

EDUCAÇÃO DO PACIENTE SOBRE REGIME TERAPÊUTICO MEDICAMENTOSO NO PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA^a

Juliana Paula Dias de Sousa TEIXEIRA^b, Maria Cristina Soares RODRIGUES^c,
Valéria Bertonha MACHADO^d

RESUMO

Adequada educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso na alta hospitalar contribui para a continuidade do cuidado domiciliar. Revisão integrativa que objetivou analisar e sintetizar a produção científica acerca da educação do paciente sobre regime medicamentoso no processo de alta hospitalar. Consultou-se a base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram selecionados 24 artigos, publicados entre 2005 e 2010. Aspectos inter-relacionados, como planejamento de alta estruturado, reconciliação medicamentosa, educação medicamentosa, eventos adversos a medicamentos e aderência medicamentosa permeiam a temática investigada.

Descritores: Educação de pacientes como assunto. Erros de medicação. Segurança. Alta do paciente.

RESUMEN

Adeuada educación del paciente sobre el régimen de tratamiento de drogas en el alta hospitalario contribuye a la continuidad de cuidados en el hogar. Revisión integradora que tuvo el objetivo de analizar y sintetizar la literatura científica sobre la educación del paciente sobre régimen de medicación en el proceso de alta hospitalaria. Hemos consultado las bases de datos Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) y Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (LILACS), y seleccionamos 24 artículos publicados entre 2005 y 2010. Aspectos interrelacionados, como planificación del alta hospitalaria estructurada, reconciliación medicamentosa, educación sobre los medicamentos, eventos adversos por medicamentos y la adherencia a la medicación permean el tema.

Descriptor: Educación del paciente como asunto. Errores de medicación. Seguridad. Alta del paciente.

Título: Educación del paciente sobre el régimen terapéutico en el proceso del alta hospitalario: una revisión integradora.

ABSTRACT

Adequate patient education about drug treatment regimen at discharge contributes to the continuity of home care. Integrative review aimed to analyze and synthesize the scientific literature about patient education on medication regimen in the hospital discharge process. We consulted the databases Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) and Latin-American and Caribbean Center on Health Sciences Information (LILACS), and selected 24 articles published between 2005 and 2010. Inter-related aspects, such as structured discharge planning, medication reconciliation, drug education, adverse drug events and medication adherence, permeate the theme.

Descriptors: Patient education as topic. Medication errors. Safety. Patient discharge.

Title: Patient education on drug treatment regimen in the process of hospital discharge: an integrative review.

a Artigo originado na disciplina "Segurança de Medicamentos no Cuidado em Saúde" do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade de Brasília (UnB).

b Enfermeira, Mestranda do PPGEnf, UnB, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

c Doutora em Ciências da Saúde, Professor Adjunto da UnB, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

d Doutora em Enfermagem, Professor Adjunto da UnB, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

INTRODUÇÃO

Práticas inseguras na administração de medicamentos nos complexos sistemas de cuidado à saúde constituem problemática crônica, gerando eventos adversos a medicamentos (EAM). No início da década de 2000 esse assunto emerge como desafio global.

EAM é definido como “qualquer dano ocorrido durante a terapia medicamentosa e resultante tanto do cuidado apropriado como do cuidado inadequado ou aquém do ótimo”⁽¹⁾, enquanto Erros de Medicação (EM) compreende “qualquer evento evitável que pode ser causado ou surgir do uso inconveniente ou falta de uma medicação, ou causar prejuízo (dano ou injúria) ao paciente, enquanto a medicação está sob o controle dos profissionais da saúde, pacientes ou consumidores; tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos para o cuidado à saúde, procedimentos e sistemas, incluindo a prescrição, comunicação da prescrição, rótulo do produto, embalagem e nomenclatura; a composição, a distribuição, a administração, a educação dos profissionais e pacientes; a supervisão e o uso”⁽²⁾.

EAM representam um quarto de todos os erros médicos, sendo 75% evitáveis⁽³⁾. Dados dessa problemática no domicílio ainda são limitados⁽⁴⁾. Nesse sentido, o processo de alta hospitalar representa permanente desafio para equipe de saúde e paciente⁽⁵⁾, devido a maior complexidade assistencial e à alta precoce. Assim, o tempo disponível para a educação do paciente durante a hospitalização é minimizado⁽⁶⁾, o que pode contribuir para a ocorrência de EM no ambiente domiciliar.

Nos hospitais, 50% dos EM podem ser ocasionados por comunicação deficiente nos pontos de transição no contínuo do cuidado⁽⁷⁾, ou seja, na admissão, internação e alta. Dados mostram que 49% dos pacientes experimentam pelo menos um erro médico seguinte à alta, comumente envolvendo uso de medicamentos^(8,9), sendo que a maior parte dos erros poderiam ser evitados por meio de eficiente comunicação^(8,10). Outro óbice deve-se à falta ou ao inadequado planejamento de alta (PA), pois este contribui para a continuidade do cuidado e pode evitar reinternações⁽¹¹⁾.

O PA é uma atividade interdisciplinar que tem o enfermeiro como o responsável por fazer o elo entre os profissionais, visando bem-estar e recursos necessários para garantir a segurança do cuidado em domicílio⁽¹²⁾, e deve iniciar-se na

admissão do paciente e ser desenvolvido durante toda a internação⁽¹³⁾.

A orientação segura e efetiva sobre regime medicamentoso após a hospitalização é o ponto mais crítico da educação do paciente para alta hospitalar⁽¹⁴⁾ e tem estrita relação com o processo de trabalho do enfermeiro, uma vez que também é de sua competência educar o paciente para o uso correto dos medicamentos após a alta⁽¹⁵⁾. Igualmente, é seu papel atuar na promoção de comportamentos de autocuidado e aderência ao regime terapêutico medicamentoso⁽¹⁶⁾.

Pesquisas baseadas em evidências sobre educação do paciente e PA são limitadas na literatura⁽¹⁷⁾, apesar de o PA ser uma exigência da *Joint Commission* aos hospitais, especialmente no que tange à utilização de medicamentos⁽¹⁸⁾.

Considerando-se a lacuna identificada e o particular interesse sobre a prática de enfermagem baseada em evidências, que conduz à avaliação crítica sobre informações disponíveis para tomada de decisão⁽¹⁹⁾, estabeleceu-se como questão norteadora: qual é a produção científica sobre educação do paciente quanto ao regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar?

Traçou-se como objetivo do estudo analisar e sintetizar a produção científica acerca da educação do paciente sobre regime medicamentoso no processo de alta hospitalar.

MÉTODO

Para alcance do objetivo da pesquisa optou-se pelo delineamento de uma revisão integrativa da literatura. Estabeleceram-se como critérios de inclusão do estudo, artigos de periódicos publicados entre 2005 e 2010, em qualquer país do mundo, sem restrição de idiomas, obtidos na íntegra, via online ou correio postal, gratuitos ou pagos. A delimitação do período de tempo das publicações deve-se ao objetivo do estudo em analisar e sintetizar as pesquisas mais recentes sobre o tema. Ademais, o que se tem observado é que mesmo na última década, a literatura disponível sobre o tema em questão ainda é incipiente.

As bases de dados consultadas para obtenção dos artigos foram *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Procedeu-se o acesso à primeira base através do site PUBMED e utilizaram-se as palavras *Patient Discharge e Safety Medicines*, sem aspas, no formulário

de busca simplificado, sendo localizados oito artigos. Posteriormente, utilizou-se o formulário de busca avançado com os descritores “*Patient Discharge*” e “*Nursing*”, e por assunto o termo “*Medication*”, sendo identificados 40 artigos. O acesso à Biblioteca Virtual em Saúde permitiu a busca integrada, tanto no LILACS quanto no MEDLINE, onde o acervo pode ser acessado utilizando-se o português, com pesquisa via descritores. Nessa forma de acesso foram utilizados os descritores “Alta Hospitalar” e “Educação de Pacientes como Assunto” e “Erros de Medicação”, sendo encontrados 18 artigos no MEDLINE e um artigo no LILACS. Impôs-se o limite de tempo determinado às três formas de busca descritas anteriormente.

O levantamento efetuado resultou na obtenção de 67 artigos, porém, houve a exclusão de três por estarem repetidos. Assim, a amostra inicial foi de 64 artigos, e realizou-se a leitura dos títulos e resumos, sendo excluídos 40 por não apresentarem relação com a temática investigada, resultando na seleção de 24 publicações.

Procedeu-se à leitura integral dos mesmos, seguida de extração e síntese dos dados. Na extração dos dados empregou-se instrumento padronizado por *Ganong*, com registro de 12 dimensões de análise, isto é: objetivo do estudo, método de amostragem, critérios de inclusão, variáveis independentes identificadas, citações e críticas de revisões prévias, apresentação de resultados de estudos primários, método de análise dos resultados, discussão dos problemas metodológicos, busca por influências sistemáticas, interpretação de resultados e uso de tabelas⁽²⁰⁾.

RESULTADOS

Os artigos foram agrupados em cinco categorias: 12 (50%) em RM; seis (25%) em educação medicamentosa para alta hospitalar, três (12,5%) em EAM, dois (8,3%) no processo de alta hospitalar e um (4,2%) na aderência medicamentosa (AM).

Constatou-se maior número de publicações no ano de 2008 (n=8; 30,8%), sendo que seis referiam-se à reconciliação medicamentosa (RM), provavelmente, pelo fato de a OMS ter lançado em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. O processo de RM foi proposto como uma solução aos Estados Membros da Aliança para garantir a precisão medicamentosa nos pontos de transição do cuidado⁽²¹⁾.

Nas Tabelas 1, 2, 3 e 4 apresenta-se a síntese extraída dos artigos selecionados, por categoria temática.

DISCUSSÃO

Processo de alta hospitalar

O processo de alta hospitalar é uma exigência da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)*⁽¹⁸⁾. Estudos sugerem a necessidade de um PA padronizado^(5,25,36) para maior eficácia e qualidade do cuidado, com o intuito de garantir a continuidade do cuidado domiciliar^(12,33), a fim de proporcionar aos pacientes informações e recursos necessários para melhorar ou manter a saúde, prevenir EAM e evitar reinternações^(26,36). Nesse processo, deve-se dar ênfase ao PA individualizado a partir da admissão do paciente, envolvendo toda equipe de saúde^(15,17,36).

É fundamental a compreensão do paciente, familiar e/ou cuidador sobre o PA, e deve ser solicitado que expliquem sobre o plano com suas próprias palavras. Além disso, é importante instituir programação de seguimento pós-alta; conciliação do plano terapêutico medicamentoso; revisão sobre como proceder na ocorrência de um problema, orientando sobre qual serviço de atendimento deve procurar; além de fornecer instruções por escrito e realizar seguimento telefônico dois ou três dias após a alta⁽³⁶⁾.

Um único estudo nacional sobre orientação medicamentosa de enfermagem na alta hospitalar foi identificado. Constatou-se que o processo de alta hospitalar ocorre em locais inadequados para orientação, são fornecidas poucas informações por escrito, há curto tempo para orientação e não são utilizadas estratégias que confirmem a compreensão do paciente quanto às orientações fornecidas⁽¹⁵⁾, representando aspectos limitadores à efetividade do processo de alta.

Reconciliação medicamentosa

RM é um processo de obtenção de uma lista precisa e completa dos medicamentos que o paciente está utilizando ao ser admitido no hospital através de entrevista clínica detalhada, sendo as informações obtidas comparadas com a prescrição

médica e discrepâncias devem ser solucionadas⁽⁴⁰⁾. As informações devem ser transmitidas nos pontos de transição do cuidado⁽³³⁾.

A RM se traduz como um tipo de cuidado “sem costura” no contínuo do cuidado, onde o desenvolvimento de habilidades do trabalho em equipe é

Tabela 1 – Síntese de estudos sobre educação medicamentosa para a alta hospitalar. Brasília, DF, 2011.

Estudo	Objetivo	Delineamento	Conclusão
Çarkit-Karapinar F et al. ⁽¹⁰⁾ Holanda 2010	Determinar o efeito da intervenção do Programa “ <i>Continuity Of Appropriate pharmacotherapy, patient Counselling and information transfer in Healthcare</i> ” (COACH).	Estudo experimental prospectivo	Os achados do estudo fornecem informações de interesse para pacientes, gestores de saúde, decisores políticos e profissionais de saúde sobre o impacto clínico e de custos do programa instituído.
Kimball S et al. ⁽¹⁴⁾ Noroeste do Pacífico 2010	Avaliar a eficácia do método “ <i>Geragogy</i> ” para aumentar o conhecimento do paciente sobre os medicamentos na alta hospitalar.	Estudo experimental	O método de ensino não afetou o conhecimento dos pacientes, no entanto, os membros da família apresentaram aumentos significativos nos níveis de confiança para a administração de medicamentos no momento da alta, após o ensino.
Lopes MAP et al. ⁽²²⁾ Espanha 2008	Apresentar a metodologia e o delineamento de um programa de informação de cuidado na alta hospitalar, e descrever os achados do primeiro ano de implantação.	Relato de experiência	É possível estabelecer um programa de informação para alta como serviço assistencial. Atingiu-se um elevado nível de satisfação e melhoria da segurança no uso de medicamentos.
Kendall S et al. ⁽²³⁾ Austrália 2007	Investigar as atitudes dos enfermeiros sobre seu papel na educação medicamentosa, assim como suas atitudes em relação as parcerias com farmacêuticos na educação dos pacientes.	Estudo piloto qualitativo	Necessário se faz ampliar o estudo, a fim de abordar questões que emergiram na discussão do grupo, e as implicações para a segurança dos pacientes e prática profissional de enfermagem no contexto investigado.
Manning DM et al. ⁽²⁴⁾ EUA 2007	Comparar recurso computacional 3D na alta hospitalar, denominado <i>Durable Display at Discharge</i> alternativo a planilha de medicação: MDW – <i>Medication Discharge Worksheet</i> .	Ensaio clínico randomizado	Embora ambas as ferramentas estão associadas a níveis igualmente elevados de satisfação do paciente e baixa taxa de auto-relato de EM, o 3D parece promover uma melhor compreensão do paciente sobre os medicamentos.
Simonet ML ⁽²⁵⁾ Suíça 2005	Descrever uma intervenção que visa melhorar o conhecimento medicamentoso do paciente na alta hospitalar	Estudo descritivo e exploratório	A intervenção melhorou o conhecimento medicamentoso do paciente, que deve ser individualizada, considerando-se aspectos clínicos, idade, nível de conhecimento e responder às dúvidas do paciente sobre seus medicamentos.

Tabela 2 – Síntese de estudos sobre RM. Brasília, DF, 2011.

Estudo	Objetivo	Delineamento	Conclusão
Walker PC et al. ⁽²⁶⁾ EUA 2010	Implementar e avaliar quatro semanas de experiência na prática avançada farmacêutica por estudantes de farmácia, na transição do cuidado.	Relato de experiência	A experiência na Prática Avançada Farmacêutica proveu aos estudantes oportunidade para ganhar experiência e autoconfiança na aplicação de habilidades de cuidado farmacêutico.
Cua YM, Kripalani S ⁽⁵⁾ EUA 2008	Identificar barreiras existentes à segurança e efetividade no uso dos medicamentos.	Revisão de literatura	Há necessidade de integração da equipe de saúde para o PA e comunicação efetiva, e assegurar a compreensão do paciente não somente no ato da alta hospitalar. Mão dupla na troca de informações nos pontos de transição do cuidado para garantia de continuidade do cuidado.
Young B ⁽⁷⁾ EUA 2008	Discutir a importância do processo de RM.	Revisão de literatura	RM é uma ferramenta poderosa e efetiva na prevenção de EAM evitáveis.
Wong JD et al. ⁽²⁷⁾ Canadá 2008	Identificar, caracterizar e avaliar o impacto clínico de discrepâncias medicamentosas não intencionais na alta hospitalar.	Estudo descritivo e exploratório	Entender os tipos e frequência das discrepâncias medicamentosas auxilia na prevenção de erros. RM estruturada ajuda na prevenção de discrepâncias na alta hospitalar.
Williams T et al. ⁽²⁸⁾ EUA 2008	Descreve o fluxo de trabalho do processo de RM conforme recomendações da <i>Joint Commission</i>	Relato de experiência	É apresentada a proposta de um sistema de RM completo, do estabelecimento da política e plano de adesão, da admissão à alta hospitalar para todos pacientes, a fim de evitar EAM e EM.
Cumblér E et al. ⁽²⁹⁾ EUA 2008	Revisão do caso de um paciente idoso com análise das barreiras para o sucesso na transição do cuidado que conduziram à readmissão.	Estudo de caso	A análise do caso oportunizou a revisão de elementos necessários para o sucesso e ideias na perspectiva de limitações impostas pelo sistema de saúde e dificuldades inerentes à vulnerabilidade de idosos.
Delate T et al. ⁽³⁰⁾ EUA 2008	Avaliar o impacto de um programa de RM implementado por farmacêuticos quanto à mortalidade e uso de serviços de cuidados à saúde em pacientes em alta hospitalar	Estudo quase experimental, ensaio clínico controlado.	O processo formal de RM com melhor coordenação da comunicação paciente-provedor de saúde pode reduzir a mortalidade após a alta. A RM tem papel fundamental nos pontos de transição do cuidado.

Continua...

Continuação.

Estudo	Objetivo	Delineamento	Conclusão
Kramer JS et al. ⁽³¹⁾ EUA 2007	Implementar um sistema eletrônico para guiar farmacêutico e enfermeiro na condução da RM na admissão e alta hospitalar, e efeitos na segurança do paciente e satisfação entre provedores e enfermeiros	Estudo quase experimental	Os pacientes que participaram da RM eletronicamente informaram melhor entendimento das instruções sobre a administração dos medicamentos e potenciais EAM após a alta, expressando maior satisfação na fase pós-implantação da intervenção. Houve um melhor desempenho com a integração entre enfermeiro e farmacêutico.
Schwarz M, Wyskiel R ⁽³²⁾ EUA 2006	Apresentar um modelo de processo de RM, a fim de assegurar administração de medicamentos em domicílio e diminuir EAM potencial na alta hospitalar de uma UTI cirúrgica. Método científico "Plan, Do, Study, Act" para implementação do processo de RM.	Estudo descritivo e exploratório	RM permite reiniciar medicamentos de uso pré-hospitalar e prescrição atual. Dessa forma, identificam-se medicamentos omitidos de uso domiciliar, doses e frequências incorretas; há redução de complicações relacionadas às mudanças de medicamentos. Trata-se de um processo econômico e de alto impacto na segurança do paciente.
Chevalier BAM et al. ⁽³³⁾ Canadá 2006	Analisar a percepção de enfermeiros sobre a segurança do paciente na administração de medicamentos, e práticas atuais de RM nos pontos de transição do cuidado.	Estudo descritivo e exploratório	Deve-se ser dada especial atenção às barreiras relacionadas às práticas de RM, como falhas do sistema, práticas inconsistentes, falta de comunicação e recursos à equipe de profissionais, antes de se implementar um programa formal de RM que assegure sucesso do projeto.
Vira T et al. ⁽³⁴⁾ Canadá 2006	Descrever o potencial impacto do processo de RM na identificação e retificação de EM na admissão e alta hospitalar	Ensaio clínico randomizado	Discrepâncias medicamentosas não intencionais na admissão e alta são comuns e clinicamente importantes. O processo de RM interceptou a maioria das discrepâncias antes que o dano ocorresse.
Sem autoria ⁽³⁵⁾ EUA 2006	Descrever o relato de um caso em um hospital.	Estudo de caso/reflexão	Enfermeiras não podem assumir que tudo que elas têm que fazer é revisar as instruções de alta sem discussão das discrepâncias óbvias.

essencial para o sucesso do processo de reconciliação⁽³¹⁾. Assim, a RM é ferramenta poderosa e efetiva na prevenção de EAM de natureza evitável, sendo fundamental aos serviços de saúde para atendimento às exigências estabelecidas pela JCAHO, assim como a participação ativa do enfermeiro no processo

de desenvolvimento e implementação colaborativa entre médicos, farmacêuticos, pacientes, familiares e provedores de cuidado^(7,34,36).

A reconciliação permite identificar discrepâncias não intencionais, que caracterizam-se como EM que podem resultar em danos⁽³⁴⁾. Dois estudos

Tabela 3 – Síntese dos artigos sobre processo de alta hospitalar. Brasília, DF, 2011.

Estudo	Objetivo	Delineamento	Conclusão
Huber C, Blanco M ⁽³⁶⁾ EUA 2010	Apresentar e discutir uma estratégia de plano de alta hospitalar sob a perspectiva do número de componentes e de pessoal como pontos cruciais para o seu sucesso.	Artigo de reflexão	Um planejamento para alta padronizado e abrangente pode reduzir danos aos pacientes e melhorar a qualidade dos cuidados após a hospitalização.
Miasso AL, Cassiani SHB ⁽¹⁵⁾ Brasil 2005	Avaliar a orientação final de enfermagem para a alta hospitalar no que concerne à terapêutica medicamentosa, em uma clínica de internação de um hospital universitário do interior paulista.	Estudo descritivo, transversal e de campo.	Sugestão de elaboração de plano de alta individualizado pelos enfermeiros em conjunto com equipe de saúde, visando segurança e continuidade da administração de medicamentos no ambiente domiciliar.

Tabela 4 – Síntese dos artigos sobre EAM e AM. Brasília, DF, 2011.

Estudo	Objetivo	Delineamento	Conclusão
Crocker C ⁽³⁷⁾ EUA 2009	Descrever a jornada de um paciente através de cuidados de saúde a partir da perspectiva de como os medicamentos são administrados.	Estudo de caso	EAM ou danos potenciais são destacados, evidenciando-se áreas-chaves onde os enfermeiros precisam tomar medidas para garantir ou melhorar a segurança do paciente.
Davidson A ⁽³⁸⁾ Canadá 2007	Opinar sobre a contribuição do farmacêutico hospitalar na prevenção de EAM.	Opinião de especialista	A autora infere que uma lista de medicamentos consiste em instrumento que pode ser utilizado por enfermeiros de cuidados domiciliares e farmacêuticos comunitários, além do envio ao clínico geral para conhecimento dos medicamentos do paciente no momento da alta.
Forester AJ ⁽³⁹⁾ Canadá 2006	O artigo apresenta dois casos de pacientes envolvendo EAM.	Estudo de caso	A prevenção de EAM após a alta exige abordagem multidisciplinar organizada, que enfatize alterações medicamentosas e metabólicas; múltiplas prescrições; uso de medicamentos potencialmente perigosos; integração, coordenação dos cuidados e infraestrutura adequada.
Albert NM ⁽¹⁶⁾ EUA 2008	Abordar temáticas relacionadas a regime de AM para pacientes com doença cardiovascular crônica.	Revisão da literatura	As evidências indicam que a educação e gestão dos pacientes pelos enfermeiros melhoram a AM, leva à melhoria do autocuidado, têm-se melhores resultados clínicos e redução de custos.

identificaram que aproximadamente 70% dos pacientes apresentaram pelo menos uma discrepância não intencional atual ou potencial por ocasião da alta, relacionada, principalmente, à prescrição incompleta e omissão de medicações, e destacaram a importância dessa estratégia no auxílio à equipe de saúde para propor medidas preventivas^(27,34).

Pesquisadores avaliaram programa de RM e identificaram uma redução de 78% do risco de morte de indivíduos do grupo de intervenção pelo processo de reconciliação quando comparados com o grupo controle⁽³⁰⁾, demonstrando a importância dessa ferramenta no cuidado em saúde.

Outro estudo, sobre a experiência da prática farmacêutica na RM, identificou a necessidade do desenvolvimento de quatro habilidades principais à formação do farmacêutico para o processo de reconciliação, ou seja, entrevista e avaliação do paciente, aconselhamento do paciente, RM e monitorização pós-alta hospitalar⁽²⁶⁾. Considerando a RM uma responsabilidade interdisciplinar, estas quatro habilidades também devem ser valorizadas de forma multiprofissional.

Outras pesquisas têm descrito experiências no desenvolvimento, implementação e avaliação do processo de RM, sendo estas de grande utilidade para o aperfeiçoamento do processo de reconciliação, estruturação do aconselhamento e melhor reconhecimento de problemas relacionados com medicamentos^(10,26,31,32,34).

Processos de alta hospitalar redesenhados, incorporando RM, aconselhamento do paciente, seguimento telefônico pós-alta e o papel específico de coordenadores de transição, podem resultar na identificação e resolução de discrepâncias medicamentosas, reduzindo a incidência de EAM evitáveis após a alta, e diminuir o número readmissões hospitalares e a não aderência ao tratamento medicamentoso⁽²⁶⁾.

Educação medicamentosa para alta hospitalar

A escassez de artigos sobre esse assunto foi observada em dois estudos^(14,17), assim como na presente revisão. Destaca-se que um dos artigos foi realizado em parceria entre farmacêutico e enfermeiro, e outro artigos relataram a importância de parcerias interdisciplinares para efetiva educação do paciente^(16,23,25,26).

Um estudo experimental testou “o método Geragogy”, que tem por objetivo proporcionar ao paciente e membros da família informações para alta

hospitalar através de software computacional sobre os medicamentos prescritos, e demonstrou que a melhor ordem sequencial para descrever o conteúdo escrito da informação sobre os medicamentos é: dose e horário de administração; indicação, efeito esperado e efeitos colaterais do medicamento; e, informações na situação de emergência⁽¹⁴⁾.

Outros estudos demonstram que o seguimento do tratamento medicamentoso pode ser reforçado através do uso, pelo paciente, de um cartão simples e explícito, com informações sobre o uso dos medicamentos prescritos durante a internação e após a alta hospitalar^(22,25); as instruções devem ser completas, precisas e compreensíveis^(5,7,31).

O desenvolvimento e resultados preliminares de um programa assistencial de atenção farmacêutica de orientação na alta hospitalar demonstraram satisfação e melhor compreensão do paciente na admissão e alta. A implantação do programa permitiu solucionar problemas detectados, exceto aqueles relacionados a medicamentos que requeriam outros níveis de assistência, mas os colocou “em vias de solução” e a assistência farmacêutica permitiu solucionar 25% dos problemas em domicílio⁽²²⁾.

A alta hospitalar é um momento de alto risco para potenciais confusões e EM, portanto, assegurar a compreensão pelo paciente das instruções sobre os medicamentos deveria ser ponto primordial no aconselhamento na alta, e não apenas como ato da entrega de informações escritas^(5,15,35), como destacado por alguns estudiosos.

Outro aspecto primordial refere-se às atitudes dos enfermeiros relacionadas ao seu papel na educação do paciente em parceria com outros profissionais. Em um hospital australiano, estudo qualitativo demonstrou que atitudes expressas pelos enfermeiros vão de encontro às recomendações e opiniões expostas na literatura, onde se observou prática guiada por opiniões subjetivas e experiência pessoal. Os participantes não relacionaram educação de alta com adesão medicamentosa em termos mais amplos, embora seja bem conhecido que a educação do paciente deveria ser individualizada, e envolve muito mais que revisão dos rótulos e orientações de administração dos medicamentos. A colaboração entre enfermeiro clínico e farmacêutico hospitalar era inexistente⁽²³⁾.

Ressalta-se que, uma das explicações quanto à escassez de artigos nacionais específicos sobre a educação do paciente quanto ao regime terapêutico medicamentoso no PA hospitalar pode estar relacio-

nada ao fato de os enfermeiros não terem despertado para a importância do seu importante papel para esta intervenção, justificado por nem sempre possuírem uma base de conhecimento adequada acerca desse assunto⁽¹⁵⁾, entre outros aspectos.

Eventos adversos a medicamentos

O período seguinte à alta hospitalar é de elevada vulnerabilidade à ocorrência de EAM devido às mudanças provenientes do tratamento durante a hospitalização. Assim, enganos ou confusões podem ocorrer, o que leva o paciente a modificar o regime medicamentoso por conta própria, com possível ocorrência de EAM^(5,25). Os fatores contribuintes para tal incluem mudanças no regime terapêutico medicamentoso, exigências de mudanças metabólicas do indivíduo, polimedicação, preparações inadequadas para alta, uso de medicamentos de alto risco e parca integração e coordenação do cuidado⁽³⁹⁾.

Assim, a prevenção de EAM após a alta exige uma abordagem organizada, multidisciplinar e interdisciplinar, além da infraestrutura institucional^(37,39), sendo essencial a percepção da cultura de segurança do paciente e segurança medicamentosa nos pontos de transição durante a permanência hospitalar⁽³⁴⁾.

Aderência Medicamentosa (AM)

Evidências mostram que educação e manejo de pacientes por enfermeiros melhoram a AM e conduzem ao aprimoramento do autocuidado, com resultados clínicos satisfatórios e despesas médicas reduzidas. Portanto, os enfermeiros podem desempenhar papel chave na otimização da qualidade de vida dos pacientes avaliando potenciais barreiras para a AM, caracterizada por regimes medicamentosos complexos, precária educação do paciente, custo elevado dos medicamentos e potenciais efeitos adversos, pela implementação de estratégias compreensivas para aumentar aderência⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÕES

A educação sobre regime medicamentoso é considerada uma prática segura na assistência a pacientes em processo de alta hospitalar. Os estudos analisados nesta investigação indicam que parcerias interdisciplinares e a participação ativa do paciente; o desenvolvimento e implementação do processo de RM; o estabelecimento de plano de orientação edu-

cacional individualizado; a implementação de cuidado domiciliar por meio do uso de cartão simples pelo paciente com informações sobre medicamentos durante a hospitalização e em domicílio; o incentivo ao autocuidado para melhoria da AM; assegurar o entendimento das instruções de alta repassadas ao paciente, familiar e/ou cuidador por escrito; e, estabelecer um sistema de seguimento pós-alta, são aspectos fundamentais para a efetividade do processo educativo para a alta.

Destaca-se que a temática RM é um novo conhecimento a ser explorado pelos enfermeiros junto à equipe multiprofissional. Destarte, é necessário que busquem melhor conhecer esta estratégia inovadora.

A realização de pesquisas sobre os medicamentos padronizados no serviço, com intuito de estabelecer recursos pedagógicos para o ensino, desde simples materiais audiovisuais a complexos softwares educativos, pode contribuir para o aumento do conhecimento sobre o regime terapêutico medicamentoso no decorrer da internação e favorecer a AM. Nesse sentido, a busca de informações baseada em evidências pelos profissionais da área da saúde é uma ferramenta que aperfeiçoa as habilidades no manejo e estabelecimento de recursos, visando proporcionar educação e segurança ao paciente.

Por fim, os estudos identificados na produção científica mostram que a educação em terapia medicamentosa nos pontos de transição do cuidado do paciente está permeada por aspectos inter-relacionados, como PA estruturado, RM, educação medicamentosa propriamente e medidas de prevenção de EAMs e de promoção da AM.

REFERÊNCIAS

- 1 Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care – Expert Group on Safe Medication Practices. Glossary of terms related to patient and medication safety. [Internet]. 2005 mai [citado 20 out 2005]. Disponível em: <http://www.bvs.org.ar/pdf/seguridaddpaciente.pdf>.
- 2 National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP). About Medication Errors. What is a Medication Error? [Internet]. [citado 2012 abr 25]. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>.
- 3 World Health Organization. Patient Safety Workshop – Learning from error [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [citado

- 2010 dez 02]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/vincristine_learning-from-error.pdf.
- 4 Canadian Patient Safety Institute (CPSI). Patient-Client Safety in Home Care in Canada [Internet]. 2010 abr [citado 2011 jan 15]. Disponível em: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/PatientClientSafetyinHomeCare/Documents/Patient-Client%20Safety%20in%20Home%20Care%20Research%20Competition%20Announcement%20RFA.pdf>.
 - 5 Cua YM, Kripalani S. Medication use in the transition from hospital to home. *Ann Acad of Med Singapore*. 2008;37(2):136-41.
 - 6 Mamon J, Steinwachs DM, Fahey M, Bone LR, Oktay J, Klein L. Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home. *Health Services Research* [Internet]. 1992 jun [citado 2011 jan 25]. Disponível em: http://findarticles.com/p/articles/mi_m4149/is_n2_v27/ai_13022551/pg_2/?tag=content;col1.
 - 7 Young B. Medication reconciliation matters. *MED-SURG Nursing*. 2008;17(5):332-36.
 - 8 Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med*. 2003;18:646-51.
 - 9 Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. Adverse drug events occurring following hospital discharge. *J Gen Intern Med*. 2005;20:317-23.
 - 10 Çarkit-Karapinar F, Borgsteede SD, Zoer J, Siegert C, Tulder M, Egberts ACG, Bemt PMLA. The effect of the COACH program (continuity of appropriate pharmacotherapy, patient counselling and information transfer in healthcare) on readmission rates in a multicultural population of internal medicine patients. *BMC Health Services Research*. 2010;10(39):2-12.
 - 11 Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti NAP. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir de relatos de pacientes. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(3):345-50.
 - 12 Atwal A. Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *J Adv Nurs*. 2002;39(5):450-58.
 - 13 Huber DL, McClelland E. Patient preferences and discharge planning transitions. *J Prof Nurs*. 2003;19(4):204-10.
 - 14 Kimball S, Buck G, Goldstein D, Logan L, Stebbins D, Halvorsen L, Kalman-Yearout K. Testing a teaching appointment and geragogy-based approach to medication knowledge at discharge. *Rehabil Nurs*. 2010;35(1):31-40.
 - 15 Miasso AI, Cassiani SHB. Administração de medicamentos: orientação final para alta hospitalar. *Rev Esc Enferm USP* 2005;39(2):136-44.
 - 16 Albert NM. Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Crit Care Nurse*. 2008;28(5):54-64.
 - 17 Lane BS, Jackson J, Odom SE, Cannella KAS, Hinshaw LJ. Nurse satisfaction and creation of an admission, discharge, and teaching nurse position. *Nurs Care Qual*. 2009;24(2):148-52.
 - 18 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO). *Comprehensive accreditation manual for hospitals: the official handbook*. Oakbrook Terrace: Joint Commission; 2005.
 - 19 Pereira AL, Bachion MM. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2006 [citado 2010 dez 02]; 27 (4): 491-8. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGaucha-deEnfermagem/article/view/4633>.
 - 20 Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987;10(1):1-11.
 - 21 World Health Organization The Joint Commission: assuring medication accuracy at transitions in care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [citado 2011 jan 14]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>.
 - 22 Lopes MAP, Saliente MTA, Company ES. CONSULTENOS: programa de información al alta hospitalaria. Desarrollo y resultados del primer año de funcionamiento en 5 hospitales. *Farm Hosp*. 2008;32(6):323-30.
 - 23 Kendall S, Deacon-Crouch M, Raymond K. J. Nurses' attitudes towards their role in patient discharge medication education and toward collaboration with hospital pharmacists. *Nurses Staff Dev*. 2007;23(4):173-79.

- 24 Manning DM, O'Meara JG, Williams AR, Rahman A, Tammel KJ, Myhre D, Carter LC. 3D: a tool for medication discharge education. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:71-76.
- 25 Simonet ML. Amélioration de laconnaissance de sontraitement par lepatient à lasortie de l'hôpital. *Rev Med Suisse*. 2005 Nov 23;1(42):2737-40.
- 26 Walker PC, Jones JNT, Mason NA. An advanced pharmacy practice experience in transitional care. *Am J Pharm Educ*. 2010;74(2):1-6.
- 27 Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Alibhai SMH, Huh J, Cesta A, et al. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Ann Pharmacother*. 2008; 42(10):1373-9.
- 28 Williams T, Acton C, Hicks RW. Deploying med reconciliation. *Nurs Manage*. 2008;39(4):54-7.
- 29 Clumber E, Carter J, Kutner J. Failure at the transition of care: challenges in the discharge of the vulnerable elderly patient. *J Hosp Med*. 2008;3(4):349-52.
- 30 Delate T, Chester EA, Stubbings TW, Barnes CA. Clinical outcomes of a home-based medication reconciliation program after discharge from a skilled nursing facility. *Pharmacotherapy*. 2008;28(4):444-52.
- 31 Kramer JS, Hopkins PJ, Rosendale JC, Garrelts JC, Hale LS, Nester TM, et al. Implementation of an electronic system for medication reconciliation. *Am J Health-Syst Pharm*. 2007;64:404-22.
- 32 Schwarz M, Wyskiel R. Medication reconciliation: developing and implementing a program. *Crit Care Nurs Clin N Am*. 2006;18:503-7.
- 33 Chevalier BAM, Parker DS, Mackinnon NJ, Sketris I. Nurses' perceptions of medication safety and medication reconciliation practices. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2006;19(3):62-72.
- 34 Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconciliable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:122-26.
- 35 Did RN have duty to question discrepancy in discharge order? *Nurs Laws Regan Rep*. 2006;46(9):1.
- 36 Huber C, Blanco M. Cleaning up the discharge process. A number of components – and personnel – are crucial to success. *AJN*. 2010;110(9):66-69.
- 37 Crocker C. Following the patient journey to improve medicines management and reduce errors. *Nurs Times*. 2009;105(46):12-5.
- 38 Davidson A. Preventing adverse drug events. *CMAJ*. 2007;176(1):67-8.
- 39 Forster AJ. Can you prevent adverse drugs events after hospital discharge? *CMAJ*. 2006;174(7):921-22.
- 40 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO). Reconciling medication information [Internet]. 2010 Nov; [citado 2011 jan 27]. Disponível em: [http://www.jointcommission.org/assets/1/6/Communications_NPSG_Med_Rec_HAP_20101115\[1\].pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/Communications_NPSG_Med_Rec_HAP_20101115[1].pdf).

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address:**

Maria Cristina Soares Rodrigues
Fundação Universidade de Brasília
Campus Universitário Darcy Ribeiro
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Asa Norte
70910-900, Brasília, DF
E-mail: mcsoares@unb.br
