

Orientações de alta: cartões padronizados ajudam na compreensão dos pacientes do pronto socorro?

Guidelines for discharge: do standardized cards help in patient understanding?

PHILLIPE GERALDO TEIXEIRA DE ABREU REIS¹; CAMILA NAKAKOGUE²; TABATHA NAKAKOGUE²; ADONIS NASR, TCBC-PR³; FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH, TCBC-PR⁴; IWAN AUGUSTO COLLAÇO, TCBC-PR⁵

R E S U M O

Objetivo: determinar se a adição de cartões padronizados de alta ilustrados melhora a compreensão dos pacientes do pronto socorro. **Métodos:** estudo prospectivo, randomizado e intervencionista com uma amostra de 228 pacientes que receberam alta do pronto socorro. Todos os pacientes foram entrevistados e testados quanto ao grau de compreensão das orientações de alta, sendo que uma parte havia recebido a intervenção com cartões padronizados e outra não, constituindo o grupo controle. **Resultados:** a média de orientações domiciliares do grupo que recebeu o cartão de alta foi superior ao do grupo controle, com significância estatística de $p=0,009$. Se fracionado tal dado segundo faixas etárias, aquela compreendida entre 16 e 35 anos, para ambos os sexos, foi a qual a média de orientações do grupo com o cartão é melhor, estatisticamente, do que a média do grupo controle ($p=0,01$). A diferença entre as médias de orientações entre o grupo controle e o cartão para os pacientes submetidos a procedimentos foi significativa estatisticamente ($p= 0,02$) e em uma estratificação segundo o número de procedimentos, a significância aumenta quando aquele é igual a 1 ($p=0,001$) e diminui quanto mais procedimentos são realizados. **Conclusão:** A instituição de cartões de alta padronizados foi associada com a melhoria na compreensão dos pacientes. Sem substituir as orientações verbais, que estabelecem o diálogo e a aproximação médico-paciente, os cartões figuram como elementos auxiliares, facilitando as orientações e entendimento do cuidado.

Descritores: Pacientes. Ferimentos e lesões. Serviços médicos de emergência. Compreensão. Alta do paciente.

INTRODUÇÃO

O setor de emergência de um hospital é aquele mais congestionado e crítico, uma vez que se estabelece com uma alta demanda de pacientes, múltiplas tarefas, equipe numerosa e proporcionalmente menor tempo para tomada de decisões¹. Fatores como tempo de atendimento, descontinuidade do cuidado, a ausência de privacidade, o barulho e a própria natureza estressante dos atendimentos de emergência alteram a lógica da relação médico-paciente². Logo, trata-se de um ambiente único, dinâmico e complexo e, como tal, tem sido considerado um local condutor de erros e alvo de reclamações de má prática³. Estudos como *Harvard Medical Practice Study* reportaram que, aproximadamente, 1,5% a 3,0% de efeitos adversos de tratamentos ocorrem nos prontos socorros. E, ainda, mais importante, concluíram que o departamento de emergência é aquele que apresenta a maior proporção de erros tidos como preveníveis⁴.

A importância de fornecer adequadas instruções e orientações no momento da alta dos pacientes é bem entendida quando se reconhece que tais quesitos fazem parte do plano terapêutico futuro dos pacientes¹. No entanto, há evidências de que a informação dada aos pacientes na alta hospitalar não é suficiente. Vilke *et al.*⁵ reportaram que apenas 39% dos pacientes sabiam quando tomar as medicações prescritas, e apenas 24% o faziam na dosagem apropriada. Engel *et al.*⁶ entrevistaram pacientes que recebiam alta de um serviço de emergência e encontraram que 78% deles demonstravam compreensão deficiente das instruções de alta. Estudos conduzidos por Crane, no *Kern Medical Center* em Bakersfield, Califórnia (EUA), assumiram que 1/4 dos pacientes da amostra não entendia nenhum ponto fundamental das instruções de alta e que o restante do grupo, segundo os questionários aplicados, não compreendia 1/3 das informações necessárias para os cuidados após a alta². A fim de analisar o grau de compreensão do diagnóstico e conduta dos pacientes aten-

Hospital do Trabalhador, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba – Paraná – Brasil.

1. Residente em Cirurgia Geral, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2. Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR); 3. Professor da Disciplina do Trauma da Universidade Federal do Paraná (UFPR); 4. Professor da Disciplina do Trauma da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Diretor Geral do Hospital de Clínicas da UFPR; 5. Professor da Disciplina do Trauma da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Chefe do Serviço de Cirurgia Geral e Diretor Acadêmico do Hospital do Trabalhador.

didados no Pronto Socorro, constatamos que a maioria deles sabia informar corretamente o diagnóstico e os dias de afastamento do trabalho, todavia, uma taxa significativa destes pacientes não era capaz de referenciar o tipo e duração do tratamento.

Tal panorama ocorre simultâneo à necessidade de uma participação mais ativa dos pacientes nas decisões de tratamento e cuidados de saúde. Como resultado, a informação fornecida aos pacientes deve constituir uma parte central da prestação de cuidados⁷. Pacientes informados são proporcionalmente menos ansiosos e mais seguros e, portanto, manejam com mais sucesso as doenças, aderem ao plano terapêutico e isso se reflete na saúde e bem-estar em geral. Além disso, outro benefício da informação é a possibilidade de ajudar os pacientes a utilizarem os serviços de saúde de forma eficiente tornando-os mais satisfeitos com o atendimento que lhes é prestado¹.

Muitos modos de intervenção para melhorar a compreensão dos pacientes têm sido sugeridos. A mais básica e crucial, no entanto, é a inclusão mandatória de instruções de alta verbal e escrita que contenham informações específicas do diagnóstico, terapia e acompanhamento. Vukmir *et al.*⁸ sugeriram o uso de "redações computadorizadas" para evitar a "subjetividade dos textos manuscritos" – e, possivelmente, a ilegibilidade das informações; Jolly *et al.*⁹ propuseram uma simplificação das instruções de alta padronizadas para melhor entendimento dos pacientes: linguagem clara, sentenças curtas e palavras "pequenas". Austin *et al.*¹⁰ incluíram, nas orientações de alta escritas, ilustrações a fim de cobrir aquela parcela da população com menor habilidade literária. Os resultados divulgados demonstraram que o grupo de pacientes que recebeu alta com o cartão de instruções ilustrado apresentaram escores 1,5 vezes melhores do que o grupo que recebeu as instruções sem ilustrações. Finalmente, Roberts *et al.*¹¹ sugeriram a impressão das orientações de alta em papel colorido para auxiliar os pacientes a não perderem as instruções, sendo que o cartão deveria explicar o diagnóstico, as medidas tomadas no pronto socorro, o nome do médico atendente, instruções específicas sobre atividades e medicações, prognóstico, quando e onde se dará o acompanhamento e os sintomas e sinais de alerta para retornar ao serviço de emergência.

A alta hospitalar é um período de vulnerabilidade para o paciente, pois configura uma transição entre a assistência profissional e o automanejo domiciliar¹². Tão importante quanto reconhecer tal particularidade é a de entender o processo de alta como uma etapa chave no atendimento médico. Apesar de não ser o único momento para informar e ensinar, é uma fase crítica para se resumir os procedimentos realizados, providenciar um diagnóstico e recomendar um plano terapêutico e de seguimento. Para o paciente é a oportunidade final para formular dúvidas e esclarecer preocupações¹³.

O responsável pela alta deve ser efetivo em três principais domínios: comunicação da informação crucial,

verificação da compreensão e identificação de áreas de confusão ou mal entendidos¹². Existem fatores, no entanto, que dificultam a prática desta teoria no departamento de emergência. Demanda de trabalho incontrolável, superlotação, atendimentos simultâneos a múltiplos pacientes, alto nível de incerteza, tempo constrito, ausência de uma relação médico-paciente prolongada e de *feedback* dos resultados do cuidado, figuram entre os maiores empecilhos¹⁴.

Estudos metodologia similar à nossa, isto é, uma entrevista final com os pacientes, após os procedimentos de alta, encontraram que muitos apresentaram dificuldades para resumir os cuidados a que foram submetidos e para reproduzir as orientações que lhes foram dadas, mesmo quando portavam um modelo de cartão de alta^{2,6,15}.

O objetivo deste estudo é avaliar o grau de entendimento das orientações de alta dos pacientes do pronto socorro, imediatamente após recebê-las; instituir, conjuntamente com as orientações verbais, um cartão com instruções escritas e ilustradas. E, em última análise, mostrar as repercussões do método na compreensão imediata dos pacientes.

MÉTODOS

A Unidade de Urgência e Emergência (Pronto Socorro – PS) do Hospital do Trabalhador (HT), Curitiba, Paraná, funciona em mecanismo dual de admissão de pacientes: procura espontânea e referenciada (SIATE/SAMU). No atendimento inicial destes pacientes há participação ativa dos estudantes de medicina a partir do terceiro ano de graduação. São supervisionados pelos residentes e chefes de plantão da Cirurgia Geral e da Ortopedia, aos quais cabem as decisões terapêuticas e de alta. As orientações são fornecidas pelos estudantes aos pacientes.

Trata-se de um estudo prospectivo, intervencionista com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador (HT) (CEP-SESA/HT nº 507/2012) que dispensou a aplicação de termo de consentimento livre e esclarecido escrito aos pacientes.

Foram incluídos no estudo os pacientes que se comunicavam em português, que consentiram a participação e que não necessitaram de internação maior que 24 horas. Por sua vez foram excluídos aqueles de idade inferior a 16 anos, demenciados, não falantes do português, os submetidos à internação por mais de 24 horas e os que se recusaram a responder o questionário.

O processo de intervenção se estruturou em duas etapas. A primeira foi composta da aplicação de um questionário aos pacientes dispostos a respondê-lo imediatamente após a alta, através de uma entrevista ao vivo realizada pela equipe de pesquisadores, a fim de verificar o grau de compreensão das orientações de alta. Tal questionário coletava informações a respeito da amostra do estudo (sexo, idade e nível de escolaridade) e testava as habi-

lidades do paciente de referir qual era seu diagnóstico, procedimentos realizados, compreensão da prescrição, outras orientações, quem forneceu a maior parte das informações e quais foram as orientações dadas sobre retorno ambulatorial ou unidades de referenciamento².

A segunda etapa do projeto foi desenvolvida após a intervenção. Foram elaborados modelos de cartões com orientações de alta (Figuras 1A e 1B), livres do jargão médico, com linguagem objetiva, ilustrações e impressos em papel colorido, que primeiramente eram explicados aos estudantes de Medicina, ao início do plantão em dias escolhidos randomicamente no período compreendido pela pesquisa, para que pudessem ter suficiente aptidão para orientar os pacientes a fim de possibilitar instruções de alta

verbais e escritas⁸⁻¹¹. Realizada esta fase do projeto, procedemos a reaplicação do questionário, do mesmo modo que na primeira etapa, aos pacientes que receberam a nova modalidade de orientação para avaliação do impacto da intervenção.

As informações coletadas foram submetidas a testes estatísticos ajustados a um modelo de análise de variância (ANOVA)¹⁶. Estatística descritiva foi utilizada para avaliação demográfica e foram aplicados os testes t de Student e Z para comparação de grupos quando apropriada. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram amostrados 228 pacientes, sendo 80 mulheres e 148 homens. A faixa etária que demandou o maior número de atendimentos no PS foi a dos 16-35 anos e representou 58% da população de estudo. A maioria dos pacientes (33%) referia 11 anos de escolaridade, o que equivale, à conclusão do Ensino Médio.

O mecanismo do trauma de maior prevalência foi queda de nível (30%). E o diagnóstico mais frequente foi o de contusão (29%), seguido por fratura óssea (15%) e ferimento cortocontuso (14%). Ao serem questionados, 17% dos pacientes desconheciam o diagnóstico, 59% dos pacientes foram submetidos a apenas um procedimento, sendo este principalmente o exame radiográfico. Quanto

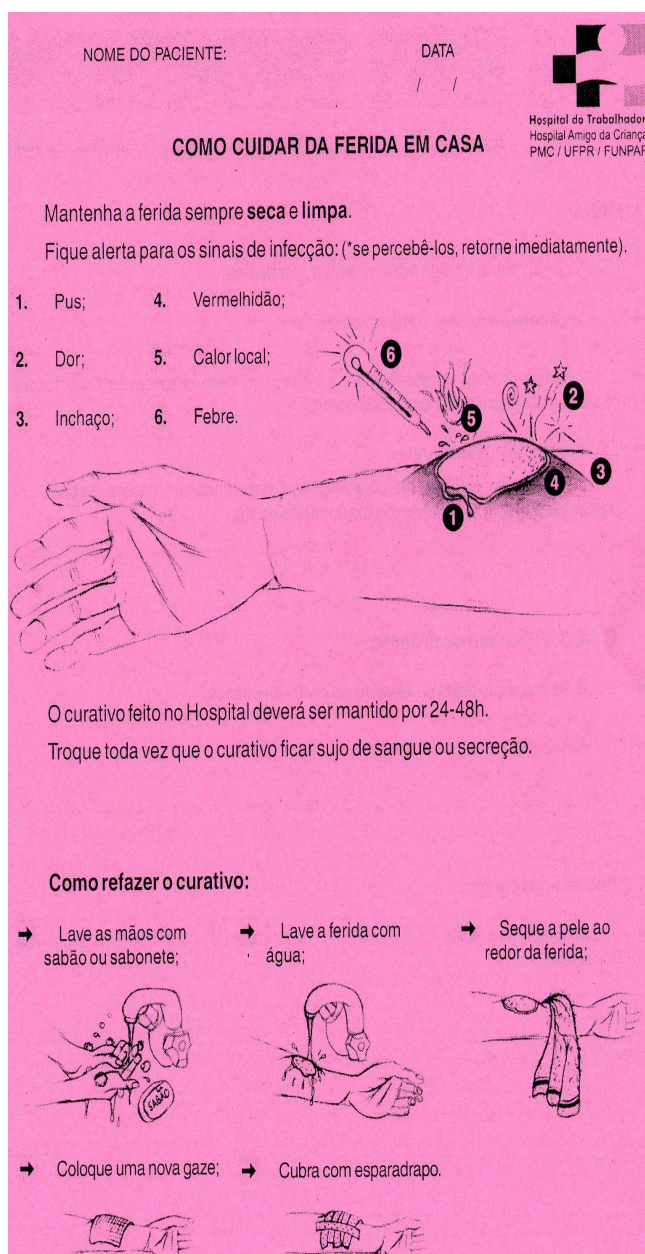


Figura 1A - Cartão de orientações para cuidado com feridas (Frente).

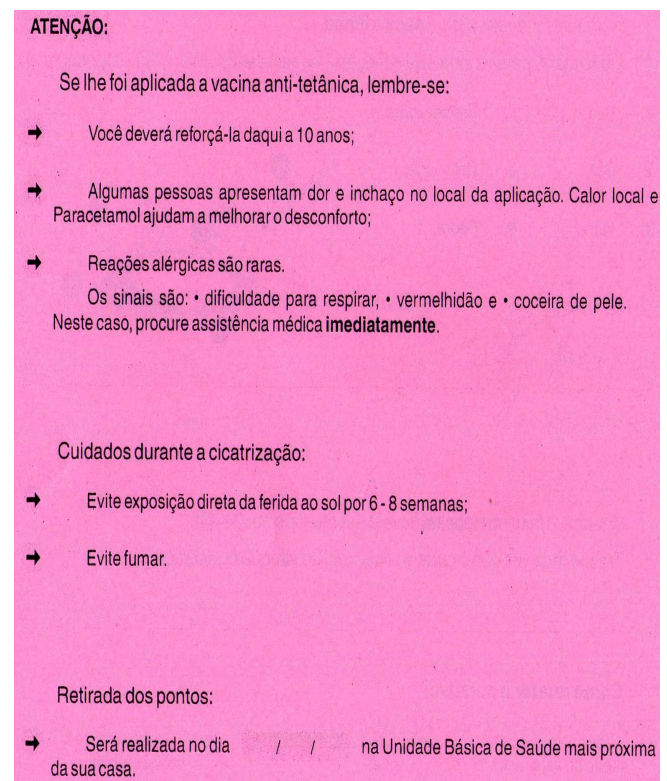


Figura 1B - Cartão de orientações para cuidado com feridas (Verso).

aos procedimentos que necessitam maiores cuidados domiciliares, 27 (12%) pacientes receberam sutura de pele, 24 (11%) receberam imobilização gessada, e três (1%) pacientes precisaram de ambos.

A respeito das prescrições, 91% dos pacientes foram orientados a tomar medicação em domicílio, sendo que 56% consideraram a receita médica legível. Quanto ao nome dos medicamentos prescritos, 56% referiram os nomes dos medicamentos corretamente, 9% de maneira incorreta e 26% desconheciam tal informação. Apenas 17% ignoravam a finalidade da medicação prescrita, 88% não sabiam referir nenhuma reação adversa aos medicamentos receitados. Sobre quem havia fornecido as orientações de alta, 44% dos pacientes apontaram o médico, 11% o estudante de Medicina, 7% integrantes da equipe de Enfermagem e 35% desconheciam a função de quem por último os orientou. Apenas 10% dos pacientes, ao final da entrevista, manifestaram dúvidas sobre o atendimento.

Dos 228 pacientes, 139 deles (61%), constituindo o grupo controle, tiveram alta do PS segundo a rotina do serviço e 89 (39%), durante a alta, receberam o cartão de instruções, compondo o outro grupo de estudo.

A média de orientações domiciliares do grupo controle foi 1,2 e a média do grupo cartão, 1,6. A variação foi estatisticamente significativa, com $p=0,009$ (Figuras 2 e 3).

A comparação das médias de orientações domiciliares por faixa etária e sexo não foi estatisticamente relevante considerando a totalidade da amostra. Porém, se comparadas tais médias fracionadas no grupo cartão e controle, encontra-se diferença significativa estatisticamente ($p=0,01$) para faixa etária de 16 a 35 anos em ambos os sexos, com médias superiores de orientações para o grupo cartão (Figuras 4 e 5). Para as demais faixas etárias a diferença das médias de orientações não foi estatisticamente significativa, independente da superioridade de um grupo sobre o outro.

A diferença entre as médias de orientações entre o grupo controle e o cartão para os pacientes submetidos a procedimentos foi significativa estatisticamente ($p=0,02$) e em uma estratificação, segundo o número de procedimentos, a significância aumenta quando aquele é igual a 1 ($p=0,001$) e diminui quanto mais procedimentos são realizados.

A média de orientações do grupo cartão (IC95=1,17-2,03) foi superior ao do controle (IC95=0,97-2,03) quando o procedimento realizado foi imobilização gessada, porém sem significância estatística. O mesmo ocorreu quando se compararam as médias para o procedimento sutura.

DISCUSSÃO

Nossos resultados apontam que 17% dos pacientes desconheciam o diagnóstico. À semelhança dos resultados publicados anteriormente por Kerzman *et al.*¹⁷, a

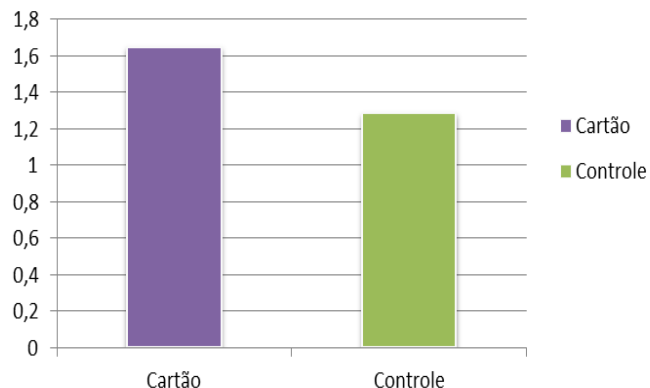


Figura 2 - Comparação das médias de Orientações Domiciliares dos grupos Cartão e Controle.

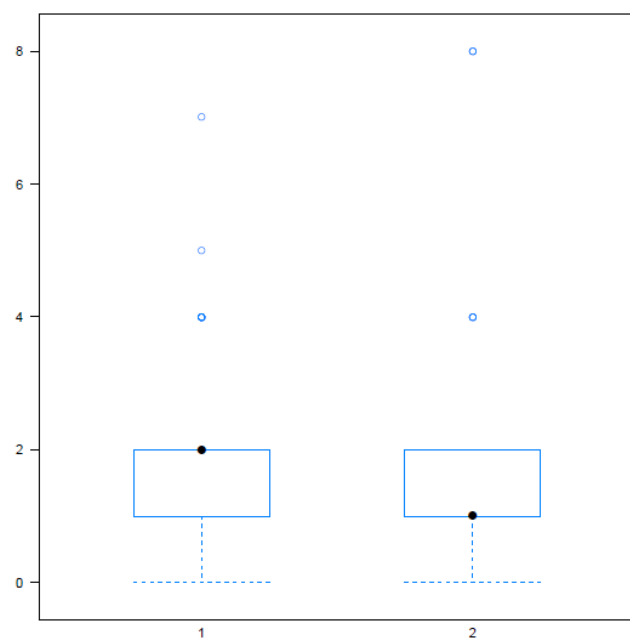


Figura 3 - Comparação das médias de orientações domiciliares para o grupo Cartão (1) e o grupo Controle (2).

* Significância Estatística considerada como $p < 0,05$.

** Diferença significativa das médias de 1 e 2 com $p=0,009$.

maioria dos nossos pacientes sabia informar corretamente a finalidade da prescrição, no entanto, um grande número deles demonstrou pouco conhecimento a respeito do nome dos medicamentos e reações adversas.

Os pacientes do serviço de urgência de um hospital espanhol identificaram facilmente os títulos dos profissionais em 68,9% dos casos¹⁸. No presente estudo, 35% dos pacientes desconheciam o profissional encarregado da alta e, dos 65% que sugeriram a função do profissional, muitos confundiram os estudantes com médicos ou membros da equipe de enfermagem.

A compreensão dificultosa dos pacientes em relação às orientações de alta é condizente com os resultados obtidos neste estudo já que a média das orientações

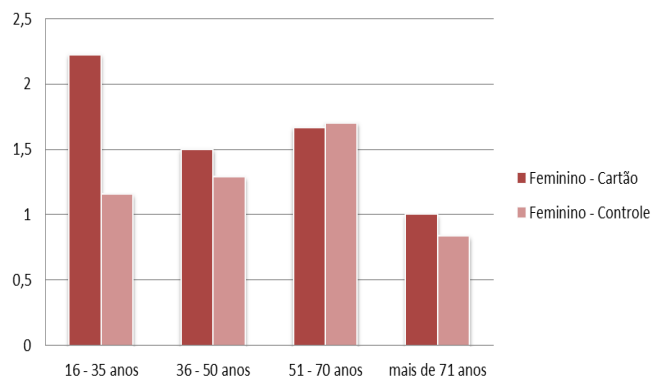


Figura 4 - Média de orientações domiciliares por faixa etária, no grupo cartão e grupo controle – Feminino.

* Significância Estatística considerada como $p < 0, 05$.

** Faixa etária 16-35 anos, diferença significativa com $p = 0,01$.

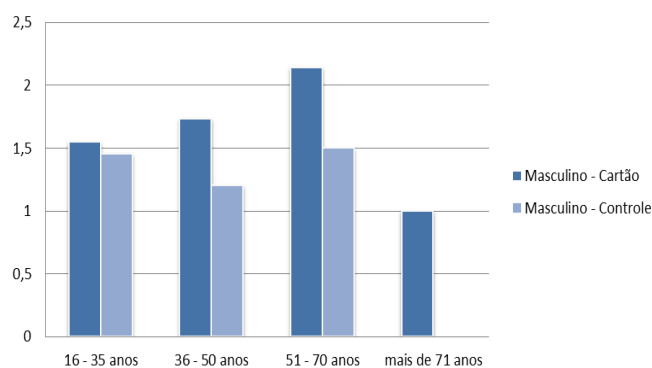


Figura 5 - Média de orientações domiciliares por faixa etária, no grupo cartão e grupo controle – Masculino.

* Significância Estatística considerada como $p < 0, 05$.

** Faixa etária 16-35 anos, diferença significativa com $p = 0,01$.

domiciliares tanto do grupo que recebeu o cartão de alta quanto do grupo controle é insatisfatória para garantir um bom automanejo, apesar da significância estatística.

Na análise pareada dos dados, no entanto, tomando um mesmo diagnóstico e considerando um grupo cartão e outro controle, a inclusão da entrega do cartão no processo de alta foi relevante. O cartão padronizou as orientações de alta e desempenhou a função de *check-list* para quem o aplicou; a simples leitura do cartão de alta demandava potencialmente mais tempo com o paciente, o que ampliava a oportunidade de melhor orientá-lo, indo de encontro a um recente estudo que demonstrou que o tempo médio de alta era de 76 segundos, sendo que menos de 65% do tempo era gasto com orientações de manejo domiciliar¹⁹.

Estudo com pacientes de um departamento de emergência apontou que "instruções de alta impressas eram escritas para serem inteligíveis a pessoas com pelo menos onze anos de estudo"²⁰. Baseados nessa premissa, elaboramos os cartões de alta com linguagem simplificada

e ilustrações, o que pode ter desempenhado papel benéfico, uma vez que 93% da nossa população de estudo relatava onze anos ou menos de escolaridade.

O uso do cartão de alta se mostrou superior ao controle para pacientes submetidos a apenas um procedimento e a significância do achado foi progressivamente diminuída quanto mais procedimentos foram agregados ao atendimento. Uma explicação plausível é que casos mais complexos exigem maiores cuidados e atenção por parte dos pacientes. Um estudo da China e Tailândia reportou que alguns pacientes se sentiam pressionados ou ansiosos quando tinham que demonstrar um maior volume de conhecimento durante a entrevista final²¹.

Clark *et al.*²² desenharam um trabalho sobre os desejos de informações dos pacientes acerca da alta hospitalar. Manejo de sintomas, quando e onde procurar ajuda e continuidade do cuidado são exemplos. No entanto, Isaacman *et al.*²³ encontraram que menos da metade dos pacientes sabiam referir tais informações logo após a alta. Em adição, 90% dos nossos pacientes não possuíam dúvidas a esclarecer, apesar do baixo desempenho quando questionados sobre aspectos fundamentais da alta. Tal fato pode ser justificado, a priori, pela falta de vínculo entre a equipe do serviço de emergência e o paciente, assim como, pela persistência da assimetria da relação médico-paciente e hospital-farmácia (nas quais o paciente ainda hesita na presença do médico e, culturalmente, aceita o atendente da farmácia como orientador da prescrição). Soma-se a isso o achado de Rhodes *et al.*¹⁹, que analisaram áudios de instruções de alta gravados, em que apenas 16% dos pacientes foram questionados sobre a existência de dúvidas e nenhum dos pacientes teve a compreensão confirmada pelo responsável pela alta.

O sucesso da comunicação das informações de alta é crítico, uma vez que déficits de compreensão podem resultar em riscos ao paciente. Dentre estes, cuidado domiciliar inapropriado, incluindo o uso incorreto da medicação, falha na identificação dos sinais de alerta e perda do seguimento¹².

Esforços para melhorar a comunicação, portanto, tem influência positiva na saúde emocional, resolução dos sintomas e recuperação do estado funcional. A qualidade da instrução de alta pode maximizar a aderência do paciente às prescrições, otimizar o autocuidado e evitar complicações. Tal qualidade está intimamente relacionada à satisfação do paciente com o departamento de emergência¹³. Uma análise multivariada revelou que o maior preditor da satisfação dos pacientes do PS, a despeito do tempo de espera para o atendimento, é o quão satisfeitos estão com as relações interpessoais com médicos e equipe multiprofissional²⁴.

O estudo apresenta algumas limitações. O cartão era composto por um conjunto de instruções, porém, mesmo com a mais completa orientação, o paciente pode ter uma compreensão deficiente. Na tentativa de compensá-la, instruções verbais foram adicionadas, mas

dependiam da flexibilidade e coerência do interlocutor. O tamanho da amostra pode ter diminuído o poder em demonstrar diferenças entre as variáveis e, além disso, os entrevistadores não foram blindados quanto ao paciente pertencer a um ou a outro grupo, possibilitando vieses de aferição. No entanto, a inclusão de cartões de alta padronizados foi associada com a melhoria na compreensão dos pacientes. Sem substituir as orientações verbais, que estabelecem o diálogo e a aproximação médico-paciente, os cartões figuram como elementos auxiliares, facilitando as orientações e entendimento do cuidado, assim como contribuindo para educação em saúde.

Os componentes da equipe de saúde e os estudantes em treinamento devem ser instruídos a identi-

ficarem-se aos pacientes, no momento em que têm contato com estes, para evitar possíveis déficits na compreensão das funções e responsabilidades em uma equipe de saúde.

Agradecimentos

Agradecemos, em especial, a dedicação e o empenho do Kássio Dias Nery em ilustrar nossos cartões em tempo recorde; à Dayane Raquel de Paula pelo auxílio inestimável; a prontidão e solicitude do Éder David Borges da Silva em fazer a análise estatística do trabalho apesar de outros compromissos; e ao Wagner Bonato por nos ajudar a compreender todos os dados sob a ótica das significâncias.

A B S T R A C T

Objective: To determine whether the addition of discharge standard illustrated cards improves understanding of patients in the emergency room. **Methods:** We conducted a prospective, randomized, interventional study with 228 patients discharged from the emergency department. All patients were interviewed and tested for the level of understanding of discharge instructions. Some of them received the intervention, with the standard cards, and another did not, constituting the control group. **Results:** The average of followed discharge guidelines of the group that received the cards was higher than the control group, with statistical significance ($p=0.009$). When segregated by age, the group between 16 and 35 years of both sexes had the best average of followed guidelines, statistically, than the average of the control group ($p=0.01$). The difference between the mean orientations between the control group and the card for patients undergoing procedures was statistically significant ($p=0.02$); as for the stratification according to the number of procedures, the significance increases when that is equal to 1 ($p=0.001$) and decreased the more procedures were carried out. **Conclusion:** The introduction of discharge standard orientation cards was associated with improvement in the understanding of patients. Without replacing the verbal directions, which establishes dialogue and doctor-patient bonding, cards appear as auxiliary elements, facilitating understanding and care guidelines.

Key words: Patients. Wounds and injuries. Emergency medical services. Comprehension. Patient discharge.

REFERÊNCIAS

- Bulut H, Tanrikulu G, Dal Ü, Kapucu S. How much do ED patients know about medication prescribed for them on discharge? A pilot study in Turkey. *J Emerg Nurs*. 2009. [Epub ahead of print].
- Crane JA. Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *J Emerg Med*. 1997;15(1):1-7.
- Yu KT, Green RA. Critical aspects of emergency department documentation and communication. *Emerg Med Clin Nor Am*. 2009;27(4):641-54.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio R, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324(6):377-84.
- Vilke GM, Marino A, Iskander J, Chan TC. Emergency department patient knowledge of medications. *J Emerg Med*. 2000;19(4):327-30.
- Engel KG, Heisler M, Smith DM, Robinson CH, Forman JH, Ubel PA. Patient comprehension of emergency department care and instructions: are patients aware of when they do not understand? *Ann Emerg Med*. 2009;53(4):454-61.
- Moret L, Rochedreux A, Chevalier S, Lombrail P, Gasquet I. Medical information delivered to patients: discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction. *Patient Educ Couns*. 2008;70(1):94-101.
- Vukmir RB, Kremen R, Ellis GL, DeHart DA, Plewa MC, Menegazzi J. Compliance with emergency department referral: the effect of computerized discharge instructions. *Ann Emerg Med*. 1993;22(5):819-23.
- Jolly BT, Scott JL, Sanford SM. Simplification of emergency department discharge instructions improves patient comprehension. *Ann Emerg Med*. 1995;26(4):443-6.
- Austin PE, Matlack R 2nd, Dunn KA, Kesler C, Brown CK. Discharge instructions: do illustrations help our patients understand them? *Ann Emerg Med*. 1995;25(3):317-20.
- Roberts JR. ED discharge instructions: another chance to help patients and prove your worth. *Emerg Med News*. 2006;28(1):17-20.
- Samuels-Kalow ME, Stack AM, Porter SC. Effective discharge communication in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2012;60(2):152-9.
- Vashi A, Rhodes KV. "Sign right here and you're good to go": a content analysis of audiotaped emergency department discharge instructions. *Ann Emerg Med*. 2011;57(4):315-22.
- Eisenberg E, Murphy A, Sutcliffe K, Wears R, Schenkel S, Perry S, et al. Communication in emergency medicine: implications for patient safety 1. *Communic Monogr*. 2005;72(4):390-413.
- Logan PD, Schwab RA, Salomone JA 3rd, Watson WA. Patient understanding of emergency department discharge instructions. *South Med J*. 1996;89(8):770-4.
- Cox DR. *Planning of experiments*. 12^a ed. Michigan:Wiley; 1992.
- Kerzman H, Baron-Epel O, Toren O. What do discharged patients know about their medication? *Patient Educ Couns*. 2005;56(3):276-82.

18. Ruiz Romero V, Fajardo Molina J, García-Garmendia JL, Cruz Villalón F, Rodríguez Ortiz R, Varela Ruiz FJ. Satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. *Rev Calid Asist.* 2011;26(2):111-22.
19. Rhodes KV, Vieth T, He T, Miller A, Howes DS, Bailey O, Walter J, et al. Resuscitating the physician-patient relationship: emergency department communication in an academic medical center. *Ann Emerg Med.* 2004;44(3):262-7.
20. Spandorfer JM, Karras DJ, Hughes LA, Caputo C. Comprehension of discharge instructions by patients in an urban emergency department. *Ann Emerg Med.* 1995;25(1):71-4.
21. Sugarman J, Corneli A, Donnell D, Liu TY, Rose S, Celentano D, et al. Are there adverse consequences of quizzing during informed consent for HIV research? *J Med Ethics.* 2011;37(11):693-7.
22. Clark PA, Drain M, Gesell S, Mylod DM, Kaldenberg DO, Hamilton J. Patient perceptions of quality in discharge instruction. *Patient Educ Couns.* 2005;59(1):56-68.
23. Isaacman DJ, Purvis K, Gyuro J, Anderson Y, Smith D. Standardized instructions: do they improve communication of discharge information from the emergency department? *Pediatrics.* 1992;89(6 Pt 2):1204-8.
24. Boudreaux ED, O'Hea EL. Patient satisfaction in the emergency department: a review of the literature and implications for practice. *J Emer Med.* 2004;26(1):13-26.

Recebido em 16/08/2012

Aceito para publicação em 20/10/2012

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Como citar este artigo:

Reis PGTA, Nakakogue C, Nakakogue T, Nasr A, Tomasich FDS, Collaço IA. Orientações de alta: cartões padronizados ajudam na compreensão dos pacientes do pronto socorro ? *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2013;40(4). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Phillipe Geraldo Teixeira de Abreu Reis

E-mail: phillipeareis@gmail.com