

Telefarmácia na alta hospitalar: atuação farmacêutica na desospitalização – um estudo piloto

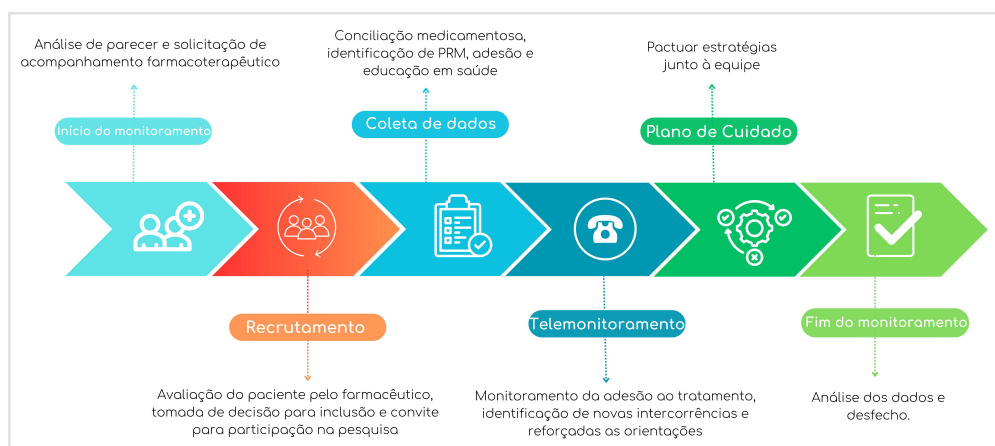
Julia Talarico Matos¹  Ellen Camurça Sampaio Corrêa¹  Isabela de Lima Martins¹ 
Valesca Leitão Costa Gomez¹  Andrea Teixeira de Almeida Alves¹  Zilda de Santana Gonsalves¹ 

¹Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – INTO. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.
E-mail: juliatarico.farmacia@gmail.com

Highlights

- Estudo piloto realizado no instituto de referência nacional em traumatologia e ortopedia.
- Estruturação de serviços farmacêuticos na desospitalização institucional.
- Telemonitoramento farmacêutico como estratégia de acompanhamento pós-alta.
- Transição do cuidado como ponto crítico para a segurança do paciente.
- Integração do farmacêutico na qualificação do cuidado multiprofissional.

Resumo Gráfico




Resumo

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde que viabiliza a continuidade do tratamento em domicílio. A participação do farmacêutico na AD visa assegurar o uso racional de medicamentos, otimizar a adesão ao tratamento e identificar, prevenir e minimizar problemas relacionados ao uso dos medicamentos. O estudo piloto objetivou estruturar as ações dos serviços farmacêuticos às demandas da área de atendimento domiciliar do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, localizado no município do Rio de Janeiro, Brasil. Trata-se de estudo piloto longitudinal, com abordagem quantitativa, realizado no período de junho a outubro de 2025. Foram incluídos 22 participantes com cadastro ativo da área de atendimento domiciliar do instituto e que apresentaram pelo menos dois dos seguintes critérios: uso de quatro ou mais medicamentos, presença de comorbidades associadas e/ou que apresentaram reações adversas a medicamentos durante o período de internação. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semiestruturado, aplicado individualmente aos participantes no momento iminente à alta hospitalar, seguido de telemonitoramento, após 15 dias, e pela análise do prontuário eletrônico. Os resultados podem sugerir a relevância da atuação farmacêutica na transição do cuidado, com destaque para a identificação de 55 problemas relacionados a medicamentos. Sugere-se que a inserção do farmacêutico no atendimento domiciliar pode contribuir para a segurança do paciente na transição do cuidado, podendo qualificar a assistência multiprofissional e o fortalecimento da integralidade do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar. Assistência Farmacêutica. Reconciliação de Medicamentos. Efeitos Adversos. Monitoramento Remoto de Pacientes.

Editor de área: Edison Barbieri

Avaliadora: Thuane Sales Gonçalves 

Avaliadora: Jaqueline Gleice Aparecida de Freitas 

Mundo Saúde. 2026,50:e19972026

O Mundo da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.

<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br>

Recebido: 26 março 2026.

Aceito: 08 junho 2026.

Publicado: 26 junho 2026.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de assistência à saúde, voltada para o atendimento de pacientes cujas condições de saúde podem ser manejadas em ambiente domiciliar. Nas décadas de 1990 e 2000, as concepções e experiências em unidade de saúde pública contribuíram para evolução dessa modalidade de cuidado¹. No Sistema Único de Saúde (SUS), a AD é regulamentada pela Portaria nº 825/2016, que redefine suas diretrizes e modalidades de cuidado e pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, que dispõe sobre a organização e o funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMC)^{2,3}. Esse processo deve ser planejado de forma integrada, com cuidados coordenados em rede, abrangendo todo percurso assistencial do usuário. Essa abordagem contribui para um cuidado mais humanizado, com foco na educação em saúde, na gestão de leitos hospitalares, no planejamento em saúde e no fortalecimento do protagonismo do paciente no seu autocuidado⁴.

A desospitalização constitui uma das principais portas de entrada para AD no SUS, configurando-se como um processo de transição segura do cuidado do ambiente hospitalar para o domiciliar, cuja finalidade é assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado após a alta hospitalar⁵. O processo da desospitalização vai além da simples antecipação da alta hospitalar, envolve um planejamento prévio, estratégico e multiprofissional. Nesse sentido, constitui-se como elo essencial entre os serviços hospitalares e a AD, garantindo que a assistência prestada no domicílio seja uma extensão qualificada do cuidado iniciado no ambiente hospitalar¹. A atuação multiprofissional nesse processo é fundamental para assegurar uma transição segura e eficaz. A integração entre diferentes profissionais de saúde favorece o planejamento da alta e a continuidade do cuidado, onde a troca de práticas e saberes possibilita um atendimento integral. No processo da desospitalização, esse trabalho integrado está associado à redução do tempo de internação, dos custos hospitalares, das reinternações, além da melhoria da qualidade do cuidado⁶.

No contexto do cuidado multiprofissional, destacam-se as ações do farmacêutico, cuja contribuição visa garantir a segurança no uso dos medicamentos. Uma orientação clara e detalhada no momento da alta hospitalar é crucial para mitigar Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) e complicações no desfecho clínico do paciente⁷. A farmacoterapia ideal deve atender a quatro critérios fundamentais: necessidade, adesão, efetivi-

dade e segurança. Assim, o paciente deve utilizar apenas os medicamentos necessários, compreender e aderir ao tratamento, alcançar os resultados terapêuticos esperados e não apresentar problemas decorrentes do uso de medicamentos, nem agravamento de condições pré-existentis⁸. A oferta do cuidado farmacêutico no processo de desospitalização envolve uma série de medidas. Entre essas, destaca-se o planejamento antecipado da alta, que inclui a avaliação da farmacoterapia e das condições clínicas, a orientação sobre a continuidade do tratamento em domicílio e a adequação dos recursos necessários no processo de cuidado. A implementação de estratégias de monitoramento remoto e visitas domiciliares também são componentes essenciais para garantir que o paciente receba o suporte necessário durante o cuidado em domicílio. Essas ações devem ser planejadas e estruturadas antecipadamente e envolver a família no processo de orientação e preparação para a transição de cuidados. Neste cenário, o farmacêutico pode contribuir para redução de riscos associados ao uso inadequado de medicamentos, na prevenção de reinternações, na promoção da adesão ao tratamento e no manejo adequado das condições de saúde. Assim, o desenvolvimento de serviços farmacêuticos estruturados, como a conciliação medicamentosa, o acompanhamento farmacoterapêutico, a educação em saúde e o telemonitoramento, são fundamentais para melhorar a qualidade do cuidado⁹.

De acordo com a Resolução nº 727/2022 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), a Telefarmácia é a atividade da Farmácia Clínica, a qual é interceptada por Tecnologia da Informação e de Comunicação (TIC), de forma remota, em tempo real (síncrona) ou assíncrona, para fins que visem a promoção, proteção, monitoramento, recuperação da saúde, bem como para resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. Essa prática tem ganhado destaque, pois insere-se como estratégia inovadora de ampliação do acesso e da continuidade do cuidado devido à sua capacidade de fornecer cuidados farmacêuticos de forma eficaz e com a vantagem de garantir a acessibilidade a uma ampla gama de pacientes, onde barreiras geográficas e limitações funcionais podem comprometer o acompanhamento presencial^{10,11}. Evidências recentes apontam que a Telefarmácia pode contribuir para a melhora dos desfechos clínicos ao fortalecer o vínculo entre os profissionais e o usuário e otimizar o uso dos recursos em saúde, consolidando-se como uma ferramenta estratégica para a oferta de

serviços farmacêuticos. Esse serviço contribui para a segurança do paciente e a qualificação das práticas assistenciais, especialmente para os que residem em locais remotos ou em situações nas quais o contato presencial não é possível¹². Nesse cenário, este estudo visou estruturar o processo para a

oferta de serviços farmacêuticos no contexto da desospitalização, incluindo revisão da farmacoterapia da prescrição de alta, conciliação medicamentosa, acompanhamento farmacoterapêutico e telemonitoramento dos pacientes após a alta hospitalar.

METODOLOGIA

Delimitação do estudo

Trata-se de estudo piloto longitudinal, com abordagem quantitativa, focado na identificação de PRM, acompanhamento farmacoterapêutico e desenvolvimento de ações de educação em saúde a pacientes elegíveis da Área de Atendimento Domiciliar (ADOMI) do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), no período de junho a outubro de 2025.

Local do estudo

O estudo foi conduzido no INTO, referência nacional em tratamento cirúrgico ortopédico, localizado no município do Rio de Janeiro. A ADOMI, criada em 2004, atua como estratégia de cuidado domiciliar para assegurar a continuidade do tratamento ortopédico. O serviço organiza as modalidades de atendimento conforme as condições territoriais: telemonitoramento e teleconsultas multiprofissionais para pacientes residentes em áreas de risco ou conflagradas; visitas domiciliares para pacientes residentes em localidades situadas até 60 km do instituto. A equipe do serviço é multiprofissional, composta por profissionais administrativos, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, que atuam de forma integrada no suporte ao cuidado⁴.

Seleção e recrutamento dos participantes

Os participantes foram recrutados por meio da análise de solicitações para desospitalização registradas no sistema de gestão hospitalar SoulMV[®] e por demandas encaminhadas pela equipe multiprofissional da ADOMI que indicaram necessidade de acompanhamento farmacoterapêutico. Cada caso foi avaliado individualmente por um farmacêutico, que aplicou os critérios de inclusão preestabelecidos. O primeiro contato ocorreu presencialmente, à beira-leito, no momento iminente à alta hospitalar, quando os pacientes foram convidados a participar da pesquisa e, em caso de aceitação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalta-se que o farmacêutico não está formalmente inserido no protocolo institucional de alta hospitalar, o que reforça a relevância de estratégias que

ampliem sua atuação na transição do cuidado. Na ocasião, o farmacêutico forneceu orientações iniciais sobre o uso correto dos medicamentos, identificou possíveis PRM e explicou a modalidade de acompanhamento farmacoterapêutico que seria ofertada após a alta. Inicialmente, estimou-se que a amostra seria composta por aproximadamente 54 participantes, com base na média de atendimentos realizados pelo setor de atendimento domiciliar no ano de 2024 (251 pacientes), com previsão de uma média de 18 atendimentos mensais durante o período de recrutamento do estudo.

Crítérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo participantes maiores de 18 anos, que atenderam a pelo menos dois dos seguintes critérios: uso de quatro ou mais medicamentos (polifarmácia), histórico de Reação Adversa a Medicamento (RAM) durante a internação e/ou presença de comorbidades associadas. No entanto, foram excluídos do estudo participantes que receberam alta nos finais de semana, assim como aqueles com os quais não foi possível estabelecer contato telefônico. Como estratégia para manejo das perdas de seguimento, foram realizadas até duas tentativas de contato telefônico por dia, em um período máximo de dois dias consecutivos. Na ausência de retorno após esse intervalo, os participantes foram classificados como perdas de seguimento.

Avaliação e monitoramento

Primeira etapa - Avaliação Inicial: Buscou-se avaliar a relação prévia dos participantes com o uso de medicamentos em domicílio, incluindo aspectos relacionados ao conhecimento, organização e manejo da farmacoterapia. Nessa fase utilizou-se o formulário estruturado, adaptado a partir do modelo proposto por Souza *et al.*¹³, com adequações voltadas ao contexto do atendimento domiciliar e às necessidades do acompanhamento farmacoterapêutico. O processo de construção e adaptação do instrumento também foi fundamentado em referências teóricas, incluindo adaptação dos elementos do teste de Morisky–Green¹⁴, utilizado para avalia-

ção da adesão ao tratamento farmacoterapêutico. O instrumento proposto é composto por questões fechadas destinadas a coletar informações sobre hábitos de vida, adesão e acesso aos medicamentos, bem como a identificação de PRM⁸ e possíveis dificuldades relacionadas ao uso em domicílio. O instrumento também apresenta campos abertos destinados a coletar dados sociodemográficos, condições de saúde e armazenamento dos medicamentos em domicílio e encontra-se disponível no Material Suplementar 1 deste estudo. Ressalta-se que o questionário passou por atualizações ao longo da condução do estudo, as quais refletem o caráter dinâmico do acompanhamento farmacoterapêutico, sendo necessárias validações futuras para assegurar sua consistência e reprodutibilidade.

Segunda etapa - Telemonitoramento: Ocorreu por telemonitoramento via contato telefônico, aproximadamente 15 dias após a alta hospitalar. Nessa fase, foi avaliado a adesão ao tratamento, identificação de novas intercorrências e reforçadas as orientações e intervenções adicionais. Esse intervalo foi estabelecido com o objetivo de assegurar tempo hábil para a coleta de dados no período estipulado para acompanhamento.

Elaboração do material educativo

O folheto educativo foi elaborado pelos autores, com base no conhecimento técnico-científico

e na experiência clínica na área, com o objetivo de orientar pacientes quanto ao uso seguro de medicamentos, promover a adesão ao tratamento e prevenir problemas relacionados a medicamentos. O material foi direcionado a pacientes em processo de alta hospitalar, visando facilitar a compreensão das orientações farmacoterapêuticas.

Análise sociodemográfica farmacoterapêutica

A análise sociodemográfica foi realizada com base nos dados extraídos do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), disponível no sistema de gestão institucional MVSoul[®], incluindo variáveis como idade, gênero, comorbidades e outras características relevantes para o estudo. O histórico farmacoterapêutico foi classificado conforme o sistema Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)¹⁵, que possibilitou a categorização dos medicamentos prescritos segundo o sistema ou órgão de ação, possibilitando a identificação de padrões de uso e a análise do perfil farmacoterapêutico dos participantes. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, considerando os critérios estabelecidos para a interpretação dos resultados, sendo apresentados em tabelas, gráficos e percentuais. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INTO, obedecendo às diretrizes da Portaria nº 466/2012 sob CAAE nº 86935125.1.0000.5273 e parecer nº 7.810.984.

RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, bem como a análise de elegibilidade conduzida pelo farmacêutico, 22 participantes foram efetivamente incluídos no estudo. A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos participantes. Observa-se que a amostra foi composta majoritariamente por indivíduos do sexo feminino n=18 (81,8%). A distribuição etária revela concentração na faixa de 60 a 79 anos (54,5%), seguida pelo grupo de 40 a 59 anos e 80 anos ou mais n=6 (27,3%) e n=3 (13,6%), respectivamente, caracterizando um perfil composto por adultos com idade avançada. Quanto à cor/raça, a maioria dos participantes se autodeclarou branca, n=14 (63,6%), enquanto n=6 (27,3%) se identificaram como pardos e n=2 (9,1%) como pretos. Sobre o estado civil, a maior proporção era de indivíduos solteiros,

n=7 (31,8%), seguido por casado(a), n=6 (27,3%), e viúvo(a), n=5 (22,7%). A religião predominante foi a católica, n=10 (45,5%) e as demais categorias ficaram distribuídas entre evangélica, n=6 (27,3%), e espírita, n=3(13,6%). Por fim, no quesito ocupação/situação profissional, a maior frequência foi observada na categoria de empregado(a), n=8 (36,4%), e pessoas dedicadas ao trabalho doméstico, n=7 (31,8%), além de aposentados/pensionistas, n=5 (22,7%).

Quanto à procedência de localização geográfica, observou-se predominância dos participantes oriundos da Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro (n=18; 82%), seguida pelas Baixadas Litorâneas (n=3; 14%) e pela Costa Verde (n=1; 4%). Não houve representação das demais regiões do estado.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de participantes atendidos em unidade especializada em traumatologia e ortopedia no Rio de Janeiro, Brasil, 2026.

Variável	Categoria	Nº	%
Sexo	Masculino	4	18,2
	Feminino	18	81,8
Faixa etária	18-39 anos	1	4,5
	40 - 59 anos	6	27,3
	60 - 79 anos	12	54,5
	80 ou +	3	13,6
Cor/Raça	Branca	14	63,6
	Parda	6	27,3
	Preta	2	9,1
Estado Civil	Solteiro(a)	7	31,8
	Casado(a)	6	27,3
	União Estável	1	4,5
	Divorciado(a)	3	13,6
	Viúvo	5	22,7
Religião	Católica	10	45,5
	Evangélica	6	27,3
	Espírita	3	13,6
	Outras*	3	13,6
Ocupação/Situação Profissional	Empregado(a)	8	36,4
	Aposentado(a)/Pensionista	5	22,7
	Desempregado(a)	1	4,5
	Do lar	7	31,8
	Outras**	1	4,5

Legenda: *Religiões não especificadas; **Benefício INSS;
Nota: Percentuais calculados com base no total de participantes (n=22).

A Tabela 2 apresenta o perfil clínico e as condições de saúde dos participantes. Observou-se predominância de participantes submetidos a procedimentos cirúrgicos de quadril e joelho, ambos correspondendo a 40,9% (n=9) da amostra. A polifarmácia esteve presente na maioria dos participantes (95,5%; n=21). Quanto às comorbidades, verificou-se que 72,7% (n=16) apresentavam três ou mais condições clínicas associadas, enquanto 27,3% (n=6) possuíam uma ou duas comorbidades associadas. Entre os tipos de comorbidades relatadas, destacou-se a hipertensão arterial sistêmica (72,7%; n=16), seguida por diabetes mellitus tipo 2 (27,3%; n=6), obesidade (22,7%; n=5), ansiedade e depressão (ambas 18,2%; n=4), artrite reumatoide (18,2%; n=4) e dislipidemia (4,5%; n=1). Outras condições

clínicas corresponderam a 22,7% (n=5), incluindo hipotireoidismo, asma, insuficiência renal crônica e doença de Parkinson.

Em relação ao acesso aos medicamentos, a maioria dos participantes obtinha seus medicamentos por meio de combinação entre farmácia privada, SUS e Programa Farmácia Popular (63,6%; n=14), seguida pelo uso exclusivo de farmácia privada (27,3%; n=6). O acesso exclusivamente pelo SUS foi observado em 9,1% (n=2) dos participantes. Quanto à reinternação hospitalar, 13,6% (n=3) dos participantes reinternaram durante o período avaliado, enquanto 86,4% (n=19) não apresentaram reinternações. As reinternações observadas estavam relacionadas a eventos clínicos específicos, incluindo queda em domicílio e infecção no período pós-operatório.

Tabela 2 - Perfil Clínico e Condições de Saúde dos participantes atendidos em unidade especializada em traumatologia e ortopedia no Rio de Janeiro, Brasil, 2026.

Variável	Categoria	Nº	%
Especialidade cirúrgica	Coluna	2	9,1
	Quadril	9	40,9
	Joelho	9	40,9
	Trauma Idoso	2	9,1
Polifarmácia	Sim	21	95,5
	Não	1	4,5
Comorbidades	Não possui	-	-
	Possui uma ou duas	6	27,3
	Possui três ou mais	16	72,7
Tipo de Comorbidade	HAS	16	72,7
	DM	6	27,3
	Obesidade	5	22,7
	Dislipidemia	1	4,5
	Ansiedade	4	18,2
	Depressão	4	18,2
	AR	4	18,2
	Outros*	5	22,7
	Acesso dos Medicamentos	SUS	2
Programa Farmácia Popular (PFP)		-	-
Farmácia Privada		6	27,3
Farmácia Privada e SUS/PFP		14	63,6
Reinternação	Sim	3	13,6
	Não	19	86,4

Legenda: HAS: Hipertensão arterial sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; AR: Artrite Reumatoide.

Outros*: Hipotireoidismo (2); Asma (1) Insuficiência Renal Crônica (1); Parkinson (1).

Nota: Percentuais calculados com base no total de participantes (n=22).

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos medicamentos utilizados pelos participantes antes da internação hospitalar, bem como os medicamentos prescritos na alta hospitalar, organizados por grupo terapêutico de acordo com a classificação ATC. Foram contabilizados 144 medicamentos utilizados antes da internação e 82 prescritos na alta hospitalar. Entre os medicamentos utilizados previamente à internação, observou-se

predominância de medicamentos do Grupo C - Sistema Cardiovascular (33%). Em seguida, destacam-se os medicamentos do grupo N - Sistema Nervoso (29%), o que pode estar relacionado não apenas ao tratamento de transtornos neurológicos ou psiquiátricos, mas também ao uso frequente de medicamentos para manejo da dor, como analgésicos, incluindo opioides e adjuvantes neuromoduladores.

Tabela 3 - Perfil Farmacoterapêutico dos participantes atendidos em unidade especializada em traumatologia e ortopedia no Rio de Janeiro, Brasil, 2026.

Grupo Terapêutico	Pré-Alta Hospitalar N/%	Alta Hospitalar N/%
A - Trato alimentar e metabolismo	27 / 19%	3 / 3,7%
B - Sangue e órgãos hematopoiéticos	6 / 4%	26 / 31,7%
C - Sistema cardiovascular	47 / 33%	5 / 6,1%
G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais	1 / 1%	-
H - Preparações hormonais sistêmicas, exceto hormônios sexuais	2 / 1%	-
J - Anti-infecciosos de uso sistêmico	2 / 1%	4 / 4,9%
L - Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	6 / 4%	-
M - Sistema musculoesquelético	4 / 3%	-
N - Sistema Nervoso	42 / 29%	44 / 53,7%
R - Sistema Respiratório	4 / 3%	-
S - Órgãos dos sentidos	3 / 2%	-
Total	144 / 100%	82 / 100%

Em relação aos medicamentos prescritos na alta hospitalar, entre os 82 medicamentos prescritos, destaca-se o Grupo N - Sistema Nervoso 53,7% (n= 44). Também é relevante o uso de medicamentos do grupo B - Sangue e órgãos hematopoiéticos 31,7% (n= 26), sugerindo uso frequente de anticoagulantes, antianêmicos ou relacionados à função hematólogica no contexto das condições ortopédicas. Os demais grupos apresentaram menor participação no total de medicamentos utilizados: trato alimentar e metabolismo 3,7% (n=3), sistema cardiovascular 6,1% (n= 5) e anti-infecciosos de uso sistêmico 4,9% (n= 4).

Durante o acompanhamento farmacoterapêutico, foram identificados 55 PRM, sendo 39 identificados no monitoramento pré-alta hospitalar (uso

em domicílio) e 16 no telemonitoramento. No monitoramento pré-alta hospitalar, observou-se maior frequência de PRM relacionados à “Adesão” à farmacoterapia (PRM 7), que corresponderam a 35,9% (n=14) do total identificado nessa etapa. A categoria “Necessidade” representou 33,3% (n=13) dos PRM, com predomínio do PRM 2 – terapia medicamentosa desnecessária, responsável por 25,6% (n=10), seguido do PRM 1 – necessidade de um medicamento adicional, identificado em 7,7% (n=3) dos casos. Os PRM relacionados à “Segurança” corresponderam a 25,6% (n=10) do total no período pré-alta hospitalar, sendo todos classificados como PRM 5 – presença de reações adversas a medicamentos. Não foram identificados PRM associados à categoria “Efetividade” nesse período.

Tabela 4 - Distribuição dos Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) na pré-alta hospitalar e no telemonitoramento dos participantes atendidos em unidade especializada em traumatologia e ortopedia no Rio de Janeiro, Brasil, 2026.

Monitoramento de PRM			Pré-Alta	Telemonitoramento
Categoria	Tipo de PRM	Classificação	Nº/(%)	Nº/%
Necessidade	PRM 1	Necessidade de um medicamento adicional	3/ (7,7%)	3/ (18,8%)
	PRM 2	Terapia medicamentosa desnecessária	10/ (25,6%)	1/ (6,3%)
Subtotal	-	-	13/(33,3%)	4/ (25,0%)
Efetividade	PRM 3	Medicamento sem efetividade	-	2 (12,5%)
	PRM 4	Medicamento com baixa dose	-	-
Subtotal	-	-	-	2/ (12,5%)
Segurança	PRM 5	Presença de reações adversas	10/ (25,6%)	2/ (12,5%)
	PRM 6	Medicamento com dose alta	-	-
Subtotal	-	-	10/(25,6%)	2/ (12,5%)
Adesão	PRM 7	Não adere (não cumpre) a farmacoterapia	14/(35,9%)	4/ (25,0%)
Total			39	16

Legenda: PRM (Problema Relacionado a Medicamentos).

Fonte: Adaptado de Cipolle *et al.*¹⁶

No telemonitoramento, os PRM distribuíram-se entre as categorias “Necessidade” e “Adesão”, ambas com 25,0% (n=4). Na categoria “Necessidade”, o PRM 1 – necessidade de um medicamento adicional foi o mais frequente, correspondendo a 18,8% (n=3), seguido do PRM 2 – terapia medicamentosa desnecessária, com 6,3% (n=1). Adicionalmente, foram identificados PRM relacionados à efetividade durante o telemonitoramento, representando 12,5% (n=2) do total, todos classificados como PRM 3 – medicamento sem efetividade. Os PRM associados à segurança também corresponderam a 12,5% (n=2), vinculados à presença de reações adversas a medicamentos (PRM 5). No que se refere aos PRM identificados, destacaram-se situações como uso incorreto de medicamentos, dúvidas quanto à posologia, dificuldades na organização dos horários de administração e riscos potenciais de uso inadequado dos medicamentos. Nesses casos, as intervenções

realizadas concentraram-se na orientação individualizada aos participantes quanto ao uso correto, bem como na comunicação com a equipe assistencial para alinhamento das condutas e reforço das orientações.

Durante a coleta de dados, foram estabelecidas interações com a equipe multiprofissional, envolvendo os profissionais de enfermagem, fisioterapia e serviço social que compõem a equipe. Essas interações possibilitaram a identificação de demandas clínicas e assistenciais, favorecendo a tomada de decisão conjunta e o alinhamento das ações de cuidado. A equipe de enfermagem contribuiu especialmente na etapa de recrutamento dos participantes, atuando na identificação e sinalização de participantes com maior necessidade de acompanhamento farmacoterapêutico, favorecendo a inclusão de participantes com perfil compatível com os objetivos do estudo. O serviço social desempenhou ações

relevantes, tanto no período prévio ao telemonitoramento quanto após sua implementação, ao identificar vulnerabilidades e demandas sociais capazes de interferir diretamente na continuidade do cuidado, subsidiando o farmacêutico em tomadas de decisões mais realistas e centradas nas necessidades do participante. A fisioterapia contribuiu de forma complementar ao cuidado farmacoterapêutico ao fornecer informações sobre o estado funcional, limitações físicas e evolução da capacidade motora dos participantes. Esses esclarecimentos permitiram uma avaliação mais contextualizada do uso dos me-

dicamentos, especialmente no que se refere à mobilidade, dor e funcionalidade.

Como produto das ações desenvolvidas, foi elaborado um material educativo no formato de folheto informativo. O conteúdo contemplou orientações sobre uso correto e seguro, armazenamento e descarte adequado de medicamentos. O material foi utilizado como ferramenta de apoio às intervenções farmacêuticas, contribuindo para a padronização das orientações e para o fortalecimento das ações de educação em saúde. O material encontra-se apresentado na Figura 1.



Figura 1 - Folheto educativo sobre o uso seguro e racional de medicamentos distribuídos aos participantes atendidos em unidade especializada em traumatologia e ortopedia no Rio de Janeiro, 2026.

DISCUSSÃO

Os resultados revelam um perfil sociodemográfico composto majoritariamente por pessoas idosas, caracterizado por elevada prevalência de comorbidades e polifarmácia. Esses achados estão em consonância com a literatura que descreve o envelhecimento populacional como um fenômeno crescente, associado ao aumento de doenças crônicas e, por consequência, ao uso de múltiplos medicamentos. Esse perfil etário aumenta a vulnerabilidade clínica, funcional e farmacoterapêutica, favorecendo a ocorrência de PRM, interações medicamentosas, não adesão ao tratamento e maior risco de RAM, o que ressalta o papel estratégico do cuidado farmacêutico¹⁷. Além disso, no presente estudo observou-se distribuição relevante entre solteiros, casados e viúvos, além de elevada frequência de participantes com prática religiosa, sobretudo católica, e inserção em atividades laborais ou domésticas. A presença de rede de apoio pode favorecer a adesão, enquanto sua ausência pode estar associada a maior vulnerabilidade no cuidado em domicílio¹⁸. A religiosidade, por sua vez, pode contribuir para o fortalecimento do autocuidado e maior comprometimento com o tratamento¹⁹. Ademais, a autonomia relacionada à inserção em atividades laborais ou domésticas pode facilitar o acesso e manejo adequado da farmacoterapia. Esses aspectos reforçam a relevância da consideração dos determinantes sociais no cuidado farmacêutico²⁰.

No contexto traumato-ortopédico, pacientes idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos frequentemente apresentam esquemas terapêuticos complexos envolvendo analgésicos, opioides e anticoagulantes, o que eleva o risco de PRM²¹. No presente estudo, observou-se predominância de medicamentos dos grupos N (Sistema Nervoso) e B (Sangue e órgãos hematopoiéticos) na alta hospitalar, compatíveis com o perfil clínico de condições ortopédicas nas quais a presença de dor aguda e/ou crônica demanda uso contínuo de múltiplos medicamentos, limitações funcionais e esquemas terapêuticos prolongados que frequentemente exigem monitoramento pré e pós-hospitalar²².

A transição do cuidado constitui período crítico para a ocorrência de PRM. Essa fase envolve mudanças na prescrição e necessidade de adaptação do tratamento à rotina domiciliar, fatores que podem comprometer a efetividade do tratamento e aumentar o risco de complicações clínicas, quedas e reinternações²³. Assim, evidencia-se a necessidade de estratégias de cuidado centradas na transição segura, com o objetivo de reduzir problemas relacionados à farmacoterapia e promover o uso racional,

seguro e efetivo dos medicamentos²⁴.

Foram identificados 55 PRM, com predominância da categoria adesão, responsável por 35,9% dos PRM identificados na pré-alta hospitalar e por 25% no telemonitoramento. Resultados semelhantes são relatados na literatura, que aponta a adesão ao tratamento como um dos principais desafios no cuidado de pacientes idosos em uso de polifarmácia, sobretudo em condições crônicas. Fatores como esquecimento, complexidade dos regimes terapêuticos, dificuldade de compreensão das informações e barreiras de acesso contribuem para a redução da adesão²⁵.

Os PRM relacionados à segurança representaram 25,6% na pré-alta hospitalar e 12,5% no telemonitoramento, com destaque para a presença de reações adversas a medicamentos (PRM 5). Tal achado é particularmente relevante em pacientes traumato-ortopédicos, nos quais o uso frequente de analgésicos, anti-inflamatórios, anticoagulantes e antibióticos aumenta o risco de eventos adversos²¹. Na categoria Necessidade, observou-se maior ocorrência de terapia medicamentosa desnecessária (25,6%) na pré-alta e (6,3%) no telemonitoramento, em comparação à necessidade de inclusão de medicamento adicional nos dois períodos analisados. Esse padrão pode refletir prescrições mantidas sem reavaliação periódica, duplicidades terapêuticas ou uso de medicamentos sem indicação clínica atual. Esses achados ressaltam a relevância da revisão sistemática da farmacoterapia como estratégia para racionalizar o uso de medicamentos e reduzir riscos associados²⁶.

Não foram identificados PRM relacionados à efetividade; essa ausência pode estar associada às características da amostra ou ao período de acompanhamento. A atuação do farmacêutico destaca-se como estratégia no processo de cuidado em saúde, sobretudo na transição segura do cuidado: evidências apontam que a atuação farmacêutica contribui para o aumento da adesão à farmacoterapia por meio de orientações sistemáticas sobre o uso adequado dos medicamentos, tanto durante a internação quanto no período pós-alta²⁷. Nesse sentido, o perfil de PRM identificado neste estudo evidencia as ações do farmacêutico na identificação, prevenção e resolução desses problemas na alta hospitalar, favorecendo o uso racional de medicamentos, reduzindo reinternações e custos em saúde e fortalecendo a segurança na transição do cuidado²⁸.

Para garantir a continuidade do cuidado farmacêutico, o telemonitoramento tem sido descrito como estratégia que amplia o acesso aos cuidados em saúde, ao reduzir barreiras geográficas e difi-

cultadores de assistência²⁹. No presente estudo, o telemonitoramento possibilitou a inclusão de participantes de diferentes regiões do estado do Rio de Janeiro: Região Metropolitana, Baixadas Litorâneas e Costa Verde, indicando capacidade de mitigar desigualdades territoriais de acesso ao cuidado³⁰. Entretanto, o telemonitoramento também apresenta desafios: baixo letramento em saúde e digital de parte dos participantes, dificuldades de contato telefônico e limitações na compreensão das orientações remotas. Esses aspectos reforçam a necessidade de adaptar estratégias de comunicação, utilizar linguagem acessível e desenvolver materiais educativos complementares para ampliar a efetividade dessa modalidade de acompanhamento³¹. No estudo, esse suporte foi complementado pelo folheto informativo produzido pelos autores. A elaboração de instrumentos estruturados como o formulário de acompanhamento farmacoterapêutico e material educativo representa um avanço na sistematização da prática farmacêutica, contribuindo para padronização das ações, qualificação do registro clínico e fortalecimento do papel educativo do farmacêutico⁷.

Abordagens multiprofissionais com comunicação efetiva estão associadas a melhores desfechos clínicos, maior segurança no uso de medicamentos e qualificação da continuidade do cuidado. Neste estudo foram adotadas estratégias interprofissionais que orientaram e qualificaram as ações do cuidado farmacêutico: interações com enfermagem, serviço social e fisioterapia favoreceram a identificação de demandas clínicas, funcionais e sociais importantes para o planejamento do cuidado após a alta. Tais estratégias se articulam com o planejamento antecipado da alta, reconhecido como elemento central no cuidado em saúde por contribuir para a prevenção de complicações, recuperação funcional e redução de reinternações³². Ainda assim, barreiras como ausência de protocolos institucionais, fragmentação das informações, sobrecarga da equipe e comunicação não sistematizada podem limitar a efetividade das práticas multiprofissionais, apontando para a

CONCLUSÃO

Os resultados contribuem ao descrever uma experiência prática de atuação farmacêutica na transição do cuidado, oferecendo subsídios para o aprimoramento dos serviços, o desenvolvimento de estratégias que ampliem a integração do farmacêutico nos processos de desospitalização e a condução de futuras investigações. A atuação do farmacêutico mostrou-se relevante para a identificação e a prevenção de PRM, além de favorecer a adesão ao tra-

necessidade de aprimoramento dos fluxos assistenciais e de medidas institucionais que fortaleçam o trabalho interprofissional no processo de alta³³. A inserção do farmacêutico na equipe multidisciplinar, desde a admissão até a elaboração de um plano estruturado de alta, contribui para uma farmacoterapia mais segura, com redução do risco de PRM e menor probabilidade de reinternações^{34,35}.

Neste cenário, o cuidado farmacêutico na desospitalização é promissor, porém enfrenta desafios como escassez de publicações que retratam a experiência, ausência de fluxos bem definidos, necessidade de maior reconhecimento do papel clínico do farmacêutico e a demanda por capacitação contínua e recursos humanos³⁶. Neste estudo, destacaram-se dificuldades operacionais como altas fora do horário de expediente (07h–19h), múltiplas tentativas de contato telefônico e não inclusão do farmacêutico no protocolo de alta institucional, evidenciando a necessidade de adaptação e fortalecimento dos serviços farmacêuticos para garantir continuidade e segurança do tratamento. Além disso, a diferença entre o número estimado de participantes e o total efetivamente incluído decorreu de recusas em participar, altas hospitalares fora do período previsto e redução da demanda por atendimento domiciliar no último mês da coleta de dados. O formulário de acompanhamento farmacoterapêutico passou por atualizações ao longo do desenvolvimento do estudo por se tratar de um projeto piloto e da implantação inicial da atuação farmacêutica no atendimento domiciliar institucional. O instrumento foi aprimorado para melhor adaptação à dinâmica do serviço e continuidade do acompanhamento assistencial. Entretanto, as modificações realizadas não comprometeram as variáveis analisadas neste estudo, uma vez que os campos essenciais para obtenção dos dados permaneceram padronizados durante todo o período de coleta. Também se destaca que o formulário de acompanhamento farmacoterapêutico não incluiu variáveis direcionadas à avaliação da efetividade dos medicamentos, o que pode ter limitado a análise dessa categoria.

tamento e o uso seguro e racional de medicamentos no domicílio, destacando-se como profissional estratégico na equipe multiprofissional. Ademais, as relações interprofissionais estabelecidas evidenciam que a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde é central para a qualificação do cuidado, ao favorecer a articulação de ações, o compartilhamento de saberes e a tomada de decisões mais seguras e resolutivas. Assim, espera-se que os achados for-

taleçam a transição do cuidado do hospital para o domicílio, promovendo melhores desfechos clínicos e consolidando práticas voltadas ao cuidado integral, à segurança do paciente e ao reconhecimento do farmacêutico como sujeito ativo e indispensável no processo de cuidar em saúde.

Declaração do autor CRediT

Administração do Projeto: Matos JT. Análise Formal: Matos JT. Conceitualização: Gonsalves ZS. Curadoria de Dados: Matos JT. Redação: Matos JT; Gonsalves ZS. Redação – Revisão e Edição: Matos JT; Gonsalves ZS; Alves TA. Pesquisa: Matos JT; Corrêa ECS; Martins IL. Metodologia: Matos JT; Gonsalves ZS; Alves TA. Supervisão: Gonsalves ZS; Alves TA; Gomez VLC. Validação: Matos JT. Visualização: Matos JT.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não têm interesses financeiros concorrentes ou relações pessoais conhecidas que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar: melhor em casa – a segurança do hospital no conforto do seu lar. Vol. 1 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. Acessado em 20 de outubro de 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. Acessado em 15 de dezembro de 2025. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 02 de janeiro de 2024. Dispõe sobre o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e o Programa Melhor em Casa [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. Acessado em 06 de janeiro de 2026. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3005_05_01_2024.html
4. Brasil. Ministério da Saúde. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. Acessado em 9 de setembro de 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf
5. Ali SY. Atenção domiciliar: proposta de reorganização dos serviços de saúde a partir da atenção primária na Regional de Ceilândia. [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília; 2013 [acessado em 24 de setembro de 2024]. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/6101/1/2013_SamiraYusefAli.pdf
6. Silva DRG, Machado TPC, Soares SL. O cuidado transicional: a equipe multiprofissional como agente facilitador no processo de desospitalização. *Rev Ibero-Am Saúde Integr.* 2024;1. doi:10.47519/risi.v1i00.6.
7. Santos JB, Luquetti TM, Castilho SR, Calil-Elias S. Cuidado farmacêutico domiciliar na Estratégia Saúde da Família. *Physis (Rio J).* 2020;30(2). doi:10.1590/S0103-73312020300229.
8. Correr CJ, Noblat LACB, Castro MS. Modelos de seguimento farmacoterapêutico. In: *Gestão da assistência farmacêutica: conteúdos optativos* [Internet]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2011. Acessado em 07 de maio de 2025. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude_1ed.pdf
9. De Guzman KR, et al. Pharmacist-led transition of care services in patients with cardiovascular disease: a systematic scoping review. *Cardiology.* 2025;1-42. doi:10.1159/000547172.
10. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 727, de 30 de junho de 2022. Dispõe sobre a regulamentação da telefarmácia [Internet]. Diário Oficial da União. 2022. Acessado em 29 de março de 2025. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-727-de-30-de-junho-de-2022-416502055>
11. Al-Ghamdi F, Dobayan ZA, Abushoumi F, Ahmed Khazi A, T S AH. Digital Healthcare and Pharmacy Practice: The Impact of Telepharmacy on Patient Outcomes and Medication Adherence. *J Neonatal Surg.* 2025;14(9 Suppl):1071-1080. [Internet]. Acessado em 17 de abril de 2025. Disponível em: <https://www.jneonatalurg.com/index.php/jns/article/view/9117/8155>
12. Mendonça FVX, Costa EC. Telefarmácia: experiência no cuidado farmacêutico – do processo de construção às suas repercussões. Trabalho de Conclusão de Curso [Internet]. Redenção (CE): Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB); 2025. Acessado em 29 de setembro de 2025. Disponível em: <https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/handle/123456789/7260>
13. Souza TT, Reis WCT, Bottacin WE. Consulta farmacêutica fácil: o passo a passo. Rio de Janeiro: Supervisão Clínica; 2024.
14. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24(1):67-74. doi:10.1097/00005650-198601000-00007.
15. World Health Organization. ATC/DDD Index 2025 [base de dados online]. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; 2025. Acessado em 23 de outubro de 2025. Disponível em: https://atcddd.fhi.no/atc_ddd_index/
16. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice: the clinician's guide.* 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2004.
17. Sampaio DB, et al. O papel do farmacêutico no cuidado ao idoso: garantindo segurança e eficácia dos medicamentos. *Rev Foco.* 2025;18(12). doi:10.54751/revistafoco.v18n12-047.
18. Mondesir FL, Carson AP, Durant RW, Lewis MW, Safford MM, Levitan EB. Association of functional and structural social support with medication adherence among individuals treated for coronary heart disease risk factors: findings from the REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. *PLoS One.* 2018;13(6). doi:10.1371/journal.pone.0198578.
19. Malachias MVB, et al. Risco de desfechos adversos à saúde em pacientes com baixa adesão ao tratamento medicamentoso cardiovascular: uma revisão sistemática. *Arq Bras Cardiol.* 2024; doi:10.36660/abc.20240469.
20. Lukyanchikov N, et al. Socioeconomic, demographic, and medication class determinants of medication adherence: a retrospective cohort study. *J Manag Care Spec Pharm.* 2026;32(2):218-229. doi:10.18553/jmcp.2026.32.2.218.
21. Cavalheiro M, et al. Criteria for medication reconciliation in major orthopedic surgery in high-risk patients: a consensus based on the Delphi method. *Farm Hosp.* 2025;49(5):272-277. doi:10.1016/j.farma.2024.08.002.
22. Taniguchi T, et al. Polypharmacy of older surgical patients with extremity fractures. *Geriatr Orthop Surg Rehabil.* 2024;15:21514593241234431. doi:10.1177/21514593241234431.

23. Vilku A, Nguyen N, Jovanovic M. The incidence of medication errors on discharge prescriptions following pharmacist discharge prescription planning in an orthopaedic surgery unit: a parallel group-controlled study. *J Orthop Surg Res.* 2025;21(1):4. doi:10.1186/s13018-025-05549-5.
24. Vieira FL, Souza SR. Do hospital para o domicílio: acompanhamento farmacoterapêutico do idoso na transição de cuidados. *Rev Delos.* 2025;18(67). doi:10.55905/rdelosv18.n67-015.
25. Rodrigues MES, Carvalho MAP. Fatores relacionados à polifarmácia e à adesão medicamentosa em idosos: revisão integrativa. *Educ Cienc Saude.* 2023;9(2). doi:10.20438/ecs.v9i2.468.
26. Carollo M, et al. Clinical impact of medication review and deprescribing in older inpatients: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2024;72(10):3219-3238. doi:10.1111/jgs.19035.
27. Bonetti AF, et al. Impact of discharge medication counseling in the cardiology unit of a tertiary hospital in Brazil: a randomized controlled trial. *Clinics (Sao Paulo).* 2018;73. doi:10.6061/clinics/2018/e325.
28. Amorim HS, Santos ES. Importância do farmacêutico na alta hospitalar qualificada: revisão integrativa. *Res Soc Dev.* 2023;12(11). doi:10.33448/rsd-v12i11.43697.
29. Paul MM, et al. The state of remote patient monitoring for chronic disease management in the United States. *J Med Internet Res.* 2025;27. doi:10.2196/70422.
30. Rezende VLM. Telemonitoramento como estratégia de cuidado em saúde. *Rev. Educ. Saúde.* 2023;11(1):1-3. doi: 10.37951/2358-9868.2023v11i1.p1-3.
31. Kasproicz J, et al. Telessaúde e doenças crônicas no Brasil e nos Estados Unidos: revisão de escopo. *Rev Bioet.* 2025;33. doi:10.1590/1983-803420253912PT.
32. Silva TL, et al. Comunicação multiprofissional na alta cirúrgica e desfechos clínicos: segurança medicamentosa e continuidade do cuidado. *Cognitus Interdiscip J.* 2026;2(3):147-160. doi:10.71248/e70bsc09.
33. Costa MFBN, et al. Planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para atenção primária. *Res Soc Dev.* 2020;9(10). doi:10.33448/rsd-v9i10.8518.
34. Ngo NUT, et al. Clinical pharmacist transition of care model improves hospital system practice by reducing readmissions. *J Healthc Qual.* 2023;45(5):272-279. doi:10.1097/JHQ.0000000000000389.
35. Moreira GP, Freitas GRM, Bagano SS, Oliveira WNF. O papel do farmacêutico na orientação da alta hospitalar: uma revisão sistemática. *Facere Scientia.* 2022;1(2):115-130. [Internet]. Acessado em 07 de janeiro de 2026. Disponível em https://facerescientia.com.br/wp-content/uploads/2022/08/O-PAPEL-DO-FARMACEUTICO-NA-ORIENTACAO-DA-ALTA-HOSPITALAR_UMA-REVISAO-SISTEMATICA.pdf
36. Lee CY, et al. The impact of pharmaceutical home care on medical utilization for frequent users of outpatient services in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(14):7336. doi:10.3390/ijerph18147336.

Como citar este artigo: Matos, J.T., Corrêa, E.C.S., Martins, I.L., Gomez, V.L.C., Alves, A.T.A., Gonsalves, Z.S. (2026). Telefarmácia na alta hospitalar: atuação farmacêutica na desospitalização – um estudo piloto. *O Mundo Da Saúde*, 50. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202650e19972026P>. *Mundo Saúde*. 2026,50:e19972026.

FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO			
PERFIL DO PACIENTE			
P01:	Prontuário:	Data:	
Idade:	Gênero:	Endereço:	Telefone:
HISTÓRICO CLÍNICO			
COMORBIDADES			
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Distúrbios do Sono
<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Outras (Especifique):
HÁBITOS DE VIDA			
<input type="checkbox"/> Tabagista	<input type="checkbox"/> Etilista	<input type="checkbox"/> Chá(s):	<input type="checkbox"/> Outras substâncias:
HISTÓRICO FARMACOTERAPÊUTICO			
Princípio ativo / Concentração	Posologia	Tempo de uso	Receita Médica
1.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não soube dizer
2.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não soube dizer
3.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não soube dizer
4.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não soube dizer
5.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não soube dizer
6.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não soube dizer
7.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não soube dizer
8.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não soube dizer
Você às vezes esquece de tomar seus medicamentos?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não;	Qual:
Quando se sente melhor deixa de tomar algum deles?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não;	Qual:
Percebeu algum incômodo ou efeito inesperado depois de começar a usar os medicamentos?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não;	Qual:
Tem alguma dificuldade para engolir os comprimidos?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não;	Qual:
Interrompeu o uso de algum medicamento antes da internação?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não;	Qual:

ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

PERFIL DO PACIENTE

Possui alergia a medicamentos e/ou alimentos?	() Sim () Não; Qual:
Possui acompanhamento médico?	() SUS () Privado; Especialidade:
Como consegue seus medicamentos?	() SUS () PFP () Farmácia Privada () Farmácia privada e SUS/PFP
Dificuldade para conseguir algum dos medicamentos?	() Sim () Não; Por quê:
Quem organiza seus medicamentos em casa? Como?	
Como realiza o descarte de medicamentos vencidos em casa? () Lixo comum () Estabelecimentos de saúde.	

Legenda:FP: farmácia popular.

AVALIAÇÃO

Listar as necessidades e/ou problemas identificados, encaminhamentos e/ou telemonitoramento.

#Medicamento prescrito na alta:

#Próxima consulta:

#Conduta

Adaptado de Souza, Reis e Bottacin¹

Farmacêutico Responsável: _____