

Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório¹

Patient safety and medication use after discharge: exploratory study

Liete de Fátima Gouveia Marques

Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da USP.
E-mail: liete.marques@hotmail.com

Nicolina Silvana Romano-Lieber

Professora Associada da Faculdade de Saúde Pública da USP,
Departamento de Prática de Saúde Pública.
E-mail: nicolina@usp.br

Correspondência

Nicolina Silvana Romano-Lieber
Av. Dr. Arnaldo, 715, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Artigo baseado na dissertação "Uso de medicamentos e a segurança do paciente na interface entre hospital, atenção básica e domicílio", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. A autora foi bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Processo 132844/2011-7.

Resumo

No Brasil, são escassos os estudos sobre estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após a alta hospitalar, o que dificulta o conhecimento sobre a atuação de hospitais brasileiros nessa área. Neste artigo, buscou-se compreender a dinâmica e os desafios do cuidado fornecido ao paciente pela equipe hospitalar, visando à segurança no processo de uso de medicamentos após a alta hospitalar. Realizou-se pesquisa exploratória por meio de entrevistas com médicos, enfermeiros, farmacêuticos e assistentes sociais do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Foram pesquisadas as atividades de cuidado com a farmacoterapia durante e após a hospitalização, incluindo o acesso a medicamentos após alta, a existência de articulação do hospital com outros serviços de saúde, e barreiras para desenvolver essas atividades. A principal estratégia adotada é a orientação de alta, realizada de forma estruturada, principalmente para cuidadores de pacientes pediátricos. Em situações específicas, ocorre mobilização da equipe para viabilização do acesso a medicamentos prescritos na alta. Reconciliação medicamentosa está em fase de implantação, e visita domiciliar é realizada apenas para pacientes críticos com problemas de locomoção. As principais barreiras identificadas foram insuficiência de recursos humanos e falta de tecnologias de informação. Conclui-se que são desenvolvidas algumas estratégias, porém com limitações e sem articulação adequada com outros serviços de saúde para a continuidade do cuidado. Isto sugere a necessidade de concentração de esforços para transpor as barreiras identificadas, contribuindo para a segurança do paciente na interface entre hospital, atenção básica e domicílio.

Palavras-chave: Medicamentos; Erros de Medicação; Eventos Adversos; Alta Hospitalar; Segurança do Paciente; Saúde Pública.

Abstract

Few Brazilian studies have focused on patient safety strategies for safe use of medications after discharge leading to limited knowledge of current safety practices developed in Brazilian hospitals. The present study aimed to understand the dynamics and challenges of care provided to patients by hospital providers focusing on safe use of medications after discharge. An exploratory study was conducted and data was collected through interviews with physicians, nurses, pharmacists and social workers at the Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, in São Paulo, southeastern Brazil. Care practices regarding medication use during and following hospital stay including access to medicines after discharge, follow-up plans for coordinated, ongoing care, and barriers were investigated. The main strategy for safe use of medications after hospital discharge is to provide structured counseling for patients and particularly for caregivers of pediatric patients. The care team works to ensure access to the medications prescribed at discharge in special situations. Medication reconciliation is being implemented and home visits are limited to patients with severe conditions and mobility problems. The main barriers identified in the study were limited information technology and human resources. It was concluded that there are some patient safety strategies in place but they are limited in scope and do not ensure coordinated, ongoing care after discharge. These findings point to a need to strengthen efforts to overcome the barriers identified to improve patient safety at the interface of hospital, primary care and the home setting.

Keywords: Drugs; Medication Errors; Adverse Events; Hospital Discharge; Patient Safety; Public Health.

Introdução

A segurança do paciente e a qualidade da assistência à saúde no uso de medicamentos têm sido foco de preocupação e estudos em nível mundial. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído recentemente em nosso país (Brasil, 2013), mostra-se como um importante instrumento para a promoção de práticas seguras em estabelecimentos de saúde brasileiros.

Em situações de transição do cuidado, como a alta hospitalar, pacientes podem estar especialmente vulneráveis, e a ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos pode resultar em atendimento em serviços de urgência ou em readmissão hospitalar. Estudos demonstram que atividades como reconciliação medicamentosa, orientação ao paciente e/ou cuidador e seguimento domiciliar são desenvolvidas em hospitais como estratégias para minimizar os riscos de ocorrência de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos após a alta hospitalar, contribuindo para evitar danos ao paciente e custos desnecessários ao sistema de saúde (Naylor e col., 1999; Huang e Liang, 2005; Coleman e col., 2006; Schnipper e col., 2006; Mueller e col., 2012).

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde assegura ao cidadão brasileiro o direito ao recebimento de informações completas sobre o tratamento; ao treinamento em autocuidado visando à autonomia; ao acesso à continuidade da atenção com apoio domiciliar, quando pertinente, ou acompanhamento em outros serviços de saúde (Brasil, 2006). No entanto, a riqueza de publicações de estudos realizados no exterior contrasta com a escassez de literatura brasileira em relação à segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após a alta hospitalar, fato que dificulta o conhecimento sobre a atuação de hospitais brasileiros sobre essa questão tão relevante para a saúde pública.

Este estudo teve como objetivo compreender a dinâmica e os desafios do cuidado fornecido ao paciente pela equipe do hospital, visando à segurança no processo de uso de medicamentos após a alta hospitalar.

Procedimento metodológico

Trata-se de uma pesquisa exploratória realizada no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP), que foi escolhido com base no critério de desenvolvimento de atividades reconhecidamente estratégicas para a segurança do paciente após a alta hospitalar em relação ao processo de uso de medicamentos. Além disso, o HU/USP é considerado serviço de referência na área e constitui-se em importante centro de formação de recursos humanos nas várias áreas de atendimento à saúde, mantendo programas de residência médica, farmacêutica e multiprofissional. Trata-se de hospital de média complexidade, com 236 leitos, e média mensal de 1.014 internações, 393 cirurgias e 306 partos.

No período entre julho e outubro de 2012 foram realizadas entrevistas envolvendo: quatro médicos, representando as clínicas pediátrica, médica e cirúrgica, além do Programa de Assistência Domiciliária (PAD); três enfermeiras, sendo duas com atuação nas clínicas pediátrica e médica, e uma com atuação em segurança do paciente junto às diversas unidades de internação do hospital, membro da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP); três farmacêuticos, representando a Gerência de Risco, o Serviço de Farmácia e a equipe de farmacêuticos clínicos; e uma assistente social.

A seleção dos setores e dos profissionais que seriam entrevistados foi realizada pelas pesquisadoras, mas os indivíduos participantes foram indicados pelo responsável pelo acompanhamento da pesquisa na instituição, designado pelo próprio setor.

Todas as entrevistas foram realizadas no próprio hospital, em data, horário e local definidos pelos entrevistados, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as entrevistas foram gravadas. Foi utilizado um roteiro cujo conteúdo contemplou questões sobre os quatro eixos pré-estabelecidos para a análise dos resultados: cuidados com a farmacoterapia durante a hospitalização; cuidados com a farmacoterapia após a alta hospitalar; articulação com demais serviços de saúde no cuidado após a alta; e facilitadores e barreiras.

Em atendimento à Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde de 1996, a pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e do HU/USP.

Resultados e discussão

Cuidados com a farmacoterapia durante a hospitalização

O uso prévio de medicamentos

No HU/USP, a rotina de entrevista para a coleta da história medicamentosa na admissão do paciente é feita por duas fontes: pelo enfermeiro e pelo interno de medicina ou médico residente, sob a supervisão do médico assistente. Eventualmente, a coleta da história medicamentosa junto ao paciente ou cuidador é, também, realizada pelo farmacêutico clínico, a partir da verificação de necessidade de complementação de dados, em casos específicos, como parte da rotina de seguimento farmacoterapêutico. As histórias medicamentosas coletadas são independentes e registradas em locais diferentes no prontuário do paciente.

A realização de entrevistas de forma paralela e sem integração gera incômodo ao paciente, pela necessidade de repetir as mesmas informações para vários profissionais, e pode resultar em divergência entre as informações obtidas pelas diferentes fontes. Segundo Etchells (2010), a equipe de saúde deve contribuir para - e trabalhar a partir de - uma única lista de medicamentos acurada, eliminando as dúvidas geradas por diferenças entre as listas obtidas por diferentes profissionais da equipe. Além disso, a lista de medicamentos utilizados antes da admissão hospitalar deve ser colocada num local bem visível para facilitar a comparação com as prescrições subsequentes. Tais recomendações são essenciais para a realização da reconciliação medicamentosa², por ser um procedimento que requer análise criteriosa de cada medicamento prescrito na admissão hospitalar e na alta, após comparação com a lista de

medicamentos utilizados até o momento da hospitalização. Para cada medicamento analisado deve ser registrada uma ação (continuar, interromper ou alterar), bem como as justificativas da decisão tomada, para subsidiar as prescrições posteriores (Kripalani e col., 2007a; Cua e Kripalani, 2008).

À época da pesquisa, farmacêuticos residentes estavam iniciando a coleta sistemática de história medicamentosa em entrevistas, devido à implantação de reconciliação medicamentosa na admissão hospitalar, na clínica cirúrgica. Segundo Moriel e colaboradores (2008), podem ser priorizados os pacientes de serviços cirúrgicos, pois, nestes casos, a equipe de saúde não é familiarizada com os medicamentos geralmente utilizados pelos pacientes, medicamentos estes mais relacionados às comorbidades que ao motivo da hospitalização.

Vale destacar que a implantação de reconciliação medicamentosa é incipiente em hospitais brasileiros, embora seja realizada em hospitais norte-americanos desde 2001 (Gebhart, 2005) e faça parte dos padrões de acreditação de serviços de saúde desde 2005 no Canadá e nos EUA (ISMP, 2006; APhA e ASHP, 2012).

A definição do momento da alta

No HU/USP, a alta programada ocorre apenas em situações complexas, especialmente na clínica pediátrica, geralmente envolvendo pacientes com hospitalização de longa permanência, questões sociais importantes e tratamentos complexos. Nestes casos, o planejamento de alta é realizado em reunião semanal multiprofissional, onde são discutidas questões como o local de seguimento, os recursos disponíveis na comunidade, o acesso aos medicamentos necessários, entre outros, possibilitando o envolvimento de toda a equipe em atividades relacionadas à alta hospitalar.

Na maioria dos casos de hospitalização no HU/USP, no entanto, a alta é definida no próprio dia, durante visita clínica multidisciplinar às unidades de internação. Várias visitas clínicas ocorrem simultaneamente, em uma mesma unidade, inviabilizando

2 “Reconciliação medicamentosa é a avaliação global do regime medicamentoso do paciente, sempre que ocorre alteração no tratamento, em um esforço para evitar erros de medicação tais como omissões, duplicações, erros de dose ou interações medicamentosas, assim como para observar padrões de adesão ao tratamento. Este processo deve incluir a comparação entre o regime medicamentoso proposto no momento do atendimento e o regime medicamentoso prévio, e deve ocorrer a cada transição do cuidado onde são prescritos novos medicamentos, prescrições são refeitas ou ajustadas, ou quando medicamentos são incluídos pelo próprio paciente.” (Chen e Burns, 2007, p. 4).

o acompanhamento às visitas a todos os pacientes de cada unidade, diariamente. Em função dessa dinâmica, associada à ocorrência de falhas na comunicação, frequentemente enfermeiros, farmacêuticos e outros membros da equipe tomam conhecimento da alta apenas no dia em que o paciente retornará ao domicílio.

Outro estudo brasileiro (Pereira e col., 2007) descreve situação semelhante observada na prática clínica habitual em nosso país: falta de participação multidisciplinar na visita diária ao paciente e comunicação da alta aos membros da equipe de saúde apenas no dia em que ela ocorre, inviabilizando o planejamento de forma interdisciplinar e, conseqüentemente, dificultando a atuação multiprofissional integrada no preparo do paciente para retorno ao domicílio.

Da prescrição diária à receita de alta

No HU/USP, as prescrições diárias são realizadas pelo interno de medicina ou pelo médico residente e avaliadas pelo médico assistente, por enfermeiros e farmacêuticos clínicos. Os vários “crivos” ou “filtros” foram citados pelos entrevistados como importantes barreiras de segurança para evitar danos ao paciente, contribuindo para a segurança no processo de uso de medicamentos. Indicadores calculados pelo serviço de farmácia apontam que, em geral, as intervenções farmacêuticas são bem aceitas pela equipe hospitalar, e todos os médicos entrevistados ressaltaram a importância da triagem da prescrição realizada diariamente pelos farmacêuticos clínicos, nas unidades de internação. No entanto, o “triplo crivo” não ocorre na prescrição de alta, pois geralmente a receita de alta não é encaminhada ao farmacêutico para conferência, com exceção dos casos em que ocorre orientação ao paciente/cuidador por este profissional, geralmente em unidades pediátricas.

Foram citados casos eventuais de volta do paciente ou familiar ao hospital por não conseguir adquirir o medicamento por causa de problemas com a receita, como o uso de abreviatura em nomes de medicamento, apresentações não disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou no comércio, uso de receituário inadequado para prescrição de psicofármacos, e falta de carimbo do médico. Além disso, especialmente em unidades pediátricas, foi citada como frequente a interceptação, pelo farma-

cêutico, de receitas de alta contendo medicamentos que seriam preparados em farmácias de manipulação, em razão da falta de dados como concentração, forma farmacêutica e duração do tratamento.

Estudos realizados em vários estados brasileiros (Aguiar e col., 2006; Silva e col., 2007; Miasso e col., 2009; Rosa e col., 2009), envolvendo sete hospitais, demonstraram que prescrições incompletas e o uso de abreviaturas são frequentes, assim como a ilegibilidade das prescrições.

O uso de tecnologia de informação é um recurso recomendado para evitar erros de prescrição, especialmente prescrição eletrônica com suporte para decisão clínica, que permite a padronização da nomenclatura dos medicamentos, reduzindo o uso de abreviaturas, e a emissão de alertas automáticos de doses inadequadas, interações medicamentosas e alergias prévias (Wachter, 2010). No entanto, essa importante ferramenta ainda não faz parte da realidade do HU/USP, assim como da maioria dos hospitais brasileiros, geralmente por causa de recursos financeiros limitados.

A utilização da informática para gerar prescrições digitadas é uma estratégia mais acessível, além de útil para evitar ilegibilidade das prescrições. No entanto, no HU/USP, embora ocorra digitação de prescrições durante a hospitalização, a digitação de receitas na alta hospitalar, em substituição às receitas manuscritas, ainda é exceção nas unidades de internação.

A orientação ao paciente e/ou cuidador

No HU/USP, quando a alta não é programada, como ocorre na maioria dos casos, além de orientações pontuais fornecidas por médicos, a orientação sobre o tratamento prescrito na alta é realizada geralmente pelo enfermeiro, no período da tarde, imediatamente antes do paciente deixar o hospital. Outros estudos realizados no Brasil demonstraram que, na prática clínica habitual, as orientações de alta, incluindo uso de medicamentos, se restringem a instruções fornecidas, na maioria das vezes, pelo médico e/ou enfermeiro no momento da alta hospitalar, de forma superficial e rápida, sem levar em consideração as necessidades individuais e sem verificar o entendimento das orientações pelo paciente (Miasso e Cassiani, 2005; Pereira e col., 2007; Pompeo e col., 2007).

No HU/USP, orientação detalhada sobre o tratamento ocorre apenas nos casos de alta programada de pacientes pediátricos e em casos excepcionais envolvendo pacientes adultos. Nos casos mais complexos, especialmente na clínica pediátrica e berçário, o farmacêutico clínico assume a orientação junto ao cuidador, fornecendo informações detalhadas sobre vários aspectos relacionados ao tratamento, bem como treinamento prático para administração correta do medicamento prescrito.

Após a realização de treinamento ou orientação mais detalhada, é solicitado ao cuidador ou paciente que repita as orientações recebidas ou demonstre a técnica aprendida, possibilitando avaliação do aprendizado. Pedir ao paciente para repetir as instruções da forma como entendeu ou demonstrar uma nova técnica aprendida (“Teach-back”) é o melhor recurso para confirmar o entendimento da orientação recebida, e é considerado um dos métodos mais efetivos para melhorar a segurança do paciente (Kripalani e col., 2007a).

Ao final da orientação de alta realizada pelo farmacêutico do HU/USP, o cuidador recebe material informativo impresso, contendo informações específicas sobre determinados medicamentos, como cuidados especiais sobre administração e armazenamento, além de planilhas personalizadas para facilitar o entendimento do esquema posológico. Segundo Fox e colaboradores (2007), o uso isolado de informações impressas ou sessões educacionais não melhora a adesão do paciente ao tratamento, mas pode ser útil fornecer material educacional em combinação com orientação direta ou outras intervenções comportamentais.

Na rotina diária, a orientação fornecida no HU/USP geralmente não inclui informações sobre potenciais efeitos adversos dos medicamentos prescritos. Pacientes e cuidadores recebem orientação geral para procurar atendimento no próprio HU/USP ou na UBS onde realizam acompanhamento, em caso de necessidade, incluindo suspeita de dano relacionado ao tratamento farmacológico.

Estudos revelam que 20% a 62% dos pacientes admitem ter recebido informações e conhecer possíveis efeitos colaterais dos medicamentos (Foster e col., 2005; Kerzman e col., 2005; Donihi e col., 2008). Entretanto, em estudo sobre o que os pacientes

querem saber sobre medicamentos, a necessidade de informação sobre riscos e efeitos colaterais foi mencionada em todos os grupos do estudo, sendo geralmente o primeiro item mencionado (Nair e col., 2002).

Na rotina do HU/USP, não é realizada orientação de alta destacando alterações no regime farmacoterapêutico resultantes do processo de reconciliação medicamentosa, como inclusões e exclusões de medicamentos ou mudança na dose em relação ao tratamento utilizado pelo paciente antes da hospitalização, como recomendado por Cua e Kripalani (2008), uma vez que a reconciliação medicamentosa na alta ainda não foi implantada.

Embora existam recomendações de fornecimento de orientações detalhadas sobre o uso de medicamentos aos pacientes e familiares ao longo do período de hospitalização (Greenwald e col., 2007), no HU/USP não são realizadas sessões de orientação durante a hospitalização.

O momento da alta

O resumo de alta do HU/USP foi referido, em algumas entrevistas, como documento obrigatório utilizado pelo paciente como atestado médico. Vale destacar a necessidade de valorização do resumo de alta, pela própria equipe de saúde, como instrumento para estreitar a comunicação entre os serviços de saúde. Para Klück e Guimarães (1999), o recebimento de cópia do documento pelo paciente, com instruções de levá-lo em seus futuros atendimentos de saúde, possibilita ao paciente tornar-se um agente do processo, garantindo a continuidade da assistência com mais qualidade e menos riscos ao paciente.

Em geral, no resumo de alta do HU/USP são registrados apenas os medicamentos, e respectivas posologias, que constam da receita entregue ao paciente. No entanto, em alguns casos, mesmo o registro destas informações é incompleto, por falta de inclusão de medicamento, falta de dose ou duração do tratamento.

Os registros de alterações nos tratamentos e suas justificativas, no resumo de alta do HU/USP, ocorrem apenas em situações específicas, em que houve necessidade de alteração da conduta por falta de resposta adequada ao tratamento durante a hospitalização. Tais registros não são resultado de rotina sistematizada de comparação entre a receita de alta

e a lista de medicamentos em uso até o momento da hospitalização (obtida na entrevista de admissão), uma vez que ainda não foi implantada a rotina de reconciliação na alta hospitalar.

Além de nome, dose, frequência e via de administração, duração planejada de uso, e razão de uso de cada medicamento, Kripalani e colaboradores (2007b) e Cua e Kripalani (2008) recomendam que o resumo de alta explicita os motivos de inclusão de novos medicamentos e de alterações em tratamentos prévios, independente de quão óbvios sejam, além de informações para a realização de monitorização do tratamento (quais testes, em que frequência e o que esperar dos procedimentos de monitorização).

Em revisão sistemática da literatura, Kripalani e colaboradores (2007b) demonstraram que deficiências na comunicação e na transferência de informações na alta hospitalar são comuns, sendo frequente a falta de informações importantes no resumo de alta, tais como medicamentos receitados na alta (2% a 40%) e planos de seguimento (2% a 43%).

Grimes e colaboradores (2011), em estudo envolvendo 1.245 episódios de atendimento ambulatorial de pacientes após hospitalização, verificaram que em 50,1% dos casos houve pelo menos um erro de prescrição ou falha em documentar ou comunicar alterações no tratamento, na receita de alta ou no resumo de alta.

Corry e colaboradores (2000) verificaram que as informações de cartas hospitalares encaminhadas à equipe da atenção básica são insuficientes para a adequada monitorização da farmacoterapia.

No HU/USP, no momento da alta, não é rotina fornecer informação ao paciente ou cuidador sobre número de telefone e profissional de contato no hospital para esclarecimento de dúvidas ou orientação específica, após retorno ao domicílio. Segundo os profissionais entrevistados, não há estrutura para realizar este tipo de atendimento. Embora seja uma recomendação feita por Romano (1982) há mais de 30 anos, essa não é uma prática corrente em hospitais brasileiros.

Pompeo e colaboradores (2007), em estudo realizado no Brasil com pacientes em alta, também verificaram que não há forma de contato rápido com a equipe hospitalar para esclarecimento de dúvidas que ocorrem após retorno ao domicílio.

O acesso a medicamentos prescritos na alta hospitalar

No momento da alta, o HU/USP não fornece medicamentos para uso no domicílio, em função da falta de farmácia ambulatorial na instituição. A preocupação quanto ao acesso aos medicamentos prescritos na alta hospitalar foi manifestada frequentemente neste estudo e foram descritas várias estratégias para viabilizar a continuidade do tratamento envolvendo a equipe multidisciplinar, tais como: adaptação da prescrição de alta à relação de medicamentos padronizados na rede básica; contato com a rede pública de saúde para confirmação da disponibilidade dos medicamentos; viabilização da administração de medicamentos injetáveis pelo Hospital Dia do HU/USP, pela Unidade Básica de Saúde (UBS) ou pela Unidade de Saúde da Família (USF) quando a alta é condicionada à continuidade do tratamento pela via parenteral; orientação e viabilização de documentação para acesso a medicamentos distribuídos gratuitamente pelo SUS; viabilização de medicamentos preparados em farmácia de manipulação, para pacientes pediátricos, mediante avaliação das condições socioeconômicas da família.

Esse envolvimento da equipe hospitalar é justificado pelo risco de ocorrer atraso no início do tratamento prescrito na alta ou interrupção do tratamento iniciado durante a hospitalização, em razão de problemas de acesso aos medicamentos. Em estudo realizado com 184 usuários de dez Unidades de Saúde do município de São Paulo, apenas metade dos entrevistados declarou sempre ter no posto os medicamentos que necessitam (Sala e col., 2011).

Outros estudos realizados no Brasil também abordam problemas de acesso aos medicamentos por causa de dificuldades econômicas do paciente e irregularidades na disponibilização de medicamentos na rede pública de saúde (Arrais e col., 2005; Paniz e col., 2008; Perini, 2009; Luz e col., 2009; Santa-Helena e col., 2010; Ávila e col., 2011).

Cuidados com a farmacoterapia após a alta hospitalar

No hospital estudado, o seguimento por meio de visita domiciliar após hospitalização ocorre apenas para pacientes atendidos pelo Programa de Assistência Domiciliária do HU/USP (PAD-HU/USP). O progra-

ma, mantido pelo hospital desde 2000, é destinado a pacientes que não apresentam condições clínicas e de locomoção para se deslocar até o hospital após internação no HU/USP. Em geral são pacientes idosos, acamados, com traqueostomia, gastrostomia, úlcera por pressão grave, uso de sondas, e outras condições críticas.

Em geral, na primeira visita domiciliar realizada pelo PAD-HU/USP verifica-se a receita de alta e solicita-se que sejam mostrados todos os medicamentos em uso. Um problema frequentemente observado é o armazenamento inadequado dos medicamentos, em armários de banheiro, misturados com medicamentos de familiares, com prazo de validade expirado. Também é frequente a existência de grandes estoques de medicamentos fornecidos gratuitamente pela rede pública de saúde e que foram posteriormente suspensos.

O armazenamento inadequado de medicamentos também foi verificado por Schenkel e colaboradores (2005), em estudo realizado em residências no sul do Brasil, onde a maior parte dos medicamentos não estava sendo utilizada (55%) e era armazenada na cozinha (43%) ou no banheiro (14%), exposta ao calor e umidade. Além disso, o prazo de validade foi encontrado em 83% dos medicamentos, e em 16% estava expirado.

Durante o atendimento domiciliar realizado pela equipe do PAD-HU/USP também é frequente a ocorrência de dúvidas de pacientes e/ou cuidadores sobre a necessidade ou não de continuidade do tratamento que era realizado antes da hospitalização. O médico entrevistado daquele serviço estima ser questionado sobre o tema por cerca de 50% dos pacientes, na primeira visita após alta.

Pompeo e colaboradores (2007), em estudo realizado no Brasil, verificaram que os pacientes estão deixando o hospital com dúvidas, principalmente relacionadas à prescrição de medicamentos na alta e ao cuidado para reabilitação e independência, em casa.

Kerzman e colaboradores (2005), em entrevista realizada com pacientes dentro de 7 a 14 dias após alta hospitalar, verificaram que 73% conheciam o motivo de uso de novos medicamentos prescritos, 80% destes informaram a correta indicação. Menos de 25% dos entrevistados tinham algum conheci-

mento sobre efeitos colaterais, testes necessários para monitorização da farmacoterapia e alterações necessárias no estilo de vida. Além disso, 60% dos pacientes relataram não ter recebido nenhuma orientação sobre novos tratamentos prescritos durante a hospitalização.

Outra constatação bastante frequente no atendimento domiciliar realizado pela equipe do PAD-HU/USP é a ocorrência de discrepâncias entre a receita de alta e os medicamentos que o paciente realmente está utilizando no domicílio, por inclusão ou interrupção de uso de medicamentos por conta própria, gerando necessidade de pronta intervenção da equipe durante a visita domiciliar.

Schnipper e colaboradores (2006), em seguimento realizado no período de três a cinco dias após alta de 79 pacientes, verificaram que 12 pacientes não estavam utilizando um dos medicamentos da receita de alta, 11 utilizavam dose ou frequência diferente da prescrita, e dois estavam utilizando medicamentos diferentes de mesma classe terapêutica. Além disso, dois pacientes apresentavam efeitos colaterais, 14 estavam com dificuldades em encontrar os medicamentos prescritos e 9 apresentavam dificuldades com o preço dos medicamentos.

Em estudo realizado por Smith e colaboradores (1997), em que 53 idosos receberam visita domiciliar sete a dez dias após alta, verificou-se que 31 pacientes apresentaram alteração no esquema farmacoterapêutico prescrito na alta hospitalar. A intervenção, após contato com o médico prescritor, possibilitou prevenir sete readmissões hospitalares.

Segundo o representante do PAD-HU/USP, atualmente não há procedimento sistematizado para o atendimento do paciente quanto ao uso de medicamentos, e a inserção de farmacêutico na visita domiciliar realizada pelo programa (como já ocorreu em períodos anteriores) possibilitaria prestar assistência com foco no uso de medicamento.

O seguimento domiciliar por contato telefônico não é rotina no HU/USP, ocorrendo apenas em casos de pacientes mais estáveis atendidos pelo PAD, monitorados por contato telefônico e visitas domiciliares a cada seis meses, além de eventuais contatos telefônicos realizados por farmacêuticos para seguimento de casos de reações adversas a medicamentos.

Em ensaio clínico controlado que avaliou o impacto de contato telefônico realizado por farmacêuticos dois dias após a alta hospitalar, o seguimento por contato telefônico foi associado com aumento da satisfação do paciente, resolução de problemas relacionados a medicamentos, menor número de atendimento em serviço de emergência (10% versus 24%) e tendência para redução de readmissão hospitalar (15% versus 25%), com economia total de aproximadamente 12 mil dólares (Dudas e col., 2001).

Um estudo de coorte retrospectiva, envolvendo usuários de plano de saúde que receberam alta de um hospital em 2008, demonstrou que a probabilidade de readmissão hospitalar em 30 dias, entre os 6.773 pacientes que receberam contato telefônico, foi 23,1% menor em relação aos pacientes do grupo de comparação (Harrison e col., 2011).

Greenwald e colaboradores (2007) recomendam a realização de contato telefônico no período de dois a três dias após a alta, para reforçar o plano de alta e resolver problemas.

Articulação entre o hospital e demais serviços de saúde no cuidado após alta

Problemas relacionados ao encaminhamento de pacientes para unidades de maior ou menor grau de complexidade apontados durante a realização das entrevistas no HU/USP, também foram descritos em outros estudos brasileiros (Simino e col., 2010; Marin e col., 2010; Perrechi e Ribeiro, 2009), demonstrando a falta de integração entre hospitais e atenção básica, além da recorrente falta de leitos disponíveis em hospitais.

Quando o encaminhamento pelo HU/USP é efetivado, na maioria dos casos não há comunicação entre as equipes dos diferentes serviços de saúde, exceto pelo formulário de encaminhamento para o SUS e resumo de alta, emitidos pelo hospital. Eventual articulação no atendimento ocorre mais por iniciativa das equipes envolvidas do que pela existência de um processo estruturado, sistematizado, entre os serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade. Foram frequentes os relatos de diferença entre as UBS quanto à receptividade do contato e a agilidade na resolução das questões encaminhadas pela equipe hospitalar, quando da alta do paciente.

Referente à articulação entre as equipes de

farmacêuticos do HU/USP e de outros serviços de saúde, há resultados significativos quanto ao estabelecimento de parcerias para o fornecimento de medicamentos, visando à continuidade do tratamento após alta hospitalar.

Em revisão sistemática da literatura, Kripalani e colaboradores (2007b) verificaram que a comunicação direta entre as equipes hospitalar e de atenção primária não é frequente (3% a 20%). Kripalani e colaboradores (2007a) recomendam envolver a equipe da atenção primária no processo de planejamento da alta para a formulação de um plano de seguimento coeso.

Bernardino e colaboradores (2010), em estudo realizado em hospital universitário brasileiro, verificaram que a realização de contato telefônico para transferência de informações para a equipe da unidade de saúde responsável pelo seguimento do paciente após alta trouxe satisfação ao paciente, ao perceber-se melhor acolhido na unidade de saúde.

No entanto, esse tipo de articulação não é frequente em nosso país. Para Lavras (2011), “o SUS apresenta-se hoje como um sistema fragmentado, que dificulta o acesso, gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção ofertada” (p. 871). Ainda segundo a autora, essa fragmentação se manifesta de várias formas, entre elas a desarticulação entre os serviços de saúde.

Facilitadores e barreiras

Nas entrevistas do HU/USP foram apontados como facilitadores vários aspectos relacionados à equipe hospitalar, tais como iniciativa, comprometimento, responsabilidade por resultados e qualificação.

A atuação multiprofissional, que ocorre em todas as unidades de internação, foi bastante valorizada nas entrevistas e, especificamente na clínica pediátrica, a integração entre os componentes da equipe multiprofissional foi destacada como facilitadora.

Também foram citados, como fatores facilitadores para a implantação de atividades voltadas à segurança do paciente, o apoio da alta administração à Gerência de Risco e a priorização da questão da segurança no uso de medicamentos na instituição.

Com relação à articulação entre o HU/USP e os demais serviços de saúde, foi apontado que a articulação é facilitada em casos de UBS e USF onde

residentes do HU/USP desenvolvem atividades ou acadêmicos de cursos da área de saúde realizam estágios, e em UBS ou USF cujos profissionais trabalham ou trabalharam no HU/USP ou já fizeram parte dos programas de residência ou estágio do HU/USP.

Algumas dificuldades na rotina atual foram apontadas como barreiras para o desenvolvimento de atividades relacionadas ao cuidado ao paciente em alta hospitalar, tais como: falha na comunicação da equipe médica, com antecedência, sobre quais medicamentos os pacientes deverão fazer uso no domicílio; a dinâmica da rotina de alta, que gera acúmulo de altas no período da tarde; e a ausência de prontuário eletrônico e de prescrição eletrônica, por dificultar a otimização do tempo utilizado na execução de tarefas rotineiras e o compartilhamento de informações sobre o atendimento ao paciente, comprometendo também a articulação entre os serviços de saúde.

A necessidade de ampliação do quadro de profissionais foi a barreira mais apontada e a de mais difícil transposição para implantação ou ampliação de atividades, especialmente com relação ao seguimento domiciliar do paciente, seja por meio de contato telefônico ou por visita domiciliar. Por outro lado, há reconhecimento, pela enfermagem, de que o planejamento de alta para todos os pacientes possibilitaria a reorganização de rotinas de atendimento durante a hospitalização, contribuindo para melhorar o cuidado ao paciente em alta hospitalar.

Com relação à articulação entre o hospital e demais serviços de saúde, a barreira mais frequentemente citada foi a falta de contato entre as equipes pelo entendimento de que o isolamento de cada equipe em sua unidade de atendimento resulta na falta de conhecimento da estrutura, do fluxo de trabalho, da complexidade e das dificuldades vivenciadas no dia a dia, enfim, da realidade do outro.

Barreiras para a implantação e desenvolvimento de atividades relacionadas ao cuidado ao paciente em alta hospitalar também foram apontadas por estudos realizados em outros países (Griffith e col., 1998; Alibhai e col., 1999; ASHP, 2005; Spinewine e col., 2006; Pedersen e col., 2007; Barnsteiner, 2008), mostrando que esse é um problema comum. Entre as barreiras citadas estão: falta de apoio da alta administração, inadequação da equipe (quantitativa

ou falta de treinamento específico), falta de programa sistematizado, falta de notificação prévia sobre o plano de alta, falta de tempo dos profissionais, necessidade de uso de tecnologias de informação de forma integrada.

Vale ressaltar que, enquanto várias intervenções envolvendo tecnologias de informação têm sido utilizadas em diversos países para o desenvolvimento de estratégias voltadas à segurança do paciente (Bates, 2000; Jack e Bickmore, 2010/2011), tais recursos estão indisponíveis para a maioria dos hospitais brasileiros.

Limitações do estudo

Algumas unidades de internação do HU/USP não participaram do estudo, embora tenham sido entrevistados profissionais que realizam supervisão em todas as unidades de internação. Estudos adicionais, incluindo observação sistemática das práticas desenvolvidas na instituição e entrevistas com profissionais que atuam nas unidades de internação que não foram abordadas neste estudo, possibilitarão maior conhecimento da dinâmica do processo analisado e a ampliação das informações sobre os desafios vivenciados pela equipe hospitalar.

Conclusões

Com base nas informações fornecidas pela equipe de saúde do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, entre as atividades desenvolvidas, relacionadas à segurança do paciente após hospitalização com foco no processo de uso de medicamentos, destaca-se a orientação de alta ao paciente e/ou cuidador, realizada de forma diferenciada, em casos selecionados, principalmente na pediatria e berçário.

A reconciliação medicamentosa, em fase de implantação, e a mobilização da equipe multidisciplinar para viabilizar o acesso a medicamentos prescritos na alta, em casos específicos, completam o quadro de atividades desenvolvidas durante o período de hospitalização, visando contribuir com a segurança do paciente após alta hospitalar.

A visita domiciliar é uma estratégia importante para a segurança de pacientes após a alta hospitalar,

mas, da forma como se dá atualmente, ocorre sem a participação de farmacêuticos e está restrita apenas a pacientes críticos com problemas de locomoção.

A articulação entre o hospital e outros serviços de saúde, com foco no uso de medicamentos, ocorre eventualmente e, em geral, é restrita à viabilização de acesso aos medicamentos prescritos na alta, não abrangendo iniciativas de integração para transferência de informações acuradas e completas para a continuidade do tratamento, nem para o seguimento do paciente.

A insuficiência de recursos humanos e a falta de tecnologias de informação são percebidas como as principais barreiras para implantação, desenvolvimento e ampliação de atividades consideradas estratégicas para a segurança do paciente após alta hospitalar. Por outro lado, características da equipe hospitalar e apoio da alta administração são considerados fatores facilitadores à implantação e desenvolvimento destas estratégias.

Enquanto a falta de contato entre as equipes é considerada a principal barreira para a articulação do hospital e demais serviços de saúde, o desenvolvimento de atividades acadêmicas junto à atenção básica facilita o estabelecimento de “pontes” entre os serviços, demonstrando o potencial de êxito do uso deste facilitador em iniciativas de integração entre as equipes para o cuidado ao paciente em alta hospitalar.

Portanto, os resultados demonstram que a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar faz parte da agenda do HU/USP, sendo desenvolvidas algumas estratégias pela equipe hospitalar, porém, ainda, com limitações e sem a articulação adequada com demais serviços de saúde para a continuidade do cuidado. Dessa forma, pode haver comprometimento da segurança do paciente, após alta hospitalar, o que sugere a necessidade de concentração de esforços para transpor as barreiras identificadas, visando contribuir para a segurança do paciente na interface entre hospital, atenção básica e domicílio.

Contribuição dos autores

Marques contribuiu com a concepção, coleta e análise de dados, pesquisa bibliográfica e redação do

artigo. Romano-Lieber contribuiu com a concepção, análise de dados, redação e revisão crítica do artigo.

Referências

- AGUIAR, G.; SILVA JÚNIOR, L. A.; FERREIRA, M. A. M. Ilegibilidade e ausência de informação nas prescrições médicas: fatores de risco relacionados a erros de medicação. *Revista Brasileira de Promoção à Saúde*, Fortaleza, v. 19, n. 2, p. 84-91, 2006.
- ALIBHAI, S. M. H.; HAN, R. K.; NAGLIE, G. Medication education of acutely hospitalized older patients. *Journal of General Internal Medicine*, Alexandria, v. 14, p. 610-616, Oct. 1999.
- APhA - AMERICAN PHARMACISTS ASSOCIATION; ASHP - AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS. *Improving care transitions: optimizing medication reconciliation*. Bethesda, 2012.
- ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1737-1746, 2005.
- ASHP - AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS. Continuity of care in medication management: review of issues and considerations for pharmacy. *American Journal of Health-System Pharmacy*, Bethesda, v. 62, p. 1714-1720, Aug. 2005.
- ÁVILA, C. W. et al. Adesão farmacológica ao anticoagulante oral e os fatores que influenciam na estabilidade do índice de normatização internacional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 18-25, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_04.pdf>. Acesso em: 8 maio 2012.
- BARNSTEINER, J. H. Medication reconciliation. In: HUGUES, R. G. (Ed.). *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/qual/nurses/hdbk/docs/BarnsteinerJ_MR.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2012.

- BATTES, D. W. Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. *British Medical Journal*, London, v. 320, p. 788-791, Mar. 2000.
- BERNARDINO, E. et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 63, n. 3, p. 459-463, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 675, de 30 de março de 2006. Aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 mar. 2006. Seção 1, p. 131.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 abr. 2013. Seção 1, p. 43.
- CHEN, D.; BURNS, A. *Summary and recommendations of ASHP-APhA Medication Reconciliation Initiative Workgroup Meeting*. Bethesda: ASHP, 2007. Disponível em: <http://www.ashp.org/s_ashp/docs/files/MedRec_ASHP_APhA_Wkgrp_MtgSummary.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2012.
- COLEMAN, E. A. et al. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 166, p. 1822-1828, Sep. 2006.
- CORRY, M. et al. Hospitals do not inform GPs about medication that should be monitored. *Family Practice*, Oxford, v. 17, n. 3, p. 268-271, 2000.
- CUA, Y. M.; KRIPALANI, S. Medication use in the transition from hospital to home. *Annals of Academy of Medicine, Singapore*, Singapore, v. 37, n. 2, p. 136-141, 2008.
- DONIHI, A. C. et al. Scheduling of pharmacist-provided medication education for hospitalized patients. *Hospital Pharmacy*, Williamsport, v. 43, n. 2, p. 121-126, 2008.
- DUDAS, V. et al. The impact of follow-up telephone calls to patients after hospitalization. *The American Journal of Medicine*, Tucson, v. 111, n. 9B, p. 26S-30S, 2001.
- ETCHELLS, E. Admitting medication errors: five critical concepts. *Quality and Safety in Health Care*, London, v. 19, n. 5, p. 369-370, 2010.
- FOSTER, A. J. et al. Adverse drug events occurring following hospital discharge. *Journal of General Internal Medicine*, Alexandria, v. 20, n. 4, p. 317-323, 2005.
- FOX, K.; GRAY, C.; RECK, J. *Improving medication management: a review of the evidence*. Augusta: Maine Health Access Foundation, 2007.
- GEBHART, F. Setting up a medication reconciliation system. *Drug Topics*, North Olmsted, n. 2. Jan. 2005. Disponível em: <<http://drugtopics.modernmedicine.com/drugtopics/article/articleDetail.jsp?id=143478>>. Acesso em: 9 jun. 2012.
- GREENWALD, J. L.; DENHAM, C. R.; JACK, B. W. The hospital discharge: a review of a high risk care transition with highlights of a reengineered discharge process. *Journal of Patient Safety*, Philadelphia, v. 3, n. 2, p. 97-106, 2007.
- GRIFFITH, N. L.; SCHOMMER, J. C.; WIRSCHING, R. G. Survey of inpatient counseling by hospital pharmacists. *American Journal of Health-System Pharmacy*, Bethesda, v. 55, n. 11, p. 1127-1133, 1998.
- GRIMES T. C. et al. Medication details documented on hospital discharge: cross-sectional observational study of factors associated with medication non-reconciliation. *British Journal of Clinical Pharmacology*, Oxford, v. 7, n. 3, p. 449-457, 2011.
- HARRISON, P. L. et al. The impact of postdischarge telephonic follow-up on hospital readmissions. *Population Health Management*, Philadelphia, v. 14, n. 1, p. 27-32, 2011.
- 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*, Malden, v. 14, n. 10, p. 1193-1201, 2005.
- ISMP - INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES. Medication reconciliation - in the hospital and beyond. *ISMP Canada Safety Bulletin*, Toronto, v. 6, n. 3, p. 1-3, 2006.

- JACK, B.; BICKMORE, T. The re-engineered hospital discharge program to decrease rehospitalization. *CareManagement*, [S.l.], p. 12-15, Dec. 2010/Jan. 2011. Disponível em: <<http://www.bu.edu/fammed/projectred/publications/CMdec2010jan2011.pdf>>. Acesso em: 1 dez. 2012.
- KERZMAN, H.; BARON-EPEL, O.; TOREN, O. What do discharged patients know about their medication? *Patient Education and Counseling*, Philadelphia, v. 56, n. 3, p. 276-282, 2005.
- KLÜCK, M. M.; GUIMARÃES, J. R. Sumário eletrônico de alta: garantindo a continuidade da assistência ao paciente através da informação. *Informática Pública*, Belo Horizonte, p. 123-137, 1999. Disponível em: <http://www.ip.pbh.gov.br/ANO1_N2_PDF/ipo102kluck.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2012.
- KRIPALANI, S. et al. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. *Journal of Hospital Medicine*, Hoboken, v. 2, n. 5, p. 314-322, 2007a.
- KRIPALANI, S. et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians implications for patient safety and continuity of care. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 297, n. 8, p. 831-841, 2007b.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.
- LUZ, T. C. B.; LOYOLA FILHO, A. I.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1578-1586, 2009.
- MARIN, M. J. S. et al. Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 962-968, 2010.
- MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. D. B. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para alta hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 136-144, 2005.
- MIASSO, A. I. et al. Erros de prescrição em hospitais brasileiros: um estudo exploratório multicêntrico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 313-320, 2009.
- MORIEL, M. C. et al. Estudio prospectivo de conciliación de medicación en pacientes de traumatología. *Farmacia Hospitalaria*, Madrid, v. 32, n. 2, p. 65-70, 2008.
- MUELLER, S. K. et al. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 172, n. 14, p. 1057-1069, 2012.
- NAIR, K. et al. What patients want to know about their medications: focus group study of patient and clinician perspectives. *Canadian Family Physician*, Mississauga, v. 48, p. 104-110, Jan. 2002.
- NAYLOR, M. D. et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 281, n. 7, p. 613-620, 1999.
- PANIZ, V. M. V. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 267-280, 2008.
- PEDERSEN, C. A.; SCHNEIDER, P. J.; SCHECKELHOFF, D. J. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: monitoring and patient education - 2006. *American Journal of Health-System Pharmacy*, Bethesda, v. 64, n. 5, p. 507-520, 2007.
- PEREIRA, A. P. S. et al. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 40-45, 2007.

- PERINI, E. P. Acesso a medicamentos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília, DF, 2009. p. 280-295.
- PERRECHI, M. C. T.; RIBEIRO, S. A. Tratamento de tuberculose: integração entre assistência hospitalar e rede básica na cidade de São Paulo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Brasília, DF, v. 35, n. 11, p. 1100-1106, 2009.
- POMPEO, D. A. et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 345-350, 2007.
- ROMANO, C. A. Computerized multidisciplinary discharge care planning. *Proceedings of the Annual Symposium Computer Application in Medical Care*, New York, v. 2, p. 587-589, Nov. 1982.
- ROSA, M. B. et al. Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 490-498, 2009.
- SALA, A. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948-960, 2011.
- SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF NETO, J. Fatores associados a não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010.
- SCHENKEL, E. P.; FERNÁNDES, L. C.; MENGUE, S. S. Como são armazenados os medicamentos nos domicílios? *Acta Farmacéutica Bonaerense*, Buenos Aires, v. 24, n. 2, p. 266-270, 2005.
- SCHNIPPER, J. L. et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 166, n. 5, p. 565-571, 2006.
- SILVA, A. E. B. C. et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 272-276, 2007.
- SIMINO, G. P. R.; SANTOS, C. B.; MISHIMA, S. M. Acompanhamento de usuários, portadores de câncer, por trabalhadores da saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_o4.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.
- SMITH, L. et al. An investigation of hospital generated pharmaceutical care when patients are discharged home from hospital. *British Journal of Clinical Pharmacology*, Oxford, v. 44, n. 2, p. 163-165, 1997.
- 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*, Cincinnati, v. 40, n. 4, p. 720-728, 2006.
- WACHTER, R. M. *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Recebido: 10/05/2013
Reapresentado: 14/10/2013
Aprovado: 16/01/2014