

Protocolo da implantação do cuidado farmacêutico na geriatria: estratégia para segurança na assistência à saúde

Protocol for the implementation of pharmaceutical care in geriatrics: strategy for safety in health care

Protocolo para la implementación de la atención farmacéutica en geriatria: estrategia de seguridad en la atención sanitaria

Alan Maicon de Oliveira^a 

Fabiana Rossi Varallo^a 

João Paulo Vilela Rodrigues^a 

Leonardo Régis Leira Pereira^a 

Como citar este artigo:

Oliveira AM, Varallo FR, Rodrigues JPV, Pereira LRL. Protocolo da implantação do cuidado farmacêutico na geriatria: estratégia para segurança na assistência à saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210236. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210236.pt>

RESUMO

Objetivo: Descrever a experiência da implantação do cuidado farmacêutico em uma unidade hospitalar de geriatria e propor um protocolo instrutivo da prática.

Métodos: Relato de experiência que se converteu no manual da prática do cuidado farmacêutico na geriatria (MaP-CFarmaGeri) de um hospital brasileiro e foi estruturado em três tópicos (1. Diagnóstico situacional; 2. Adequação do procedimento e oferta do serviço; 3. Exercício da prática).

Resultados: O diagnóstico situacional compreendeu o levantamento dos dados sobre a estrutura da enfermagem e o perfil epidemiológico. Os serviços farmacêuticos ofertados incluíram o acompanhamento farmacoterapêutico, com a conciliação de medicamentos e a revisão da farmacoterapia. A certificação do conteúdo desse procedimento foi atestada por especialistas de uma equipe multiprofissional e a técnica atendeu mais de 60 pacientes na prática, com boa aceitação dos participantes.

Considerações finais: O MaP-CFarmaGeri mostrou ser uma estratégia satisfatória na implantação do cuidado farmacêutico na geriatria e pode amparar essa inserção em locais semelhantes.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Assistência centrada no paciente. Equipe de assistência ao paciente. Prática farmacêutica baseada em evidências. Geriatria.

ABSTRACT

Objective: To describe the experience of the implementation of pharmaceutical care in a geriatric hospital unit and to propose an instructional protocol for the practice.

Methods: Experience report that became the practice manual of pharmaceutical care in geriatrics (MaP-CFarmaGeri) of a Brazilian hospital and was structured in three topics (1. Situational diagnosis; 2. Adequacy of the procedure and service provision; 3. Practice exercise).

Results: The situational diagnosis comprised the collection of data on the structure of the ward and the epidemiological profile. The pharmaceutical services provided included pharmacotherapeutic follow-up, medication reconciliation and pharmacotherapy review. The certification of the content of this procedure was attested by specialists from a multiprofessional team and the technique served more than 60 patients in practice, with good acceptance by the participants.

Final considerations: The MaP-CFarmaGeri proved to be a satisfactory strategy in the implementation of pharmaceutical care in geriatrics and can support this insertion in similar locations.

Keywords: Patient safety. Patient-centered care. Patient care team. Evidence-based pharmacy practice. Geriatrics.

RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia de implementar la atención farmacéutica en una unidad hospitalaria geriátrica y proponer un protocolo instructivo para la práctica.

Métodos: Informe de experiencia que se convirtió en el manual de la práctica de la atención farmacéutica en geriatria (MaP-CFarmaGeri) de un hospital brasileño y se estructuró en tres temas (1. Diagnóstico situacional; 2. Adecuación del procedimiento y prestación del servicio; 3. Ejercicio de práctica).

Resultados: El diagnóstico situacional comprendió el relevamiento de datos sobre la estructura de la sala y el perfil epidemiológico. Los servicios farmacéuticos ofrecidos incluyeron seguimiento farmacoterapêutico, conciliación de medicamentos y revisión de farmacoterapia. La certificación del contenido de este procedimiento fue certificada por especialistas de un equipo multidisciplinario y la técnica trató a más de 60 pacientes en la práctica, con buena aceptación por parte de los participantes.

Consideraciones finales: El MaP-CFarmaGeri demostró ser una estrategia satisfactoria en la implementación de la atención farmacéutica en geriatria y puede apoyar esta inserción en lugares similares.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Atención dirigida al paciente. Grupo de atención al paciente. Práctica farmacéutica basada en la evidencia. Geriatria.

^a Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Estamos vivenciando um período caracterizado pela tripla carga de doenças, que causam internações/óbitos devido a doenças infectocontagiosas, complicações de doenças crônicas não transmissíveis e por violência. Aliado a tudo isso, temos a transição demográfica, com aumento da expectativa de vida e resultando no protagonismo dos idosos. A longevidade se apresenta acompanhada com mudanças epidemiológicas, de saúde e carrega a necessidade de readequação do sistema de saúde, com estratégias que atendam as demandas dessa população⁽¹⁾.

Múltiplas doenças crônico-degenerativas se desenvolvem com o envelhecimento e provocam a busca incessante por tecnologias em saúde que possam reverter essas condições, sendo o medicamento o mais popular desses produtos⁽²⁾. Entretanto, a farmacocinética (absorção, distribuição, biotransformação, biodisponibilidade e excreção) e farmacodinâmica (efeitos fisiológicos no organismo) dos medicamentos também sofrem modificações nos idosos e o não entendimento dessas especificidades é prejudicial⁽³⁾. O uso inadequado de medicamentos é um problema de saúde pública e ocasiona até 15% das hospitalizações⁽⁴⁾.

A ausência de integração multiprofissional na assistência à saúde está associada a prescrições inadequadas, má adesão ao tratamento, inefetividade terapêutica e ocorrência de eventos adversos provindos da polifarmácia desnecessária, que é considerada um fator de risco modificável nessas situações⁽⁵⁾. Polifarmácia é o uso rotineiro e concomitante de cinco ou mais medicamentos pelo mesmo usuário⁽⁶⁾.

O Terceiro Desafio Global para Segurança do Paciente anunciou o objetivo de reduzir a polifarmácia desnecessária, com incentivo a desprescrição e também visa assegurar a prescrição de medicamentos de maneira apropriada, ou seja, baseada nas melhores evidências disponíveis e que considere os fatores individuais das pessoas⁽⁵⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no documento *"The role of the pharmacist in the healthcare system"*⁽⁷⁾, afirmou que a inclusão dos farmacêuticos nas equipes de saúde é essencial para melhorar as condições de saúde da população. Desde então, já são bem descritos os benefícios do cuidado farmacêutico (CF), integrado em equipe interprofissional, na obtenção de melhores desfechos para pessoas com enfermidades crônicas⁽⁸⁾.

O CF é definido como um "conjunto de ações e serviços realizados pelo profissional farmacêutico levando em consideração as concepções do indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde, com foco na prevenção e resolução de problemas de saúde, além da sua promoção, proteção, prevenção de danos e recuperação, incluindo não só a dimensão clínico-assistencial, mas também a técnico-pedagógica do trabalho em saúde"⁽⁹⁾.

Quando se considera a população geriátrica, o CF deve ser norteado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, isto significa que deve incluir abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, para a promoção da autonomia, independência e autocuidado⁽¹⁰⁾. Porém, a implantação desta prática tem sido um importante desafio, em função da complexidade das instituições de saúde, das particularidades dos idosos, custos e recursos humanos limitados. Além disso, a incorporação do CF nos serviços da equipe multidisciplinar em unidades hospitalares de geriatria (área da saúde voltada para os aspectos fisiológicos e patológicos dos idosos, inclusive os problemas clínicos do envelhecimento e da senilidade) é pouco difundida⁽¹¹⁾.

A população de idosos, caracterizada por morbidades múltiplas e crônicas, carecem de assistência em saúde proativa, integrada e centrada no paciente. Evidências científicas reforçam desfechos benéficos e satisfatórios (por ex., redução de hospitalização, da taxa de ocupação de leitos e de problemas farmacoterapêuticos, bem como aumento da segurança e satisfação dos pacientes) provindos do cuidado multiprofissional, com tomada de decisão compartilhada, onde destaca-se a integração de farmacêuticos, equipe de enfermagem, médicos e dos próprios usuários⁽¹²⁻¹⁶⁾. Assim sendo, porque não estabelecer essa força de trabalho em um âmbito com personagens que possuem necessidades insatisfeitas e significativas em saúde? Ou seja, em uma unidade hospitalar de geriatria, tendo em vista também a falta de disseminação de serviços do CF neste setor⁽¹¹⁾.

Por meio dessa perspectiva, gerou-se a pergunta de pesquisa: a fim de ser constituído um protocolo instrutivo, como poderíamos conceber uma estratégia satisfatória (incluindo a equipe multiprofissional e mediante os princípios do cuidado centrado na pessoa) para inserção do CF em uma enfermagem de assistência geriátrica e quais seriam as contribuições desta intervenção para a prática clínica?

O objetivo do presente estudo foi descrever a experiência da implantação do CF em uma unidade hospitalar de geriatria e propor um protocolo instrutivo da prática.

■ MÉTODOS

Delineamento

A proposta de elaboração do material instrutivo das práticas executadas na inclusão das ações do CF ocorreu por meio de um estudo descritivo, com relato de experiência, realizado na enfermaria da geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), entre agosto de 2019 e janeiro de 2020.

A descrição deste estudo foi estruturada de acordo com modelos nacionais⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ e internacionais⁽²⁰⁻²²⁾ já publicados, com a finalidade de aderir à disposição padronizada de relatos de experiência.

Contexto

O HCFMRP-USP trata-se de uma instituição de ensino de alta complexidade vinculada ao sistema de saúde público

brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS). A geriatria reunia características importantes para a implementação do projeto, considerando o alto risco da população idosa para o desenvolvimento de danos relacionados a medicamentos. Neste sentido, entende-se que o presente estudo está de acordo com o preconizado pelo desafio global da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*Medication Without Harm*)⁽⁵⁾.

Planejamento e características do procedimento

O processo de sistematização desta experiência foi ordenado em tópicos⁽²³⁻²⁴⁾, com a finalidade de estruturar um manual explicativo. O procedimento foi constituído pelos estágios apresentados na Figura 1.

Considerando que as ações do CF, descritas neste protocolo, foram direcionadas para atender as necessidades dos idosos, a proposta deste manual foi adequada para unidades hospitalares e com perfil de assistência a essa população

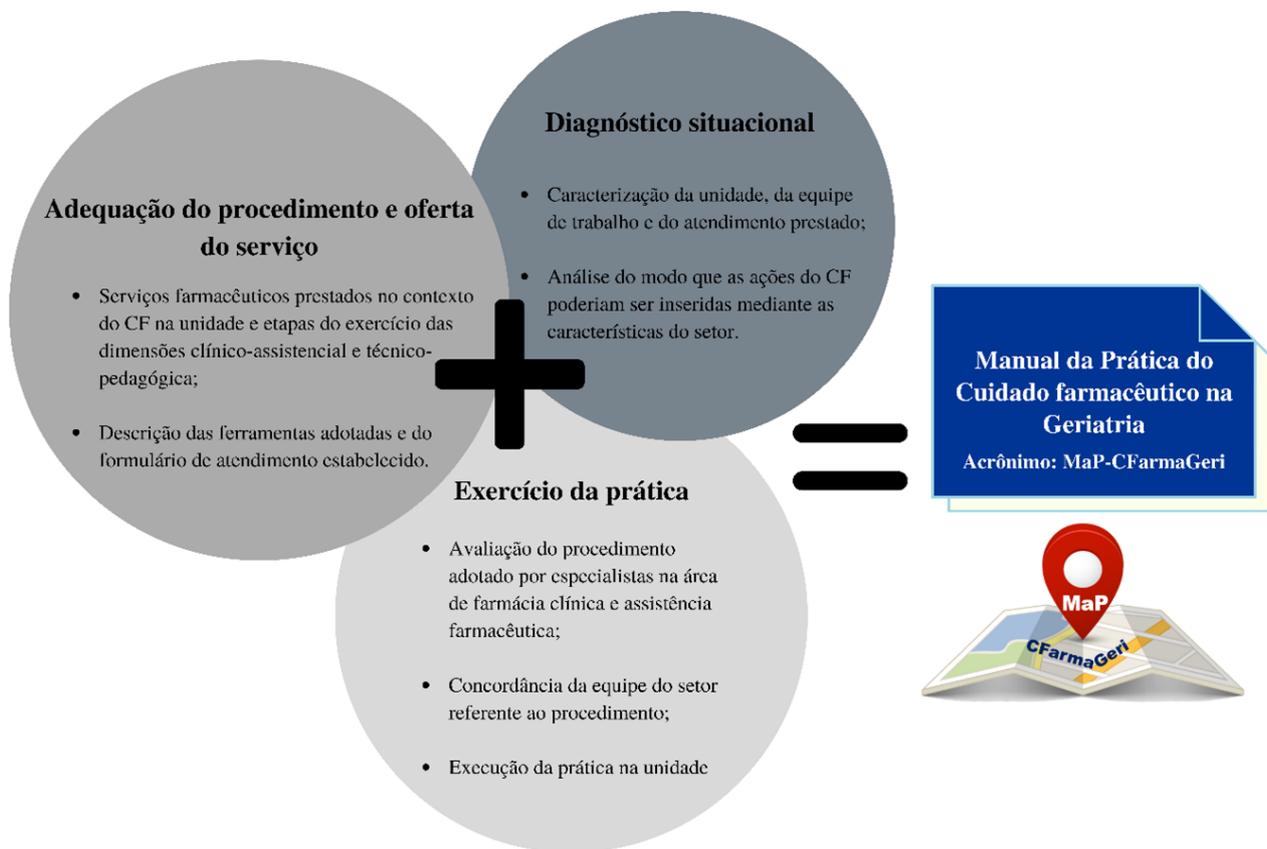


Figura 1 – Concepção do Manual da Prática do Cuidado Farmacêutico na Geriatria (MaP-CFarmaGeri). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019 a 2020

Fonte: Elaborada pelos autores.

Legenda: CF = Cuidado Farmacêutico; MaP-CFarmaGeri = Manual da Prática do Cuidado Farmacêutico na Geriatria.

(critérios de inclusão). Para serviços estruturados em outro nível de atenção à saúde do SUS e com especialidades para um público diferente (critérios de exclusão), o CF precisava ser moldado de acordo com a demanda.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi protocolado no portal de Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC; Nº do registro: RBR-34f2px4). O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – USP e do HCFMRP-USP (CAAE: 99298718.1.0000.5403 e 99298718.1.3001.5440, respectivamente).

■ RELATO DA EXPERIÊNCIA

Diagnóstico situacional – Caracterização da unidade

Os dados do diagnóstico situacional foram levantados via Departamento de Recursos Humanos do hospital e Departamento de Clínica Médica da FMRP-USP, do qual a geriatria é parte integrante:

- População atendida: pessoas com idade ≥ 60 anos e com enfermidades peculiares do envelhecimento (por ex.: doenças crônico-degenerativas);
- Total de leitos da enfermaria: 16;
- Média mensal de internações: 20;
- Taxa de mortalidade institucional (referente a seis meses): 6,9%;
- Profissionais atuantes na equipe de assistência: dois médicos assistentes, seis médicos residentes, 20 profissionais da equipe de enfermagem, dois nutricionistas, um psicólogo, um fisioterapeuta e um terapeuta ocupacional.
- Outras informações: a enfermaria dispunha de ambiente com acesso a computadores, prontuário eletrônico e equipamentos médicos.

Esses dados embasaram o planejamento da rotina das ações do CF e, além disso, foi possível direcionar a busca na literatura por ferramentas clínicas que pudessem atender a demanda de usuários da enfermaria.

Características profissionais

O profissional designado para o desenvolvimento das ações do CF possuía graduação em farmácia, especialização em Farmácia Clínica e Assistência Farmacêutica e Mestrado

em Ciências Farmacêuticas. Ademais, apresentava experiência profissional na área hospitalar e de ensino.

Como iniciativa de capacitação e de maneira prévia, o farmacêutico acompanhou, por um período de seis meses (de janeiro a junho de 2019), o farmacêutico clínico da enfermaria de neurologia do mesmo hospital. Nesse treinamento, foi possível habituar-se ao local proposto e se integrar com as normas e rotinas.

Adequação do procedimento e oferta do serviço

Realizou-se reunião com os médicos coordenadores da geriatria, a fim de expor a proposta do trabalho e obter a concordância dos mesmos. Posteriormente a anuência dos médicos, eles também contribuíram com o parecer das áreas em que o CF poderia atuar na unidade, haja vista a rotina já existente e, por exemplo, foi sugerida a participação do farmacêutico na reunião da equipe multidisciplinar para discussão de casos. Além disso, o farmacêutico esteve presente, previamente, em uma dessas reuniões, na qual foi possível se apresentar para equipe e expor o propósito da implantação do CF na enfermaria.

Para o software de gestão hospitalar, foi concedido login particular ao farmacêutico e página no prontuário para que fizesse as suas anotações. Ao proporcionar uma recomendação, associada as ações do CF, poderia ser programado um alerta, no prontuário eletrônico, para os demais profissionais da equipe.

O farmacêutico se dedicava 8 horas por dia para a realização do CF, sendo 5 horas na rotina da enfermaria e mais 3 horas dedicadas à pesquisas e estudo dos casos.

Serviços farmacêuticos prestados no contexto do CF: etapas do exercício das dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica

Desenvolveu-se as ações do CF na geriatria abordando a dimensão clínico-assistencial e a dimensão técnico-pedagógica para os usuários e equipe de trabalho.

Na dimensão clínico-assistencial foram realizados os serviços de acompanhamento farmacoterapêutico, incluindo a conciliação de medicamentos e a revisão da farmacoterapia⁽⁹⁾. A execução do acompanhamento farmacoterapêutico na enfermaria, com as atividades que o constituíram, foi subdividida em seções e será detalhada a seguir:

Convite e acolhimento: disponibilização do acompanhamento farmacoterapêutico após busca ativa do farmacêutico nos prontuários dos indivíduos internados ou mediante requisição de um dos membros da equipe da

geriatria. Pessoas polimedicadas ou que apresentassem possíveis problemas no seu tratamento medicamentoso, se colocavam em maior necessidade de serem consultadas pelo farmacêutico. Após a seleção, fez-se o convite para participação da consulta, com a apresentação do farmacêutico e do objetivo do acompanhamento, isto é, prevenir ou solucionar os problemas relacionados à farmacoterapia (PRF), promovendo a responsabilização, em um pacto com o indivíduo atendido e com a equipe de saúde, de que o medicamento prescrito proporcione efetividade e segurança na posologia orientada, bem como possibilite o desfecho terapêutico almejado.

Registro de informações: a sistematização dos dados obtidos durante a consulta farmacêutica foi fundamentada pelo SOAP⁽²⁵⁾ (coleta de dados Subjetivos e Objetivos para posterior Avaliação e organização do Plano de cuidado), que se caracteriza como o principal processo de documentação da prestação de assistência à saúde.

Coleta dos dados subjetivos e objetivos: versando sobre os elementos da semiologia, empregou-se a anamnese constituída pelos dados sociodemográficos e antecedentes clínicos do paciente relativos ao uso de medicamentos (Figuras 2 e 3). Entretanto, previamente, um teste de orientação espaço-temporal⁽²⁶⁾, que aborda memória recente e de longo prazo, foi aplicado no participante para garantir a fidedignidade dos relatos (Figuras 2 e 3). Dessa maneira, se o paciente respondesse corretamente no mínimo três das perguntas, foi considerado apto para relatar as informações requeridas. Caso o paciente fosse considerado inapto, fontes assessoras foram consultadas para atestar os dados (cuidador, familiar, prontuário hospitalar ou ambulatorial).

Nessa etapa também foram descritas as informações sobre os medicamentos que o paciente fazia o uso domiciliar e, consecutivamente, realizou-se a conciliação dos medicamentos (Figuras 2 e 3). Foram consultadas as seguintes fontes de confirmação dos medicamentos em uso domiciliar: I. o próprio paciente, se apto para responder; II. cuidador ou familiar; III. histórico de internações anteriores (acesso a prescrição da alta hospitalar) ou histórico de atendimento na atenção primária à saúde (informações do último atendimento prestado). Para validar as informações foi preciso que, ao menos, duas fontes de confirmação estivessem em concordância com os dados referidos, para garantir o melhor histórico medicamentoso possível e a autenticidade da conciliação dos medicamentos.

A lista de medicamentos prescritos no hospital foi atualizada diariamente e de acordo com a prescrição médica, com o intuito de analisar as modificações (Figuras 2 e 3). Os

fármacos foram nomeados conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB) e as enfermidades diagnosticadas foram descritas conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11).

Nessa fase também foram descritos todos os dados referentes ao exame físico, sinais vitais, exames patológicos e laboratoriais pertencentes ao paciente, com o propósito de monitorar a interferência (positiva ou negativa) da farmacoterapia nesses achados (Figuras 2 e 3). Essas informações foram coletadas no prontuário, no dia inicial do acompanhamento e todos os dias durante a internação, por intermédio dos exames solicitados pelo médico responsável e por meio da avaliação diária da equipe de enfermagem (procedimentos institucionais). Ademais, as informações foram relatadas conforme os termos médicos utilizados em serviços de saúde no Brasil e as referências laboratoriais adotadas pelo hospital.

Avaliação: procedeu-se a revisão da farmacoterapia para identificação de PRF (Figuras 2 e 3) durante todo o período de hospitalização do indivíduo. Então, foi averiguado se os medicamentos que estavam prescritos eram necessários e indicados para o problema de saúde apresentado ou se existia a necessidade de adicionar algum fármaco para uma condição não tratada. Além disso, certificou-se que o tratamento medicamentoso estava sendo efetivo para a estabilização do estado de saúde e sendo seguro, ou seja, sem ocorrência de reações adversas. Ocorreu, também, a avaliação sobre o entendimento do paciente em relação a sua farmacoterapia de uso domiciliar, sobre a acessibilidade aos medicamentos e demais parâmetros de adesão ao tratamento. Portanto, os PRF foram categorizados em Necessidade/Indicação, Adesão, Efetividade e Segurança⁽⁹⁾.

As avaliações foram realizadas no início do acompanhamento e sempre que ocorressem alterações na prescrição ou não houvesse melhora em alguma condição de saúde.

Para identificar os PRF, a melhor evidência clínica disponível foi utilizada como referencial teórico. Além disso, nessa etapa foi efetuada a avaliação da conciliação dos medicamentos que o participante fazia o uso domiciliar com a prescrição da internação hospitalar, conforme as informações conseguidas na seção de dados subjetivos e objetivos. A conciliação indicou discrepâncias intencionais, intencionais não documentadas e não intencionais (omissões, duplicidades, contraindicações, erros de dosagem, de via, de duração do tratamento, de diluição, de tempo de infusão ou de intervalo de doses). Os instrumentos utilizados para identificar os PRF, em concordância com os princípios da prática clínica baseada em evidências, estão retratados na Figura 4.

SEÇÃO 1 **TESTE DE ORIENTAÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL**

1. Em que ano estamos? Certo Errado

2. Qual o nome da cidade em que estamos? Certo Errado

3. Onde você mora?(Cidade/local) Certo Errado

4. Agora é 'de manhã' ou 'de tarde'? Certo Errado

Indivíduo apto (três ou mais respostas corretas): Sim Não Cuidador/a Prontuário hospitalar / ambulatorial

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ANTECEDENTES CLÍNICOS

Data da admissão hospitalar: ____ / ____ / ____ Horário: ____ : ____

Data inicial do acompanhamento farmacoterapêutico: ____ / ____ / ____ Horário: ____ : ____

Nome: N° Prontuário:

Nome da mãe:

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Cidade:

Idade: ____ (anos) Telefone:

Sexo/Gênero: Quantas pessoas moram na mesma casa: Sim Não

Cor/Etnia: Branca Amarela Preta Renda domiciliar (reais/mês):

Parda Indígena Grau de instrução:

Estado civil: Solteiro/a Casado/a Ocupação:

Viúvo/a Divorciado/a Separado/a

Alimentação (refeições/dia):

Alérgico/a (qualquer substância): Sim Não

Deambulante: Sim Não

Frequência de atividade física: (vezes por semana)

Cigarro (unidades/dia):

Bebida alcoólica (doses/dia):

Comorbidades [descrever o tempo de diagnóstico]: [] [] []

Hospitalizações anteriores [diagnóstico (data)]: [()] [()] [()]

Cirurgias anteriores [procedimento (data)]: [()] [()] [()]

Causa/motivo da internação atual: | |

Queixas:

Expressões subjetivas pronunciadas pelo indivíduo (sobre a enfermidade, o tratamento ou a internação):

Impressões subjetivas do farmacêutico (sobre o indivíduo, condições ou tratamento):

Histórico de reação adversa a medicamento:

Data	Fármaco associado	Tipo da reação	Duração	Conduta

Fontes de informação: Próprio indivíduo Cuidador/a ou Familiar Internações anteriores Atenção Primária à saúde Frascos/Lista de medicamentos

CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Medicamentos em uso antes da internação (1ª fonte de confirmação)					Medicamentos em uso antes da internação (2ª fonte de confirmação)					Medicamentos prescritos na internação atual - Data ____ / ____ / ____ (Fonte: Prontuário)							
Fármaco	Via	Dose	Modo de uso	Tempo de uso	Indicação	Fármaco	Via	Dose	Modo de uso	Tempo de uso	Indicação	Fármaco	Via	Dose	Modo de uso	Tempo de uso	Indicação

Exame físico: Data: ____ / ____ / ____

Peso (Kg): Altura (cm): Circunferência abdominal (cm): Circunferência do quadril (cm):

Sinais vitais, exames laboratoriais e patológicos (Data: ____ / ____ / ____ Horário: h: ____ min)

Temperatura corporal (grau Celsius)	_____ °C
Pressão arterial (milímetro de mercúrio)	_____ mmHg
Frequência cardíaca (batimentos por minuto)	_____ bpm
Saturação periférica de oxigênio (porcentagem)	_____ %
Dor - Escala Visual Analógica (milímetros)	_____ mm
Glicemia (miligramas por decilitro)	Jejum _____ mg/dL Pós-prandial _____ mm/dL
Hemoglobina glicada - HbA1c (porcentagem)	_____ %
Creatinina(miligramas por decilitro)	_____ mg/dL
Outros:	

Figura 2 – Seção 1 do modelo da ficha do acompanhamento farmacoterapêutico. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019 a 2020

Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: Kg = Quilograma; cm = Centímetro; h = Hora; min = Minuto

SEÇÃO 2

Avaliação da conciliação de medicamentos

Discrepâncias: <input type="radio"/> Intencional <input type="radio"/> Intencional não documentada	Detalhes e fármacos associados: <input type="radio"/> Decisão médica <input type="radio"/> Justificada pela situação clínica Fármaco: _____ Detalhes: _____	Discrepâncias: <input type="radio"/> Não Intencional	Detalhes e fármacos associados: <input type="radio"/> Omissão <input type="radio"/> Erro de dosagem <input type="radio"/> Erro de diluição <input type="radio"/> Erro intervalo doses <input type="radio"/> Erro de duração do tratamento <input type="radio"/> Erro tempo de infusão <input type="radio"/> Erro via de administração <input type="radio"/> Duplicidade <input type="radio"/> Contraindicação Fármaco: _____ Detalhes: _____
---	--	--	--

Algoritmos e avaliação das funções do organismo

Índice de Massa Corporal - IMC (kg/m ²) <input type="checkbox"/> < 18,5 [Abaixo do peso]; <input type="checkbox"/> 18,5-24,9 [Recomendado]; <input type="checkbox"/> 25,0-29,9 [Excesso de peso]; <input type="checkbox"/> > 30 [Obesidade].	Taxa de Filtração Glomerular - TFG Equação CKD-EPI > Resultado: _____ Idade (anos) TFG média (mL / min / 1,73 m ²) 60 - 69 85 Mais de 70 75	Estratificação de Risco Cardiovascular (Diretriz de dislipidemias) <input type="checkbox"/> Baixo; <input type="checkbox"/> Intermediário; <input type="checkbox"/> Alto; <input type="checkbox"/> Muito alto.
--	---	--

REVISÃO DA FARMACOTERAPIA

Medicamentos prescritos na internação atual - Data ____/____/____ (Fonte: Prontuário)						PRF			
Fármaco	Via	Dose	Modo de uso	Tempo de uso	Indicação	Necessidade	Adesão	Efetividade	Segurança

Problemas observados: _____

Referências consultadas que evidenciam os achados

- Dynamed® - Detalhar referência: _____
- Micromedex® - Detalhar referência: _____
- Critérios de Beers - Detalhar referência: _____
- Critérios STOPP/START - Detalhar referência: _____
- Causalidade de RAM (WHO-UMC) - Detalhar referência: _____
- Protocolos terapêuticos ou Diretrizes - Detalhar referência: _____

Data e Horário da disponibilização das informações do plano de cuidado no prontuário hospitalar:

____/____/____ h: ____ min

Orientação do acompanhamento farmacoterapêutico	1	_____
	2	_____
Indicadores de resolutividade	1	<input type="radio"/> Avaliação da melhora das condições do indivíduo / sinais vitais <input type="radio"/> Exames laboratoriais / patológicos Descrição do indicador: _____ Tempo de monitorização: _____
	2	<input type="radio"/> Avaliação da melhora das condições do indivíduo / sinais vitais <input type="radio"/> Exames laboratoriais / patológicos Descrição do indicador: _____ Tempo de monitorização: _____
	3	_____
	4	_____

Recomendação direcionada para: Equipe médica Equipe de enfermagem Outros profissionais: _____

A recomendação foi acatada (prazo máximo 48h): Sim Não Parcialmente - Justificativa: _____

O indivíduo ou familiar / cuidador foi informado sobre as recomendações: Sim Não - _____/_____/_____

Expressões pronunciadas pelo indivíduo ou familiar / cuidador: _____ Data: _____

Figura 3 – Seção 2 do modelo da ficha do acompanhamento farmacoterapêutico. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019 a 2020
 Fonte: Elaborado pelos autores.
 Legenda: Kg = Quilograma; mL = mililitro; m² = Metro Quadrado; min = Minuto; CKD-EPI = Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration; PRF = Problemas Relacionados à Farmacoterapia; RAM = Reação Adversa a Medicamento.

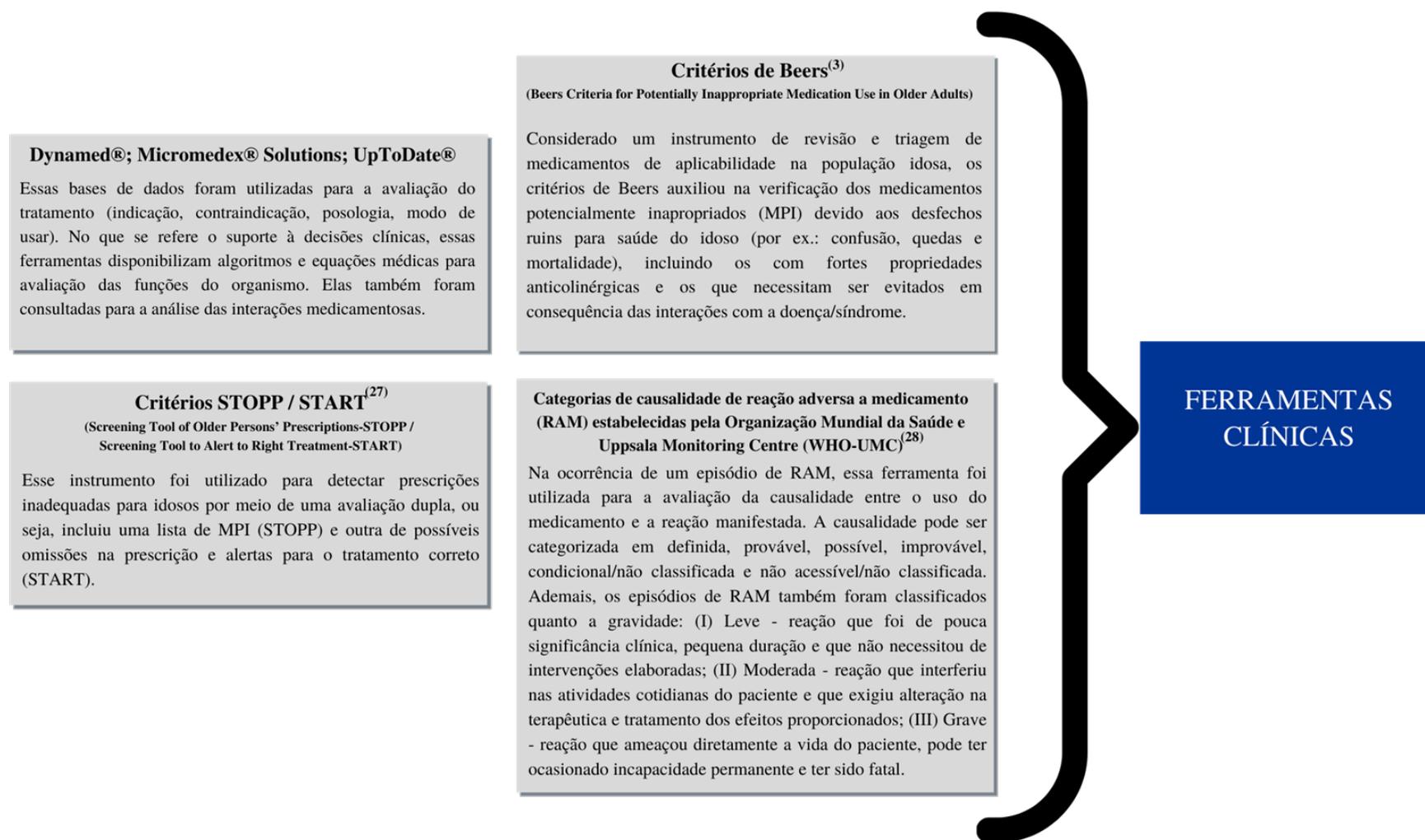


Figura 4 – Ferramentas utilizadas, como referencial da prática em saúde baseada em evidências, para suporte às decisões clínicas em relação aos problemas relacionados à farmacoterapia. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019 a 2020

Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: MPI = Medicamentos Potencialmente Inapropriados; RAM = Reação Adversa a Medicamento.

Ademais, mediante a condição clínica particular de cada pessoa, foram consultados, também, os protocolos terapêuticos e diretrizes de referência.

Plano de cuidado e indicadores de resolutividade: organizou-se o plano de cuidado para solucionar ou prevenir PRF, bem como proporcionar a monitorização dos desfechos clínicos esperados (Figuras 2 e 3). Para cada PRF identificado foi feita recomendação para prevenção ou solução e, portanto, houve a condução singular das ações e resultados. Os planos foram efetuados sempre que a fase de avaliação apontou uma necessidade e, também, para as manutenções necessárias.

O plano seguiu os elementos da saúde baseada em evidências. As ferramentas disponíveis para o suporte à decisões clínicas (Dynamed®, Micromedex®, UpToDate®, Critérios de Beers⁽³⁾, Critérios STOPP / START⁽²⁷⁾, protocolos terapêuticos e diretrizes), também estruturaram as recomendações do acompanhamento farmacoterapêutico e, assim sendo, as condutas foram designadas pela literatura científica e pelo raciocínio clínico adquirido. Além disso, as orientações também incluíam indicadores de resolutividade, ou seja, de acordo com as evidências científicas, um ou mais parâmetros clínicos (sinais vitais, biomarcadores verificados em exames laboratoriais e patológicos, análise do restabelecimento das funções do organismo e entre outros) eram estabelecidos para serem supervisionados e, assim, foi possível observar a efetividade do plano (por ex.: controle da pressão arterial e/ou da glicemia a níveis estabelecidos para população alvo e em *guidelines* oficiais).

O plano foi disponibilizado no prontuário do paciente, algumas orientações pertinentes também foram reforçadas via contato verbal com os profissionais e após o prazo máximo de 48 horas, foi averiguado se a equipe da geriatria acatou a conduta. Na ocorrência da não aprovação da recomendação e por meio de justificativa pertinente, outras propostas de cuidado puderam ser indicadas, conforme a avaliação dos argumentos. Os casos clínicos, junto com os planos de cuidado, também foram expostos nas reuniões clínicas da enfermaria.

Programou-se que as recomendações sugeridas estivessem pactuadas com a equipe de saúde, com o paciente e com os familiares ou cuidadores, a fim de dar continuidade nos princípios do cuidado centrado na pessoa.

Continuação do acompanhamento: nas transferências internas do paciente e na alta hospitalar, realizava-se, novamente, a conciliação de medicamentos. O objetivo era analisar a prescrição de alta/transferência quanto à

concordância desta com a história clínica prévia à internação e com as condutas realizadas durante a hospitalização. Se detectada alguma discrepância, era feito contato com o médico prescritor.

O farmacêutico abordou o paciente ou familiar/cuidador, pessoalmente e junto com a equipe multidisciplinar, por meio de uma dinâmica integrativa de educação em saúde. A dinâmica era composta por síntese das alterações, associadas a farmacoterapia, sucedidas durante a internação, dentre elas, modificações posológicas, descontinuação e novos medicamentos prescritos. Ainda, em relação aos novos medicamentos, ocorreu a notificação sobre modo de administração, potenciais eventos adversos, adesão e custos.

Quando possível, também aconteceu a contatação com o profissional responsável pela unidade em que ocorreria a transferência ou com o serviço de atenção primária à saúde no qual o paciente estava vinculado, para a ciência das condutas realizadas e das novas demandas do paciente.

Ademais às atividades clínico-assistenciais do CF, vale descrever, também, as ações educacionais de promoção ao uso adequado de medicamentos para os profissionais da saúde e para a comunidade, ou seja, a execução da dimensão técnico-pedagógica.

Houve a disponibilização de conteúdo didático, mediante os princípios da saúde baseada em evidências e de acordo com a manifestação ou a constatação de demandas. O Quadro 1 reporta as atividades sistematizadas que foram proporcionadas e o público de direcionamento das mesmas.

Exercício da prática

O CF na geriatria foi supervisionado por dois farmacêuticos, docentes da FCFRP-USP, com expertise nas áreas de farmácia clínica, assistência farmacêutica e segurança do paciente. Também obteve-se consentimento de três médicos, professores do departamento de clínica médica da FMRP-USP. A equipe de enfermagem e todos os profissionais da geriatria do HCFMRP-USP também tiveram conhecimento do procedimento adotado para a implantação do CF na unidade e a chance de opinar sobre o mesmo. Assim sendo, considerou-se que foi obtido a certificação teórica do conteúdo.

Em relação a prática e execução das ações do CF no setor, entre agosto de 2019 a janeiro de 2020 mais de 60 pacientes foram acompanhados pelo CF e, além disso, os participantes demonstraram bom entendimento e aceitação da técnica. O procedimento mostrou-se satisfatório para o objetivo proposto.

Público-alvo	Atividades Técnico-pedagógicas
<p>Profissionais de saúde</p>	<p style="text-align: center;">Exemplos de apresentações expositivas dialogadas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Farmacoterapia da dor no paciente idoso hospitalizado; 2. Medicamentos associados ao risco de queda; 3. Farmacoterapia que contribui na sexualidade de idosos e medicamentos que interferem nessa condição; 4. Tratamento da insônia; 5. Manejo do delirium na internação hospitalar; 6. Farmacoterapia da depressão na população idosa; 7. Assistência a pessoas com demências; 8. Nefrite Intersticial Aguda/Alérgica (NIA) induzida por medicamentos. <p style="text-align: center;">Material informativo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aspectos sobre partição de comprimidos; 2. Administração de medicamentos por sonda enteral.
<p>Usuários do serviço de saúde</p>	<p style="text-align: center;">Comunicação dialógica e material informativo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Educação em saúde relacionada a farmacoterapia (por exemplo: preparo e aplicação de insulina); 2. Informe sobre reconciliação dos medicamentos descontinuados e os iniciados; 3. Utilização de pictogramas para o adequado seguimento do tratamento prescrito.

Quadro 1 – Ações da dimensão técnico-pedagógica do cuidado farmacêutico realizadas na geriatria. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019 a 2020

Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: NIA = Nefrite Intersticial Aguda/Alérgica.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo descreveu uma experiência exitosa de vida real relacionada à inserção do cuidado farmacêutico ao serviço da equipe de saúde e a implantação do mesmo em uma enfermaria de assistência geriátrica. O planejamento e do MaP-CFarmaGeri obteve validação teórica por parte de outros profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional e boa aceitação por parte dos pacientes acompanhados. Nesse sentido, entendemos que o MaP-CFarmaGeri pode suportar a atuação do cuidado farmacêutico em outras unidades geriátricas. Em contrapartida, foram utilizadas ferramentas elaboradas especificamente para o acompanhamento da população idosa, o que limita a generalização do instrumento para outros cenários que envolvem diferentes especialidades médicas.

Nosso estudo apresenta implicações para a prática clínica, uma vez que o cuidado farmacêutico tem um reconhecido potencial para promover o uso adequado de medicamentos

e a melhora da qualidade de vida das pessoas assistidas. O estudo inclui todas as áreas prioritárias do desafio global da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, por meio do qual a Organização Mundial da Saúde incentiva a condução de pesquisas que objetivam a disseminação de estratégias para a segurança no uso de medicamentos. Em adição, por adotar princípios da prática em saúde baseada em evidências e por enfatizar a articulação dos profissionais existentes no sistema, o MaP-CFarmaGeri tem o potencial para tornar-se uma referência para a aprendizagem multidisciplinar. Por fim, há implicações para a prática interdisciplinar, uma vez que o cuidado farmacêutico promove serviços (por exemplo: acompanhamento farmacoterapêutico, conciliação de medicamentos e revisão da farmacoterapia) que são importantes apoios aos demais profissionais, especialmente às equipes médica e de enfermagem. O trabalho em equipe e as condutas baseadas em decisões compartilhadas favorecem a oferta de cuidados em saúde mais humanizados e qualificados.

■ REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- Ghibelli S, Marengoni A, Djade CD, Nobili A, Tettamanti M, Franchi C, et al. Prevention of inappropriate prescribing in hospitalized older patients using a computerized prescription support system (INTERcheck®). *Drugs Aging*. 2013;30(10):821-8. doi: <https://doi.org/10.1007/s40266-013-0109-5>
- American Geriatrics Society. American geriatrics society 2019 updated AGS beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(4):674-94. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.15767>
- Ayalew MB, Tegegn HG, Abdela OA. Drug related hospital admissions; a systematic review of the recent literatures. *Bull Emerg Trauma*. 2019;7(4):339-46. doi: <https://doi.org/10.29252/BEAT-070401>
- World Health Organization. Medication without harm: global patient safety challenge on medication safety [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2021 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>
- World Health Organization. Medication safety in polypharmacy: technical report [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2021 Aug 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325454/WHO-UHC-SDS-2019.11-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist in the Health Care System and World Health Organization. Division of Drug Management and Policies. The role of the pharmacist in the health care system: preparing the future pharmacist [Internet]. Geneva: WHO; 1997 [cited 2021 Aug 20]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63817/WHO_PHARM_97_599.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rahayu SA, Widiyanto S, Defi IR, Abdulah R. Role of pharmacists in the interprofessional care team for patients with chronic diseases. *J Multidiscip Healthc*. 2021;14:1701-10. doi: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S309938>
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Coleção cuidado farmacêutico na atenção básica: aplicação do método clínico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2021 ago 20]. Disponível em: <https://assistencia-farmacutica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/cuidado-farmacutico-metodo-clinico/>
- Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial União*. 2006 out 20 [citado 2021 ago 20];143(202 Seção 1):142-5. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/10/2006&jornal=1&pagina=142&totalArquivos=224>
- Mestres C, Hernandez M, Agustí A, Puerta L, Llagostera B, Amorós P. Development of a pharmaceutical care program in progressive stages in geriatric institutions. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):316. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-1002-1>
- Meijvis VAM, Heringa M, Kwint HF, Wit NJ, Bouvy ML. The CombiConsultation: a new concept of sequential consultation with the pharmacist and practice nurse/general practitioner for patients with a chronic condition. *Int J Clin Pharm*. 2021. doi: <https://doi.org/10.1007/s11096-021-01350-y>
- Li D, Sun CL, Kim H, Soto-Perez-de-Celis E, Chung V, Koczywas M, et al. Geriatric Assessment-Driven Intervention (GAIN) on chemotherapy-related toxic effects in older adults with cancer: a randomized clinical trial. *JAMA Oncol*. 2021;7(11):e214158. doi: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2021.4158>
- Bloomfield K, Wu Z, Broad JB, Tatton A, Calvert C, Hikaka J, et al. Learning from a multidisciplinary randomized controlled intervention in retirement village residents. *J Am Geriatr Soc*. 2021. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.17533>
- Didier A, Dzemaili S, Perrenoud B, Campbell J, Gachoud D, Serex M, et al. Patients' perspectives on interprofessional collaboration between health care professionals during hospitalization: a qualitative systematic review. *JBI Evid Synth*. 2020;18(6):1208-70. doi: <https://doi.org/10.11124/JBISRIIR-D-19-00121>
- Basile LC, Santos A, Stelzer LB, Alves RC, Fontes CMB, Borgato MH, et al. Incident analysis occurrence related to potentially dangerous medicines distributed in teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180220. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180220>
- Morais DA, Moraes CMG, Souza KM, Alves RL. Mobile pre-hospital care reorganization during the COVID-19 pandemic: experience report. *Rev Bras Enferm*. 2021;75(Suppl 1):e20200826. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0826>
- Lima GRG, Albuquerque GMA, Amaral TLM, Prado PR. Nursing care to COVID-19 patients on hemodialysis and in prone position: an experience report. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210118. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0118>
- Herber S, Rodrigues FA, Vaccari A. Course for the qualification of nurses in the care of children with genetic diseases: an experience report. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(spe):e20200193. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200193>
- Bernardes JM, Ruiz-Frutos C, Moro ARP, Dias A. A low-cost and efficient participatory ergonomic intervention to reduce the burden of work-related musculoskeletal disorders in an industrially developing country: an experience report. *Int J Occup Saf Ergon*. 2021;27(2):452-9. doi: <https://doi.org/10.1080/10803548.2019.1577045>
- Thygeson NM, Logan C, Lindberg C, Potts J, Suchman A, Merchant R, et al. Relational interventions for organizational learning: an experience report. *Learn Health Syst*. 2021;5(3):e10270. doi: <https://doi.org/10.1002/lrh2.10270>
- Lima-Silva TB, de Almeida EB, Borges FSPS, Ordonez TN, Domingues MAR. Extramural gerontology management devising an integrating record for a geriatric care service, an experience report. *Dement Neuropsychol*. 2021;15(1):112-20. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-010012>
- Moreira MF, Nóbrega MML, Silva MIT. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2003 [citado 2021 ago 20];56(2):184-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/reben/a/cmSgrLkvm9Sk5XYHZBD6R/?lang=pt&format=pdf>
- Torres HC, Candido NA, Alexandre LR, Pereira FL. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em diabetes. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(2):312-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200023>
- Zierler-Brown S, Brown TR, Chen D, Blackburn RW. Clinical documentation for patient care: Models, concepts, and liability considerations for pharmacists. *Am J Health Syst Pharm*. 2007;64(17):1851-8. doi: <https://doi.org/10.2146/ajhp060682>
- Rhalimi F, Rhalimi M, Rauss A. Pharmacist's comprehensive geriatric assessment: introduction and evaluation at elderly patient admission. *Drugs Real World Outcomes*. 2017;4(1):43-51. doi: <https://doi.org/10.1007/s40801-016-0098-x>
- O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. 2015;44(2):213-8. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afu145>
- World Health Organization. Uppsala Monitoring Centre. The use of the WHO-UMC system for standardised case causality assessment [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2021 Aug 20]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/medicines/pharmacovigilance/whocausality-assessment.pdf?sfvrsn=5d8130bb_2&download=true

■ **Agradecimentos:**

Aos profissionais da enfermagem da geriatria do HCFMRP-USP e aos participantes da pesquisa, que voluntariamente consentiram e contribuíram para a concepção desta evidência científica. Ao Centro de Pesquisa em Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica (CPAFF) da USP de Ribeirão Preto. À agência de fomento Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que concedeu bolsa para o autor Alan Maicon de Oliveira [Nº do processo: 88882.328412/2019-01].

■ **Contribuição de autoria:**

Conceituação: Alan Maicon de Oliveira, Fabiana Rossi Varallo, Leonardo Régis Leira Pereira.

Curadoria de dados: Alan Maicon de Oliveira, João Paulo Vilela Rodrigues.

Análise formal: Fabiana Rossi Varallo, Leonardo Régis Leira Pereira.

Aquisição de financiamento: Alan Maicon de Oliveira, Leonardo Régis Leira Pereira.

Investigação: Alan Maicon de Oliveira, João Paulo Vilela Rodrigues.

Metodologia: Alan Maicon de Oliveira, Fabiana Rossi Varallo, Leonardo Régis Leira Pereira.

Administração de projeto: Fabiana Rossi Varallo, Leonardo Régis Leira Pereira.

Recursos: Alan Maicon de Oliveira, João Paulo Vilela Rodrigues.

Supervisão: Fabiana Rossi Varallo, Leonardo Régis Leira Pereira.

Validação: Alan Maicon de Oliveira, Fabiana Rossi Varallo, João Paulo Vilela Rodrigues, Leonardo Régis Leira Pereira.

Visualização: Alan Maicon de Oliveira.

Escrita – rascunho original: Alan Maicon de Oliveira.

Escrita – revisão e edição: Alan Maicon de Oliveira, Fabiana Rossi Varallo, João Paulo Vilela Rodrigues, Leonardo Régis Leira Pereira.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Alan Maicon de Oliveira

E-mail: alanoliveira@usp.br

Recebido: 24.08.2021

Aprovado: 16.12.2021

Editor associado:

Taline Bavaresco

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti