



UNIVERSIDADE TIRADENTES

Curso de Farmácia

ADRIELY SANTOS SANTANA

ALICE DOMINGOS DOS SANTOS

**ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA NA ALTA HOSPITALAR: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Aracaju/SE, Brasil

2020/1

ADRIELY SANTOS SANTANA
ALICE DOMINGOS DOS SANTOS

**ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA NA ALTA HOSPITALAR: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Farmácia, como pré-requisito para a
obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: **Profª Drª Juliana Maria Dantas
Mendonça Borges**

Aracaju/SE, Brasil

2020/1

ADRIELY SANTOS SANTANA
ALICE DOMINGOS DOS SANTOS

**ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA NA ALTA HOSPITALAR: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Farmácia, como pré-requisito para a
obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: **Profª Drª Juliana Maria Dantas
Mendonça Borges**

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora Profª Drª Juliana Maria Dantas Mendonça Borges

ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA NA ALTA HOSPITALAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA INTEGRATIVA DA LITERATURA

RESUMO

Objetivo: Descrever e analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, a orientação farmacêutica oferecida na alta hospitalar.

Métodos: refere-se a uma revisão integrativa da literatura que pretende selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis em estudos. Para a pesquisa utilizou-se a base de dados CAPES e como critérios de inclusão artigos científicos publicados em língua portuguesa ou inglesa na íntegra, além de artigos publicados entre 2015 e 2020 e que constassem entre título e resumo os termos: orientation pharmaceutical/hospital discharge ou em português: orientação farmacêutica/alta hospitalar.

Resultados: Foram selecionados 7586, que após aplicações de critérios, chegou-se em 19 artigos e a partir de análise do conteúdo completo, concluiu-se a revisão com 14 artigos na íntegra, que foram extraídos do CAPES. Quanto ao ano de publicação foram recuperados: 2 artigos referente ao ano de 2015 (14,3%), 6 artigos referente ao ano de 2016 (42,8%), 4 artigos referente ao ano de 2017 (28,6%) e 2 artigos referente ao ano de 2018 (14,3%).

Conclusão: Observou-se que após a alta hospitalar, foram encontrados diversos problemas, como: prescrições incompletas, erros de medicação, armazenamento inadequado de medicamentos na residência, falta de conhecimento do paciente em relação a efeitos colaterais, falta de comunicação entre os profissionais da saúde, entre outros. Sendo assim, se torna evidente a importância da orientação e intervenção farmacêutica para redução de reinternações causadas por tais problemas, aumentando a segurança e adesão do tratamento, e a satisfação do paciente.

Palavras-chave: intervenção farmacêutica; alta hospitalar; erros de medicação; reconciliação medicamentosa.

PHARMACEUTICAL ORIENTATION IN HOSPITAL HIGH: AN INTEGRATIVE SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT

Objective: To describe and analyze, through an integrative literature review, the pharmaceutical guidance offered at hospital discharge.

Methods: refers to an integrative literature review that aims to select, evaluate and synthesize the relevant evidence available in studies. For the research, the CAPES database was used and as inclusion criteria scientific articles published in Portuguese or English in full, in addition to articles published between 2015 and 2020 and that included between title and summary the terms: orientation pharmaceutical / hospital discharge or in Portuguese: pharmaceutical guidance / hospital discharge.

Results: 7586 were selected, which, after applying criteria, resulted in 19 articles and from the analysis of the complete content, the review was concluded with 14 articles in full, which were extracted from CAPES. Regarding the year of publication, 2 articles referring to 2015 (14.3%), 6 articles referring to 2016 (42.8%), 4 articles referring to 2017 (28.6%) and 2 articles referring to the year 2018 (14.3%).

Conclusion: It was observed that after hospital discharge, several problems were found, such as: incomplete prescriptions, medication errors, inadequate storage of medicines at home, lack of knowledge of the patient regarding side effects, lack of communication between health professionals. health, among others. Thus, it becomes evident the importance of pharmaceutical guidance and intervention to reduce readmissions caused by such problems, increasing the safety and adherence of treatment, and patient satisfaction.

Key words: pharmaceutical intervention; hospital discharge; medication errors; drug reconciliation

INTRODUÇÃO

A área de farmácia clínica é regulamentada pela RDC 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia onde atribui ao farmacêutico atividades como revisão da farmacoterapia e orientação ao paciente para o uso racional de medicamentos, tendo como objetivos a eficácia e a segurança do tratamento¹. Os erros de medicação frequentemente estão relacionados as complexas prescrições, assim se faz importante a presença do farmacêutico junto a equipe multidisciplinar na prevenção e solução destes eventos adversos, desde a admissão até a alta hospitalar, contribuindo assim, com a melhor adesão do tratamento².

A alta hospitalar pode ocorrer por alta médica, por escolha do paciente ou até mesmo por óbito¹. Durante a transição da internação para alta hospitalar, podem existir prováveis modificações e inclusive, discrepâncias, no tratamento farmacológico. Foram identificados em estudos realizados no Canadá em 2006 que até 95% e até 73% dos pacientes vivenciam erros de medicação na admissão e na alta hospitalar, respectivamente³. Um segundo estudo também realizado no referido país, publicado no ano de 2008 mencionou que 41,3% dos pacientes passaram por pelo menos um erro de medicação na alta hospitalar e 55,3% estavam em risco de possíveis erros involuntários. Nos Estados Unidos (EUA), um estudo controlado randomizado envolvendo 851 pacientes cardíacos com alta hospitalar, em 2012, relatou que 50,8% dos pacientes experimentaram erros de medicação após a alta hospitalar e 22,9% desses erros foram graves⁴. Há diversos fatores para que ocorram esses tipos de eventos adversos, tais como falta de lembranças precisas do paciente sobre o uso de medicamentos na admissão, ou até mesmo informações incompletas ou passadas incorretamente entre os estabelecimentos de saúde³. Acrescenta-se ainda, um outro estudo canadense realizado em 2004 apresentou resultados onde quase 23% dos pacientes passaram por pelo menos um evento adverso após alta hospitalar e destes, 72% foram relacionados a medicamentos⁴.

No ano de 2016, na Espanha, verificou-se que a porcentagem média de erros de reconciliação por paciente no primeiro período do estudo foi de 42,18%, caindo para 19,82% durante o período de intervenção farmacêutica⁵, constatando que ao receber alta, é ideal que o farmacêutico hospitalar oriente o paciente, podendo assim reduzir as diferenças entre regimes terapêuticos na admissão e alta hospitalar,

umentar a adesão ao tratamento, minimizar os eventos adversos relacionados a medicamentos e diminuir a necessidade de re-hospitalização¹.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática integrativa da literatura, que consiste em reunir e sintetizar sistematicamente o conhecimento científico já produzido sobre uma determinada temática, possibilitando uma compreensão abrangente do problema estudado. Dessa forma, o presente estudo foi elaborado seguindo as seis etapas recomendadas para a elaboração de uma revisão integrativa de qualidade⁶:

- 1º Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa;
- 2º Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão;
- 3º Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados;
- 4º Categorização dos estudos selecionados;
- 5º Análise e interpretação dos resultados;
- 6º Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

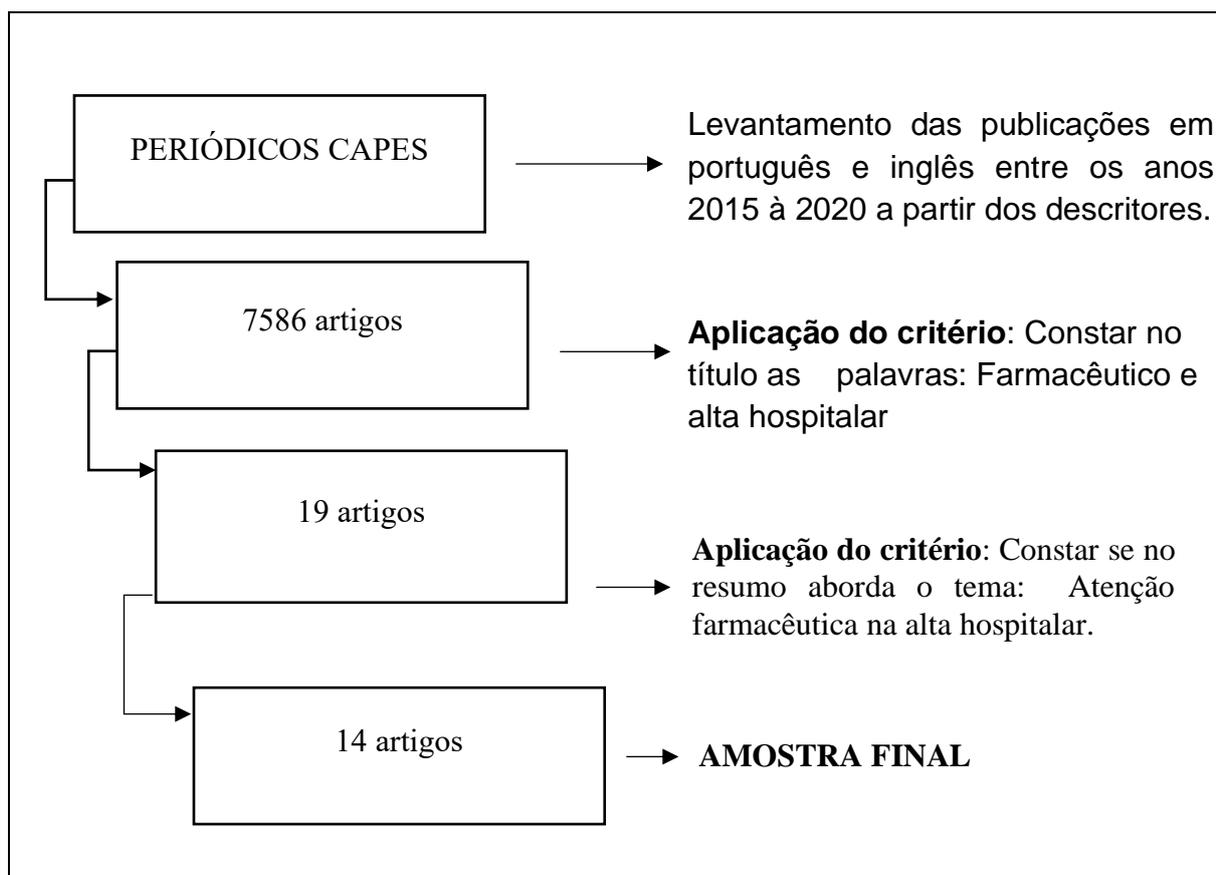
A etapa de identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados foi realizada por dois pesquisadores independentes, de modo a garantir o rigor científico. Para a seleção dos artigos que comporiam a amostra, foi utilizada a bases de dados: Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES). A seleção dos descritores a serem empregados na busca foi feita considerando-se a variedade de termos empregados como sinônimos no contexto brasileiro. Dessa forma, foram utilizados como descritores os termos: orientação farmacêutica e alta hospitalar. Os critérios de inclusão adotados foram: o primeiro critério foi constar no título as palavras: Farmacêutico e alta hospitalar e o segundo critério: Constar se no resumo aborda o tema: Atenção farmacêutica na alta hospitalar.

Para a etapa de seleção e categorização dos estudos, foi elaborada uma matriz de catalogação na qual foram organizados os dados referentes a cada estudo. Para a primeira análise e interpretação dos resultados, foi realizada a leitura dos resumos e elaborada uma matriz de síntese para apreciação qualitativa das informações contendo: objetivo do estudo e conclusão⁶. Nesta etapa, os objetivos e conclusões de

cada artigo foram analisados e aqueles que não corroboravam com o objetivo deste estudo foram excluídos. Já para a segunda análise, foi feita a leitura na íntegra dos artigos reavaliados da etapa anterior e não excluídos e assim, uma nova matriz de síntese foi elaborada para apreciação qualitativa das informações contendo: objetivo do estudo, intervenções farmacêuticas na alta hospitalar. Os resultados e a discussão são apresentados de forma descritiva, por meio da exposição dos dados relativos às publicações e da análise de conteúdo desses materiais. O Fluxograma a seguir (FIGURA 1) representa como foram distribuídas as etapas de seleção e filtragem dos artigos.

RESULTADOS

A identificação das publicações pré-selecionadas para esse estudo teve início com a realização do levantamento das publicações nas bases de dados CAPES, sendo que, com o emprego dos descritores, foram selecionados 7586 artigos. A partir desse levantamento, foram selecionados aqueles estudos que correspondiam ao critério de constar os termos entre título e resumo “Orientação farmacêutica na alta hospitalar”, resultando em 19 artigos. Esses artigos foram listados separadamente em uma planilha, de acordo com a base de dados e os descritores empregados para a recuperação. Após a listagem, foram excluídos: estudos de revisão, meta-análise, resumos, editoriais, estudo de caso, artigos em duplicidade. Além disso era preciso constar no título os termos: orientation pharmaceutical/hospital discharge ou em português: orientação farmacêutica/alta hospitalar. Por fim a análise do conteúdo completo, foram selecionados 14 artigos na íntegra. Por intermédio dos dados gerados na matriz de catalogação, observou-se que, todos os 14 artigos foram do Portal Periódico do Capes. Quanto ao ano de publicação foram recuperados: 2 artigos referente ao ano de 2015 (14,3%), 6 artigos referente ao ano de 2016 (42,8%), 4 artigos referente ao ano de 2017 (28,6%) e 2 artigos referente ao ano de 2018 (14,3%). Os principais achados referentes a cada um dos 14 artigos selecionados, conforme descrito em fluxograma na figura 1, encontram-se na tabela 1.

Figura 1: Fluxograma das etapas de busca e seleção dos artigos:**Tabela 1:** Artigos selecionados

Ano	Autores	Local de estudo	Objetivo do estudo	Principais intervenções farmacêuticas.	Principais resultados
2017	Salgues et al.	Unidade de Farmácia, Montpellier, França.	Avaliar a satisfação da transmissão de PL (carta farmacêutica) para CHP (profissionais de saúde da comunidade) e pacientes.	Implementação de cartas farmacêuticas, que são informações passadas aos pacientes sobre seus tratamentos.	As explicações das cartas farmacêuticas melhoraram significativamente o conhecimento de seus tratamentos.
2016	Lima et al.	Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.	Descrever e analisar a orientação farmacêutica oferecida na alta de pacientes transplantados.	Solicitação de inclusão do medicamento, pois foram detectadas a não prescrição do medicamento necessário, acarretando risco de resultados negativos associados aos medicamentos por	Todas as intervenções, foram classificadas como apropriadas e capazes de prevenir resultados negativos.

				problema de saúde não tratado.	
2017	Maurer et al	Vevey, Suíça	Prevenir e solucionar erros de medicação aumentar assim a segurança do paciente.	Confirmação da omissão voluntária de um medicamento tomado antes da hospitalização (31,7%), substituição do tratamento (20,5%), dosagem diferente em relação à história (16,9%), questões de reembolso (8,8%), otimização da formulação galênica (6,6 %) e confirmação de omissão de medicamentos (6,3%).	O número total de intervenções realizadas por farmacêuticos comunitários nas 64 prescrições de alta foi de 439, representando uma média de $6,9 \pm 3,5$ (intervalo: 1 a 16) intervenções por paciente. Nenhuma prescrição de alta hospitalar exigiu intervenção e 61 prescrições (95%) necessitaram de um telefonema para o médico do hospital dos pacientes.
2016	Sáez C. et al.	Murcia, Espanha.	Analisar a eficácia de uma intervenção farmacêutica computadorizada para reduzir os erros de reconciliação na alta na Espanha.	Intervenções farmacêuticas computadorizadas são realizadas para reduzir erros de reconciliação no contexto de uma alta incidência de tais erros.	Para os 3966 medicamentos registrados, 1087 erros de reconciliação foram identificados em 77,9% dos pacientes. A porcentagem média de erros de reconciliação por paciente no primeiro período do estudo foi de 42,18%, caindo para 19,82% durante o período de intervenção (P = 0,000). Quando a intervenção foi retirada, a porcentagem média de erros de reconciliação aumentou novamente para 27,7% (P = 0,008).
2018	Hsu et al.	Taipei, Taiwan.	Revelar a intervenção e educação farmacêutica para a alta hospitalar.	Intervenções clínicas relacionadas ao uso de sonda, antibióticos, interações (fármaco-fármaco e fármaco-alimento), instruções de dosagem incomuns, reações adversas a medicamentos, ajuste da dose e a forma de dosagem única.	A maioria dos pacientes que foram encaminhados para o serviço de consulta de alta farmacêutica eram pacientes com mais de 60 anos de idade e com tubo de GN instalado. A maioria dos pacientes incluídos neste estudo é acamada e incapaz de administrar por conta própria. Os

					auxiliares de assistência são geralmente empregadas estrangeiras que podem ter barreiras linguísticas; portanto, o farmacêutico deve prestar mais atenção para garantir que todas as informações fornecidas sejam bem compreendidas pelos auxiliares de atendimento, a fim de garantir a eficácia e a segurança das terapias medicamentosas.
2017	Karapinar-Çarkit et al.	Amsterdã, Holanda.	Determinar a relação custo-benefício do programa COACH (reconciliação de medicamentos, aconselhamento de pacientes na alta e comunicação com os profissionais de saúde na atenção primária) em comparação com os cuidados usuais de uma perspectiva social.	O programa COACH consistia em reconciliação de medicamentos, aconselhamento de pacientes na alta e comunicação com os profissionais de saúde na atenção primária.	O programa COACH não foi rentável em comparação com os cuidados usuais.
2016	Rutter P et al.	Preston, Reino Unido.	Investigar a perspectiva dos farmacêuticos comunitários sobre a utilidade dos encaminhamentos de dMUR do hospital, a adequação dos pacientes encaminhados e as visões gerais sobre o serviço.	Revisões de Uso de Medicamentos (dMUR).	Os farmacêuticos da comunidade tiveram opiniões positivas sobre o serviço dMUR e puderam ver o benefício para os pacientes.
2016	Sino SP et al.	TN, EUA.	Determinar o efeito de uma intervenção de alfabetização em saúde sob medida, fornecida pelo farmacêutico, sobre a utilização não planejada dos cuidados de saúde, incluindo a readmissão hospitalar ou a sala	Reconciliação medicamentosa assistida por farmacêutico, aconselhamento farmacêutico hospitalar, auxílios à adesão com baixo nível de alfabetização e acompanhamento telefônico	A intervenção não reduziu a utilização precoce não planejada de cuidados de saúde entre pacientes com alfabetização inadequada em saúde. Não houve diferença no efeito do tratamento pela cognição do paciente.

			de emergência (ER), após a alta.	individualizado após a alta.	
2017	Turki Assiri et al.	Riyadh, Arábia Saudita.	Determinar as intervenções associadas ao aconselhamento do paciente farmacêutico e revisão das prescrições de alta de pacientes de um centro cardíaco especializado na Arábia Saudita.	Adição de um medicamento ao regime de tratamento seguido pela descontinuação do medicamento.	Os resultados indicam que as discrepâncias dos medicamentos para alta diminuem como resultado do aconselhamento ao paciente facilitado pelo farmacêutico no momento da alta hospitalar.
2016	Elson et al.	West Yorkshire, Reino Unido.	Determinar os efeitos do aconselhamento farmacêutico hospitalar direcionado à alta ou de medicamentos direcionados para farmácias comunitárias revisa pós-alta no conhecimento dos pacientes sobre medicamentos iniciados recentemente.	Aconselhamento farmacêutico hospitalar direcionado à alta ou de medicamentos direcionados para farmácias comunitárias.	Os pacientes que receberam aconselhamento farmacêutico hospitalar relataram que foram informados sobre o objetivo de seu novo medicamento e como tomá-lo em comparação com aqueles que recebem os cuidados usuais.
2018	Salmany SS et al.	Amã, Jordânia.	Determinar o impacto das ligações telefônicas de acompanhamento na satisfação de pacientes oncológicos após a alta hospitalar.	Foram realizadas chamadas telefônicas de acompanhamento 72 horas após a alta. Durante a ligação, os pacientes foram questionados sobre seus medicamentos, a saber, se eles os receberam, entendeu como tomá-los e se desenvolveram algum efeito adverso relacionado aos medicamentos.	As chamadas telefônicas de acompanhamento realizadas por um farmacêutico para pacientes com alta oncológica não melhoraram a satisfação dos pacientes, visitas a pronto-socorro ou readmissões hospitalares, no entanto, eles ajudaram a identificar os efeitos adversos relacionados à medicação nos pacientes oncológicos.
2015	Paquin AM et al.	Boston, Massachusetts.	Avaliar o efeito do Serviço de Intervenção Farmacológica na Vida Adulta, que fornece acompanhamento telefônico ao farmacêutico após	O acompanhamento telefônico farmacêutico do serviço de Intervenção Farmacológica na Vida Adulta incluiu uma revisão e reconciliação de medicamentos	A revisão de medicamentos liderada por farmacêuticos, reconciliação e telefonemas após a alta hospitalar estiveram associados a menos readmissões

			a alta de idosos do hospital, na utilização de cuidados agudos pós-alta.	dentro de 5 dias após a alta hospitalar. O horário da consulta do farmacêutico foi examinado em relação aos resultados de encontros de emergência e atendimento de urgência, readmissões e mortalidade em 60 dias.	hospitalares por 60 dias neste programa de melhoria da qualidade.
2015	Basger BJ et al.	Camperdown, NSW, Austrália.	Examinar os efeitos da aplicação de um critério de adequação de prescrição validado, estabelecido durante a revisão de medicamentos em uma coorte de australianos mais velhos (≥ 65 anos) no momento da alta hospitalar.	Aconselhamento sobre medicamentos para alta e uma revisão de medicamentos.	A aplicação de um critério de adequação da prescrição durante a revisão da medicação em pacientes de intervenção não aumentou o número de critérios atendidos, nem resultou em uma melhora significativa.
2016	Agud M et al.	Madri, Espanha.	Avaliar os resultados de um programa de reconciliação e informações sobre medicamentos para alta de pacientes geriátricos, realizado por meio de sistemas de informações hospitalares.	Foram feitas revisões de listas de medicamentos com 118 pacientes com idade média de 87 anos, envolvendo um total de 2054 medicamentos ou 17,4 por paciente, comparando-a com prescrições eletrônicas, medicamentos previamente prescritos por médicos da atenção básica e outros registros médicos, e resolveram quaisquer discrepâncias.	Discrepâncias foram encontradas em 723 medicamentos, 105 dos quais foram considerados erros de medicação ; 66 pacientes apresentaram pelo menos um erro. Dos 105 erros, 14 foram considerados graves. Os erros mais frequentes foram prescrições incompletas e omissões.

DISCUSSÃO:

A orientação farmacêutica na alta hospitalar, tanto em relação ao manejo da farmacoterapia, quanto ao acesso às informações pelos profissionais dos demais níveis de atenção sobre o uso de medicamentos na internação, elevou a segurança terapêutica do paciente, onde se torna um ponto importante para a confiabilidade do paciente quanto ao tratamento farmacológico fornecido pelas unidades de saúde⁷. Neste estudo foram selecionados quatorze artigos que esboçam várias intervenções farmacêuticas na alta hospitalar, como: Implementação de cartas, inclusão de medicamentos, reconciliação medicamentosa, acompanhamento telefônico, entre outras^{1, 5, 8}.

A conciliação medicamentosa (CM) na admissão e alta reduziu os erros de medicação. Alguns viés como a falta de tempo e de ferramentas adequadas, fazem com que as informações de CM não sejam passadas aos pacientes ou profissionais de saúde da comunidade⁸. Em estudo realizado em hospitais no Brasil, foi constatado que o contato telefônico para transmitir informações para a equipe da unidade de saúde responsável pelo seguimento do paciente após alta contribuiu para que o mesmo se sentisse acolhido e satisfeito⁹. Na França, um estudo utilizou como estratégia de melhoria uma carta farmacêutica, que foi entregue a pacientes, farmácias, clínicos gerais e centro médico, com dados da CM e um questionário de satisfação que continham 10 perguntas com escala de satisfação de 0 a 10, de nada satisfeito à muito satisfeito, respectivamente. Foram obtidos resultados bastante positivos, onde os pacientes relataram que as explicações da carta melhoraram significativamente o conhecimento de seus tratamentos⁸. No Reino Unido foi feita uma pesquisa com farmacêuticos comunitários sobre a eficácia do encaminhamento das revisões de uso de medicamentos pós-alta do hospital para as farmácias, onde os farmacêuticos tiveram opiniões positivas sobre o serviço e puderam ver os benefícios para os pacientes¹⁰.

No Brasil foram encontrados poucos estudos que demonstrem estratégias de segurança para o paciente após a alta médica, limitando assim o conhecimento e prática do uso seguro desses medicamentos em hospitais do país. No estado de São Paulo, um estudo realizado em visitas domiciliares logo após alta hospitalar verificou que o armazenamento inadequado dos medicamentos, em armários de banheiro, junto com medicamentos de familiares, com prazo de validade expirado é um

problema constante. Outro problema encontrado é que menos de 25% dos pacientes entrevistados tinham algum conhecimento sobre efeitos colaterais, testes necessários para monitorização da farmacoterapia e mudanças essenciais no estilo de vida. Além disso, 60% dos pacientes informaram que durante a hospitalização não receberam nenhuma orientação sobre novos medicamentos prescritos⁹. Foi desempenhado um estudo em Fortaleza (CE), onde o farmacêutico clínico em conjunto com farmacêuticos residentes intervíram orientando a prescrição medicamentosa, mostrando modo correto de administração, armazenamento, interações medicamentosas, efeitos adversos, horário de cada medicação, informando processo de disponibilização dos medicamentos pelos sistema único de saúde(SUS) e ressaltando também a importância da adesão ao tratamento. Todas intervenções realizadas surtiram efeito positivo, colaborando para a segurança e eficácia do tratamento¹.

Na Holanda, um estudo verificou que os cuidados usuais em alguns hospitais não incluíam reconciliação medicamentosa, que o aconselhamento do paciente era feito por residente/ enfermeiro se necessário, as informações sobre a visão geral de medicamentos constantemente eram passadas incompletas para o clínico geral/farmácias comunitárias e quando ocorria alteração de medicamento, geralmente não eram informados os motivos. Devido a isso, foi implementado um programa chamado COACH que consistia em reconciliação de medicamentos, aconselhamento de pacientes na alta e comunicação com os profissionais de saúde na atenção primária. O estudo tinha como objetivo determinar a relação custo-efetividade do programa COACH na prevenção de reinternações não planejadas em comparação com os cuidados usuais no ponto de vista da sociedade e teve como resultado que o programa não era considerado custo-benefício visto que tanto os custos, quanto o percentual de reinternações não tiveram uma diferença significativa³. Já neste outro estudo, foi visto que o investimento em farmácias do próprio hospital para implementação de programas de prevenção de reinternações com um ou mais farmacêuticos poderia ser mais rentável. Uma gama de estudos mostrou reduções significativas no índice de readmissão hospitalar, erros de prescrição, discrepâncias relacionadas a medicamentos e erros de administração de medicamentos, incentivando a criação de programas administrados por hospitais¹¹.

Na Suíça, um estudo incluiu 64 pacientes para serem realizadas intervenções farmacêuticas nas prescrições de alta, onde todas as 64 prescrições necessitaram de

intervenções que foram um total de 439 e 61 prescrições (95%) necessitaram de um telefonema para o médico do hospital. As intervenções farmacêuticas foram: confirmação da omissão de medicamentos tomados antes da hospitalização, substituição do tratamento, dosagem diferente, otimização da formulação galênica². Assim como nesse outro estudo que buscou evidências científicas que abordassem os principais erros de medicação, onde os frequentemente encontrados foram: dose imprópria, omissão de dose, e horário errado¹².

Em um estudo com análises de prescrições de 321 pacientes, foram detectados 3966 medicamentos registrados e 1087 erros de reconciliação. A análise foi dividida em períodos, onde no primeiro período do estudo foram encontrados 42,18% de erros de reconciliação, reduzindo para 19,82% durante o período de intervenção, retirando essa intervenção a porcentagem de erros elevou-se para 27,7%. Obtendo como resultado que a maioria dos erros de reconciliação ocorreu devido à omissão ou prescrição incompleta⁵. Foi visto que a reconciliação da medicação e uma comunicação adequada das mudanças de medicação na alta facilitam o trabalho dos farmacêuticos comunitários, garantindo a continuidade do tratamento e, assim, contribuindo para o aumento da segurança do paciente².

Foi identificado em estudos que a maioria dos pacientes que foram encaminhados para o serviço de consulta de alta farmacêutica eram pacientes idosos, utilizavam sondas, eram acamados e incapazes de administrar o medicamento por conta própria^{9, 13}. Verificou-se que os pacientes e/ou cuidadores frequentemente tem dúvidas sobre a prescrição de medicamentos na alta, cuidado para reabilitação e independência em casa e a necessidade ou não de continuidade do tratamento que era realizado antes da hospitalização. O médico entrevistado informa que 50% dos pacientes questionam sobre o tema na primeira visita após alta⁹. Os cuidadores geralmente são estrangeiros que podem ter barreiras linguísticas; portanto, o farmacêutico deve prestar mais atenção para garantir que todas as informações fornecidas sejam bem compreendidas pelos auxiliares de atendimento, afim de garantir a eficácia e a segurança das terapias medicamentosas¹³.

Em 2016, nos EUA, estudos mostraram que a intervenção farmacêutica não reduziu a utilização precoce não planejada de cuidados de saúde entre pacientes com alfabetização inadequada e que não houve diferença no efeito do tratamento pela cognição do paciente¹⁴. Já em outro estudo realizado em Cingapura, foram feitos atendimentos virtuais modificados para pacientes com maior risco de readmissão, os

pacientes do grupo intervenção tiveram uma redução significativa no número de readmissões em 30 dias e número de atendimentos de emergência em 30 dias, em comparação com aqueles que recebem atendimento hospitalar padrão. A eficácia foi mantida em 90 e 180 dias. O grupo de intervenção utilizou 1164 dias de leito hospitalar a menos de 90 dias após a alta. Nenhum evento adverso foi relatado¹⁵.

Uma pesquisa feita na Arábia Saudita, mostrou que as discrepâncias dos medicamentos para alta diminuíram com o resultado do aconselhamento ao paciente facilitado pelo farmacêutico no momento da alta hospitalar⁴. Já outro estudo sobre o Impacto do aconselhamento sobre medicamentos para alta na unidade de cardiologia de um hospital terciário no Brasil, identificou que o grupo de intervenção teve uma taxa geral de readmissão mais baixa, número de visitas ao departamento de emergência e taxa de mortalidade, mas as diferenças não foram estatisticamente significativas. No entanto, o grupo intervenção teve uma taxa de readmissão significativamente mais baixa relacionada a doenças cardíacas, apesar do pequeno tamanho da amostra. Além disso, o aconselhamento medicamentoso contribuiu significativamente para melhorar a adesão aos medicamentos¹⁶.

Em Yorkshire, um estudo verificou que o aconselhamento farmacêutico para pacientes internados, vinculado a um resumo de alta de medicamentos e informações e a um cartão de lembrete de medicamentos, contribuiu para um melhor conhecimento e conformidade do medicamento, juntamente com a redução de visitas não planejadas ao médico e a reinternação. Uma visita domiciliar farmacêutica consolidou os melhores resultados de assistência médica¹⁷. Já no Reino Unido, foram feitas pesquisas sobre a necessidade de informações e apoio dos pacientes com medicamentos após alta hospitalar, onde o tipo de informação fornecida e a necessidade percebida pelos pacientes de apoio pós-alta diferiram entre os hospitais. As informações sobre mudanças foram fornecidas com mais frequência pela equipe médica consultora (157; 39%), com os farmacêuticos fornecendo informações com menos frequência (71; 17%). Um terço dos pacientes pesquisados considerou os farmacêuticos comunitários como fontes potenciais de informação sobre medicamentos e o suporte associado após a alta. Após a alta, apenas 5% haviam conversado com um farmacêutico, porém 35% relataram problemas relacionados à medicina¹⁸.

Pesquisas feitas na Jordânia, mostraram que chamadas telefônicas de acompanhamento realizadas por um farmacêutico para pacientes com alta oncologia

não melhoraram a satisfação dos pacientes, visitas a pronto-socorro ou readmissões hospitalares, no entanto, eles ajudaram a identificar os efeitos adversos relacionados à medicação nos pacientes oncológicos¹⁹. Já outro estudo na Califórnia, realizou chamadas telefônicas dois dias depois da alta, durante a ligação, os farmacêuticos perguntaram aos pacientes sobre seus medicamentos, incluindo se eles obtiveram e entenderam como tomá-los. O acompanhamento de um farmacêutico envolvido no atendimento hospitalar de pacientes foi associado ao aumento da satisfação do paciente²⁰.

Em Massachusetts, um estudo mostrou que a revisão de medicamentos liderada por farmacêuticos, reconciliação e telefonemas após a alta hospitalar estiveram associados a menos readmissões hospitalares por 60 dias neste programa de melhoria da qualidade²¹. Pesquisas feitas em Chicago, mostraram que o envolvimento do farmacêutico nas transições da alta hospitalar teve um impacto positivo na diminuição de readmissões de pacientes internados e visitas de emergência. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos eventos relacionados à medicação. Pacientes com regimes de medicação moderadamente complexos se beneficiaram de uma continuidade de atendimento envolvendo uma equipe de farmácias durante as transições no atendimento²².

Estudo feito na Austrália, identificou que a aplicação de um critério de adequação da prescrição durante a revisão da medicação em pacientes de intervenção não aumentou o número de critérios atendidos, nem resultou em uma melhora significativa²³. Já outro estudo feito sobre revisão de medicamentos em problemas relacionados a medicamentos em pacientes que usam sistemas automáticos de distribuição de medicamentos, mostrou que os pacientes em uso automatizado de medicamentos apresentam um elevado número de DRPs (problemas relacionados a medicamentos). A revisão de medicamentos diminuiu o número de DRPs entre esses pacientes. Recomendamos que todos os pacientes com dispensação automática de medicamentos sejam submetidos a uma revisão completa dos medicamentos por farmacêuticos e prescritores²⁴.

Na Espanha, foi feito um estudo com reconciliação medicamentosa realizada para 118 pacientes com idade média de 87 anos envolvendo um total de 2054 medicamentos. Foram encontradas diversas discrepâncias, algumas consideradas erros de medicação, outras erros de reconciliação. Os erros mais frequentes foram prescrições incompletas e omissões²⁵. Outro estudo feito na Suécia, mostrou que

erros de medicação ainda são comuns quando pacientes idosos são transferidos do hospital para a comunidade/atenção primária. O principal fator de risco parece ser o sistema específico de dispensação de medicamentos ou melhor, o processo de como usá-lo. Quando este sistema foi apoiado por farmacêuticos clínicos, a taxa de erro caiu para o mesmo nível dos pacientes sem o sistema específico de dispensação de medicamentos²⁶.

CONCLUSÃO

Observou-se que após a alta hospitalar, foram encontrados diversos problemas, como: prescrições incompletas, erros de medicação, armazenamento inadequado de medicamentos na residência, falta de conhecimento do paciente em relação a efeitos colaterais, falta de comunicação entre os profissionais da saúde, entre outros. Sendo assim, se torna evidente a importância da orientação e intervenção farmacêutica para redução de reinternações causadas por tais problemas, aumentando a segurança e adesão do tratamento, e a satisfação do paciente.

REFERÊNCIAS:

1. Lima LF, Martins BCC, Oliveira FRP et al. Orientação farmacêutica na alta hospitalar de pacientes transplantados: estratégia para a segurança do paciente. *Einstein (São Paulo)*. vol.14 no.3 - São Paulo, 2016
2. Maurer S, Dobrinas M, Neeman M et al. Pharmaceutical interventions on hospital discharge prescriptions: Challenges for community pharmacists. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. Volume 52, Edição 1 , 2017
3. Karapinar-Çarkit F, Van der Knaap R, Bouhannouch F et al. Cost-effectiveness of a transitional pharmaceutical care program for patients discharged from the hospital. (Research Article)(Report). *Plos One*. 12 (4): e0174513, 2017
4. Assiri T, Khurshid F, Almutairi M et al. Impact of pharmacist intervention in patient counseling at point of hospital discharge in a specialized cardiac center in Saudi Arabia. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*. Volume 16, n. 5, 2017
5. García-Molina Sáez C, Urbieta Sanz E, Madrigal de Torre et al. Computerized pharmaceutical intervention to reduce reconciliation errors at hospital discharge in Spain: an interrupted time-series study. *J Clin Pharm Ther*. 2016; 41 (2): 203-8.
6. Marini BPR, Lourenço MC, Barba PCSD. Revisão sistemática integrativa da literatura sobre modelos e práticas de intervenção precoce no Brasil. *Rev Paul Pediatr*. 2017; 35(4): 456-463.
7. Costa JM, Martins JM, Pedroso LM et al. Otimização dos cuidados farmacêuticos na alta hospitalar: implantação de um serviço de orientação e referenciamento farmacoterapêutico. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*. v.5 n.1 38-41 jan./mar 2014
8. Salgues J, Cosson M, Viaut L et al. 4CPS-268 Evaluation of the satisfaction of the implementation of a pharmaceutical letter of hospital discharge transmitted to patients and community health professionals. *European Journal of Hospital Pharmacy*. 26 (Suppl 1): A194.1-A194, março de 2019
9. Marques LFG, Romano-Lieber NS. Patient safety and medication use after discharge: exploratory study1. *Saude soc*. vol.23 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2014

10. Rutter P, Ramsbottom H, Fitzpatrick R. Community Pharmacist Perceptions of Delivering Post-Hospital Discharge Medicines Use Reviews for Elderly Patients. *Int J Clin Pharm* 2017 Feb;39(1):33-36.
11. Grissinger M. Reduce Readmissions With Pharmacy Programs That Focus on Transitions From the Hospital to the Community. *P&T*. 2 abr; 40 (4): 232-233.
12. Figueiredo TWB, Silva LAA, Brusamarello T et al. Tipos, causas e estratégias de intervenção frente a erros de medicação: uma revisão integrativa. *Revista de enfermagem e atenção à saúde*. 2018; 7(2):155-175
13. YN Hsu, SE Wu, SC Wu, LC Chen et al. 4CPS-204 Pharmaceutical intervention and education for the discharge of inpatients: experiences in a teaching hospital in Taiwan. *European Journal of Hospital Pharmacy* 25 (Suppl 1):A137.1-A137. 2018
14. Bell SP, Schnipper JL, Goggins K et al. Effect of Pharmacist Counseling Intervention on Health Care Utilization Following Hospital Discharge: A Randomized Control Trial. *J Gen Intern Med*. 2016;31(5):470-477. doi:10.1007/s11606-016-3596-3.
15. Lian LL, Shu YT, Matthew JMN et al. Applying the Integrated Practice Unit Concept to a Modified Virtual Ward Model of Care for Patients at Highest Risk of Readmission: A Randomized Controlled Trial. *PLoS One*. 2017;12(1):e0168757
16. Bonetti AF, Bagatim BQ, Mendes AM et al. Impact of discharge medication counseling in the cardiology unit of a tertiary hospital in Brazil: A randomized controlled trial. *Clinics*. 2018, vol.73, e325. ISSN 1807-5932
17. Elson R, Cozinhe H, Blenkinsopp A et al. Patients' Knowledge of New Medicines After Discharge From Hospital: What Are the Effects of Hospital-Based Discharge Counseling and Community-Based Medicines Use Reviews (MURs)? *Res Social Adm Pharm*. 2017;13(3):628-633.
18. Mackridge AJ, Rodgers R, Dan Lee et al. Cross-sectional survey of patients' need for information and support with medicines after discharge from hospital. *Int J Pharm Pract*. 2018; 26(5):433-441.
19. Salmany SS, Ratrouf L, Amireh A et al. The impact of pharmacist telephone calls after discharge on satisfaction of oncology patients: A randomized controlled study. *J Oncol Pharm Pract* ; 24(5): 359-364, 2018 Jul.

20. Dudas V, Bookwalter T, Kerr KM, Pantilat S. The impact of follow-up telephone calls to patients after hospitalization. *The American Journal of Medicine*. Volume 111, número 9, suplemento 2, 26-30, 2001
21. Paquin AM, Salow M, Rudolph JL. Pharmacist Calls to Older Adults With Cognitive Difficulties After Discharge in a Tertiary Veterans Administration Medical Center: A Quality Improvement Program. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(3):571-577.
22. Phatak A, Prusi R, Ward B et al. Impact of pharmacist involvement in the transitional care of high-risk patients through medication reconciliation, medication education, and postdischarge call-backs (IPITCH Study). *J Hosp Med*. 2016;11(1):39-44.
23. Basger BJ, Moles RJ, Chen TF. Impact of an Enhanced Pharmacy Discharge Service on Prescribing Appropriateness Criteria: A Randomised Controlled Trial. *Int J Clin Pharm*. 2015; 37(6):1194-1205.
24. Kwint HF, Gussekloo J, Faber A, Bouvy ML. Effects of medication review on drug-related problems in patients using automated drug-dispensing systems: a pragmatic randomized controlled study. *Drugs Aging*. 2011;28(4):305-314.
25. Moro Agud M, Menéndez Colino R, Ruano Encinar M et al. Analysis of an electronic medication reconciliation and information at discharge. *Int J Clin Pharm*. 2016; 38(4):996-1001.
26. Midlöv P, Bahrani L, Seyfali M et al. The effect of medication reconciliation in elderly patients at hospital discharge. *Int J Clin Pharm*. 2012; 34(1):113-119.

APÊNDICE- A

O desenvolvimento do artigo da revisão sistemática integrativa quanto ao uso de inibidores seletivos de recaptção de serotonina na gestação segue as normas apresentadas pela revista RBFHSS- Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e serviços de Saude: <https://rbfhss.org.br/sbrafh/about/submissions>

Nas quais apresentaram os principais requisitos:

- Formato A4 (210 x 297 mm);
- Margens de 2,5cm em cada um dos lados;
- Letra Arial 12;
- Espaçamento duplo em todo o arquivo;
- As tabelas e quadros devem estar inseridos no texto com seus títulos na parte superior, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais;
- As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e quadros e não no cabeçalho ou título;
- Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável;
- Figuras (compreendem os desenhos, gráficos, fotos etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando símbolos, como *, #;
- Numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (estilo Vancouver). Identifica-las no texto por

números arábicos e sobrescritos, sem menção dos autores e sem parênteses. Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-7); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7). Devem ser listados apenas os três primeiros autores: os outros devem ser indicados pelo termo “et al”. O formato das referências, usando abreviações de acordo com o Index Medicus é o seguinte:

- Periódicos: Último nome(s), seguido das iniciais para os três primeiros autores. Os autores devem ser separados por vírgula. Título do artigo. Estado, Nome do Periódico (em itálico), Ano, Volume (Fascículo): Número das páginas.
- Exemplo: Silva LC, Paludetti LA, Cirilo O. Erro de Medicamentos em Hospitais da Grande São Paulo. Revista SBRAFH, 2003, 1(1): 303-309.
- Livros: Último nome(s), iniciais dos primeiros três autores. Título do livro (em itálico), edição. Cidade, editora, ano: páginas ou último nome(s).
- Capítulo de Livros: Último nome(s), iniciais dos primeiros três autores. Nome do capítulo. “In”: Nome do Editor (ed), Título do livro (em itálico), edição. Cidade, editora, ano: páginas.
- Internet: Proceder como no caso de periódicos ou capítulo de livros, o que for mais adequado. Ao final da referência adicionar “disponível em (citar o endereço completo), data e horário de consulta”.
- Anais: Título e subtítulo (se houver) do evento, número, ano. Local de realização do evento. Anais... Local de publicação dos anais: Editora, ano. Total de páginas.