorecimento da continuidade do cuidado. Na visão de pacientes e cuidadores, os fatores que favorecem a satisfação com o plano de alta são:

- i. Levantamento das suas necessidades e elaboração do plano de alta com base nos resultados deste levantamento;
- ii. Avaliação das suas condições físicas, psicológicas e sociais;
- iii. Foco específico na doença, na continuidade da terapêutica e nos cuidados após alta;
- iv. Participação ativa no processo;
- v. Implementação de atividades de ensino, fornecendo informações verbais, escritas, por meio de recursos audiovisuais, durante a hospitalização;
- vi. Comunicação adequada entre profissionais, hospital e serviços de atendimento à saúde da comunidade (atenção primária).

Independente das estratégias utilizadas por diferentes hospitais, o planejamento de alta apresenta duas características básicas: deve ter envolvimento multidisciplinar integrado, e contar com um profissional designado para coordenar o plano. Segundo Mamon *et al.* (1992), Ratliff (1981) e Romano (1982), o planejamento de alta compreende as seguintes etapas:

Avaliação das necessidades do paciente. Os recursos de atendimento que os pacientes requerem, no período pós-hospitalização, podem variar em número e tipo, dependendo de características fisiopsicossociais do paciente, da enfermidade, e dos tratamentos propostos. Além disso, as necessidades do paciente e cuidadores podem ser diferentes das prioridades delimitadas pelos profissionais de saúde; assim, o processo de planejamento de alta deve ser direcionado às necessidades individuais de cada paciente.

Em função dessa característica, o plano deve ser iniciado na admissão (em geral, dentro 24-48 horas), complementando-se com visitas clínicas regulares durante a hospitalização (periodicidade definida em cada instituição).

Avaliação dos recursos disponíveis na comunidade. Para continuidade do atendimento ao paciente, devem ser avaliados os recursos disponíveis, incluindo clínicas, associações e programas especiais de atendimento. Se possível, deve-se realizar contatos para encaminhamento do paciente.

Orientação ao paciente e seus familiares. Baseando-se nos resultados da avaliação de necessidades de cada paciente, as orientações devem ser iniciadas precocemente, durante a hospitalização, com relação à enfermidade e tratamento, além de promover a capacitação para o auto-cuidado, quanto à administração de medicamentos em regimes complexos ou que necessitam técnicas especiais, e operacionalização de materiais ou equipamentos especializados. Na alta propriamente dita, deve-se buscar esclarecer sobre o tratamento que o paciente deverá dar

continuidade, bem como o tipo de atendimento recomendado, e onde obter esse atendimento.

Finalização e apresentação do plano de alta hospitalar. O plano deve ser finalizado e impresso no momento da alta hospitalar, refletindo todo o atendimento planejado durante a hospitalização. Deve ser claro e objetivo, tanto para o paciente como para os profissionais de saúde que darão continuidade no atendimento, preferencialmente utilizando-se tópicos, ao invés de narrativa não estruturada, e conter as seguintes informações:

- i. Diagnóstico, motivo da admissão hospitalar e intervenções realizadas durante a hospitalização;
- ii. Tratamento proposto (nome, dose, frequência e via de administração, duração planejada de uso e razão de uso de cada medicamento), além de orientações de monitorização (o que fazer, quando fazer e o que esperar dos procedimentos de monitorização); registrar o motivo de exclusões, inclusões e substituições de medicamentos;
- iii. Esclarecimentos sobre quais circunstâncias o paciente deve contatar um profissional, para quem ou onde telefonar para esclarecer dúvidas;
- iv. Esclarecimentos sobre como será realizado seguimento, se disponível no hospital;
- v. Orientação sobre sistemas de apoio na comunidade;
- vi. Registro das orientações fornecidas ao paciente.

Após apresentação do plano de alta ao paciente e seus familiares, se ainda for necessário, e se possível, devem ser feitas modificações para atender seus desejos ou necessidades particulares, até a obtenção de um plano final, que deverá ser registrado no prontuário do paciente, e cópia deve ser entregue ao paciente.

Independente do formato (cartão, carta, resumo de alta, relatório de alta), o plano de alta deve ser encaminhado ao profissional de saúde que realizará seguimento do paciente (FOX; GRAY; RECK, 2007), por meio de fax, correio eletrônico, entregue pelo próprio paciente, ou compartilhado por sistema informatizado integrado. Kripalani *et al.* (2007) alertam para a necessidade de que seja garantida a entrega do plano de alta ao médico, em tempo hábil, para dar prosseguimento ao tratamento e monitorização planejados.

Em geral, o fornecimento do plano de alta é muito bem recebido pelos médicos e pacientes. Estudo desenvolvido por Sandler *et al.* (1989) demonstrou que 95% dos médicos e 89% dos pacientes aprovaram uso de cartão de informação sobre alta (Modelo no anexo I). Em outro estudo (MIDLÖV *et al.*, 2008), o uso de relato de medicação, parte integrante do resumo de alta, reduziu significativamente o número (em mais de 50%) e a gravidade dos erros de medicação (Modelo no anexo II).

Seguimento/avaliação. Idealmente, o processo deve continuar no domicílio, seja em serviço disponibilizado pelo próprio hospital, seja em parceria com profissionais da atenção primária de saúde, e com “feedback” à equipe hospitalar.

8 SEGUIMENTO APÓS ALTA HOSPITALAR

Reconhecer que a continuidade do atendimento é requisito vital no uso apropriado de medicamentos; além disso, encorajar o desenvolvimento de estratégias dirigidas às lacunas do atendimento farmacêutico e estimular fortemente os farmacêuticos a assumir a responsabilidade profissional em assegurar a continuidade do atendimento farmacêutico quando o paciente é transferido de um serviço a outro (AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS, 2005, p. 1714).

Segundo Mamon *et al.* (1992), apesar do reconhecimento indiscutível de que o plano de alta traz conseqüências benéficas ao paciente quanto ao uso seguro de medicamentos, não deve ser visto como uma panacéia assegurando que todas as necessidades do paciente serão satisfeitas. Os pacientes estão frequentemente despreparados para seu papel no auto-cuidado nos setores de atendimento subsequente; recebem orientações conflitantes em relação ao manejo de doenças crônicas; têm mínima participação em seu próprio plano de cuidado, e, frequentemente, não conseguem esclarecer dúvidas. A falta de seguimento adequado é uma das causas do comprometimento da qualidade e da segurança dos pacientes durante o período vulnerável da transição de atendimento (COLEMAN *et al.*, 2006). Daí a necessidade do hospital coordenar os serviços de atendimento domiciliar por um período de tempo após alta hospitalar, especialmente durante os primeiros dias da transição de atendimento. Telefonar ao paciente poucos dias após a alta oferece a ele a oportunidade de esclarecer dúvidas sobre regimes farmacoterapêuticos, relatar novos sintomas que podem estar relacionados ao uso de medicamentos, ou ainda relatar dificuldades na aquisição de medicamentos (KRIPALANI *et al.*, 2007). Outro recurso é a visita domiciliar pós alta, que possibilita, além de esclarecer dúvidas, observar como os medicamentos estão sendo utilizados e armazenados, descartar medicamentos antigos (CUA; KRIPALANI, 2008), além de viabilizar o encaminhamento do resultado da avaliação farmacêutica à

equipe médica, com sugestões quanto à necessidade de ajustes na terapia farmacológica, e constatações de interesse de outros membros da equipe multidisciplinar.

O seguimento do paciente no domicílio logo após alta, associado aos processos de reconciliação e orientação ao paciente, resulta em muitos benefícios ao paciente e ao sistema de saúde, talvez porque este contato transmite segurança ao paciente e seus familiares de que suas dúvidas e necessidades, durante esse período vulnerável, serão conhecidas e resolvidas pela equipe de saúde (COLEMAN *et al.*, 2006), e permite reforçar orientações, monitorar o progresso e o aparecimento de eventos adversos, possibilitando ajustes e encaminhamentos a serviços necessários antes que ocorra piora do quadro (NAYLOR *et al.*, 1999).

Schnipper *et al.* (2006) demonstraram que, por meio de orientação farmacêutica e seguimento por telefone, 3 a 5 dias após alta, foi possível interceptar discrepâncias no uso de medicamentos comparado à prescrição de alta, em 71% dos pacientes: em 42% as discrepâncias ocorreram por conta de alterações pelo médico que realizou o seguimento, mudança quanto ao uso “se necessário” ou uso de medicamentos sem prescrição médica. Nos 29% restantes, as discrepâncias não apresentavam justificativa. Trinta dias após alta, o grupo sob intervenção apresentou menor número de eventos adversos relacionados a medicamentos que o grupo controle (1% versus 11%) e menor número de atendimentos em serviços de urgência (1% versus 8%).

Em estudo onde a transição de pacientes idosos foi acompanhada por enfermeira como “transition coach”, cujas funções incluíram reconciliação de medicação, orientação e capacitação do paciente, visitas domiciliares e contatos telefônicos, os pacientes sob intervenção tiveram menores taxas de readmissão hospitalar quando comparados ao grupo controle, aos 30, 90 e 180 dias após alta (COLEMAN *et al.*, 2006).

Em outro estudo, o responsável pela transição foi um farmacêutico (“transitional care pharmacist”). Suas funções foram: realizar reconciliação, fornecer recomendações aos médicos sobre a terapêutica farmacológica, elaborar lista de medicamentos para alta, orientar pacientes, transmitir informações ao médico da atenção primária sobre medicamentos prescritos na alta, incluindo plano de monitorização, e realizar contato telefônico com os pacientes dentro de 3 a 5 dias. A média de intervenções realizadas pelo farmacêutico foi de 9,4 intervenções por paciente, com taxa de aceitação das recomendações pelos médicos de 96% (BAYLEY *et al.*, 2007).

Dois estudos clínicos realizados com idosos após alta hospitalar, nos quais enfermeiras especializadas em gerontologia elaboraram plano de alta especializado e realizaram visitas clínicas logo após admissão e durante hospitalização, e visitas domiciliares logo após alta, com número de telefone da enfermeira disponível sete dias por semana para esclarecimentos de dúvidas, além de contato telefônico semanal da enfermeira com o paciente ou seus familiares, obtiveram excelentes resultados, em comparação com grupo controle. No estudo realizado por Huang; Liang (2005), os resultados obtidos foram: média do período de hospitalização (8,17 versus 10,06), taxa de readmissão hospitalar após três meses (4 versus 13), mortes após alta (zero versus 4), melhor habilidade para realização de atividades diárias, e maior pontuação em testes de avaliação da qualidade de vida, especialmente quanto à função social, função física, dor corporal, vitalidade, saúde mental e percepção de saúde em geral. O outro estudo foi realizado nas mesmas condições, com foco sobre medicamentos utilizados, manejo de sintomas, dieta, atividades, sono, acompanhamento médico, e estado emocional de pacientes e cuidadores. Os pacientes que receberam intervenção durante quatro meses após alta apresentaram, após um ano, menor taxa de readmissão hospitalar (20% versus 37%), menor taxa de readmissões múltiplas (6,2% versus 14,5%), menor número de

casos de readmissões relacionadas à admissão hospitalar no início do estudo (30 versus 64). Além disso, 35% dos pacientes do grupo controle foram readmitidos dentro de 48 dias após alta, enquanto 25% dos pacientes que receberam intervenção foram readmitidos dentro de 133 dias. O custo total no atendimento do grupo controle foi aproximadamente duas vezes maior que no grupo que recebeu intervenção (cerca de \$ 1.200.000 versus \$ 600.000) (NAYLOR *et al.*, 1999).

O serviço de seguimento ao paciente no período após alta hospitalar pode ser fornecido pelo próprio hospital ou por meio de parcerias com programas desenvolvidos na comunidade.

8.1 Atendimento domiciliar fornecido pelo hospital

Takahashi (2009), em seu trabalho de dissertação relacionado à atenção farmacêutica, desenvolvido junto ao Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (PAD-HU/USP), apresenta informações sobre atendimento domiciliar realizado no programa pioneiro. O PAD-HU/USP é um trabalho desenvolvido desde 2000 e reconhecido como modelo para diversas instituições. Atende a comunidade USP (alunos, funcionários e seus dependentes) e moradores do Sub-Distrito de saúde do Butantã (bairro da capital paulista), a partir da solicitação feita pelo médico, para pacientes que necessitam de atenção multiprofissional no domicílio. Os objetivos do programa são: diminuir o tempo de internação do paciente, otimizando a utilização do leito hospitalar; prevenir reinternações; orientar paciente, cuidador e familiares; reinserir o paciente no meio sócio-familiar; melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares; humanizar o atendimento, e proporcionar a formação de profissionais de saúde. A autora realizou

visitas domiciliares junto à equipe multidisciplinar e verificou que, entre os 87 pacientes visitados, 62% apresentaram resultados negativos relacionados a medicamentos (RNM), sendo que 33% apresentaram um RNM e 29% apresentaram mais de um RNM:

- i. RNM do grupo Necessidade foi observado em 29,7% dos pacientes, sendo 20,6% referente a *problema de saúde não tratado*, e 9,1% como *efeito de medicamento não necessário*;
- ii. RNM do grupo Efetividade, em 37,4% dos pacientes, sendo 34% referente à *inefetividade não quantitativa*, ou seja, o paciente utilizou o medicamento correto e na dose indicada para determinada comorbidade, mas não se evidenciou o alcance do objetivo farmacoterapêutico desejado. Em muitos casos, devido a falhas na forma de administração, como trituração, diluição, administração com alimentos, em casos de medicamentos para os quais estes procedimentos eram contra-indicados. Observou-se que 3,4% dos pacientes apresentam RNM de *inefetividade quantitativa*, ou seja, o objetivo farmacoterapêutico não foi alcançado devido à dose inferior à recomendada.
- iii. RNM do grupo Segurança, em 14,8% dos pacientes, sendo 11,4% *insegurança não quantitativa*, ou seja, não dependente nem da dose nem da frequência. Em 3,4% dos pacientes foi devido à *insegurança quantitativa*; nesse caso, os pacientes tinham problema de saúde devido à utilização de dose ou frequência superior à indicada para o paciente naquele momento.

O estudo demonstrou as oportunidades de atuação do farmacêutico, uma vez que as intervenções foram recebidas positivamente pela equipe médica, bem como a possibilidade de evitar a ocorrência de RNM, já que grande parte dos resultados

encontrados foi produto da falta de informação ou da falta de reforço da orientação recebida pelo paciente.

Outro aspecto importante foi a constatação de que a ocorrência de alguns tipos de RNM pode ter sido minimizada tanto devido às orientações fornecidas por farmacêutico clínico para cuidadores de pacientes pediátricos, ainda durante a hospitalização, como também pelo fato de que alguns pacientes já faziam parte do programa e recebiam orientação por telefone ou eram visitados pela equipe assim que qualquer problema de saúde era detectado pelo paciente e seu cuidador. Portanto, este trabalho também reforça a importância da orientação para alta hospitalar e a necessidade de manter aberto o canal de comunicação entre a equipe hospitalar e o paciente e seus familiares, no retorno ao domicílio.

8.2 Parcerias com farmácias comunitárias e atenção primária

Os farmacêuticos que atuam em farmácias comunitárias geralmente desconhecem os planos de tratamento pós-hospitalização e, em geral, não sabem que o paciente esteve internado em hospital. Em estudo clínico controlado realizado por Al-Rashed *et al.* (2002), além de receberem orientação para alta hospitalar, os pacientes receberam um cartão com informações sobre os medicamentos que deveriam utilizar após alta, e foram orientados a mostrá-lo ao farmacêutico comunitário e ao médico da atenção primária: o grupo que recebeu intervenção apresentou melhores resultados, em comparação ao grupo controle: melhor conhecimento sobre os medicamentos, maiores taxas de adesão ao tratamento, utilização de menor quantidade de medicamentos de seu estoque domiciliar, menor número de consultas na atenção primária, e menor número de admissões hospitalares.

O seguimento do paciente após alta também pode ser realizado, no domicílio, por profissionais da atenção primária, com *feedback* à equipe hospitalar, num processo integrado. No Brasil, este tipo de parceria poderia ser realizado junto ao Programa Saúde da Família, com participação do farmacêutico na equipe multidisciplinar que presta atendimento ao paciente em seu domicílio.

O estabelecimento de um banco de dados para uso comum, que permita a transferência rápida e completa de informações atualizadas para a realização de seguimento, é um dos principais passos para a continuidade do atendimento no manejo de medicamentos, no sentido de garantir a efetiva comunicação entre profissionais e serviços que atendem ao paciente (AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS, 2005).

9 BARREIRAS E FATORES FACILITADORES PARA A ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO EM ALTA HOSPITALAR

Na farmácia hospitalar, podem ser desenvolvidas várias atividades orientadas aos pacientes para promover o uso racional de medicamentos e, mais especificamente, maximizar efeitos terapêuticos, minimizar riscos, e minimizar custos. São exemplos de atividades clínicas: participação em visitas clínicas aos pacientes, obtenção de histórias de medicação, revisão e reconciliação de medicação, fornecimento de recomendações sobre seleção de medicamentos, orientação aos pacientes e equipe de saúde, e seguimento (COBAUGH *et al.*, 2008; SPINEWINE *et al.*, 2006).

Segundo Fan; Elgourt (2008), o farmacêutico é um profissional indispensável à equipe de saúde do hospital, especialmente em função dos serviços de elaboração de plano de tratamento individualizado para cada paciente e fornecimento de orientação aos pacientes, familiares e membros da equipe de saúde. Em revisão sobre atividades clínicas desenvolvidas por farmacêuticos hospitalares (KABOLI *et al.*, 2006), os autores concluem que o farmacêutico é um componente essencial da equipe de saúde, pois o desenvolvimento de atividades clínicas com pacientes internados melhora a qualidade, segurança, e eficiência no atendimento em saúde, uma vez que vários estudos identificaram serviços hospitalares de farmácia clínica associados a melhorias na mortalidade, custos com medicamentos, custos de atendimento e tempo de internação.

Além disso, a participação em atividades clínicas é um importante fator que contribui para a satisfação profissional (OLSON; LAWSON, 1996), especialmente quanto à orientação aos pacientes (GRIFFITH, SCHOMMER; WIRSCHING, 1998).

Barreiras. A falta de treinamento específico para farmacêuticos, limitação de recursos humanos na farmácia, ausência de suporte financeiro e receio sobre problemas

de aceitação pelos demais profissionais de saúde são considerados como principais barreiras para a implementação de serviços de farmácia clínica (SPINEWINE *et al.*, 2006). Com relação à orientação sobre medicamentos realizada por farmacêuticos em hospitais, além das barreiras já citadas, soma-se a ausência de programa sistemático e organizado (DONIHI *et al.*, 2008; GRIFFTH; SCHOMMER; WIRSCHING, 1998).

Fatores Facilitadores. Os fatores facilitadores mais frequentemente citados para implementação de serviços clínicos são descentralização de farmacêuticos (atuação em farmácias satélites) e disponibilidade de fontes de informação (perfil informatizado do paciente ou prontuário, fontes bibliográficas, material informativo para orientação ao paciente, e o próprio contato com a equipe de saúde). Durante a hospitalização, o acesso ao paciente e local privado também representam uma vantagem sobre a situação dos farmacêuticos de farmácias comunitárias para realização da orientação (GRIFFTH; SCHOMMER; WIRSCHING, 1998).

Exigências específicas de instituições de acreditação hospitalar e de órgãos de classe também podem auxiliar os profissionais de saúde na implantação/implementação de atividades em hospitais, uma vez que reforçam a necessidade do serviço e resultam em fiscalização da instituição quanto ao seu atendimento. É o caso das exigências da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, que resultaram na adoção de planos de alta hospitalar, nos Estados Unidos, desde finais dos anos 70, e na realização de reconciliação de medicação em aproximadamente 72% dos hospitais que responderam à pesquisa nacional, em 2006. Segundo os autores da pesquisa, fatos como estes demonstram “o impacto e o valor que um padrão de acreditação pode ter para agilizar a adoção de uma prática segura de medicação” (PEDERSEN, SCHNEIDER; SCHECKELHOFF, 2007, p. 520).

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do farmacêutico em alta hospitalar pode ocorrer pela participação na adequação do regime farmacoterapêutico por meio da reconciliação de medicação, orientação ao paciente e seus familiares/cuidadores, elaboração do plano de alta, e seguimento do paciente após alta hospitalar. Diante das evidências demonstradas, é inegável a contribuição da atuação do farmacêutico junto ao paciente em alta hospitalar, trazendo benefícios ao paciente e às instituições de saúde, e promovendo a valorização do farmacêutico como profissional de saúde.

Como estratégias para o desenvolvimento desta atividade, o farmacêutico deve buscar capacitação por meio da participação em cursos de pós-graduação e eventos técnico-científicos para, além de manter-se atualizado quanto ao conhecimento relacionado à farmacoterapia, desenvolver habilidades para atuação direta com pacientes. Vale ressaltar a necessidade de adaptação de ementas de currículos dos cursos de graduação para preparo de futuros farmacêuticos, especialmente quanto à abordagem psicossocial do paciente, já que, em geral, os currículos são falhos quanto à formação em ciências humanas.

Para transpor as barreiras de limitação de recursos humanos e de falta de tempo dos farmacêuticos que atuam na Farmácia Hospitalar, paralelamente ao desenvolvimento de esforços para ampliação do quadro de funcionários, pode-se implantar ou implementar a automação, além de capacitar e delegar funções para funcionários de nível técnico, sob supervisão, de forma a liberar o farmacêutico para atuação em atividades clínicas.

Outra possibilidade bastante interessante é buscar parcerias junto às universidades para implantação de programas envolvendo a participação de estagiários

sob supervisão conjunta dos docentes e da equipe hospitalar, avaliando-se, inclusive, a possibilidade de participação de farmacêuticos voluntários. Pode-se buscar desenvolver projetos com participação multidisciplinar integrada, característica cada vez mais comum em ambientes hospitalares, com cada área contribuindo com conhecimento técnico-científico específico, evitando a fragmentação do atendimento ao paciente.

Considerando, ainda, os riscos de descontinuidade do atendimento ao paciente na fase pós alta hospitalar, os programas resultantes de parcerias poderiam, inclusive, ultrapassar os limites do hospital e, além do seguimento no domicílio, fornecer seguimento em farmácias comunitárias, lares para idosos, orfanatos e associações relativas a enfermidades específicas, entre outras organizações.

Dessa forma, com atendimento integral e integrado, dentro e fora do hospital, o farmacêutico pode evitar que haja interrupção no cuidado ao paciente, promovendo, assim, atuação profissional em resposta a uma necessidade social.

Portanto, este trabalho demonstra que, por meio da participação em diversas atividades, o farmacêutico pode contribuir com a prevenção e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos e, assim, compartilhar, com os pacientes e demais membros da equipe de saúde, a responsabilidade pelos resultados farmacoterapêuticos após alta hospitalar, em sintonia com os princípios da atenção farmacêutica.

REFERÊNCIAS

AL-RASHED, S.A. *et al.* The value of inpatient pharmaceutical counseling to elderly patients prior to discharge. **Br J Clin Pharmacol**, v. 54, p. 657-664, 2002.

AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS. ASHP guidelines for providing pediatric pharmaceutical service in organized health care systems. **Am J Health-Syst Pharm**. v. 51, p. 1690-1692, 1994.

AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS. ASHP guidelines on pharmacist-conducted patient education and counseling. **Am. J. Health-Syst. Pharm.** v. 54, p. 431-434, 1997.

AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS. Continuity of care in medication management: review of issues and considerations for pharmacy. **Am J Health-Syst Pharm**. 62: 1714-1720, 2005.

ANGERAMI-CAMON, V.A. O psicólogo no hospital. In: _____. **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003. p. 15-28.

BARNSTEINER, J.H. Medication Reconciliation In: **Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. Hugues RG (ed.), 2008. Disponível em http://ftp.ahrq.gov/qual/nursesfdbk/docs/BarnsteinerJ_MR.pdf >. Acesso em 15 jun. 2009.

BARNSTEINER, J.H. Medication reconciliation: transfer of medication information across settings – keeping it free from error. **AJN. Supplement**, p. 31-36, 2005.

BAYLEY, K.B. *et al.* Evaluation of patient care interventions and recommendations by a transitional care pharmacist. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, v. 3, n. 4, p. 695-703, 2007.

BOOCKVAR, K. *et al.* Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and long-term care facilities. **Arch Intern Med**, v. 164, p. 545-550, 2004.

CALABRESE, A.T. *et al.* Pharmacist involvement in a multidisciplinary inpatient medication education program. **Am J Health-Syst Pharm**. v. 60, p. 1012-1018, 2003.

CESAR, A.M.; SANTOS, B.R.L. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Rev Bras Enferm**. v. 58, n. 6, p. 647-652, 2005.

COBAUGH, D.J. *et al.* ASHP – SHM joint statement on hospitalist – pharmacist collaboration. **Am J Health-Syst Pharm**. v. 65, p. 260-263, 2008.

COIMBRA, J.A.H. Prevenção e detecção de erros de medicação. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 5, supl., p. 142-148, 2006.

- COLEMAN, E.A. *et al.* The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. **Arch Intern Med.** v. 166, p. 1822-1828, 2006.
- CORNISH, P.L. *et al.* Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. **Arch Intern Med.** v.165, p. 424-429, 2005.
- CUA, Y.M.; KRIPALANI, S. Medication use in the transition from hospital to home. **Ann Acad Med Singapore.** v. 37, p. 136-141, 2008.
- DONIHI, A.C. *et al.* Scheduling of pharmacist-provided medication education for hospitalized patients. **Hospital Pharmacy.** v. 43, n. 2, p. 121-126, 2008.
- FAN, T.; ELGOURT, T. Pain management pharmacy service in a community hospital. **Am J Health-Syst Pharm.** v. 65, n. 16, p. 1560-1566, 2008.
- FITZGERALD, R.J. Medication errors: the importance of an accurate drug history. **Br J Clin Pharmacol.** v. 67, n. 6, p. 671-675, 2009.
- FOSTER, A.J. *et al.* Adverse drug events occurring following hospital discharge. **J Gen Intern Med.** v. 20, p. 317-323, 2005.
- FOSTER, A.J. *et al.* Adverse events among medical patients after discharge from hospital. **CMAJ.** v. 170, n. 3, p. 345-349, 2004.
- FOSTER, A.J. *et al.* The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. **Ann Intern Med.** v. 138, p. 161-167, 2003.
- FOSTER, A.J.; HALIL, R.B.; TIERNEY, M.G. Pharmacist surveillance of adverse drug events. **Am J Health-Syst Pharm.** v. 61, p. 1466-1472, 2004.
- FOX, K.; GRAY, C.; RECK, J. **Improving medication management:** a review of the evidence. Augusta, ME: Maine Health Access Foundation, 2007.
Disponível em <http://www.mehaf.org/pictures/med_mgmt_10_2007.pdf>. Acesso em 15 jun. 2009.
- GANZELLA, M.; ZAGO, M.M.F. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm,** v. 21, n. 2, p. 351-355, 2008.
- GLANZNER, C.H.; ZINI, L.W.; LAUTERT, L. Programa de atendimento de enfermagem na admissão hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 27, n. 1, p. 92-99, 2006.
- GLEASON, K.M. *et al.* Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. **Am J Health-Syst Pharm.** v. 61, p. 1689-1695, 2004.
- GRIFFITH, N.L.; SCHOMMER, J.C.; WIRSCHING, R.G. Survey of inpatient counseling by hospital pharmacists. **Am J Health-Syst Pharm.** v. 55, p. 1127-1133, 1998.

- HOWARD, R.L. *et al.* Which drugs cause preventable admissions to hospital? A systematic review. **Br J Clin Pharmacol.** v. 63, p. 136-147, 2006.
- HUANG, T-T.; LIANG, S-H. A randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due falling. **Journal of Clinical Nursing.** v. 14, p. 1193-1201, 2005.
- HUGHES, R.G.; ORTIZ, E. Medication errors: why they happen, and how they can be prevented. **AJN. Supplement** p. 14-24, 2005.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. **The Joint Commission – Accreditation Program: hospital national patient safety goals, 2009.** Disponível em <http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/868C9E07-037F-433D-8858-0D5FAA4322F2/0/RevisedChapter_HAP_NPSG_20090924.pdf>. Acesso em 10 out. 2009.
- KABOLI, P.J. *et al.* Clinical pharmacists and inpatient medical care – a systematic review. **Arch Intern Med** v.166, p. 955-963, 2006.
- KERZMAN, H.; BARON-EPEL, O.; TOREN, O. What do discharged patients know about their medication? **Patient Education and Counseling**, v. 56, p. 276-282, 2005.
- KING, J.; SCHOMMER, J.C.; WIRSCHING, R.G. Patients' knowledge of medication care plans after hospital discharge. **Am J Health-Syst Pharm.** v. 55, n. 13, p. 1389-1393, 1998.
- KRIPALANI, S. *et al.* Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. **Journal of Hospital Medicine.** v. 2, n. 5, p. 314-322, 2007.
- KRIPALANI, S., YAO, X.; HAYNES, R. B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. **Arch Intern Med.** v. 167, p. 540-550, 2007.
- KUCHENBECKER, R.S. **Impacto de um plano de alta hospitalar administrado a pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 e cardiopatia isquêmica.** 2005. 272 p. Tese (Doutorado em Epidemiologia). Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em <www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13527/000646887.pdf?sequence=1>. Acesso em 08 abr. 2009.
- MAMON, J. *et al.* Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home. **Health Services Research.** v. 27, n. 2, p. 155-174, 1992.
- MARRA, C.C. *et al.* Orientação planejada de enfermagem na alta hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 2, n. 4, p. 123-127, 1989.

MIASSO, A.I.; CASSIANI, S.H.D.B. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para alta hospitalar. **Rev. Esc. Enfer. USP.** v. 39, n. 2, p. 136-144, 2005.

MIDLÖV, P. *et al.* Medication report reduces number of medication errors when elderly patients are discharged from hospital. **Pharm World Sci.** v. 30, p. 92-98, 2008.

MORIEL, M.C. *et al.* Prospective study on conciliation of medication in orthopaedic patients. **Farm Hosp.** v. 32, n. 2, p. 65-70, 2008.

MORO, E.L.S. *et al.* Projeto Cor@gem: o acesso e o uso das TICs entre pacientes hospitalizados e a interação entre ambientes virtuais de aprendizagem. **Inclusão Social,** v. 2, n. 2, p. 130-141, 2007.

NAYLOR, M.D. *et al.* Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. **JAMA.** v. 281, n. 7, p. 613-620, 1999.

OLSON, D.S.; LAWSON, K.A. Relationship between hospital pharmacists' job satisfaction and involvement in clinical activities. **Am J Health-Syst Pharm.** v. 53, p. 281-284, 1996.

PEDERSEN, C.A.; SCHNEIDER, P.J.; SCHECKELHOFF, D.J. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: monitoring and patient education – 2006. **Am J Health-Syst Pharm.** v. 64, p. 507-520, 2007.

PEREIRA, A.P.S. *et al.* Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. **R Enferm UERJ.** v. 15, n. 1, p. 40-45, 2007.

PIPPINS, J.R. *et al.* Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. **J Gen Intern Med.** v. 23, n. 9, p. 1414-1419, 2008.

POMPEO, D.A. *et al.* Nurses' performance on hospital discharge: patients' point of view. **Acta Paul Enferm.** v. 20, n. 3, p. 345-350, 2007.

RANTUCCI, M.J. **Pharmacists talking with patients: a guide to patient counseling.** 2nd ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

RATLIFF, B.W. **Leaving the hospital: discharge planning for total patient care.** Springfield: Charles C. Thomas, 1981.

REEDER, T.A.; MUTNICK, A. Pharmacist-versus physician-obtained medication histories. **Am J Health-Syst Pharm.** v. 65, p. 857-860, 2008.

RICCI, M.C.S. Atenção farmacêutica em pediatria. In: STORPIRTIS, S. *et al.* **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 377-393.

ROMANO, C.A. Computerized multidisciplinary discharge care planning. **Proc Annu Symp Comput Appl Med Care.** v. 2, p. 587-589, 1982.

SANDLER, D.A. *et al.* Patients' and general practitioners' satisfaction with information given on discharge from hospital: audit of a new information card. **Br Med J.** v. 299, p. 1511-1513, 1989.

SANTOS, C.T.; SEBASTIANI, R.W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. **E a psicologia entrou no hospital...** São Paulo: Pioneira Learning, 1996. p. 147-175.

SAUNDERS, S.M. *et al.* Implementing a pharmacist-provided discharge counseling service. **Am J Health-Syst Pharm.** v. 60, p. 1101-1109, 2003.

SCHNIPPER, J.L. *et al.* Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. **Arch Intern Med.** v. 166, p. 565-571, 2006.

SILVA, D.O. *et al.* Preparo e administração de medicamentos: análise de questionamentos e informações da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem.** v.15, n. 5, p. 1010-1017, 2007.

SILVA, M.J.P.; GRAZIANO, K.U. A abordagem psico-social na assistência ao adulto hospitalizado. **Rev Esc Enf USP,** v. 30, n. 2, p. 291-296, 1996.

SILVA, T.; SCHENKEL, E.P.; MENGUE, S.S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cad Saúde Pública.** v. 16, n. 2, p. 449-455, 2000.

SPINEWINE, A. *et al.* Implementation of ward-based clinical pharmacy services in Belgium – description of the impact on a geriatric unit. **The Annals of Pharmacotherapy.** v. 40, p. 720-728, 2006.

STUFFKEN, R.; EGBERTS, T.C.G. Discontinuities in drug use upon hospital discharge. **Pharm World Sci.** v. 26, p. 268-270, 2004.

TAKAHASHI, P.S.K. **Atenção farmacêutica para pacientes do Programa de Assistência Domiciliária (PAD) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.** 2009. 131 p. Dissertação (Mestrado em Fármaco e Medicamentos). Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/9/9139/tde-16122009-144942/>>. Acesso em 15 fev 2010.

TAM, V.C. *et al.* Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. **CMAJ.** v. 173, n. 5, p. 510-515, 2005.

TOUCHETTE, D.R.; SHAPIRO, N.L. Medication compliance, adherence, and persistence: current status of behavioral and educational interventions to improve outcomes. **J Manag Care Pharm.** v. 14, n. 6, suppl S-d, p. S2-S10, 2008.

VIRA, T.; COLQUHOUN, M.; ETCHELLS, E. Reconciliable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. **Qual Saf Health Care.** v. 15, p.122-126, 2006.

ANEXO I – Cartão de informação

| UNIVERSITY HOSPITAL, NOTTINGHAM Information on Discharged Patients G.P. COPY | | | GENERAL PRACTITIONER INFORMATION Will <u>NOT</u> appear on patients copy | | | INFORMATION GIVEN TO PATIENT | | | | | | |
|---|------|----------------------|--|----------------|-----------------|--|------|---------------|----------------------|------|-----------------------|-------|
| Letter to Dr. _____ Patient Name _____ Address _____ Hospital No. _____ Date of Birth / / _____ Your patient was admitted on _____ and discharged on _____ from ward _____ Under the care of Dr./Mr./Prof. _____ | | | DIAGNOSIS: INPATIENT PROBLEMS: COMMENTS: | | | You have been in hospital because of: SPECIAL INSTRUCTIONS: AN OUTPATIENT APPOINTMENT <input type="checkbox"/> will be posted to you. <input type="checkbox"/> not made - see your G.P. if necessary. <input type="checkbox"/> is made at _____ am / pm in CLINIC on _____ | | | | | | |
| | | | YOUR PATIENT HAS A COPY OF THIS LETTER | | | SUPPORT SERVICES ARRANGED BY HOSPITAL: <input type="checkbox"/> DISTRICT NURSE <input type="checkbox"/> MEALS-ON-WHEELS <input type="checkbox"/> HOME HELP <input type="checkbox"/> SOCIAL WORKER <input type="checkbox"/> AMBULANCE TO CLINIC <input type="checkbox"/> OTHER _____ | | | | | | |
| DETAILS OF DISCHARGE MEDICATION | | | Page _____ | Date / / _____ | Signature _____ | | | HO/SHO _____ | | | | |
| Name of Medication | Dose | Special Instructions | WHEN TO TAKE OR USE MEDICATION | | | | | Days Supplied | When supply runs out | | REASON FOR MEDICATION | Disp. |
| | | | 8am | 10am | 1pm | 5pm | 10pm | | Obtain more from GP | Stop | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Top (green) sheet of information card given to patients at discharge from hospital. This top copy doubles as the "interim discharge letter" for the general practitioner

Fonte: SANDLER, David A *et al.* Patients' and general practioners' satisfaction with information given on discharge from hospital: audit of a new information card. **Br Med J.** v. 299, p. 1511-1513, 1989.

ANEXO II – Resumo de alta

Universitetssjukhuset i Lund



SKÅNE
Dep Medicine
Univ Hospital, S-221 85 LUND

Born: 12 Dec 1912
Name: Sven Svensson

Physician during hospital care: Lydia Holmdahl
General practitioner: Patrik Midlöv

Hospital care: 1 Feb 2005 – 8 Feb 2005

DISCHARGE SUMMARY

You have been in hospital care because of fever and respiratory insufficiency. X-ray examination confirmed a diagnosis of pneumonia. There were also signs of heart failure. You have been treated with antibiotics and diuretics.

You will be transferred to a nursing home, Sunny Hill in Eslöv, and your General Practitioner will visit you there within the next week.

Medication report

- Furosemide has been increased from 1 to 2 tablets per day due to increased heart failure.
- Spironolactone has been added due to low potassium level.
- Doxycycline (antibiotic) has been added for another week due to pneumonia.

| MEDICINE preparation, dose | Effect | Morning | Noon | Evening | Night | Note |
|----------------------------|----------------------------------|---------|------|---------|-------|-------------------|
| Tabl Furosemide 40 mg | Diuretic | 1 | 1 | | | |
| Tabl Spironolactone 25 mg | Diuretic and to retain potassium | 1 | | | | |
| Tabl Digoxin 0.13 mg | Against atrial fibrillation | 1 | | | | |
| Tabl Zolpidem 5 mg | Sleep | | | | 1 | |
| Tabl Doxycycline 100 mg | Antibiotic | 1 | | | | Until 15 February |
| Mixt Lactulose | Against constipation | 20 ml | | | | |
| Tabl Paracetamol 500 mg | Against pain | 1 | 1 | 1 | | |
| Tabl Cobalamin 1 mg | Vitamin B 12 | 1 | | | | |

Fonte: MIDLÖV, Patrik *et al.* Medication report reduces number of medication errors when elderly patients are discharged from hospital. **Pharm World Sci.** v. 30, p. 92-8, 2008.