

# IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE CONTATO TELEFÔNICO PÓS ALTA HOSPITALAR PARA ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

IMPLEMENTATION OF A CONTACT PHONE SERVICE AFTER  
HOSPITAL DISCHARGE FOR PHARMACOTHERAPEUTIC FOLLOW-  
UP: EXPERIENCE REPORT

IMPLEMENTACIÓN DE UN SERVICIO DE TELÉFONO DE  
CONTACTO DESPUES DE LA ALTA HOSPITALARIA PARA EL  
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO:  
DESCRIPCIÓN DE UNA EXPERIENCIA

Josiane Moreira da Costa<sup>1</sup>  
Nelson Machado do Carmo Junior<sup>1</sup>  
Rachel Cristina Cardoso Pereira<sup>2</sup>  
Luana Faria da Cruz<sup>3</sup>  
Tácita Pires de Figueiredo<sup>1</sup>

1. Hospital Risoleta Tolentino  
Neves  
2. Prefeitura Municipal de Belo  
Horizonte  
3. Universidade Federal de Minas  
Gerais

## RESUMO

**Objetivos:** descrever os resultados alcançados com a implantação do Serviço de Contato Telefônico Pós Alta (SCTPA) hospitalar, em um hospital de ensino.

**Métodos:** estudo descritivo, realizado por meio da análise dos registros do SCTPA no período entre dezembro de 2013 e janeiro de 2015. O estudo foi realizado em um hospital dividido em linhas de cuidado, conduzidas por equipes multiprofissionais, direcionadas a diferentes grupos de pacientes. Os resultados foram descritos por equipe, buscando identificar problemas farmacoterapêuticos relacionados a cada perfil de risco.

**Resultados:** foram realizados 111 contatos telefônicos, referentes a 108 pacientes, sendo que 03 apresentaram reinternações. O tempo médio de internação foi 19,7 dias. Em relação ao acesso os pacientes que apresentaram maior problema, foram os da Equipe de Cuidados Paliativos (0,37); em relação ao conhecimento os pacientes que apresentaram maior problema foram acompanhados pela Equipe da Fratura de Fêmur (0,45); quanto à adesão, os pacientes da Equipe do AVC (0,28).

**Conclusão:** Esse relato de experiência nos permite identificar o problema farmacoterapêutico e associá-lo a um perfil clínico de risco.

**Palavras-chave:** Alta do paciente, Idoso, Uso de medicamentos, Transição do Cuidado

## ABSTRACT

**Objectives:** to describe the results of Contact Telephone Service Post Discharge hospital a teaching hospital.

**Methods:** A descriptive study conducted by service analysis between December 2013 to January 2015. The study was conducted is divided into lines of care and there are multidisciplinary teams, aimed at different groups of patients. The results were described by staff in order to identify pharmacotherapeutic problems related to each profile.

**Results:** we performed 111 telephone contacts, belonging to 108 patients (three readmissions). The mean hospital stay was 19.7 days. Relative to access to patients who had greater problem were the Palliative Care Team (0.37); in relation to knowledge patients had greater problem were followed by Team Femur Fracture (0.45); regarding adherence, patients of the stroke team (0.28).

**Conclusion:** This experience report allows us to identify pharmacotherapeutic problem and associate it with a clinical risk profile.

**Keywords:** Patient Discharge, Elderly, Medicine use, Transition Care

Recebido em: 28/07/15  
Aceito em: 29/12/15

Autor para Correspondência:  
Josiane Moreira da Costa  
Hospital Risoleta Tolentino Neves  
E-mail:  
josycostta2@yahoo.com.br

## RESUMEN

**Objetivos:** describir los resultados obtenidos con la implementación de un servicio de conexión telefónica después de la alta hospitalaria implementado en un hospital universitario.

**Métodos:** Estudio descriptivo, mediante el análisis de los registros de lo servicio en el período comprendido entre diciembre de 2013 y enero de 2015. El estudio se realizó en un hospital dividido en líneas de atención, llevada a cabo por equipos multidisciplinares, dirigidos a diferentes grupos de pacientes. Los resultados fueron descritos por el personal con el fin de identificar los problemas farmacoterapéuticos relacionados con cada perfil de riesgo.

**Resultados:** se realizaron 111 contactos telefónicos, relativa a 108 pacientes, 03 tenían reingresos. La estancia media hospitalaria fue de 19,7 días. Con respecto al acceso a los pacientes que tenían mayor problema eran el Equipo de Cuidados Paliativos (0,37); en relación con los pacientes de conocimiento había mayor problema fue seguido por el equipo de fractura de fémur (0,45); con respecto a la adhesión, los pacientes del equipo de ictus (0,28).

**Conclusión:** Este relato de experiencia nos permite identificar un problema farmacoterapéutico y asociarlo con un perfil de riesgo clínico.

**Palabras clave:** Alta del paciente, Las personas mayores, El consumo de drogas, Cuidado de transición

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e tem impacto direto nos sistemas de saúde, principalmente devido às mudanças e transformações no perfil de doenças que mais acometem essa população. Relaciona-se a esse fato, a maior ocorrência de complicações decorrentes de problemas crônicos de saúde, o que pode ocasionar maior número de hospitalizações, predispondo também um maior consumo de medicamentos<sup>1</sup>.

A hospitalização tem sido considerada uma ação de risco, especialmente para as pessoas mais idosas. Entende-se que essa acarreta em alterações significativas na terapia medicamentosa dos pacientes, devido à substituição ou suspensão dos medicamentos usados no domicílio, ou a prescrição de novos medicamentos<sup>2</sup>. Isso requer dos pacientes e familiares conhecimentos específicos sobre como adquiri-los e utilizá-los corretamente, principalmente após a alta hospitalar<sup>3</sup>.

Ressalta-se que os idosos têm utilizado os serviços hospitalares de forma mais intensa que os demais grupos etários, envolvendo, por exemplo, maiores custos, implicando no tratamento de duração mais prolongada, e de recuperação mais lenta e complicada. Eles também necessitam de orientações ao longo do período da internação e alta hospitalar, como também da adoção de estratégias que garantam a continuidade do cuidado em domicílio<sup>4</sup>. A literatura ainda aponta que cerca de 40% das admissões hospitalares dos idosos são relacionadas a problemas com medicamentos<sup>1</sup>.

Além dos riscos relacionados à farmacoterapia que podem ocorrer na internação, o momento pós alta também pode apresentar aspectos dificultadores.

Aproximadamente 50% de pacientes hospitalizados possuem experiências com erros médicos no período pós alta, sendo que geralmente, esses envolvem o uso de medicamentos, como a ocorrência de reações adversas. Ressalta-se que a maioria desses erros poderia ser prevenida por meio de uma melhor comunicação<sup>5-6</sup>.

Situações como essas envolvem diretamente a segurança do paciente na transição do cuidado, pois modificações realizadas durante a alta, como aquelas referentes à complexidade do regime terapêutico, e a falta de informação e preparo do paciente, acabam originando, no domicílio, uma série de problemas relacionados ao uso de medicamentos, como a falta de habilidade para manejar suas condições de saúde e farmacoterapia, e o aumento do risco de eventos adversos<sup>7-10</sup>.

Estudos demonstram que a realização de abordagens telefônicas por farmacêuticos tem solucionado problemas relacionados a medicamentos após alta hospitalar, ainda que seja uma estratégia com limitações e dificuldade na articulação com demais serviços de saúde<sup>9,10</sup>. Um telefonema é um método simples de acompanhamento para estabelecer contato, onde os planos de cuidados aos pacientes podem ser revistos e reforçados<sup>11</sup>.

Apesar da implementação de iniciativas internacionais que contemplem a segurança do paciente, o Brasil ainda apresenta dificuldades na elaboração de estratégias que proporcionem segurança no uso de medicamentos, principalmente nos processos de transição do cuidado, como durante e após a alta hospitalar<sup>10</sup>.

Com o intuito de identificar ocorrências de possíveis problemas

farmacoterapéuticos após a alta hospitalar, farmacêuticos residentes, vinculados a um programa multiprofissional em saúde do idoso, propuseram a implantação do Serviço de Contato Telefônico Após a Alta Hospitalar (SCTPA).

O presente artigo possui o objetivo de descrever os resultados alcançados com o SCTPA, conforme o perfil de risco dos pacientes acompanhados.

## METODOLOGIA

### Local em estudo

O estudo foi desenvolvido em um Hospital público de ensino, referência para a rede de atenção a urgência e emergência, inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) em um município de grande porte, em Minas Gerais. Atualmente, esse hospital é composto por cerca de 320 leitos.

A estrutura organizacional do hospital permite que o trabalho seja organizado sob uma percepção dos principais problemas de saúde dos pacientes, e estruturá-los a partir da implementação de equipes multiprofissionais, que são organizadas conforme os principais perfis de risco dos pacientes.

Na Equipe da Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC), a abordagem multiprofissional é direcionada aos pacientes internados por esse problema de saúde, sendo que a Equipe de Atendimento a Pacientes com Fratura de Fêmur oferece atendimento aos pacientes idosos que sofreram algum tipo de queda, geralmente apresentando fraturas. A Equipe Comprometimento do Pé Diabético atende pacientes com indicação de amputação associada a complicações vasculares, sendo que a Equipe Idoso Frágil aborda pacientes com algum tipo de comprometimento da autonomia, e que apresentam agudização do quadro crônico de saúde. O hospital também possui a Equipe de Oferecimento de Cuidados Paliativos, onde o intuito é propiciar melhor conforto aos pacientes que apresentam indicação de cuidados paliativos.

Foram inseridos no estudo, todos os pacientes com idade superior a 60 anos, que foram acompanhados no SCTPA, no período de dezembro de 2013 a janeiro de 2015.

Em período anterior à realização do contato telefônico, realizou-se consulta em prontuário informatizado para identificação das características sócio-demográficas dos pacientes. Para isso utilizou-se as variáveis: sexo, idade, tempo de internação, e equipe multiprofissional/perfil de risco na qual se deu o gerenciamento do cuidado clínico. Essas informações foram registradas em planilha informatizada do serviço.

O SCTPA compreendeu realização de contato telefônico com os pacientes atendidos pelo serviço de Farmácia Clínica da instituição dentro de um período mínimo de 15 dias após a alta hospitalar, por meio da identificação do número telefônico do paciente no prontuário eletrônico. Em caso de insucessos nas ligações telefônicas, padronizou-se a realização mínima e máxima de três e cinco tentativas de abordagem, respectivamente, sendo que cada tentativa ocorreu em dias diferentes para cada paciente.

Para padronização da abordagem a ser realizada, utilizou-se informações contidas em recomendações de realização de entrevistas a pacientes em um serviço de Atenção Farmacêutica<sup>12</sup>. As informações

foram adaptadas com o intuito de serem discutidas por meio do contato telefônico, e com o intuito de identificar experiências dos pacientes em relação ao uso de medicamentos após a alta hospitalar. Os problemas farmacoterapêuticos foram identificados a partir de perguntas norteadoras que envolviam temáticas como acesso a medicamentos, conhecimento sobre a farmacoterapia, e adesão.

Em relação ao acesso, entende-se como uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta de serviços, como o acesso aos medicamentos<sup>13</sup>. Desse modo, para identificação de problemas relacionados ao acesso aos medicamentos, utilizou-se a seguinte pergunta: “O senhor(a) possui alguma dificuldade em conseguir os medicamentos prescritos na alta?”; e “o senhor(a) teve dificuldade de ser atendido no posto de saúde após a alta hospitalar?”.

Em relação ao conhecimento/informação sobre o uso dos medicamentos, entende-se que esse é um elemento que contribui para maior compreensão e adesão ao tratamento. O paciente tem direito às informações sobre sua saúde, medicamentos e demais riscos do seu tratamento. Sendo os profissionais de saúde os principais responsáveis por esse processo<sup>14</sup>. Assim, os questionamentos feitos para compreensão desse elemento foram: “o senhor(a) sabe me falar sobre o motivo de uso dos seus medicamentos?”; ou “o senhor sabe me falar para que os seus medicamentos servem?”; e “quando o senhor recebeu alta, alguém informou sobre onde conseguir os medicamentos?”.

Em relação à adesão, nos referimos ao ato de agir em conformidade com as recomendações dadas pelos profissionais de saúde ou pelo cuidador, principalmente com relação a duração do tratamento, dosagem, e frequência de administração de um determinado medicamento<sup>15</sup>. As perguntas utilizadas para a identificação de problemas relacionados à adesão foram: “o senhor(a) pode me falar se está usando algum medicamento diferente dos prescritos na alta?” e, “como o senhor(a) utiliza os seus medicamentos?”, seguido de checagem das informações no receituário de alta, registrado no sistema informatizado da instituição. A partir dessa checagem, o farmacêutico responde a pergunta “Paciente faz uso irregular de medicamentos?”, na planilha de registro do serviço.

Preferencialmente, a abordagem foi realizada com o paciente, e em caso de impossibilidades, foi direcionada ao cuidador ou familiar responsável pela administração dos medicamentos em domicílio.

Para identificação dos aspectos relacionados ao contato telefônico, utilizou-se planilha de registro do SCTPA, sendo utilizadas as variáveis: relato de necessidade de ajuda para administrar os medicamentos após a alta hospitalar, realização de consulta com médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) após a alta hospitalar, e problemas farmacoterapêuticos identificados por meio das perguntas relacionadas ao acesso, informação, e uso correto dos medicamentos.

Os dados coletados foram registrados em uma planilha do programa Microsoft Excel®, e posteriormente realizou-se uma análise univariada, que compreendeu a determinação de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas, e medidas de posição para variáveis quantitativas.

Além disso, como os diferentes perfis de risco possuíam diferentes números de pacientes, e um mesmo paciente poderia apresentar mais de um problema farmacoterapêutico, optou-se por utilizar, em cada perfil de risco, a variável razão entre o número de problemas identificados por número total de pacientes acompanhados. A partir dessa variável, realizou-se a comparação entre os diferentes grupos.

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde o estudo foi realizado, e recebeu o parecer número 06/2013.

## RESULTADO

Identificou-se um total de 108 pacientes do SCTPA, sendo que em relação a 03, realizou-se contato telefônico em dois momentos diferentes, devido à ocorrência de reinternações. Desse modo, obtiveram-se dados correspondentes a 111 internações, de 108 pacientes. A média do tempo de internação dos pacientes foi de 19,7 dias.

Quanto ao sexo, 56 (51,8%) eram do gênero feminino, e 52 (48,2%) do gênero masculino. A média da idade foi de 69 anos.

A Tabela 1 apresenta a especificação dos sujeitos abordados durante o contato telefônico.

Tabela 1 - Especificação do sujeito abordado no SCTPA

Especificação da pessoa abordada	n	%
Paciente	25	23
Familiar	68	61
Cuidador	9	8
Sem registro	7	6
Outros	2	2

Quanto à equipe pela qual os pacientes foram assistidos durante a internação, identificou-se que 40 (36%) dos pacientes foram provenientes da Equipe de Atendimento ao paciente com comprometimento do Pé Diabético, 38 (34,2%) da Equipe AVC, 11 (~10%) da Equipe de Atendimento ao Idoso Frágil, 11 (~10%) da equipe de Atendimento do Paciente ao Idoso com Fratura de Fêmur, e 8 (7,2%) da Equipe de Cuidados Paliativos.

Quanto à necessidade de ajuda para administrar os medicamentos e a realização de consulta com médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) após a alta hospitalar identificou-se os seguintes resultados por equipe, respectivamente: 91% e 45,5% foram da Fratura de Fêmur, 87,5% e 62,5% foram dos Cuidados Paliativos, 82% e 54% da Equipe do Idoso Frágil, 79% e 55,3% da Unidade de AVC, 65% e 57,5% da equipe onde os pacientes tinham algum comprometimento do Pé Diabético.

Os problemas farmacoterapêuticos relacionados ao acesso, ao conhecimento e adesão estão demonstrados nas tabelas abaixo.

Tabela 2 - Relatos de problemas farmacoterapêuticos relacionados ao acesso, identificados durante a realização do contato telefônico, conforme perfil de risco

Problema farmacoterapêutico relacionado ao acesso	Perfil de risco (n)									
	AVC (38)		Idoso Frágil (11)		Cuidados Paliativos (8)		Comprometimento do Pé Diabético (40)		Fratura de Fêmur (11)	
	Sim n; (%)	Não n; (%)	Sim n; (%)	Não n; (%)	Sim n; (%)	Não n; (%)	Sim n; (%)	Não n; (%)	Sim n; (%)	Não n; (%)
Relata dificuldade de acesso aos medicamentos?	8;(21)	30;(79)	4;(36,4)	7;(63,6)	3;(37,5)	5;(62,5)	7;(17,5)	33;(82,5)	4;(36,4)	7;(63,6)
Número total de problemas identificados	8		4		3		7		4	
Razão entre o número de problemas identificados e número de pacientes abordados	0,210526316		0,363636364		0,375		0,175		0,363636364	

Tabela 3 - Relatos de problemas farmacoterapêuticos relacionados ao conhecimento, identificados durante a realização do contato telefônico, conforme perfil de risco

Problemas farmacoterapêuticos relacionados ao conhecimento	Perfil de risco (n)									
	AVC (38)		Idoso Frágil (11)		Cuidados Paliativos (8)		Comprometimento do Pé Diabético (40)		Fratura de Fêmur (11)	
	Sim n;(%)	Não n;(%)	Sim n;(%)	Não n;(%)	Sim n;(%)	Não n;(%)	Sim n;(%)	Não n;(%)	Sim n;(%)	Não n;(%)
Paciente ou cuidador sabem da importância de utilizar os medicamentos corretamente?	34;(89,5)	4;(10,5)	8;(72,7)	3;(27,3)	6;(75)	1;(25)	39;(95)	2;(5)	7;(63,6)	4;(36,4)
Paciente ou cuidador sabe para que servem os medicamentos em uso?	35;(92)	3;(8)	10;(91)	1;(9)	6;(75)	1;(25)	36;(87,5)	5;(12,5)	10;(91)	1;(9)
Paciente ou cuidador saiu do hospital sabendo onde adquirir os medicamentos?	38;(100)	0;(0)	11;(100)	0;(0)	7;(87,5)	1;(12,5)	39;(97,5)	1;(2,5)	11;(100)	0;(0)
Número total de problemas identificados	7		4		3		8		5	
Razão entre o número de problemas identificados por número de pacientes abordados	0,184210526		0,363636364		0,38		0,20		0,454545455	

Tabela 4 - Relatos de problemas farmacoterapêuticos relacionados a adesão, identificados durante a realização do contato telefônico, conforme perfil de risco

Problemas farmacoterapêuticos relacionados a adesão	Perfil de risco (n)									
	AVC (38)		Idoso Frágil (11)		Cuidados Paliativos (8)		Comprometimento do Pé Diabético (40)		Fratura de Fêmur (11)	
	Sim n;(%)	Não n;(%)	Sim n;(%)	Não n;(%)	Sim n;(%)	Não n;(%)	Sim n;(%)	Não n;(%)	Sim n;(%)	Não n;(%)
Relato de uso de medicamentos diferentes dos prescritos na alta?	4;(10,5)	34;(89,5)	1;(9)	10;(91)	0;(0)	8;(100)	6;(15)	34;(85)	1;(9)	10;(91)
Uso irregular de medicamentos?	7;(18,5)	31;(81,5)	0;(0)	11;(100)	0;(0)	8;(100)	3;(7,5)	35;(87,5)	0;(0)	11;(100)
Número total de problemas identificados	11		1		0		9		0	
Razão entre o número de problemas identificados e número de pacientes abordados	0,289473684		0,090909091		0		0,225		0,090909091	

## DISCUSSÃO

A idade média acima de 60 anos já era esperada, ao considerar que o SCTPA possui enfoque no acompanhamento de idosos hospitalizados.

A média do tempo de internação foi de 19 dias. Estudo realizado em hospitais localizados em São Paulo identificou que o tempo médio de permanência variou entre 3,90 e 8,70 dias, com mediana de 7,00 dias. Embora o estudo realizado em São Paulo não possua foco específico em pacientes idosos, ao considerar a mediana, sugere-se que o tempo médio de permanência de 19 dias esteja superior ao encontrado em outras instituições<sup>16</sup>.

Estudos têm demonstrado que o aumento do tempo de internação em idosos pode gerar uma série de complicações e iatrogenias, o que pode dificultar ainda mais o processo de transição do cuidado desses pacientes<sup>17</sup>.

Ao entender que durante a internação a gestão do cuidado medicamentoso está sob responsabilidade de enfermeiros, farmacêuticos e médicos, e há pouca participação dos pacientes e familiares nas decisões que envolvem a farmacoterapia, acredita-se que o maior tempo de permanência possa ser um dificultador para a adaptação dos pacientes e familiares ao uso de medicamentos no período pós alta hospitalar.

A maioria dos pacientes acompanhados no presente estudo era do gênero feminino, entretanto, não foram realizadas análises que permitiram identificar diferença estatisticamente significativa entre os gêneros.

O principal perfil de pessoas abordadas para obtenção de informações no acompanhamento farmacoterapêutico foi o familiar (61%), seguidos do próprio paciente (23%). Estudo onde se identificou o perfil de cuidadores de idosos octogenários teve como resultado uma predominância de 52% dos cuidadores pertencentes à própria família do paciente, demonstrado similaridade com o nosso estudo. O familiar tem se colocado na postura de assumir o gerenciamento do cuidado dos idosos em domicílio, principalmente filhas e esposas<sup>18</sup>.

Ao analisarmos os relatos da necessidade de auxílio para uso dos medicamentos após a internação, identificou-se maior prevalência nos perfis de risco Fratura de Fêmur (91%), seguido das equipes de Cuidados Paliativos (87,5%), Idoso Frágil (82%), Unidade de AVC (79%), e Comprometimento do Pé Diabético (65%). Infere-se que esses resultados podem estar relacionados ao fato de que, em algumas situações, a recuperação da fratura de fêmur pode ser lenta, e ser um processo onde o paciente apresenta limitações na deambulação. Ressalta-se que em alguns casos, a ocorrência de fratura está associada a um quadro demencial prévio, o que pode refletir uma dificuldade do paciente na realização das atividades Básicas da Vida Diária (AVD's), além daquelas específicas, como o uso de medicamentos<sup>9,19</sup>.

A partir dessa informação sugere-se a realização de identificação de fatores associados a quedas nos pacientes internados na instituição em estudo, para que medidas preventivas sejam adotadas, assim como abordagens específicas que promovam o uso correto dos medicamentos

após a alta hospitalar.

Em relação ao auxílio na necessidade de uso dos medicamentos, identificados na Equipe de Cuidados Paliativos, o diagnóstico clínico de doenças neurológicas e oncológicas, identifica que essas são determinantes para maior suporte no cuidado em domicílio e na Atenção Primária, estando entre as principais necessidades à administração de medicamentos (32%)<sup>20</sup>.

Quanto a variável relacionada à procura por atendimento médico na Atenção Primária após a alta, identificou-se que os pacientes que mais recorreram a esse serviço são os previamente atendidos pelas Equipes de Cuidados Paliativos, Comprometimento do Pé Diabético, e AVC, sendo respectivamente, 5(62,5%), 23(57,5%), 21(55,3%) pacientes.

Ressalta-se as especificidades que envolvem o oferecimento de cuidados aos pacientes com indicação de abordagem paliativa, como uso de sonda enteral, controle da dor através do uso de analgésicos opióides, e ou administração de medicamentos por hipodermoclise, que refletem maior adequação dos cuidados domiciliares, e necessidade de sensibilidade das equipes de saúde ao se relacionarem com o paciente e seus familiares, podem favorecer a procura do suporte da equipe da atenção primária, proporcionando a melhora na assistência prestada<sup>21-22</sup>.

Já em relação aos pacientes das equipes Comprometimento do Pé Diabético e Unidade AVC, pacientes com esse perfil geralmente apresentam necessidade de troca constante de curativos, e ou uso de próteses, e limitações funcionais decorrentes do problema de saúde, respectivamente. Entende-se, nessas situações, a necessidade da existência de boa articulação entre os níveis de atenção terciário e primário, para que a ocorrência das melhores escolhas farmacoterapêuticas sejam garantidas, o que geraria maior procura por atendimento médico no âmbito da Atenção Primária.

Ao analisar a razão entre o número de problemas farmacoterapêuticos relacionados ao acesso e o número de pacientes abordados, identifica-se maior razão nas equipes de Cuidados Paliativos (0,37), Fratura de Fêmur (0,36) e Idoso Frágil (0,36) encontrando-se os menores valores nas equipes AVC (0,21), e Comprometimento do Pé Diabético (0,17) (tabela 02).

Isso pode estar associado ao fato de que pacientes em cuidados paliativos e aqueles que passaram por cirurgias decorrentes de fratura de fêmur, poderiam necessitar de medicamentos específicos, como analgésicos opióides, que não estão disponíveis nas farmácias das unidades básicas de saúde de referências.

Em pacientes com doenças em estágios avançados de gravidade, sem possibilidades de cura, a prevalência de sinais e sintomas dolorosos é frequente e alta<sup>23</sup>. Justificando o alto consumo de analgésicos opióides.

Entretanto, esse dado também pode indicar uma ocorrência de prescrições de alta que contenham demais opções farmacológicas não disponíveis na atenção primária, pelo desconhecimento dos médicos dessas equipes em relação à lista de medicamentos essenciais, e ou não conscientização da necessidade de prescrever uma farmacoterapia mais acessível<sup>3,10</sup>. Apesar do serviço de farmácia clínica intervir no momento da alta para que medicamentos padronizados na rede sejam preferencialmente prescritos, as equipes de Fratura de Fêmur e Idoso Frágil possuem a característica de apresentar um processo de alta rápido, o que pode dificultar a interação multiprofissional, assim como a intervenção do farmacêutico com o médico de referência. Quando o farmacêutico possui ciência da alta hospitalar após a sua ocorrência, ele pode conseguir orientar o paciente, mas possui dificuldade em contatar o médico responsável pela prescrição.

Já nas equipes Comprometimento do Pé Diabético, e Unidade AVC, a menor razão encontrada pode estar associada ao fato de que o arsenal farmacoterapêutico utilizado por esses pacientes consistem em medicamentos anti-hipertensivos, antidiabéticos orais e insulina, no primeiro grupo<sup>24</sup> e anti-hipertensivos (de classes diferentes), antidiabéticos orais, insulina, antiagregante plaquetários, anticoagulantes, e antilipídêmicos, no segundo grupo<sup>25</sup>.

Ao considerarmos a existência de legislações e programas específicos para esses medicamentos<sup>26</sup> entende-se que esses possam estar melhor

disponíveis no sistema público de saúde, minimizando as dificuldades do acesso à farmacoterapia prescrita na alta hospitalar.

Em relação à análise da razão entre os números de problemas farmacoterapêuticos relacionados ao conhecimento, e número de pacientes acompanhados por equipe, identifica-se maior razão nas equipes Fratura de Fêmur (0,45), Paliativos (0,38), e Idoso Frágil (0,35), seguido das equipes, Comprometimento do Pé Diabético (0,20) e AVC (0,18).

Isso pode estar associado ao fato de que pacientes com os perfis Fratura de Fêmur, Paliativos e Idoso Frágil, possam estar mais susceptíveis às mudanças na farmacoterapia utilizada no período prévio à internação, quando comparado ao período pós alta, o que pode gerar maior dificuldade no processo de entendimento da farmacoterapia<sup>8,27</sup>.

Apesar da existência, na instituição em estudo, de um serviço de farmácia clínica que contemple a orientação na alta, entende-se que o momento da alta hospitalar é um momento crítico no processo de cuidado<sup>2,5,7-8-10</sup>, sendo que as orientações sobre medicamentos a serem utilizados devem ser realizadas de maneira contínua conforme discutido em estudo norte americano<sup>28</sup>.

Estudo brasileiro desenvolvido no Hospital das Clínicas da USP<sup>10</sup> demonstrou inexistência de sessões de orientação sobre o uso de medicamentos durante o período de hospitalização, o que põe em risco a segurança do paciente.

Ressalta-se que em relação às equipes Idoso Frágil e Fratura de Fêmur, a realização da alta hospitalar com um menor planejamento também pode ser um fator impactante em relação ao item analisado, pois dificultaria a atuação dos farmacêuticos clínicos em relação ao estabelecimento de vínculo, e entendimento das subjetividades dos pacientes em relação ao uso de medicamentos.

A ocorrência de falhas na orientação na alta hospitalar é uma questão mundialmente discutida<sup>9-10,28-29</sup> o que requer a implementação de estratégias que fortaleçam a segurança dos pacientes e continuidade da farmacoterapia no âmbito da atenção primária.

No Brasil, em pesquisa descritiva realizada no estado do Rio de Janeiro<sup>30</sup>, cuidadores de idosos mencionaram que, na alta hospitalar, os pacientes raramente receberam informações claras a respeito da doença, orientação ou apoio para os cuidados.

Diferentemente desses dados, na instituição em estudo as equipes Comprometimento do Pé Diabético e AVC, que apresentaram menor razão de problemas relacionados ao conhecimento por paciente, apresentam um maior planejamento na realização do processo de alta. Isso provavelmente viabilizou um melhor processo de orientação aos pacientes em relação aos medicamentos em uso.

A tabela 4 demonstra a razão do número de problemas farmacoterapêuticos relacionados à adesão e número de pacientes por equipe. Identificou-se maior razão nos pacientes acompanhados pelas Equipes da Unidade de AVC (0,28), seguido das equipes Comprometimento do Pé Diabético (0,22), Idoso Frágil (0,09), Fratura de Fêmur (0,09) e Cuidados Paliativos (0).

Os resultados dos nossos estudos podem estar relacionados ao fato que a ocorrência do AVC pode contribuir para maior dependência, ocasionados por perda cognitiva e da funcionalidade<sup>9</sup>. Isso pode gerar maior comprometimento no processo de uso dos medicamentos pelos idosos. Estudos identificam que o comprometimento cognitivo aumentou os riscos de segurança e a não aderência aos medicamentos<sup>8-9</sup>.

Também ressalta-se o fato que pacientes com hospitalizações decorrentes de problemas de saúde como AVC e pé diabético provavelmente possuem indicação de uso crônico de medicamentos no período anterior às hospitalizações. Entende-se, nesses casos, que o número de medicamentos prescritos na alta é maior do que os utilizados antes da internação<sup>27</sup>. Esse fator, associado às limitações de dependência, podem contribuir para acentuar os problemas de adesão, principalmente ao considerarmos os pacientes que apresentavam algum problema de adesão no período prévio à internação.

Ressalta-se que para os pacientes pertencentes às equipes Fratura de Fêmur, Idoso Frágil e Paliativos, geralmente existe a figura de um

cuidador, seja ele familiar ou não, para ajudar em cuidados prolongados, além de serviços governamentais que dão suporte técnico a uma parte desses idosos, compreendendo ações de promoção, prevenção e reabilitação<sup>4</sup>. Nesses casos, apesar de que os pacientes com esse perfil possam apresentar baixo conhecimento sobre o uso de medicamentos, conforme identificamos acima, entende-se que em várias situações, a administração dos medicamentos é de responsabilidade dos cuidadores, o que diminui os problemas de adesão.

A alta hospitalar possibilita aos farmacêuticos detectar erros de medicamentos, combinando diferentes fontes e estratégias de informação na transição do cuidado<sup>9</sup>, sendo esse também um momento que apresenta-se frágil em relação à segurança da farmacoterapia<sup>10</sup>.

Os resultados encontrados sinalizam a necessidade do fortalecimento da continuidade da farmacoterapia em relação a alta hospitalar<sup>10</sup> e em relação a articulação com a rede, como já apontadas em outros estudos<sup>8,10-11</sup>.

Dados de pesquisa realizada por farmacêuticos na cidade de Boston, nos Estados Unidos<sup>9</sup> demonstram que o serviço de contato telefônico realizado por farmacêuticos após a alta foi eficaz na abordagem dos problemas com medicamentos em idosos vulneráveis e com algum comprometimento cognitivo.

A identificação dos problemas farmacoterapêuticos por equipe contribui para a identificação de especificidades, assim como a identificação dos pacientes mais vulneráveis.

Ressalta-se que, apesar da identificação de alguns problemas farmacoterapêuticos conforme o perfil de risco, a maioria dos pacientes não os apresentaram. Isso pode estar associado ao fato de que a instituição em estudo possui um serviço de farmácia clínica estabelecido, e que contempla um processo de orientação de alta e referenciamento formal do paciente na rede.<sup>27</sup>

Sugere-se que essas ações continuem sendo implementadas e sejam também fortalecidas no Brasil, a partir da atividade clínica desenvolvidas por farmacêuticos na transição do cuidado.

Também considera-se importante, a realização de estudos mais amplos, que abordem a identificação de problemas farmacoterapêuticos em um número maior de pacientes, e se possível, compare o grupos de pacientes atendidos e não atendidos pelo serviço de farmácia clínica.

Dentre as limitações desse trabalho estão o fato de que as informações foram fornecidas pelos pacientes e acompanhantes, não havendo estratégias de checagem da veracidade das mesmas. Além disso, considera-se como fator limitante a não inclusão dos idosos que não foram atendidos pelo serviço de farmácia clínica da instituição, o que inviabilizou uma real associação entre a orientação de alta, e identificação ou não de maior número de problemas farmacoterapêuticos após a alta hospitalar.

## CONCLUSÃO

Nosso estudo permite concluir que pacientes do perfil de risco Cuidados Paliativos apresentaram maior razão de problemas farmacoterapêuticos relacionados ao acesso por paciente, sendo identificados em menor quantidade nos pacientes com Comprometimento do Pé Diabético.

A Equipe Fratura de Fêmur e AVC apresentaram maior e menor razão de problemas farmacoterapêuticos relacionados ao conhecimento por paciente abordado, respectivamente. A razão dos problemas farmacoterapêuticos relacionados à adesão por paciente abordado foi predominante na Equipe AVC, apresentando menor valor na equipe de Cuidados Paliativos.

Os resultados permitem identificar o problema farmacoterapêutico e associá-lo a um perfil clínico de risco, o que pode nortear o estabelecimento de estratégias de fortalecimento da atuação do farmacêutico clínico na garantia da continuidade do cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Rozenfeld S, Fonseca MJ, Acurcio FA. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*, 2008, 23(1):34-43.
2. Marques LFG, Furtado ICF, Di Mônaco LCR, et al. Orientação para alta hospitalar. Instituto Racine, Programa de Pós-graduação em Atenção Farmacêutica, São Paulo, SP, Brasil. *Rev. Pesq. Inov. Farm*, 2011, 3(1):36-42.
3. Costa JM. Acesso a Terapia Medicamentosa na Perspectiva de Pacientes e Profissionais de Saúde. Dissertação (Pós-graduação strictu sensu em Saúde e Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.
4. Bajotto AP, Witter A, Mahmud SJ, et al. Perfil do paciente idoso atendido por um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, RS. *Revista HCPA*, 2012, 32(3):311-317.
5. Cua YM, Kripalani S. Medication use in the transition from hospital to home. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 2008, 37(2):36.
6. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, et al. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med*, 2003, 138:161-167.
7. Marques LFG, Furtado ICF, Di Mônaco LCR, et al. Orientação para alta hospitalar. *Revista de Pesquisa e Inovação Farmacêutica*, 2011, 3(1):36-42.
8. Anderson SL, Marrs JC, Griend JPV, et al. Implementation of a Clinical Pharmacy Specialist-Managed Telephonic Hospital Discharge Follow-Up Program in a Patient-Centered Medical Home. *Population Health Management*, 2013, 16(4):235-241.
9. Paquin AM, Salow M, Rudolph JL. Pharmacist Calls to Older Adults with Cognitive Difficulties After Discharge in a Tertiary Veterans Administration Medical Center: A Quality Improvement Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2015, 63(3):571-577.
10. Marques LDFG, Romano-Lieber NS. Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. *Saúde Soc*, 2014, 23(4):1431-1444.
11. Dudas V, Bookwalter T, Kerr KM, et al. The impact of follow-up telephone calls to patients after hospitalization. *The American Journal of Medicine*, Tucson, 2001, 111(9B):26S-30S.
12. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice: the clinician's guide*. Second edition. 2004.
13. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2004, 20(Supl. 2):190-198.
14. Oenning D, Oliveira BV, Blatt CR. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, 16(7):3277-3283.
15. Mourão-Júnior CA, Souza AB. Adesão ao uso de medicamentos: algumas considerações. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 2010, 1(1):96-107.

16. Silva GS, Sousa AG, Soares D, et al. Avaliação do tempo de permanência hospitalar em cirurgia de revascularização miocárdica segundo a fonte pagadora. *AM Brev Assoc Med Bras.*, São Paulo, 2013, 59(3): 248-253.
17. Oliveira Santos MIP. Perfil dos idosos internados no Hospital Geral em Belém (Pará). *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2007, 11(1):23-29.
18. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2008, 17(2):350-357.
19. Guimarães FAM, Lima RR, Souza, AC, et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos um ano após o tratamento cirúrgico de fraturas transtrocanterianas do fêmur. *Rev. Bras. Ortop*, 2011, 46(supl1):48-54.
20. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciência, cuidado e saúde*, 2008, 7(1):065-072.
21. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica Moral and operational challenges for the inclusion of palliative care in primary health care. *Cad. saúde pública*, 2007, 23(9):2072-2080.
22. Silveira MH, Ciampone MHT, Gutierrez BAO. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Rev. bras. geriatr. gerontol*, 2014, 17(1):7-16.
23. Da Silva Filho SRB, Lôbo RR, Lima NK, et al. Cuidados paliativos em enfermagem de clínica médica. *Medicina. (Ribeirão Preto Online)*, 2010, 43(2), 126-133
24. Da Silva LD, De Mendonça Henrique D. Uso incorreto de medicamentos por pacientes após acidente vascular cerebral. *Investigación y educación en enfermería*, 2011, 29(2):187-193.
25. Haddad MDCFL, Bortoletto MSS, Silva RS. Amputação de membros inferiores de portadores de diabetes mellitus: análise dos custos da internação em hospital público. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2010, 9(1):107-113.
26. Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
27. Costa JM, Martins JM, Pedroso LA, et al. Otimização dos cuidados farmacêuticos na alta hospitalar: implantação de um serviço de orientação e referenciamento farmacoterapêutico. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*, 2014, 5(1):38-41.
28. Greenwald JL, Denham CR, Jack BW. The hospital discharge: a review of a high risk care transition with highlights of a reengineered discharge process. *Journal of Patient Safety, Philadelphia*, 2007, 3(2):97-106.
29. Corbett CF, Setter SM, Daratha KB et al. Nurse identified hospital to home medication discrepancies: Implications for improving transitional care. *Geriatr Nurs*, 2010, 31:188-196.
30. Caldas, CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*, 2003, 19(3):773-781.