

Importância do farmacêutico na alta hospitalar qualificada: Revisão integrativa

Importance of the pharmacist in qualified hospital discharge: Integrative review

Importancia del farmacéutico en el alta hospitalaria calificada: Revisión integrativa

Recebido: 13/10/2023 | Revisado: 27/10/2023 | Aceitado: 28/10/2023 | Publicado: 31/10/2023

Hillary dos Santos Amorim

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4186-393X>

Universidade do Oeste Paulista, Brasil

E-mail: hillary.sts@gmail.com

Eliane Szücs dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3403-3823>

Universidade do Oeste Paulista, Brasil

E-mail: eliane@unoeste.br

Resumo

A alta hospitalar é definida como a saída do paciente do ambiente hospitalar e envolve demandas assistenciais geradas durante a internação, como os diversos ajustes medicamentosos que fragilizam a transferência de cuidado para a atenção primária, aumentando o risco de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs). O farmacêutico executa a prevenção, detecção e resolução das PRMs e influencia positivamente o pós-hospitalar através de suas intervenções, como a Reconciliação Medicamentosa (RM). O objetivo deste estudo foi identificar referenciais que demonstrem a importância do farmacêutico no momento da alta hospitalar e elaborar um Procedimento Operacional Padrão (POP) baseado nas evidências científicas a fim de orientar a conduta farmacêutica no contexto da alta hospitalar e produzir um material didático que contribua na orientação farmacêutica inserido em uma instituição hospitalar. Trata-se de uma revisão integrativa utilizando a estratégia PICO para pergunta norteadora, seguindo os seguintes descritores: “alta hospitalar”, “cuidado farmacêutico”, “reconciliação de medicamentos” e “segurança do paciente”. Os resultados encontrados nos artigos demonstram a importância do farmacêutico durante a alta hospitalar, diminuindo e evitando PRMs, reduzindo reinternações hospitalares e custo, proporcionando a segurança do paciente. Dessa forma, é importante que esse profissional seja incluído no processo de alta, melhorando o planejamento, diminuindo tempo de internação e garantindo o uso racional do medicamento.

Palavras-chave: Alta do paciente; Assistência farmacêutica; Segurança do paciente; Transição para a assistência do adulto; Reconciliação de medicamentos.

Abstract

Patient discharge is defined as the patient's departure from the hospital environment and involves care demands generated during hospitalization, such as the various drug adjustments that weaken the transfer of care to primary care, increasing the risk of Drug-Related Problems (DRPs). The pharmacist performs the prevention, detection and resolution of DRPs and positively influences the post-hospital care through his interventions, such as Medication Reconciliation (RM). The objective of this study was to identify references that demonstrate the importance of the pharmacist at the time of patient discharge and to elaborate a Standard Operating Procedure (SOP) based on the documents in order to guide the pharmaceutical conduct in the context of patient discharge and to produce didactic material that contributes to the pharmaceutical orientation inserted in a hospital institution. This is an integrative review using the PICO strategy for the guiding question, following the following descriptors: “patient discharge”, “pharmaceutical care”, “medication reconciliation” and “patient safety”. The results found in the articles demonstrate the importance of the pharmacist during hospital discharge, monitoring and avoiding DRPs, waiting for hospital readmissions and cost, providing patient safety. Thus, it is important that this professional is included in the discharge process, supervising the planning, monitoring the length of stay and ensuring the rational use of the medication.

Keywords: Patient discharge; Pharmaceutical services; Patient safety; Transition to adult care; Medication reconciliation.

Resumen

El alta hospitalaria se define como la salida del paciente del ambiente hospitalario e involucra demandas asistenciales generadas durante la hospitalización, como los diversos ajustes de medicamentos que debilitan la transferencia de la atención a la atención primaria, aumentando el riesgo de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). El farmacéutico realiza la prevención, detección y resolución de los PRM e influye positivamente en la atención post hospitalaria a través de sus intervenciones, como la Medication Reconciliation (RM). El objetivo de este estudio fue identificar referencias que demuestran la importancia del farmacéutico en el momento del alta hospitalaria y elaborar

un Procedimiento Operativo Estándar (POE) basado en evidencia científica para orientar la conducta farmacéutica en el contexto del alta hospitalaria y producir material didáctico que contribuya a la orientación farmacéutica inserta en una institución hospitalaria. Se trata de una revisión integradora utilizando la estrategia PICO para la pregunta guía, siguiendo los siguientes descriptores: “alta hospitalaria”, “servicios farmacéuticos”, “conciliación de medicamentos” y “seguridad del paciente”. Los resultados encontrados en los artículos demuestran la importancia del farmacéutico durante el alta hospitalaria, reduciendo y evitando los PRM, reduciendo los reingresos hospitalarios y el costo, brindando seguridad al paciente. Así, es importante que ese profesional sea incluido en el proceso de alta, mejorando la planificación, reduciendo el tiempo de hospitalización y asegurando el uso racional del medicamento.

Palabras clave: Alta del paciente; Servicios farmacéuticos; Seguridad del paciente; Transición a la atención de adultos; Conciliación de medicamentos.

1. Introdução

A alta hospitalar é definida como a saída do paciente do ambiente hospitalar, envolvendo uma sequência de fatores e processos durante a internação que geram demandas assistenciais a serem atendidas pela comunidade, sendo um momento desafiador para familiares e pacientes, pois surgem as dúvidas de como manter a assistência em domicílio (Ferreira et al., 2022).

No processo de alta hospitalar qualificada realiza-se a transferência de cuidado, incorporando a orientação aos pacientes e familiares, priorizando a autonomia e implantando mecanismos de desospitalização. Essa transição é feita entre os pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), já que a mesma tem como objetivo promover a integralidade através das suas diferentes densidades tecnológicas, tendo como principal ponto da rede a Atenção Primária (AP) (Ministério da Saúde, 2013).

Diversos ajustes medicamentosos são realizados durante o período de internação, fragilizando a transferência para a AP, principalmente em usuários expostos a tratamentos complexos, o que facilita discrepâncias de medicamentos, aumentando, dessa forma, o risco de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs) (Bernardino et al., 2022). Até 20% das reinternações hospitalares estão relacionadas com medicamentos, dentre essas, 70% são consideradas evitáveis (Imfeld-Isenegger et al., 2021).

Para garantir a segurança do paciente, existe um trabalho multiprofissional, com o farmacéutico executando a prevenção, detecção e resolução de PRMs durante todo o processo de internação até a alta. Seu papel é extremamente importante por influenciar positivamente o pós-hospitalar, fornecendo orientação farmacéutica ao paciente no decorrer da alta e a Reconciliação Medicamentosa (RM) durante o período de internação, o que demonstra aumentar a adesão ao tratamento (Duedahl et al., 2018; Cebas et al., 2022).

Os passos para uma RM incluem a ordenação de um elenco dos medicamentos atuais do paciente e a avaliação se esses medicamentos, a dose e os horários são adequados, conciliação dessa nova lista com a terapia anterior à internação e transmissão da lista atualizada para a equipe multiprofissional. O objetivo é evitar erros de omissão, duplicação, doses ou horários incorretos e interações medicamentosas ou eventos adversos e deve ser realizada e revisada ao longo da internação. A RM reduz as visitas ao serviço de emergência, PRMs e readmissões hospitalares (Cebas et al., 2022; Chiewchantanakit et al., 2020).

Cerca de 44% das reinternações hospitalares ocorrem devido a PRMs, além disso, estima-se que 30% das internações em pacientes idosos acontecem devido às Reações Adversas a Medicamentos (RAM), a prescrição inadequada de medicamentos e a falta de monitoramento dos tratamentos prescritos (Mira et al., 2021). A RM é uma boa estratégia para a redução desses números, porém não colabora no entendimento do paciente e familiares. Por essa razão, o presente estudo tem como objetivo identificar referenciais que demonstrem a importância do farmacéutico no momento da alta hospitalar e elaborar um Procedimento Operacional Padrão (POP) baseado nas evidências científicas a fim de orientar a conduta farmacéutica no contexto da alta hospitalar e produzir um material didático que contribua na orientação farmacéutica inserido em uma instituição terciária.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa, método no qual inclui estudos experimentais e não experimentais, compreendendo a totalidade do fenômeno com o objetivo de síntese dos conhecimentos acumulados relacionando, de forma crítica, com os

resultados de estudos anteriores, produzindo um novo conhecimento integrado por meio de literatura científica e seguindo uma ordem cronológica de 2017 a 2022 (Mendes et al., 2019).

O estudo foi conduzido seguindo cinco etapas: identificação e elaboração da questão da pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas dos estudos incluídos; análise e síntese dos dados; e apresentação dos resultados.

Desenvolveu-se a questão norteadora do estudo por meio da estratégia PICO (patient, intervention, comparison, outcomes), um acrônimo que direciona a construção adequada da pergunta para a busca bibliográfica de evidências científicas (Mendes et al., 2019). O Quadro 1, a seguir, representa a estratégia PICO e as definições utilizadas voltadas a elaboração da questão norteadora do estudo, sendo “P” referente à população do estudo (pessoas no processo de alta hospitalar); “I” à intervenção estudada (orientação farmacêutica durante a alta hospitalar); “C” à comparação da intervenção (processo de alta com e sem intervenção farmacêutica) e “O” ao desfecho de interesse (redução das reinternações hospitalares e uso racional do medicamento).

Quadro 1 - Estratégia PICO.

P	Pessoas no processo de alta hospitalar
I	Orientação farmacêutica durante a alta hospitalar
C	Processo de alta com e sem intervenção farmacêutica
O	Redução das reinternações hospitalares e uso racional do medicamento

Fonte: Autores (2023).

Dessa forma, a pergunta norteadora para a condução dessa revisão integrativa consistia em: “Quais são as evidências científicas que defendem a importância do farmacêutico durante a alta hospitalar?”.

Realizou-se a busca de artigos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e Scientific Electronic Library Online (SciELO), publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. Utilizou-se os Descritores das Ciências da Saúde (DeCS): “alta hospitalar”, “cuidado farmacêutico”, “reconciliação de medicamentos” e “segurança do paciente”. Como estratégia de busca, aplicaram-se os operadores booleanos “AND” (combinação restritiva) e “OR” (combinação aditiva). O período de recorte temporal foi de 5 (cinco) anos, visto que a pesquisa foi realizada em julho de 2022, com a finalidade de dispor apenas das novas atualizações sobre o tema.

A seleção primária está representada pelo Quadro 2, abaixo, descrevendo os operadores booleanos e os descritores utilizados para a busca, as bases de dados a qual foram aplicados, e, em seguida, o resultado total obtido.

Quadro 2 - Seleção primária e estratégias de busca.

BASES DE DADOS	OPERADORES BOOLEANOS	RESULTADO
LILACS	“Patient Discharge AND (pharmaceutical care OR medication reconciliation)”	TOTAL: 871 estudos.
PubMed		
Scielo		

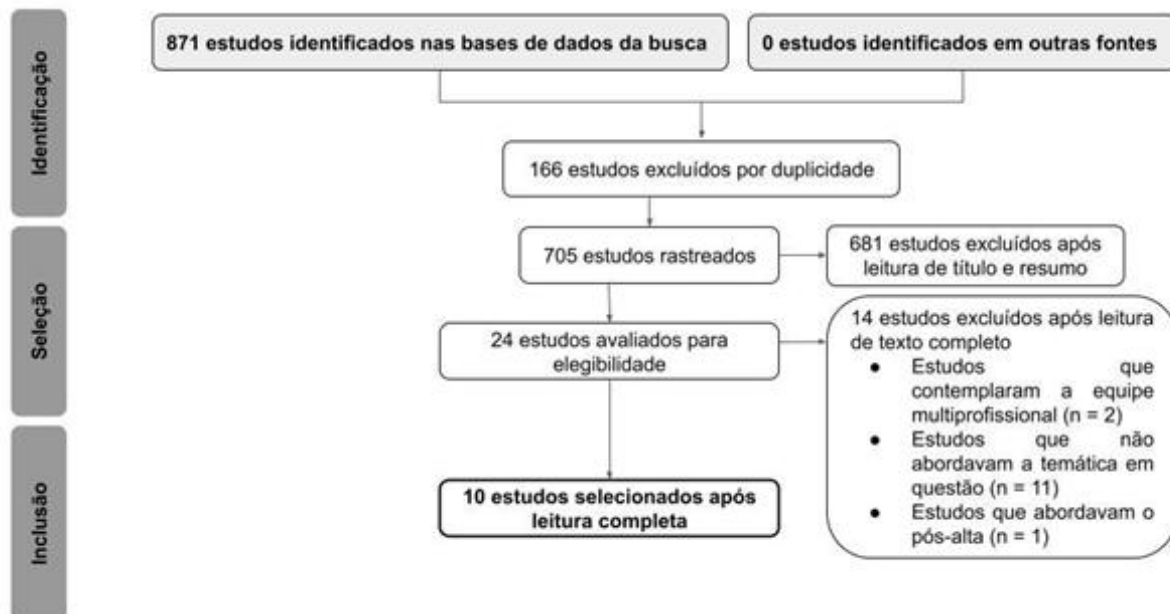
Fonte: Autores (2023).

Como critério de elegibilidade, incluiu-se estudos disponíveis na íntegra, experimentais, de coorte e meta-análises publicados dentro do período de 2017 a 2022. Estudos com ano de publicação inferior ao descrito e que não continham no título ou no resumo a abordagem relacionada à pergunta principal foram excluídos. Após atendidos os critérios de inclusão, os dados foram extraídos, ordenados em forma de planilha e finalmente classificados.

3. Resultados e Discussão

Os resultados foram obtidos após seguir as etapas da revisão integrativa, originando-se 871 (oitocentos e setenta e um) estudos, sendo que 10 (dez) destes respondiam à pergunta norteadora e estavam dentro dos critérios de inclusão, constituindo a amostra de acordo com a Figura 1. Nenhum estudo foi obtido de literatura cinzenta durante a construção da amostra.

Figura 1 - Fluxograma das etapas metodológicas que constituíram a seleção de estudos, segundo o método PRISMA (Page et al., 2021).



Fonte: Autores (2023).

A Figura 1 expressa as filtragens realizadas segundo o método PRISMA, obtendo 871 estudos no processo de seleção primária. Após a exclusão por duplicidade, 705 estudos foram contemplados para leitura de título e resumo, avaliando se a questão norteadora da pesquisa era respondida. Posteriormente, 24 estudos seguiram para análise do texto completo,

identificando se condiziam com a temática em questão. Apenas 10 estudos contemplaram os critérios necessários para constituir a pesquisa.

Os estudos selecionados para a construção da revisão integrativa pertenciam a bases de dados PubMed e estavam publicados em idioma inglês. Os anos de publicação variaram entre 2018 a 2022, sendo que 30% decorreram de 2018 (n = 3), 20% de 2019 (n = 2), 20% de 2020 (n = 2), 20% de 2021 (n = 2) e 10% de 2022 (n = 1). A maior parte da seleção originou-se do continente americano (60%), seguido dos continentes europeu (20%) e asiático (20%). A extração dos dados está exposta em forma de síntese em quadros apresentando título, autor, ano, periódico de publicação, objetivo e desfecho.

O Quadro 3 apresenta o resultado das filtragens realizadas, demonstrando os estudos eleitos para compor a pesquisa, e assim, serem analisados e discutidos, representados por título, autores, ano de publicação e periódico no qual foram publicados.

Quadro 3 - Estudos selecionados de acordo com título, autores, ano e periódico de publicação.

TÍTULO	AUTORES E ANO	PERIÓDICO
Development of an Interprofessional Pharmacist-Nurse Navigation Pediatric Discharge Program	(Nguyen, Sarik, Dejos & Hilmas, 2018)	Journal Pediatric Pharmacology Therapeutics.
Evaluation of Pharmacist-Initiated Discharge Medication Reconciliation and Patient Counseling Procedures.	(Choi & Babiak, 2018)	The Consultant Pharmacist.
Impact of medication reconciliation and review and counselling, on adverse drug events and healthcare resource use.	(Al-Hashar et al., 2018)	International Journal Of Clinical Pharmacy.
Effectiveness of a pharmacist-led quality improvement program to reduce medication errors during hospital discharge.	(George et al., 2019)	Pharmacy Practice (Granada).
Evaluation of Pharmacist Intervention on Discharge Medication Reconciliation.	(Lee et al., 2019)	Canadian Journal Of Hospital Pharmacy.
Effects of pharmacy interventions at transitions of care on patient outcomes.	(Fosnight et al., 2020)	American Journal Of Health-System Pharmacy.
Reducing Discharge Delay Through Resident-Pharmacist Colocation: A Pilot Study.	(Bonk, Milsap, Goplen, McElray & Rabago, 2020)	Family Medical.
Impact of a medication reconciliation care bundle at hospital discharge on continuity of care: A randomised controlled trial.	(Bouchand et al., 2021)	International Journal of Clinical Practice.
Pharmacist-led transitions of care for older adults at risk of drug-related problems: A feasibility study.	(Cossette et al., 2021)	Research In Social And Administrative Pharmacy.
Pharmacist Transition-of-Care Services Improve Patient Satisfaction and Decrease Hospital Readmissions.	(March et al., 2022)	Journal Of Pharmacy Practice.

Fonte: Autores (2023).

O Quadro 4, logo após, exhibe a extração de dados realizada, retratando, em síntese, o desfecho de cada estudo, para subsequente discussão acerca do que a literatura específica promove sobre o assunto.

Quadro 4 - Estudos selecionados de acordo com autores, objetivo e desfecho.

Autores	Objetivo	Desfecho
(Nguyen, Sarik, Dejos & Hilmas, 2018)	Otimizar a terapia medicamentosa para melhorar os resultados clínicos de pacientes clinicamente complexos e melhorar a transição do cuidado do hospital para o domicílio.	A inclusão do farmacêutico na orientação de alta resultou em melhorias no processo de alta pediátrica, tendo como consequência terapia medicamentosa otimizada, melhorias na compreensão dos medicamentos pelos pacientes e cuidadores e economia de custos significativa. Esse programa de transição de cuidados melhorou o processo ao interceptar e abordar os possíveis eventos adversos a medicamentos.
(Choi & Babiak, 2018)	Avaliar um procedimento recentemente implementado de reconciliação de medicação de alta e aconselhamento do paciente realizado por farmacêuticos em uma instituição de enfermagem.	Os farmacêuticos que concluíram a reconciliação medicamentosa de alta identificaram erros em aproximadamente 32% das listas de medicamentos. Omissão de medicamentos foi a discrepância mais frequente.
(Al-Hashar et al., 2018)	Medir o impacto de fornecer uma contribuição farmacêutica mais intensiva na forma de reconciliação medicamentosa e aconselhamento de medicamentos.	A implementação de uma intervenção que inclui reconciliação de medicamentos e aconselhamento por um farmacêutico reduziu significativamente a taxa de eventos adversos a medicamentos evitáveis em 30 dias após a alta, em comparação com os cuidados padrão. Os hospitais devem investir na implantação de farmacêuticos para fornecer reconciliação medicamentosa e educação do paciente na alta, preferencialmente lista de medicamentos à beira do leito aos pacientes na alta.
(George et al., 2019)	Modular intervenções para reduzir o percentual de pacientes com um ou mais erros de medicação durante a alta.	O programa de melhoria de qualidade na alta liderado por farmacêuticos atingiu alto percentual de pacientes com erros de medicação que foram interceptados e corrigidos na alta e o principal componente do programa foi a reconciliação completa de medicamentos da admissão à alta, incluindo aconselhamento de medicação à beira do leito pelos farmacêuticos.
(Lee et al., 2019)	Medir a eficácia do suporte farmacêutico adicional na alta.	A reconciliação medicamentosa de alta liderada por farmacêuticos foi bem-sucedida em diminuir as discrepâncias, fornecendo recomendações mais documentadas e educação em saúde, melhorando o planejamento de alta, reforçando sua importância na equipe de transição de cuidados.
(Fosnight et al., 2020)	Relatar o processo de desenvolvimento e implementação da farmácia nas transições de internação interprofissional nos pacientes admitidos e egressos.	Uma intervenção farmacêutica abrangente somada a uma intervenção de transição resultou em uma média de quase 10 recomendações de mudança de medicação por paciente. Além disso, obteve tempo de permanência e taxa de readmissão reduzidos, com maiores mudanças quando a intervenção completa da farmácia foi concluída.
(Bonk, Milsap, Goplen, McElray & Rabago, 2020)	Reduzir permanência hospitalar através da inserção do farmacêutico na equipe de medicina da família, mantendo diariamente reuniões da equipe relacionados a alta.	O envolvimento do farmacêutico nos processos de alta pode melhorar a segurança do paciente, uma redução de 22% nos erros de medicação foi relatada quando os farmacêuticos prepararam a reconciliação da medicação de alta. O estudo sugere que a colocação de farmacêuticos nas reuniões de alta diária reduz o atraso na alta e melhora a satisfação da equipe.
(Bouchand et al., 2021)	Observar se um pacote de cuidados de alta, incluindo reconciliação medicamentosa na alta por um farmacêutico clínico, associado ao aconselhamento do paciente e transferência de documentação para atenção primária poderá ter um impacto positivo na manutenção da gestão de medicamentos.	A reconciliação de medicamentos liderada por farmacêuticos associada ao aconselhamento do paciente durante a alta hospitalar e transferência de documentação à atenção primária reduziu as mudanças de tratamento. Este pacote de cuidado de alta também pode ter melhor continuidade entre cuidado primário e terciário e, portanto, melhorou os resultados dos pacientes.
(Cossette et al., 2021)	Descrever a viabilidade da implementação de uma intervenção de transição de cuidado liderada por farmacêuticos para idosos em risco de	O estudo demonstrou que a transição de cuidados liderada por farmacêutico reduz as PRMs em idosos, gera uma continuidade de cuidados para a comunidade e colabora significativamente para diminuição de prescrição excessiva de medicamentos em idosos. O

	Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs).	a
		farmacêutico contribuiu para a documentação das intervenções, permitindo assistência farmacêutica acessível para toda a equipe de atenção primária e secundária, oferecendo uma transição completa.
(March et al., 2022)	Criar um programa piloto de transição de cuidados dirigido por farmacêuticos utilizando residentes de farmácia.	As iniciativas de transição de cuidados da farmácia têm a capacidade de impactar as percepções do paciente sobre seus cuidados. Os farmacêuticos melhoram a adesão à medicação e reduzem as readmissões, e criam um fluxo de receita para compensar as potenciais despesas do aumento no quadro de farmacêuticos. Comprovamos a necessidade da presença da farmácia na transição dos cuidados contínuos.

Fonte: Autores (2023).

Diante do exposto, os artigos selecionados enfatizam, em sua totalidade, a importância do farmacêutico durante a alta hospitalar. Identificou-se diferentes formas de evidenciar esse profissional na situação em questão, dentre essas, 60% dos estudos trouxeram a RM de alta realizada por farmacêuticos como a principal ferramenta a ser implementada. Bem como a efetivação de programas de alta liderados por farmacêuticos observada em 20% dos estudos, resultando em mais orientação e aconselhamento de pacientes e familiares e redução de reinternações. Do mesmo modo, 20% trouxeram a inserção desse profissional durante a transição, ou seja, desde a admissão, alta e o acompanhamento pós-alta, unificando as informações com a comunidade. As intervenções mais verificadas foram a RM, orientação de alta, planejamento de alta diário e transição de alta farmacêutica.

Nesta revisão integrativa a RM de alta realizada por farmacêuticos é ressaltada como a principal ferramenta para o sucesso terapêutico, tendo em vista que, um dos maiores erros observados durante a alta é a omissão de medicamentos, tal fato corroborado por George et al. (2019). Além disso, durante as transições, mudanças não intencionais levam a discrepâncias que podem gerar RAMs que seriam evitadas através da RM, do mesmo modo que a redução da polifarmácia e a melhora do planejamento e documentação de alta, consistindo em fortalecimento da comunicação entre hospital e comunidade (Lee et al., 2019; March et al., 2020).

Segundo Lee et al. (2019), com a RM de alta, obteve-se 54% de redução das discrepâncias e aumentou-se as intervenções de alteração de medicamentos com e sem justificativa em 100% e 50%, respectivamente. Em outro estudo, cerca de 74% tiveram pelo menos 1 (uma) discrepância em sua lista de medicamentos (Choi & Babiak, 2018). As reuniões para RM de alta permitem ao farmacêutico uma supervisão integral e o fornecimento de orientações que melhoram a segurança do paciente (Bonk et al., 2020).

Al-Hashar et al. (2018) comparou um grupo com intervenção de RM de alta e outro sem essa intervenção, constatando que o grupo que vivenciou a intervenção conteve 27 (vinte e sete) Eventos Adversos a Medicamentos (EAM) evitáveis. O grupo sem essa intervenção resultou em 59 (cinquenta e nove) EAM evitáveis, além de que, um menor número de pacientes foi hospitalizado devido a um EAM evitável quando comparado ao grupo sem intervenção (2,1% e 5,3% respectivamente).

A implementação do serviço farmacêutico focado na alta revelou aumento para 36% de pacientes atendidos, corroborando com esse dado, registrou-se 168 (cento e sessenta e oito) intervenções durante o aconselhamento de alta, sendo registradas pelo menos 3 (três) intervenções por consulta. Notou-se que as intervenções eram, em sua maioria, oportunidades para simplificar a terapia domiciliar, sendo muitas dessas de natureza informativa, expressando a importância da orientação farmacêutica nesse período (Nguyen et al., 2018).

Esta revisão também denota a implantação dos serviços de transição farmacêutica durante a alta hospitalar como ferramenta na redução das reinternações hospitalares em 30 (trinta) dias, conforme apresentado por Fosnight et al. (2020), com redução para 10,2% quando todos os componentes da intervenção pela farmácia são realizados. Corroborando com o apresentado, Bouchand et al. (2020) demonstra menor readmissão no grupo com intervenção em relação ao grupo sem intervenção (3,4% vs

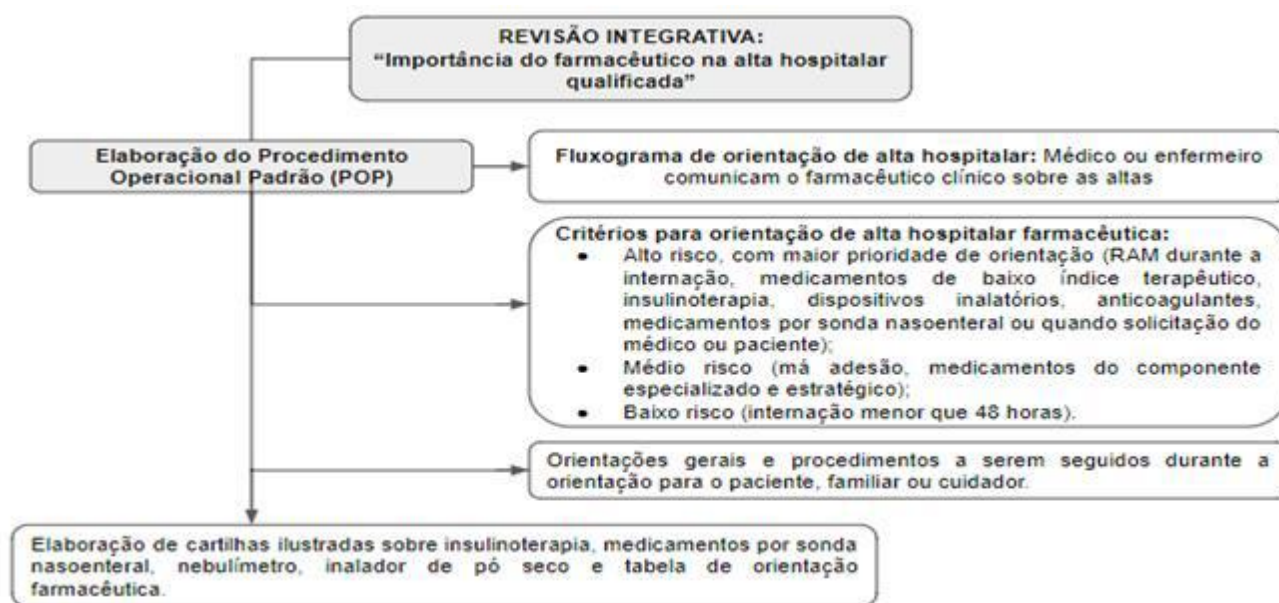
20,7%).

Igualmente é comprovada a importância desse profissional na alta principalmente nas faixas etárias extremas (pediatria e idosos), pois a complexidade das dosagens do tratamento pediátrico, as evidências limitadas sobre monitoramento de medicamentos nessa população, em conjunto com a polifarmácia nos idosos são fatores determinantes para discrepâncias medicamentosas durante a alta. A orientação de alta farmacêutica reduz as discrepâncias e as visitas ao departamento de emergência (Nguyen et al., 2018; Cossete et al., 2021).

O tempo de permanência hospitalar foi reduzido quando implementado um serviço de alta farmacêutica, em um estudo foi de 3,6 dias comparado ao grupo sem alta farmacêutica 5,3 dias (Fosnight et al., 2020). Concomitantemente, o atraso na alta foi reduzido em aproximadamente 25 (vinte e cinco) minutos quando o farmacêutico foi incluído no plano de alta hospitalar (Bonk et al., 2020). Conseqüentemente diante das intervenções farmacêuticas, além da segurança do paciente, o resultado esperado é a redução de custos, gerando economia, como evidenciado por Nguyen et al. (2018) de até \$11.090 (onze mil e noventa) dólares.

Esses achados originaram um POP e cartilhas ilustradas com a finalidade de propiciar clareza na orientação farmacêutica e educação em saúde, demonstrados, em resumo, conforme a Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma da construção do Procedimento Operacional Padrão e cartilhas para orientação de alta farmacêutica.



Fonte: Autores (2023).

Na Figura 2 observa-se a construção de um POP como resultado da pesquisa realizada. Em sua elaboração, foi desenvolvido um fluxograma para orientação de alta hospitalar, com o propósito de melhorar a comunicação das altas hospitalares ao farmacêutico clínico. Além disso, critérios foram estabelecidos a fim de um melhor manejo da prioridade nas orientações farmacêuticas de alta, classificando-os de acordo com o risco. Por fim, o POP também contou com cartilhas ilustradas para distribuição aos pacientes, com o objetivo de uma linguagem mais clara e de fácil entendimento.

4. Considerações Finais

Concluimos que a inclusão do profissional farmacêutico no momento de alta hospitalar garante melhor planejamento de alta e transição do cuidado para a comunidade. O resultado adquirido é a maior adesão ao tratamento, redução de EAMs

evitáveis e readmissões hospitalares, redução de custo e tempo de internação e ainda melhor qualidade de vida e satisfação do paciente. Por meio das intervenções farmacêuticas na alta hospitalar assegura-se a promoção de saúde entre os pontos da RAS, proporcionando melhor esclarecimento sobre a terapia medicamentosa.

Portanto, é imprescindível que as instituições invistam na inserção do farmacêutico durante a alta hospitalar e em indicadores que forneçam dados para futuros estudos, permitindo atualização e criação de novas ferramentas de trabalho, com o objetivo de garantir a segurança do paciente.

Para trabalhos futuros, sugerimos estudos mais específicos sobre a alta hospitalar e a transição de cuidado voltados ao profissional farmacêutico. Também se faz importante o acompanhamento dos desfechos clínicos das intervenções farmacêuticas e a análise quantitativa desses dados, que possam originar ferramentas que contribuam no uso racional do medicamento.

Referências

- Al-Hashar, A., Al-Zakwani, I., Eriksson, T., Sarakbi, A., Al-Zadjali, B., Al Mubaihsi, S., & Al Za'abi, M. (2018). Impact of medication reconciliation and review and counselling, on adverse drug events and healthcare resource use. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 40(5), 1154–1164. <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0650-8>
- Bernardino, E., Sousa, S. M. de, Nascimento, J. D. do, Lacerda, M. R., Torres, D. G., & Gonçalves, L. S. (2022). Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. *Escola Anna Nery*, 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0435>
- Bonk, N., Milsap, A., Goplen, A., McElray, K., & Rabago, D. (2020). Reducing discharge delay through resident-pharmacist colocation: A pilot study. *Family Medicine*, 52(9), 665–667. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2020.708034>
- Bouchand, F., Leplay, C., Guimaraes, R., Fontenay, S., Fellous, L., Dinh, A., Deconinck, L., Sénard, O., Matt, M., Michelon, H., Perronne, C., Salomon, J., Villart, M., Izedaren, F., Pottier, S., Barbot, F., Orlikowski, D., Vaugier, I., & Davido, B. (2021). Impact of a medication reconciliation care bundle at hospital discharge on continuity of care: A randomised controlled trial. *International Journal of Clinical Practice*, 75(8). <https://doi.org/10.1111/ijcp.14282>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Portaria no 3.390, de 30 de Dezembro de 2013*. Diário Oficial Da União [Internet], 1–10. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
- Chiewchantanakit, D., Meakchai, A., Pituchaturont, N., Dilokthornsakul, P., & Dhippayom, T. (2020). The effectiveness of medication reconciliation to prevent medication error: A systematic review and meta-analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 16(7), 886–894. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.10.004>
- Choi, S., & Babiak, J. (2018). Evaluation of pharmacist-initiated discharge medication reconciliation and patient counseling procedures. *Consultant Pharmacist*, 33(4), 222–226. <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2018.222>
- Cossette, B., Ricard, G., Poirier, R., Gosselin, S., Langlois, M. F., Breton, M., Sirois, C., Rodrigue, C., Lessard-Beaudoin, M., Teasdale, J., Piché, B., Khalilipalandi, S., Trottier, L., & Mallet, L. (2021). Pharmacist-led transitions of care for older adults at risk of drug-related problems: A feasibility study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(7), 1276–1281. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.09.013>
- Duedahl, T. H., Hansen, W. B., Kjeldsen, L. J., & Graabæk, T. (2018). Pharmacist-led interventions improve quality of medicine-related healthcare service at hospital discharge. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 25(e1), E40–E45. <https://doi.org/10.1136/ejhp-2016-001166>
- Ferreira, V. de F., Martins, W., & Andrade, J. (2022). Communication and guidance in the transition of home care in post-discharge patients. *Research, Society and Development*, 11(8), e55611831341. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31341>
- Fosnight, S., King, P., Ewald, J., Feucht, J., Lamtman, A., Kropp, D., Dittmer, A., Sampson, J., & Shah, M. (2020). Effects of pharmacy interventions at transitions of care on patient outcomes. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 77(12), 943–949. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxaa081>
- George, D., Supramaniam, N. D., Abd Hamid, S. Q., Hassali, M. A., Lim, W. Y., & Hss, A. S. (2019). Effectiveness of a pharmacist-led quality improvement program to reduce medication errors during hospital discharge. *Pharmacy Practice*, 17(3). <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2019.3.1501>
- Ibarra Mira, M. L., Caro-Teller, J. M., Rodríguez Quesada, P. P., García-Muñoz, C., Añino Alba, A., & Ferrari Piquero, J. M. (2021). Impact of a Pharmaceutical Care Program at Discharge on Patients at High Risk of Readmission According to the Hospital Score. *Journal of Pharmacy Technology*, 37(6), 310–315. <https://doi.org/10.1177/87551225211047607>
- Imfeld-Isenegger, T. L., Studer, H., Ceppi, M. G., Rosen, C., Bodmer, M., Beeler, P. E., Boeni, F., Häring, A. P., Hersberger, K. E., & Lampert, M. L. (2021). Detection and resolution of drug-related problems at hospital discharge focusing on information availability – a retrospective analysis. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, 166, 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.08.004>
- Lázaro Cebas, A., Caro Teller, J. M., García Muñoz, C., González Gómez, C., Ferrari Piquero, J. M., Lumbreras Bermejo, C., Romero Garrido, J. A., & Benedí González, J. (2022). Intervention by a clinical pharmacist carried out at discharge of elderly patients admitted to the internal medicine department: influence on readmissions and costs. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07582-6>
- Lee, R., Malfair, S., Schneider, J., Sidhu, S., Lang, C., Bredenkamp, N., Liang, S. F. S., Hou, A., & Virani, A. (2019). Evaluation of Pharmacist Intervention on Discharge Medication Reconciliation. *The Canadian journal of hospital pharmacy*, 72(2), 111–118.

March, K. L., Peters, M. J., Finch, C. K., Roberts, L. A., McLean, K. M., Covert, A. M., & Twilla, J. D. (2022). Pharmacist Transition-of-Care Services Improve Patient Satisfaction and Decrease Hospital Readmissions. *Journal of Pharmacy Practice*, 35(1), 86–93. <https://doi.org/10.1177/0897190020958264>

Mendes, K. S.; Silveira, R. C.; C. S.; Galvão, C. M. (2019). Uso De Gerenciador De Referências Bibliográficas Na Seleção Dos Estudos Primários Em Revisão Integrativa. *Texto e Contexto: Enfermagem*, 146(4), 511–517.

Nguyen, V., Sarik, D. A., Dejos, M. C., & Hilmas, E. (2018). Development of an interprofessional pharmacist-nurse navigation pediatric discharge program. *Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics*, 23(4), 320–328. <https://doi.org/10.5863/1551-6776-23.4.320>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>