



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - PROCISA

THIAGO MARTINS RODRIGUES

ANÁLISE SITUACIONAL SOBRE A NECESSIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO DO
CUIDADO FARMACÊUTICO PARA OS PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS
PALIATIVOS EM BOA VISTA, RORAIMA

BOA VISTA, RR.
2019

THIAGO MARTINS RODRIGUES

ANÁLISE SITUACIONAL SOBRE A NECESSIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO DO
CUIDADO FARMACÊUTICO PARA OS PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS
PALIATIVOS EM BOA VISTA, RORAIMA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde, na área de concentração: Vigilância Epidemiológica e Indicadores de Agravos à Saúde na Fronteira Pan-Amazônia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Jackeline da Costa Maciel.

Coorientadora: Prof^ª. Ma. Cibelli Navarro Rodrigues Alves

BOA VISTA, RR.
2019

THIAGO MARTINS RODRIGUES

ANÁLISE SITUACIONAL SOBRE A NECESSIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO DO
CUIDADO FARMACÊUTICO PARA OS PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS
PALIATIVOS EM BOA VISTA, RORAIMA

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima. Área de concentração: Vigilância Epidemiológica e Indicadores de Agravos à Saúde na Fronteira Pan-Amazônia. Defendida em 14 de fevereiro de 2019 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Jackeline da Costa Maciel

Orientadora/ Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – PROCISA – UFRR

Prof. Dr. Alex Jardim da Fonseca

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – PROCISA – UFRR

Prof. Dr. Mario Jorge Sobreira da Silva

Chefe da Divisão de Ensino Lato Sensu e Técnico do INCA

Aos pacientes oncológicos em cuidados paliativos e seus cuidadores, que diuturnamente lidam com situações difíceis e estressantes, mesmo assim abriram as portas de suas residências e me receberam com muito carinho e educação. Este trabalho é por vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre ter me abençoado, por me acompanhar em todos os momentos da vida e permitir que eu realizasse mais essa conquista.

À minha mãe, mulher guerreira, batalhadora e fonte de toda minha inspiração, que me incentiva, me guia e me dá forças para seguir. Ao meu pai, minha irmã, meus sobrinhos e cunhado, que sempre me apoiaram e foram os que mais sentiram com minha ausência.

À minha orientadora, professora Dr.^a Jackeline Maciel, que com toda paciência e carinho conseguiu me conduzir na elaboração desse trabalho. Tenho certeza que este é apenas o primeiro de muitos estudos que ainda iremos realizar.

À minha coorientadora, Dr.^a Cibelli Navarro, que acreditou em mim desde o primeiro momento e foi quem me sugeriu o tema e ajudou na elaboração do projeto inicial, meu muito obrigado, a senhora é minha inspiração profissional.

Ao Uelliton Lacerda, que esteve ao meu lado nos últimos meses, por todo incentivo, paciência e calma, principalmente, nos momentos de estresse e desespero.

Aos meus amigos, em especial Ananda e Syssa, pelas palavras de incentivo, pelos momentos de descontração e por não insistirem quando eu dizia que não podia sair.

Ao PROCISA, por me proporcionar momentos tão importantes, gratificantes e principalmente pelas amizades feitas, amigos que levarei para vida toda.

A Major Cláudia Macêdo e Tenente Lorena, por me apoiarem logo no início desse desafio. Ao Coronel Julian, que na fase final do mestrado me autorizou a continuar cursando a pós-graduação. Ao Capitão Aldrei, por toda parceria e camaradagem e, principalmente, ao Tenente Baksys, comandante do PEF de Bonfim, por toda paciência e disposição, sem o seu apoio e confiança essa conquista não seria possível.

À Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia do Estado de Roraima, pelo apoio prestado na realização desta pesquisa. À equipe de cuidados paliativos que me acolheu durante todo o período da coleta de dados.

RESUMO

Introdução: O paciente oncológico apresenta fragilidades e limitações de ordem física, psicológica, social e espiritual, necessitando de um modelo específico de cuidar, denominado cuidados paliativos, que possui o objetivo de propor uma qualidade de vida aos pacientes. O cuidado farmacêutico, na oncologia, compreende desde a terapia medicamentosa, até as decisões sobre o uso adequado de medicamentos, durante todo o tratamento. **Objetivo:** Realizar diagnóstico situacional sobre a farmacoterapia dos pacientes oncológicos atendidos via visita domiciliar, pela equipe de cuidados paliativos da UNACON/RR, com a finalidade de identificar potenciais contribuições do cuidado farmacêutico a serem implementadas no serviço. **Metodologia:** Pesquisa quantitativa, de caráter exploratório, formada por 30 pacientes oncológicos em cuidados paliativos da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar. Para coleta de dados foram utilizados instrumentos para traçar o perfil sociodemográfico e clínico; perfil dos cuidadores; e os testes de adesão a farmacoterapia MedTake e *Brief Medication Questionnaire* (BMQ). Para análise dos dados, foi utilizado o software “*Statistical Package for Social Sciences*”. A análise foi realizada por meio de estatística descritiva e os resultados apresentados sob a forma de distribuição de frequência (simples e porcentagem). As possíveis interações medicamentosas potenciais foram analisadas por meio do *software Drugdex System – Thomsom Micromedex®*. **Resultados:** Prevalência do gênero feminino (66,7%), com idade entre 60 a 69 anos (30%), casado (36,7%). 87% dos pacientes possuíam cuidador, em sua maioria do gênero feminino (80,8%), com idade entre 30 a 39 anos (38,5%), casados (61,5%). Sobre o diagnóstico principal da doença, houve predominância das neoplasias de colo do útero (16,7%) e cólon e reto (16,7%), diagnosticados em 2018 (23,3%), 2016 (20,0%) e 2014 (20,0%), com estadiamento inicial IV (80,0%), apresentando metástase a distância em metade da amostra (50,0%). Quanto ao uso de medicamentos, 73% dos pacientes utilizam algum medicamento. Foi identificado um total de 88 fármacos, com média de uso de $2,93 \pm 2,78$ medicamentos/pacientes, sendo o mínimo igual a zero (nenhum medicamento utilizado) e o máximo de 9 medicamentos. A morfina foi o medicamento com maior prevalência (26,7%), seguido por dipirona (16,7%), codeína (13,3%), paracetamol + fosfato de codeína (13,3%), losartana potássica (13,3%), amitriptilina (10,0%) e metformina (10,0%). Foram identificadas 33 interações medicamentosas potenciais em 36,7% dos pacientes, que utilizavam em média $5,27 \pm 2,50$ fármacos/paciente. Em relação a adesão medicamentosa 76,0% dos pacientes apresentaram dificuldades de compreensão relacionada a escala de tomada, conforme teste Medtake e 53,3% obteve escore compatível com baixa adesão no teste BMQ. Além disso, 46,7% da amostra relatou ter recebido orientações sobre o medicamento prescrito. **Conclusão:** Foi possível observar, que a maioria dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos e seus cuidadores, atendidos via visita domiciliar, possuem conhecimento relativo à dose, indicação e interação com alimento, porém, quando avaliado à adesão ao tratamento, notou-se predomínio de baixa adesão à farmacoterapia. Verificou-se, que o cuidado farmacêutico pode ser utilizado como ferramenta para assegurar o uso racional e seguro dos medicamentos, bem como alertar quanto aos erros de medicação e a sua prevenção, desenvolvendo atividades de grande importância para um serviço de saúde seguro e de qualidade ao paciente oncológico.

Palavras-chave: Oncologia. Cuidado farmacêutico. Cuidados paliativos. Câncer. Perfil farmacoterapêutico.

ABSTRACT

Introduction: The oncological patient presents physical, psychological, social and spiritual fragilities and limitations, requiring a specific model of care, called palliative care, with the objective of proposing a quality of life for the patients. Pharmaceutical care in oncology ranges from drug therapy to decisions about the proper use of drugs throughout the course of treatment.

Objective: To carry out a situational diagnosis on the pharmacotherapy of cancer patients attended by a home visit by the UNACON / RR palliative care team, in order to identify potential contributions of pharmaceutical care to be implemented in the service.

Methodology: Quantitative research, of an exploratory nature, formed by 30 oncological patients in palliative care of the UNACON / RR, attended through a home visit. For data collection instruments were used to trace the socio-demographic and clinical profile; profile of caregivers; and the MedTake and Brief Medication Questionnaire (BMQ) adherence tests. To analyze the data, the software "Statistical Package for Social Sciences" was used. The analysis was performed using descriptive statistics and the results presented in the form of frequency distribution (simple and percentage). Possible potential drug interactions were analyzed using the Drugdex System - Thomsom Micromedex software software.

Results: Prevalence of the female gender (66.7%), aged between 60 and 69 years (30%), married (36.7%). 87% of the patients had a caregiver, most of whom were female (80.8%), aged between 30 and 39 years (38.5%), married (61.5%). The predominant neoplasms of the cervix (16.7%) and colon and rectum (16.7%) were diagnosed in 2018 (23.3%), 2016 (20.0%) and 2014 (20.0%), with initial staging IV (80.0%), with distant metastasis in half of the sample (50.0%). Regarding the use of drugs, 73% of patients use some medication. A total of 88 drugs were identified, with an average of 2.93 ± 2.78 medicines / patients, with a minimum of zero (no drug used) and a maximum of 9 drugs. Morphine was the most prevalent drug (26.7%), followed by dipyron (16.7%), codeine (13.3%), paracetamol + codeine phosphate (13.3%), losartan potassium 3%), amitriptyline (10.0%) and metformin (10.0%). Thirty-three potential drug interactions were identified in 36.7% of the patients, who used a mean of 5.27 ± 2.50 drugs / patient. Regarding drug adherence, 76.0% of the patients presented difficulties related to the outlet scale, according to the Medtake test, and 53.3% obtained a score compatible with low adherence in the BMQ test. In addition, 46.7% of the sample reported having received guidance on the prescribed medication.

Conclusion: It was possible to observe that the majority of oncology patients in palliative care and their caregivers, attended through a home visit, have knowledge regarding dose, indication and interaction with food, however, when evaluated for adherence to treatment, a predominance of low adherence to pharmacotherapy. It was verified that pharmaceutical care can be used as a tool to ensure the rational and safe use of medicines, as well as to warn about medication errors and their prevention, developing activities of great importance for a safe and quality health service to cancer patients.

Keywords: Oncology. Pharmaceutical care. Palliative care. Cancer. Pharmacotherapeutic profile.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Princípios dos Cuidados Paliativos conforme OMS (2002)	17
Quadro 2 –	Classificação das interações medicamentosas quanto ao nível de gravidade e documentação a respeito das evidências científicas disponíveis conforme Micromedex®	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Principais medicamentos sugeridos pela OMS conforme os sintomas mais frequentes em cuidados paliativos	24
Figura 2 –	Caracterização dos pacientes quanto ao uso de medicamentos. Boa Vista-RR, 2018	47
Figura 3 –	Medicamentos mais utilizados pelos pacientes oncológicos em CP da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar. Boa Vista-RR, 2018	50
Figura 4 –	Gravidade das interações medicamentosas observadas na farmacoterapia de pacientes oncológicos em CP da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar. Boa Vista-RR, 2018	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características sociodemográficas dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar. Boa Vista-RR, 2018	39
Tabela 2 –	Características sociodemográficas dos cuidadores principais dos pacientes oncológicos em CP da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar. Boa Vista-RR, 2018	41
Tabela 3 –	Características clínicas dos pacientes oncológicos em CP da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar. Boa Vista-RR, 2018	44
Tabela 4 –	Distribuição da quantidade de medicamentos e frequência de uso, por grupo e subgrupos anatômico-terapêuticos, pelos participantes. Boa Vista-RR, 2018	48
Tabela 5 –	Interações medicamentosas potenciais mais frequentes, observadas na farmacoterapia dos pacientes oncológicos em CP da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar. Boa Vista-RR, 2018	51
Tabela 6 –	Escore composto do teste MedTake referente a dose, indicação, interação com alimento e escala de tomada. Boa Vista-RR, (2018).	54
Tabela 7 –	Distribuição dos pacientes oncológicos em CP da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar, de acordo com as variáveis de adesão à terapia medicamentosa, conforme BMQ. Boa Vista-RR, (2018)	56
Tabela 8 –	Grau de informação recebida pelo paciente oncológico em CP da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar. Boa Vista-RR, (2018)	58

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
ASHP	<i>American Society of Health-Systems Pharmacists</i>
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical Classification</i>
AINES	Anti-inflamatório não-esteróide
BMQ	<i>Brief Medication Questionnaire</i>
CIM	Centro de Informação de Medicamentos
CFE	Conselho Federal de Farmácia
C. P.	Cuidados Paliativos
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNACON/RR	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia do Estado de Roraima

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	CÂNCER E OS CUIDADOS PALIATIVOS	16
1.2	CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL: ATENÇÃO AO PACIENTE ONCOLÓGICO	18
1.3	PACIENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS – PRINCIPAIS SINTOMAS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS	20
1.4	FARMÁCIA CLÍNICA, CUIDADO FARMACÊUTICO E SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	24
1.5	CUIDADOS FARMACÊUTICOS AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS	25
2.	OBJETIVOS	28
2.1	OBJETIVO GERAL	28
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
3.	MATERIAIS E MÉTODOS	29
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	29
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	29
3.3	LOCAL DO ESTUDO	30
3.4	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	32
3.5	INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS	32
3.5.1	Perfil sociodemográfico dos pacientes e cuidadores	32
3.5.2	Perfil clínico	33
3.5.3	Perfil farmacoterapêutico	33
3.5.4	Teste <i>MedTake</i>	33
3.5.5	Teste <i>Brief Medication Questionnaire (BMQ)</i>	34
3.5.6	Grau de informação recebida	35
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	35
3.7	ANÁLISE DOS DADOS	35
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES E CUIDADORES	38
4.2	PERFIL CLÍNICO	43
4.3	PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO	47

4.4	INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS POTENCIAIS	50
4.5	ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	53
4.5.1	Grau de conhecimento dos pacientes e/ou cuidadores sobre a farmacoterapia (teste Medtake)	53
4.5.2	Teste BMQ.....	55
4.6	GRAU DE INFORMAÇÃO RECEBIDA PELO PACIENTE	57
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICES	70
	ANEXOS	80

1 INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento humano, o número de pessoas com doenças crônico-degenerativas, como o câncer, tende a aumentar. Segundo dados do GLOBOCAN, estimam-se para o Brasil, no ano de 2018, a ocorrência de mais de 559 mil casos novos de câncer e um número estimado de 243 mil mortes (IARC, 2018). Somando esses indicadores às mudanças na terapêutica e o desenvolvimento tecnológico alcançado, tem-se o aumento do número de sobreviventes dessas doenças, o que resulta na necessidade de um modelo diferente de cuidado dos pacientes (GAYOSO et al., 2018).

Nesse cenário, os cuidados paliativos (CP) vêm como um tratamento especializado capaz de fornecer suporte ao paciente e seus cuidadores. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) entende-se por cuidados paliativos uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, que enfrentam problemas associados com doença fatal, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento impecável da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual, devendo ser ofertado o mais precocemente possível (WPCA, 2014).

A *American Society of Health-Systems Pharmacists* (ASHP, 2016) acredita que o farmacêutico possui um papel chave na provisão de CP. Esse profissional pode desempenhar diversas atividades e participar ativamente do tratamento medicamentoso do paciente em conjunto com os demais membros da equipe de saúde.

Com o propósito de garantir a prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, o uso racional dos medicamentos, a promoção, a proteção, a recuperação da saúde, bem como a prevenção de doenças e de outros agravos à saúde, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) propõe o cuidado farmacêutico, entendido como um modelo de prática que orienta o fornecimento de diferentes serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade. Nesse aspecto o profissional farmacêutico tem sob sua responsabilidade atender, dentro do seu limite profissional, a todas as necessidades de saúde do paciente, incluindo as farmacoterapêuticas (CFF, 2016).

Este estudo teve como objetivo verificar como o cuidado farmacêutico poderia contribuir para a melhoria da qualidade de vida de pacientes oncológicos em CP por meio de orientações farmacoterapêuticas com base no perfil dos pacientes atendidos.

Aproximadamente de 75% dos pacientes com câncer avançado em todo o mundo experimentam dor, muitas vezes, em associação com outros sintomas como fadiga, anorexia, constipação, náuseas e/ou vômitos, dispneia, ansiedade, depressão, confusão mental, insônia

entre outros problemas. Um aspecto importante no uso de medicamentos em CP diz respeito à necessidade de tratar os sintomas e, ao mesmo tempo, evitar a polifarmácia. Esses sintomas devem ser tratados com o menor número de medicamentos possível, afim de que as associações não resultem em reações adversas que comprometam o estado de saúde do paciente.

Deve-se ter como fator primordial para a melhora da qualidade de vida dos pacientes oncológicos em CP a utilização correta da farmacoterapia proposta, esse processo tem início já no ato das orientações sobre os medicamentos, modo de utilização, principais efeitos adversos e manejo. A falta de conhecimento é uma barreira significativa para o adequado alívio da dor.

A OMS recomenda que os CP devem iniciar concomitantemente ao tratamento curativo, fazendo uso de todo arsenal necessário para melhor compreensão e controle dos sintomas, possibilitando além do conforto e qualidade de vida, mais dias de vida para o paciente (WHO, 2007).

O interesse pelo tema surgiu a partir da experiência profissional, atuo há mais de quatro anos na farmácia da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia do Estado de Roraima (Unacon-RR), onde são realizados serviços de gestão hospitalar, logística, preparo e manipulação de antineoplásicos. Em busca de conhecimentos mais específicos sobre os tratamentos para o câncer avançado, verificou-se a inexistência do serviço de cuidado farmacêutico a pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Dessa forma, a pesquisa visou responder a seguinte pergunta: como o serviço de cuidado farmacêutico pode auxiliar no uso racional de medicamentos por pacientes oncológicos em CP atendidos via visita domiciliar?

Sendo assim, através da aplicação de questionários, buscou-se traçar o perfil dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos assistidos via visita domiciliar, de seus cuidadores, bem como verificar o conhecimento desses pacientes sobre a terapêutica utilizada, a adesão ao tratamento e também a ocorrência de interações medicamentosas potenciais.

Foram discutidos aspectos sobre o perfil sociodemográfico dos pacientes e seus cuidadores, o perfil clínico e farmacoterapêutico, as interações medicamentosas potenciais, o grau de conhecimento sobre os medicamentos utilizados e a adesão ao tratamento.

Este estudo teve caráter exploratório, ou seja, sem a intenção de ser conclusivo, mas de identificar elementos que pudessem contribuir para a compreensão de aspectos relacionados a melhora da qualidade de vida dos pacientes, por meio de uma farmacoterapia racional.

Dessa forma, a presente pesquisa pode servir como ferramenta para verificar a viabilidade da inserção desse profissional na equipe de CP e suas possíveis contribuições para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e cuidadores.

1.1 CÂNCER E OS CUIDADOS PALIATIVOS

De acordo com a OMS (2019), câncer é um termo genérico designado para um grande grupo de doenças que possuem a característica de possuir células com crescimento anormal que podem invadir partes adjacentes do corpo e/ou se espalhar para outros órgãos. Comumente também são chamados de tumores malignos e neoplasias. O câncer pode afetar quase qualquer parte do corpo e possui muitos subtipos anatômicos e moleculares que requerem estratégias de manejo específicas.

De acordo com o documento *World Cancer Report 2014* da *International Agency for Research on Cancer* (IARC), da OMS, é inquestionável que o câncer é um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, onde é esperado que nas próximas décadas, a ocorrência seja de 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (IARC, 2014).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no biênio 2018-2019, espera-se para o Brasil a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer para cada ano, num país onde os tipos mais incidentes são os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina, cólon e reto, e que, também, apresenta altas taxas para os cânceres do colo de útero, estômago e esôfago. (INCA, 2017).

Atualmente as principais alternativas para tratamento da doença são a cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia. E quando não há mais possibilidades terapêuticas de cura, não somente em fase terminal, mas durante todo o percurso da doença, o paciente oncológico apresenta fragilidades e limitações de ordem física, psicológica, social e espiritual. Necessitando, assim, de um modelo específico de cuidar, denominado cuidados paliativos, com o objetivo de propor uma qualidade de vida durante todo o tratamento do paciente. (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Essa prática de cuidado voltada para o ser humano em sua totalidade, com características específicas, sugere o desenvolvimento do trabalho através de uma equipe interdisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes espirituais de caráter ecumênico ou da religião escolhida pelo paciente. Em trabalho pioneiro desenvolvido no Reino Unido por Cicely Saunders, na década de 1960, sugerem os CP oficialmente como prática distinta na área de atenção em saúde, que incluía também a assistência, o ensino e a pesquisa. O marco na história foi a criação do *St. Christopher Hospice*, em Londres, em 1967 (GOMES; OTHERO, 2016).

Em geral, nos países que o desenvolveram, os CP foram direcionados prioritariamente para pacientes com câncer avançado. Na África, as iniciativas voltadas aos CP tiveram início no final da década de 1970, quando várias cidades implementaram serviços desta natureza. Nos Estados Unidos o desenvolvimento dos CP teve como marco a criação do primeiro serviço de internação domiciliar, chamado de *Connecticut Hospice* em 1974. Já a Catalunha implementou os CP nas políticas de saúde em meados de 1991. No Japão, os CP tiveram início em meados da década de 70 a partir do estabelecimento de um programa para tratamento de doentes terminais em Osaka (BARBOSA, 2011).

Em 1982, foi fundado o Comitê de Câncer da OMS, que criou um grupo de trabalho para definir políticas para o alívio da dor e CP para pacientes com câncer, e que fossem recomendados em todos os países (MATSUMOTO, 2012).

Como forma de orientar a prática dos CP, em 2002 a OMS reafirmou os princípios conforme Quadro 1:

Quadro 1 – Princípios dos Cuidados Paliativos conforme OMS (2002)

Princípios
• Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis;
• Afirmar a vida e acatar a morte como um processo natural da vida;
• Não acelerar nem adiar a morte dos pacientes;
• Integrar os aspectos psicológicos, emocionais e espirituais no cuidado ao paciente;
• Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o último dia de vida;
• Acolher os familiares com o intuito de auxiliá-los durante o progresso da doença do paciente e também o luto;
• Fornecer uma abordagem multiprofissional focada nas necessidades dos pacientes e seus familiares, inclusive no processo de luto;
• Melhorar a qualidade de vida do paciente e influenciar positivamente o curso da doença;
• Os CP devem iniciar o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.
Fonte: adaptado de Matsumoto (2012).

Como um modelo de prática, os CP ainda estão em processo de construção, necessitando cada vez mais de uma equipe interdisciplinar que não se limite à mera realização de procedimentos em pacientes, mas que busque a propagação da preocupação, interesse, interação e principalmente, o compromisso pelo cuidado (ANDRADE et al. 2017).

Esse tipo de cuidado pode ser realizado em diversos contextos, como em enfermarias hospitalares, instituições de longa permanência, ambulatórios especializados e também em domicílio. O desenvolvimento dos CP em ambiente domiciliar permite aos pacientes a

possibilidade de continuar no convívio de seus familiares, recebendo uma atenção multiprofissional, especializada e disposta a oferecer suporte e orientação aos familiares e/ou cuidadores, diminuindo as internações recorrentes, muitas vezes, desnecessárias (FALLER et al., 2016).

Segundo estudo publicado, em 2010, por Temel et al., que compararam os modelos de assistência tradicional e dos CP, mostrou que o grupo que recebeu os CP precoces apresentou melhores auto avaliações de qualidade de vida e menores índices em escalas que medem transtornos de humor, além de viverem, em média, 3 meses a mais que o grupo assistido apenas pelo modelo de assistência tradicional.

Porém, apesar dos grandes esforços da OMS e de ter alcançado significativos progressos no desenvolvimento de CP em todo o mundo, ainda existem lacunas importantes a serem preenchidas. Muitos países ainda não consideram os CP como um problema de saúde pública e, portanto, não o abordam em seus programas de saúde (SEPÚLVEDA et al., 2002).

De acordo com *World hospice & palliative care alliance*, 40 milhões de pessoas precisam de CP e 20 milhões no final da vida a cada ano, 78% das pessoas que necessitam de CP vivem em países em desenvolvimento e 18 milhões morrem por ano com dor e angústia desnecessária (WHPCA, 2018).

1.2 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL: ATENÇÃO AO PACIENTE ONCOLÓGICO

O Brasil é um país com dimensões continentais (8.514.215,3 km²), com mais de 207 milhões de habitantes distribuídos em 27 unidades federativas e 5.561 municípios. A maior parte da população é constituída por pessoas ente 15 e 64 anos (69,14% em 2016) e a expectativa de vida ao nascer corresponde a 75,5 anos no ano de 2015 (IBGE, 2017). Sabe-se que o envelhecimento está diretamente ligado ao aumento da incidência de câncer, pois a idade pode levar a alterações fisiológicas e moleculares, que combinadas a fatores mitogênicos e associados à insuficiência e desregulação do sistema imunológico favorecem a proliferação celular, resultando no aparecimento do câncer (VIEIRA et al., 2015).

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), no Brasil, iniciativas isoladas e discussões a respeito dos CP foram encontradas desde os anos 70, inclusive no INCA (não se diferenciando das iniciativas no mundo). Contudo, foi nos anos 90 que começaram a surgir os primeiros serviços organizados, ainda de forma experimental. Os primeiros cursos e atendimentos com filosofia paliativista surgiram na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Outro serviço importante e pioneiro no Brasil

é o do INCA, do Ministério da Saúde, que inaugurou em 1998 o hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos CP (MATSUMOTO, 2012).

Em 1998, foi publicada a Portaria nº 3.535/GM do Ministério da Saúde, que ao estabelecer os critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia, destacou os CP como uma das modalidades de assistência, que deveriam ser ofertadas aos pacientes. A partir de então esse serviço deveria ser contemplado nas políticas públicas de saúde no país (BARBOSA, 2011).

O Brasil publicou a Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005, que posteriormente foi revogada pela Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, que estabeleceu os critérios para atuação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), dos Serviços de Radioterapia de Complexo Hospitalar e dos Hospitais Gerais com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar.

Em 2013, foi publicada a Portaria 874, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com objetivo de reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. Além disso, em 2014, foi publicada a Portaria nº 483 que redefiniu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e determinou as diretrizes para a organização das linhas de cuidados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; 2013; 2014a; 2014b).

Em outubro de 2018, a Comissão Intergestores Tripartite publicou a Resolução nº 41, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito do SUS. Entre as diretrizes, enfatiza que a organização deverá ter como objetivo promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar, além de ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em CP (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2018).

No Atlas Global de CP, publicado em 2014 pelo *Worldwide Palliative Care Alliance*, o Brasil foi classificado em 3A, que se refere a países onde o fornecimento do serviço é ofertado isoladamente. No mesmo nível que o Brasil, estão também Angola, Bangladesh, Congo, Moçambique e Irã. Segundo o documento, na classificação 3A enquadram-se os serviços que são ofertados irregularmente e não muito bem apoiados, com financiamento, predominantemente, de doações, disponibilidade de morfina insuficiente e um número reduzido

de equipes quando comparado ao tamanho da população. Mesmo com equipes de excelência, o sistema de saúde do país é atrasado em relação a integração e apoio a essas equipes (WPCA, 2014).

Mesmo com a elevada expectativa de vida do brasileiro, de acordo com o *The Economist Intelligence Unit* (EIU), no relatório a respeito do índice de qualidade de morte, que é uma medida da qualidade dos CP em 80 países de todo o mundo, divulgado em outubro de 2015, o Brasil ocupa o 42º lugar, atrás de outros países da América do Sul como Chile (27º), Argentina (32º), Uruguai (39º) e Equador (40º). E na frente da Venezuela (45º), Peru (49º) e Colômbia (68º). Segundo esse relatório, a provisão dos CP no Brasil tem perspectivas de melhora. Os principais obstáculos verificados foram o ambiente global de cuidados de saúde e o acesso por parte dos pacientes a profissionais treinados e medicamentos analgésicos, especialmente, fora das grandes cidades (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015).

Em levantamento realizado pela ANCP, até agosto de 2018, estavam cadastrados 177 serviços de CP. O panorama no país mostra que as iniciativas são recentes com 51% (n=89) dos serviços iniciados a partir do ano de 2011, sendo 103 (58%) somente na região Sudeste e apenas 5 (3%) na região Norte. Todos os serviços atendem pacientes do SUS e 131 deles são ofertados em hospitais (ANCP, 2018).

Sabe-se que a atenção primária apresenta um impacto maior na saúde da população e um custo menor; porém, o mais preocupante é que há mais de 5.000 unidades hospitalares, sendo pelo menos 2.500 com mais de 50 leitos e menos de 10% disponibilizam uma equipe de CP. Comparando com países desenvolvidos como os Estados Unidos, em 2016, o *Center for Advanced Palliative Care* identificou mais de 1.800 equipes atuando em hospitais, o que equivale a 75% de cobertura dos hospitais norte-americanos com mais de 50 leitos (CAPC, 2018).

1.3 PACIENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS – PRINCIPAIS SINTOMAS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Em geral, os pacientes oncológicos em CP apresentam múltiplos sintomas, podendo ser intensos e debilitantes. Esses sintomas precisam ser tratados com o menor número de medicamentos possível, de forma que as associações não resultem em interações que possam comprometer o tratamento (FALLER et al., 2016).

É importante considerar o conceito de “sintoma” como tudo aquilo que o paciente define como um problema, devendo ser considerado também os aspectos individuais e subjetivos, bem

como as interações entre os aspectos biológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais, sociais e culturais na determinação, interpretação e expressão de qualquer sintoma apresentado pelo paciente (GOMES; OTHERO, 2016).

Um estudo publicado em 2012, pelo Centro de Informação do Medicamento (CIM), da Ordem dos Farmacêuticos, descreveu os sintomas mais frequentes que acometem os pacientes oncológicos em CP, são eles: dor, dispneia e depressão. Destacam-se, também, os sintomas provenientes da doença ou mesmo da própria terapêutica utilizada, como constipação, náuseas, fadiga, vômito, ansiedade, agitação, delírio, astenia, caquexia e anorexia (CIM, 2012).

Segundo Lenhani (2015), a fadiga, quando apresentada, possui maior probabilidade de quadros dolorosos, distúrbio do sono e depressão. Já as alterações gastrointestinais estão relacionadas com a constipação, justificada pelo uso de medicamentos opioides, os quais diminuem a motilidade intestinal e causam xerostomia.

Corroborando com os dados do CIM (2012), Vieira et al. (2015) destacou a dor como o sintoma mais frequente das neoplasias, e o aumento da prevalência conforme a progressão da doença. No ato do diagnóstico, cerca de 30 a 50% dos pacientes apresentam algum tipo de dor, quando em estágios mais avançados, essa margem sobe para 70 a 90% dos pacientes (PEREZ et al., 2016). Quando o paciente passa a receber o tratamento em domicílio, surgem algumas barreiras, principalmente, o medo de não ser possível controlar os sintomas, entre eles a dor e a dispneia. O controle dos sintomas deve ser o ponto principal da equipe interdisciplinar de CP, de forma a evitar a internação desse paciente em hospitais (VASCONCELOS; PEREIRA, 2018).

Com o avançar da doença e a aproximação do final da vida, as perspectivas do doente vão sendo modificadas, inclusive as prioridades terapêuticas. Um exemplo é o fato da não aceitação pelo paciente das náuseas e vômito decorrentes da analgesia sintomática, enquanto durante o tratamento quimioterápico esses efeitos adversos eram aceitos. Nos últimos dias de vida, o principal objetivo é proporcionar conforto ao doente e seus familiares, podendo ser recomendada a suspensão dos tratamentos quimioterápicos, radioterápicos, antibióticos e terapêutica crônica em geral (CIM, 2012).

É necessário que o profissional de saúde realize uma avaliação correta e precisa dos sintomas de pacientes com câncer avançado. Essa avaliação pode ser realizada através de instrumentos que auxiliam no estabelecimento de prioridades para cada paciente, permitindo a elaboração de estratégias e planejamento assistencial e financeiro, bem como o acompanhamento da evolução clínica e da qualidade de morte (LENHANI, 2015).

Conforme a doença avança, a utilização de vários medicamentos torna-se frequente, e a tolerância aos efeitos colaterais diminui, sendo necessária uma rápida resposta para alívio dos sintomas, principalmente, o controle algico (MENDES et al., 2014). Aproximadamente 80% dos pacientes com câncer avançado sofrem de dor, e apenas 24% dos que sentem dor intensa recebem opioides potentes, cerca de metade dos pacientes tem o sintoma de dor subtratado e 32% dos pacientes sentem um desconforto tão grande que preferem a morte (NUNES; GARCIA; SAKATA, 2014).

A classe de medicamentos mais utilizada para o controle da dor de origem oncológica são os opioides. O termo *opiáceo* refere-se aos compostos relacionados estruturalmente com as substâncias químicas no ópio, incluem os alcaloides vegetais naturais como morfina e codeína e muitos derivados semissintéticos. Opióide é qualquer composto, independentemente de sua estrutura, que possua as propriedades funcionais e farmacológicas de um opiáceo (BRUNTON, CHABNER, KNOLLMAN, 2012).

A evolução dos CP é acompanhada pelo aumento do plantio do ópio, da extração de seus derivados, da síntese de novas moléculas, da importação dos produtos obtidos a partir dessas sínteses, bem como do consumo da morfina e de seus derivados, apesar de a destinação destes não ser exclusiva para pacientes sob CP (INCB, 2007).

Segundo o levantamento mundial, publicado pela Revista *The Lancet*, realizada, em 2018, pela Comissão Lancet sobre atenuação de acesso ao abismo em cuidados paliativos e alívio da dor, 90% dos opioides prescritos são utilizados por apenas 10% da população mundial, população essa que vive nos países com maior produto interno bruto. O Brasil se enquadra nos países onde há escassez de opioides (9mg per capita de equivalente de morfina), os Estados Unidos, por exemplo, que sofrem de um excesso de consumo, chegam a utilizar 551mg per capita de morfina (KNAUL, et al. 2018).

O subtratamento da dor, no Brasil, envolve barreiras relacionadas tanto aos pacientes, quanto às instituições de saúde e, também, às políticas reguladoras sobre medicamentos. Por vezes, os pacientes acreditam que a dor possa indicar uma doença progressiva, bem como o sentimento de medo em relação aos efeitos colaterais e dependência física. Nas instituições de saúde, faltam profissionais qualificados para avaliação da dor e dos princípios de tratamento desse sintoma, falta conhecimento para o manejo dos efeitos colaterais e dosagem a serem prescritas, além de clareza sobre os conceitos de vício e tolerância no uso de opioides. O país possui uma política de difícil acesso aos medicamentos opioides, bem como uma enorme falta de distribuição gratuita de medicação a pacientes ambulatoriais e, também, a escassez de serviços de tratamento de dor (RANGEL; TELLES, 2012).

O medo pode influenciar os pacientes a retardarem o uso desse tipo de medicamento ou tomá-los em quantidades abaixo da prescrita pelos médicos, é o que afirma a *Agency for Health Care Policy and Research*: relutância em reportar a dor, pois a veem como inerente à doença e, portanto, inevitável; medo de que o aumento da dor seja um indicativo de evolução da doença; medo de tolerância analgésica e medo dos efeitos adversos. Esta atitude acaba por comprometer a adesão do paciente ao tratamento proposto e a eficácia do tratamento (MALTONI, 2008).

Reid, Gooberman-Hill e HANKS (2008) buscaram esclarecer os motivos pelos quais os pacientes oncológicos rejeitavam o uso de opioides na primeira vez que o prescritor recomendava a utilização desses medicamentos, e identificou justificativas diferentes: “antecipação da morte”, “último recurso terapêutico”, “influência da postura do profissional de saúde”, “falta de alternativa”. Eles verificaram que os pacientes em sua grande maioria consideraram os opioides como recursos terapêuticos destinados a amenizar a experiência da morte e não promotores de qualidade de vida. Cabe ressaltar que o alívio da dor causa uma significativa melhora no estresse do paciente e conseqüente aumento em sua qualidade de vida, o que reflete positivamente nas relações com os familiares, cuidadores e equipe de saúde (MENDES et al., 2014).

Esses achados mostram que para assegurar qualidade e eficácia ao tratamento, é necessário além de garantir a disponibilidade e qualidade dos medicamentos, promover ações de esclarecimentos aos pacientes e familiares. Neste contexto, o profissional deve fornecer informações corretas para melhorar o entendimento dos pacientes e cuidadores a respeito dos medicamentos opioides, de forma a desmistificar os medos e receios e promover a adesão ao tratamento.

Como diretriz para o tratamento da dor de origem oncológica, a OMS confeccionou a escada analgésica, onde no primeiro degrau é orientada a utilização de anti-inflamatórios não esteroides (AINES) para dor leve, para dor moderada, no segundo degrau, utiliza-se opioides fracos e, no terceiro degrau, opioides potentes para dor intensa, também podem ser associados fármacos adjuvantes em todos os degraus (NUNES; GARCIA; SAKATA, 2014).

Segundo a OMS os principais medicamentos sugeridos conforme os sintomas estão descritos na Figura 1.

Figura 1 – Principais medicamentos sugeridos pela OMS conforme os sintomas mais frequentes em cuidados paliativos.

Dor	Gastrointestinais	Psicológicos	Infecções
<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol • Diclofenaco • Codeína • Tramadol • Morfina • Gabapentina 	<ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramida • Domperidona • Dexametasona • Ranitidina • Loperamida • Sais de hidratação oral • Bisacodil 	<ul style="list-style-type: none"> • Diazepam • Haloperidol • Amitriptilina 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacino • Metronidazol • Amoxicilina • Fluconazol

Fonte: Adaptado de Vasconcelos e Pereira (2018).

1.4 FARMÁCIA CLÍNICA, CUIDADO FARMACÊUTICO E SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Conforme definição estabelecida pelo CFF (2013), entende-se por Farmácia Clínica, às atividades orientadas ao uso racional de medicamentos, desempenhadas pelo farmacêutico diretamente ao paciente, com intuito de otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças.

Pode ser dividida em duas grandes áreas: ciência e prática. Onde a primeira relaciona-se com às atividades de pesquisa sobre a atuação clínica do farmacêutico, aprimoramento de práticas profissionais e estudos de utilização de medicamentos. Já a segunda, refere-se a prática profissional, desenvolvida por meio de modelos de prática. Nesse aspecto, o cuidado farmacêutico, é caracterizado como um modelo de prática que orienta o fornecimento de diferentes serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade, com objetivo de prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, uso racional e ótimo dos medicamentos (CFF, 2016).

O modelo de cuidado farmacêutico baseia-se na solução dos problemas relacionados a farmacoterapia, alcançar com sucesso os objetivos terapêuticos e prevenir os problemas, como reações adversas e interações medicamentosas. Esse modelo deve ser elaborado de forma individualizada, centrado no paciente e suas peculiaridades, de forma a atender suas necessidades terapêuticas (SANTOS et al. 2018).

O cuidado farmacêutico é aplicado ao paciente através do fornecimento dos serviços farmacêuticos. Os serviços como, conciliação medicamentosa, monitorização da terapêutica de

medicamentos, revisão da farmacoterapia, acompanhamento farmacoterapêutico, gestão da condição de saúde, entre outros, configuram como atividades intrínsecas desse profissional, que busca sempre identificar, prevenir e resolver problemas relacionados à farmacoterapia (CFF, 2016).

As orientações ao paciente sobre a terapia medicamentosa, bem como a padronização da relação de medicamentos envolvidos nos processos de admissão, transferência e alta, entre outros serviços e níveis de atenção à saúde, representam atividades clínicas do farmacêutico (CFF, 2013). Além disso, a lei 13.021/2014, atribui a esse profissional a responsabilidade sobre a conservação, utilização de medicamentos e a importância do seu correto manuseio (BRASIL, 2014). Cabe ao farmacêutico estabelecer o perfil farmacoterapêutico no acompanhamento sistemático do paciente, seja através de ligações telefônicas, visitas domiciliares ou consultas ambulatoriais.

Na oncologia, o cuidado farmacêutico, compreende desde as etapas logísticas do medicamento, à terapia medicamentosa, até às decisões sobre o uso adequado de medicamentos para cada paciente, durante todo o tratamento, seja ele curativo ou paliativo.

Nos cuidados paliativos, o paciente oncológico possui características muito específicas, sua cinética corporal e o volume de distribuição estão alterados no final da vida. O farmacêutico possui conhecimento especializado para otimizar o atendimento ao paciente, enquanto reduzem os eventos adversos e a toxicidade. Pacientes em CP normalmente requerem doses mais altas de opioides, o que leva a maior estimulação dos receptores μ e, por sua vez, aumenta a ativação dos receptores delta e kappa, favorecendo assim, para o aumento dos eventos adversos. Além disso, os adesivos de fentanil em pacientes com caquexia podem proporcionar menos alívio da dor devido à ligação às proteínas e baixos estoques de gordura subcutânea (BARBEE et al., 2018).

Dessa forma, com regimes de CP cada vez mais individualizados, afim de resolver às necessidades de cada paciente, integrar o farmacêutico à equipe interdisciplinar é crucial para alcançar os objetivos do tratamento do paciente.

1.5 CUIDADOS FARMACÊUTICOS AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Quando se fala em pacientes oncológicos em CP, obrigatoriamente, remete a um conjunto de cuidados e características específicas, onde uma equipe interdisciplinar pode fornecer o suporte adequado. Quando tratado por uma equipe que engloba uma variedade de

profissionais de saúde, cada um com seu conhecimento específico, habilidades e experiências, a qualidade dos cuidados é significativamente melhorada. Isso inclui, mas não limita, a equipe médica especializada e de enfermagem, e os profissionais de saúde aliados, como fisioterapeutas, psicólogos, assistente sociais, farmacêuticos e nutricionistas (HUSSAINY; BOX; SCHOLLES, 2011)

A *American Society of Health-Systems Pharmacists* (ASHP) acredita que os farmacêuticos tenham um papel chave na provisão de CP. No primeiro projeto de demonstração de *hospice* nos Estados Unidos, o papel desse profissional demonstrou ser essencial como membro da equipe interdisciplinar, porém, essa participação tem sido tradicionalmente ignorada. Evidências da contribuição do farmacêutico nos CP e serviços de cuidados de suporte, além do papel original de dispensação de medicamentos, resultou em reconhecimento crescente em inúmeras atividades prática (ASHP, 2016).

Conforme estudo de Wilson et al. (2010), a maioria das recomendações dos farmacêuticos foi aceita pelos médicos, e boa parte dos pacientes tiveram melhora ou resolução do sintoma apresentado. As orientações farmacêuticas principalmente na proximidade do óbito foram fatores significativos para alcançar o resultado clínico desejado.

As diretrizes da ASHP (2016) sobre o papel do farmacêutico nos CP categorizam as atividades em essenciais ou desejáveis. As atividades essenciais são entendidas como a prática farmacêutica nos CP e de suporte, enquanto as atividades desejáveis remetem a prestação de serviços de CP e de suporte por farmacêuticos especialistas com ampla experiência prática. No rol das atividades essenciais, tem-se o atendimento direto ao paciente, que inclui:

- Otimizar os resultados dos pacientes de manejo de sintomas e CP através da provisão especializada de terapia medicamentosa baseada em evidências e centrada no paciente como parte integrante de uma equipe interdisciplinar;
- Servir como um recurso magistral sobre o uso ideal de medicamentos no manejo de sintomas e CP;
- Antecipar as transições de cuidados ao recomendar, iniciar, modificar ou descontinuar a farmacoterapia para dor e sintomas.

O farmacêutico pode, também, atuar na revisão de pedidos de medicamentos e reconciliação através do gerenciamento e melhora do processo do uso de medicamentos em ambientes de atendimento ao paciente. Além de ser o profissional mais bem recomendado para fornecer educação, demonstrando excelência na prestação do aconselhamento sobre os medicamentos a pacientes, cuidadores e também familiares. Pode garantir o uso seguro de

medicamentos no tratamento da dor e dos sintomas e atuar no gerenciamento da cadeia de suprimentos de medicamentos (ASHP, 2016).

Em pesquisas preliminares na Austrália e Canadá, cerca de 70% dos farmacêuticos hospitalares forneceram orientações sobre farmacoterapia, administração de medicamentos, tratamento de pacientes, efeitos adversos de terapias e incompatibilidades de medicamentos como membro de uma equipe de cuidados paliativos. Na Suécia, o conhecimento dos farmacêuticos foi utilizado nas equipes de cuidados paliativos para contribuir com orientações voltadas aos problemas relacionados a medicamentos e gestão de estoques (ISE et al. 2014).

Quando abordado sobre as atividades desejáveis, a ASHP entende que em relação ao atendimento direto ao paciente, o farmacêutico pode:

- Realizar avaliação avançada da dor e dos sintomas, incluindo as comorbidades;
- Estabelecer e manter um contato de prática colaborativa com o médico prescritor;
- Iniciar, modificar e sugerir a interrupção da terapia medicamentosa, dentro de seu limite profissional;
- Monitorar a terapia medicamentosa do paciente e sua história clínica através da solicitação e interpretação de exames laboratoriais;
- Participar ou conduzir reuniões familiares, junto com outros membros da equipe;
- Estabelecer metas de cuidado e educar pacientes, cuidadores e familiares em decisões de terapia medicamentosa;
- Participar de decisões sobre CP ou adequação de CP ambulatoriais e de referência;
- Orientar as transições de cuidados;
- Auxiliar na política do sistema de saúde no que se refere ao CP.

Além dessas atividades, o farmacêutico especialista pode auxiliar no desenvolvendo das atividades de ensino e pesquisa, atuando na compreensão e desenvolvimento da prática dos estudantes dos cursos de saúde sobre os CP (ASHP, 2016). Essas atividades e responsabilidades do farmacêutico em participar ativamente do tratamento medicamentoso do paciente oncológico em CP, em conjunto com os demais membros da equipe de saúde, possibilita a utilização de medicamentos de maneira adequada para a terapia desses pacientes, o que é fundamental para o sucesso do tratamento, que nesses casos é o controle dos sintomas.

A inclusão do farmacêutico em uma equipe multidisciplinar de CP na Austrália, demonstrou que esse profissional, melhorou o conhecimento dos membros da equipe sobre o manejo dos medicamentos utilizados nos CP, além de fornecer esclarecimentos sobre os problemas potenciais com medicamentos e as atitudes que podem ser tomadas na prática para evita-las (HUSSAINY; BOX; SCHOLLES, 2011).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Realizar um diagnóstico situacional sobre a farmacoterapia dos pacientes oncológicos atendidos via visita domiciliar, pela equipe de cuidados paliativos da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia do estado de Roraima (UNACON/RR), com a finalidade de identificar potenciais contribuições do cuidado farmacêutico a serem implementadas no serviço.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico, epidemiológico e clínico dos pacientes inscritos no Serviço de Cuidados Paliativos da UNACON/RR;
- Identificar a ocorrência de interações medicamentosas potenciais entre os medicamentos prescritos;
- Avaliar a adesão do paciente oncológico em cuidados paliativos ao tratamento medicamentoso;
- Avaliar o nível de conhecimento dos pacientes e/ou cuidadores sobre os fármacos mais utilizados por pacientes oncológicos em cuidados paliativos para controle dos principais sintomas;
- Propor um modelo de prática farmacêutica afim de orientar a provisão de diferentes serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente oncológico em cuidados paliativos e seus cuidadores, tendo como base as dificuldades observadas na farmacoterapia dos pacientes que participarem do estudo.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de pesquisa quantitativa, de caráter exploratório, com objetivo de identificar elementos que possam possibilitar a implantação do serviço de cuidados farmacêuticos no rol das atividades destinadas a pacientes oncológicos em tratamento paliativo assistidos pela equipe de visita domiciliar da UNACON/RR.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi formada por pacientes inscritos no serviço de cuidados paliativos da UNACON/RR atendidos via visita domiciliar no período da coleta de dados, que ocorreu de julho a outubro de 2018. Foram incluídos na pesquisa os pacientes que aceitaram participar voluntariamente após consentimento pós-informado, que se enquadrassem nos seguintes critérios: portador de laudo histopatológico de neoplasia, morador na área urbana da cidade de Boa Vista/RR, com idade entre 18 e 99 anos, apresentando condições físicas e psicológicas para responder à entrevista, quando tal condição não fosse possível, um cuidador apto poderia responder às perguntas.

Foram excluídos os pacientes que residiam fora do município de Boa Vista/RR e/ou que estivessem internados durante o período da coleta de dados.

Ao iniciar a coleta de dados no mês de julho de 2018, 27 pacientes estavam cadastrados no serviço de atendimento domiciliar e 31 pacientes entraram no serviço até o dia 30 de outubro de 2018, final do período estipulado para realização da coleta dos dados, somando um total de 58 pacientes. Devido às dificuldades para contatar todos os pacientes durante o período proposto, tais como dificuldade de acesso à residência, falta de veículo para realização da visita, ausência do paciente na residência no dia da visita e/ou internação e óbitos, um total de 30 pacientes foram entrevistados.

Como trata-se de um estudo exploratório, pode possibilitar o cálculo amostral para o desenvolvimento de pesquisas posteriores, visto que não há dados suficientes na literatura para determinação da amostra. Os dados existentes até o presente momento não possibilitam o cálculo estatístico de tamanho amostral para possíveis inferências que possam relacionar a prestação do cuidado farmacêutico em domicílio para pacientes com câncer em cuidados paliativos e a utilização de medicamentos.

Não seria compatível a aplicação de dados internacionais para a determinação do tamanho amostral, tendo em vista as diferenças culturais, políticas e sociais, principalmente quando analisado os diferentes sistemas de saúde internacionais, que oferecem serviços distintos no manejo do paciente sob cuidado paliativo.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

A unidade de oncologia está localizada dentro do Hospital Geral de Roraima e foi criada através da Portaria da Secretaria de Saúde nº 330/2006 em 08 de junho de 2006. É credenciada pelo Ministério da Saúde como uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), e atualmente é a única unidade autorizada e reconhecida a oferecer tratamento oncológico na rede do SUS em Roraima (SESAU, 2019).

Seu corpo clínico conta com 23 médicos divididos em 14 especialidades: cancerologia cirúrgica (03), cancerologia clínica (03), urologia (02), ginecologia (01), mastologia (01), cirurgia torácica (01), coloproctologia (01), cirurgia geral (01), cirurgia de cabeça e pescoço (04), clínica médica/cuidados paliativos (01), cirurgia plástica (01), hematologia (02), radio-oncologia (01) e anestesista/clínica da dor (01).

Possui 19 profissionais de nível superior distribuídos em 8 áreas: enfermagem (04), fisioterapia (04), nutrição (02), fonoaudiologia (01), farmácia (02), assistência social (02), psicologia (02) e odontologia (02);

Ainda conta com 17 servidores responsáveis pelas seguintes funções: auxiliar de farmácia (02), administrativos (02), sistemas de informação (02), técnicos de enfermagem de quimioterapia e ambulatório (11).

A UNACON/RR oferta 27 diferentes serviços destinados a pacientes com câncer, são eles: serviço de cancerologia cirúrgica; serviço de cancerologia clínica; serviço de cirurgia de cabeça e pescoço; serviço de cirurgia plástica reconstrutora; serviço de cirurgia torácica; serviço de cirurgia geral e coloproctologia; serviço de ginecologia; serviço de mastologia; serviço de hematologia; serviço de urologia; serviço de radio-oncologia; serviço de cuidados paliativos e visita domiciliar; serviço de farmácia; serviço de fisioterapia; serviço de fonoaudiologia; serviço de enfermagem; serviço de nutrição; serviço de psicologia; serviço de odontologia; serviço social; ambulatório de ostomizados; clínica da dor; unidade de quimioterapia; unidade de radioterapia (em implantação); registro hospitalar de câncer e centro de apoio ao paciente oncológico.

Diariamente a unidade oferece aos pacientes oito grupos de apoio: grupo de laringectomizados; grupo de apoio psicossocial para mulheres com câncer; grupo de apoio psicossocial para familiares e acompanhantes; grupo de cinesioterapia para mulheres com câncer de mama; grupo de apoio psicossocial para familiares/acompanhantes de pacientes em cuidados paliativos; grupo de avaliação nutricional e de fisioterapia para pacientes em pré-operatório; grupo de avaliação nutricional pré-quimioterapia e grupo de avaliação nutricional pós-operatório.

A UNACON/RR oferece ainda em sua unidade tratamento clínico, cirúrgico e quimioterápico a todas as neoplasias, em pacientes acima de 18 anos. Usualmente os pacientes entre 13 e 18 anos são encaminhados para tratamento fora do domicílio para serviços de oncologia pediátrica.

Alguns critérios são padronizados para admissão do paciente ao serviço, tais como obrigatoriedade de biópsia positiva confirmando diagnóstico de neoplasia invasiva, tendo em vista que por ser uma unidade de alta complexidade realiza tratamento específico. Sendo de competência dos serviços de média complexidade a investigação e diagnóstico. Entretanto em alguns casos a biópsia é dispensável: câncer de pele, câncer de rim, câncer de ovário, sarcoma de retroperitônio e câncer de pâncreas.

Semanalmente entre consultas individuais e de grupo são oferecidas mais de 450 vagas. Entre os anos de 2014 a 2018 foram realizados mais de 120 mil atendimentos. No ano de 2017 foram admitidos 445 pacientes novos e em 2018, 419 pacientes.

O serviço de CP e visita domiciliar iniciou suas atividades no mesmo ano de criação da UNACON/RR, 2006, e até o ano de 2018 teve mais de 800 pacientes cadastrados em CP. Atualmente sua equipe é formada por médico (01), enfermeiro (01), fisioterapeuta (01), psicólogo (01), nutricionista (01) e assistente social (01). Esta equipe é destinada ao atendimento de pacientes oncológicos por meio de consulta ambulatorial e domiciliar. Devido as próprias complicações da doença há uma rotativa elevada de pacientes, onde no ano de 2018 foram admitidos 122 pacientes novos e ocorreram 1354 visitas.

Dentre as dificuldades do serviço pode-se destacar a presença de apenas um profissional de cada área, quando este tem de se afastar (férias ou agravos de saúde) o paciente não recebe o atendimento domiciliar daquela especialidade, sendo assistido através de consultas ambulatoriais. Outra dificuldade importante é a indisponibilidade extemporânea do transporte, seja por falta do carro, gasolina ou mesmo do motorista, nesses casos o paciente deixa de receber a visita de toda a equipe. Além disso, não há a oferta dos serviços farmacêuticos, nem a padronização dos medicamentos utilizados pelos pacientes no domicílio, os profissionais

responsáveis prescrevem a terapia e o paciente e/ou cuidador retira o medicamento na atenção básica ou no próprio serviço de oncologia no hospital.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os procedimentos de coleta de dados foram realizados durante a visita domiciliar em conjunto com a equipe de cuidados Paliativos da UNACON/RR, através da aplicação de diferentes instrumentos, tais como formulários para coleta de dados sociodemográficos e clínicos; aplicação de testes de adesão e formulários para avaliação do grau de informação dos pacientes.

Em um primeiro momento, foram verificados os pacientes cadastrados no serviço de cuidados paliativos assistidos via visita domiciliar que se enquadravam nos critérios de inclusão, após, foram coletados os dados clínicos dos prontuários, conforme o apêndice A.

As visitas domiciliares da equipe de CP da UNACON-RR são organizadas conforme os dias da semana: na segunda e terça-feira ocorria a visita do médico paliativista, enfermeira e nutricionista; na quarta-feira, do médico paliativista e enfermeira; na quinta-feira, da assistente social e psicóloga e, na sexta-feira, do fisioterapeuta. A pesquisa foi realizada em dias alternados de forma que o farmacêutico pode acompanhar todos os membros da equipe.

3.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de questionários durante visita domiciliar ao paciente oncológico em cuidados paliativos: 1) Questionário sociodemográfico e clínico, 2) Perfil Farmacoterapêutico 3) Questionário sobre o grau de informação recebida, 4) *Brief Medication Questionnaire* (BMQ).

3.5.1 Perfil sociodemográfico dos pacientes e cuidadores

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados composto por perguntas semiestruturadas aplicado ao paciente e/ou cuidador (quando havia), adaptado da dissertação “Qualidade de morte em cuidados paliativos oncológicos: estudo de casos múltiplos” (LENHANI, 2015) conforme Anexo C. O questionário é composto por 11 questões sobre informações do paciente, como por exemplo: nome, data de nascimento, estado civil, grau de instrução, renda salarial entre outras (Apêndice A). Para traçar o perfil dos cuidadores, foram

realizadas perguntas como: sexo, idade, estado civil, profissão/ocupação e grau de instrução (Apêndice A).

3.5.2 Perfil clínico

Para a caracterização do perfil clínico dos pacientes, foram coletados dados do prontuário, tais como: diagnóstico primário da doença, data do diagnóstico, estadiamento inicial, se foram realizados tratamentos anteriores, presença de metástases, data de encaminhamento para os cuidados paliativos e presença de comorbidades. Neste caso foi elaborado um formulário para coleta de dados pelo pesquisador, conforme Apêndice A.

3.5.3 Perfil farmacoterapêutico

Inicialmente, o pesquisador solicitava ao paciente e/ou cuidador para que pegasse todos os medicamentos em uso, a partir daí colhia informação a respeito de cada medicamento, tais como: nome, dose, via de administração, intervalo, quando começou a utilizar e por quanto tempo. Também foram solicitadas informações sobre o armazenamento, como era utilizado e se o paciente e/ou cuidador sabia para que servia tal medicamento. Neste caso foi elaborado um formulário para coleta de dados pelo pesquisador, conforme Apêndice B.

3.5.4 Teste MedTake

Com base nas informações colhidas sobre a farmacoterapia, o pesquisador aplicava o teste MedTake, este é um teste padronizado e tem o objetivo de avaliar a adesão ao tratamento através do conhecimento do paciente e/ou cuidador relativo a farmacoterapia em uso (Anexo B). No momento da entrevista o paciente e/ou cuidador apresenta a medicação que faz uso e o entrevistador registra a descrição das informações relativas à medicação prescrita. O entrevistador avalia o conhecimento do paciente em relação à dose, indicação, interação com alimentos e escala de tomada dos medicamentos. Depois compara a resposta do paciente com a resposta que seria considerada correta conforme dados disponíveis na bula do medicamento (RAEHL et al., 2002). Neste trabalho, utilizou-se o bulário, disponível no endereço eletrônico ANVISA (<http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp>).

Assim, o conhecimento relativo a cada medicamento prescrito é avaliado, considerando para cada resposta correta o escore de 25% em uma escala de 0 a 100%. Além disso, a média

de todos os resultados dos testes para cada paciente é calculada e demonstrada como escore composto do MedTake (RAEHL et al., 2002). Para análise dos dados, foi considerado como aderente (possui conhecimento sobre os medicamentos utilizados) aquele que obteve média \geq 80% (FARHAT; 2012).

Pode-se avaliar o conhecimento do paciente para cada medicamento prescrito, por exemplo, o conhecimento sobre o medicamento 1 é 100%, ou seja, o paciente tem total entendimento sobre o medicamento utilizado, já sobre o medicamento 5 é 0%, nesse caso o paciente utiliza incorretamente o referido medicamento. Pode-se verificar também o escore composto do teste, que é o conhecimento do paciente sobre todos os medicamentos por ele utilizado, no exemplo acima foi 50%. Para análise dos resultados e discussão será utilizado apenas o escore composto do teste.

O escore do teste MedTake pode servir como um sinal de alerta para possíveis eventos adversos, doença subtratada, ou necessidade de maior assistência para tomar os medicamentos (RAEHL et al., 2002).

3.5.5 Teste BMQ

Para avaliação da adesão ao tratamento, foi utilizado o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), este é um questionário estruturado, dividido em três domínios que identificam barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso na perspectiva do paciente, conforme Anexo A (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

A versão em português do BMQ foi analisada por Ben, Neumann, Mengue (2012) em um estudo com pacientes hipertensos. O teste foi traduzido para o português por dois pesquisadores e corrigido por um terceiro com língua materna inglesa. O questionário foi, então, retraduzido para o inglês por uma tradutora. A versão utilizada pelos autores foi o resultado da comparação da versão original em inglês com a versão retraduzida, onde foram corrigidas as divergências encontradas.

A adesão é verificada através do quadro “Escore de problemas encontrados pelo BMQ”, o qual foi analisado de duas maneiras: pela pontuação encontrada nos três domínios: regime, crença e recordação, considerando como potencial positivo para não adesão, quando a pontuação for igual ou acima de 1 em qualquer um dos domínios. E pelo escore total do questionário, em que nenhuma resposta positiva indica adesão ao tratamento, uma resposta positiva sugere provável adesão ao tratamento, duas respostas e três ou mais positivas indicam,

respectivamente, provável baixa adesão e baixa adesão ao tratamento (MANTOVANI et al., 2015).

3.5.6 Grau de informação recebida

Como forma de mensurar o grau de informação recebida pelo paciente, foram realizadas perguntas adaptadas da dissertação “Pacientes sob cuidados paliativos oncológicos e assistência farmacêutica: perfil e satisfação” (BARBOSA, 2011), conforme Anexo D.

O paciente e/ou cuidador respondia se havia recebido informação ou orientação sobre o medicamento prescrito, qual profissional havia fornecido a informação, como elas foram fornecidas, que tipo de orientações foram prestadas e qual o método utilizado em casa para lembrar de tomar o medicamento.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (CEP-UFRR), conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012, sob o parecer nº 2.991.603 (ANEXO E). A instituição coparticipante autorizou a realização da pesquisa. Participaram do estudo os pacientes oncológicos em tratamento paliativo assistidos pela equipe de visita domiciliar, que apresentavam condições físicas e psicológicas de responder à entrevista, quando tal condição não foi possível, um cuidador apto respondeu às perguntas, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Todos os pacientes e/ou cuidadores receberam informações sobre a pesquisa e como seria sua participação, assim como foram orientados que poderiam deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para o tratamento ou relacionamento com a equipe de CP da UNACON/RR. Sobretudo foi garantido o sigilo das informações e a identidade dos participantes resguardada em todas as ocasiões relacionadas à divulgação dos resultados da pesquisa.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados e armazenados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel para análise descritiva através de medidas de tendência central (média \pm desvio padrão) e de

frequência (absoluta e relativa). Para análise dos dados, foi utilizado o software “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) versão 23.0. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e os resultados apresentados sob a forma de distribuição de frequência (simples e porcentagem).

Como forma de avaliar as respostas dos pacientes sobre dose, indicação e escala de tomada foram utilizadas as informações contidas na bula do profissional de cada medicamento no site da ANVISA (<http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp>).

Os medicamentos citados pelos pacientes durante a entrevista foram classificados de acordo com a ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical Classification*), recomendada pela Organização Mundial de Saúde, que consiste em classificar os medicamentos em cinco níveis diferentes de grupos e subgrupos de acordo com o órgão ou sistema em que atuam e suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas. Neste estudo foi utilizado o segundo nível: subgrupo terapêutico.

Para análise das possíveis interações medicamentosas, foi utilizado o *software Drugdex System – Thomsom Micromedex®* através do Portal Saúde Baseada em Evidências no endereço eletrônico: <<http://psbe.ufrn.br/index.ph>>. Esta fonte fornece informações sobre o manejo clínico, tempo previsto para início do efeito adverso, mecanismo envolvido, gravidade e nível de evidências científicas disponíveis que sugerem a presença da interação. O Quadro 2 apresenta a classificação das interações medicamentosas, quanto ao nível de gravidade e evidências científicas disponíveis adotadas pelo *Micromedex®*.

Quando da existência de um medicamento composto por dois ou mais fármacos foi avaliado a partir de cada substância, como, por exemplo, o paracetamol combinado com fosfato de codeína. Não foram avaliados os medicamentos indisponíveis no *software*, tais como: dipirona, glibenclamida, ferripolimaltose + ácido fólico, cafeína + carisoprodol + diclofenaco sódico + paracetamol, dimenidrinato + piridoxina.

Quadro 2 – Classificação das interações medicamentosas quanto ao nível de gravidade e documentação a respeito das evidências científicas disponíveis conforme *Micromedex®*

Gravidade	Descrição
Contraindicado	Os medicamentos são contraindicados para uso concomitante.
Importante	A interação pode representar perigo à vida e/ou requerer intervenção médica para diminuir ou evitar efeitos adversos graves.
Moderada	A interação pode resultar em exacerbação do problema de saúde do paciente e/ou requerer uma alteração no tratamento
Menor	A interação resultaria em efeitos clínicos limitados. As manifestações podem incluir um aumento na frequência ou gravidade dos efeitos colaterais, mas geralmente não requerem uma alteração importante no tratamento

Desconhecida	Desconhecida
Documentação	Descrição
Excelente	Estudos controlados estabeleceram de modo claro a existência da interação.
Boa	A documentação sugere com veemência a existência da interação, mas faltam estudos controlados realizados de modo adequado
Razoável	A documentação disponível é insatisfatória, mas as considerações farmacológicas levam os clínicos a suspeitar da existência da interação; ou a documentação é boa para um medicamento farmacologicamente similar
Desconhecida	Desconhecida.
Fonte: http://psbe.ufrn.br/index.php - Micromedex® (2018).	

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico, serão apresentados os resultados obtidos a partir da coleta de dados, organizados nas seguintes categorias de análise: perfil sociodemográfico dos pacientes e cuidadores, perfil clínico dos pacientes, grau de conhecimento dos pacientes e cuidadores sobre a farmacoterapia com base no Teste MedTake, adesão ao tratamento pelo BMQ e os dados sobre o grau de informação recebida pelo paciente. Também será apresentado o perfil farmacoterapêutico dos pacientes, com dados detalhados sobre os medicamentos em uso e as interações medicamentosas potenciais existentes.

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES E CUIDADORES

Foi observado que os pacientes oncológicos em CP atendidos por visita domiciliar (n=30), no período do estudo, predominou o gênero feminino com 66,7% (n=20) (Tabela 1). De forma semelhante, em pesquisa realizada por Schwarz, Baggio e Bueno (2016), sobre a utilização de medicamentos em uma unidade de CP de um hospital de Porto Alegre - RS, das 30 prescrições de pacientes analisadas, 53% (n=16) eram do gênero feminino.

Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado com 331 pacientes em tratamento oncológico, no serviço privado de saúde do estado de Sergipe, onde 66,7% (n=221) eram do gênero feminino (CAETANO et al., 2018). Esses dados podem ser explicados devido ao número de mulheres no Brasil ser superior ao de homens, a população brasileira, em 2017, era composta por 48,4% de homens e 51,6% de mulheres (IBGE, 2017).

No entanto, esses resultados divergem das estimativas do INCA, segundo o instituto, estima-se no Brasil, a ocorrência de 300.140 mil casos novos de câncer em homens e, 282.450 mil em mulheres (INCA, 2017). Esses fatores podem estar relacionados com a maior procura das mulheres pelos serviços de saúde (FERNANDES; DAMASCENA; PORTELA, 2019).

Quanto a idade, foi observado uma média de $63,9 \pm 18,0$ anos, com predominância na faixa etária de 60 a 69 anos (30%, n=9) (Tabela 1). Esses resultados são semelhantes aos encontrados no estudo de Caetano et al. (2018), onde a média de idade foi de 59,3 anos e a faixa etária predominante foi de 61 a 70 anos (32,03%, n=106). E no estudo de Munhoz et al. (2014), que avaliou a percepção dos pacientes oncológicos durante os CP, dos 20 pacientes entrevistados, a média de idade foi de 69 anos, com variação de 23 a 84 anos.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar. Boa Vista-RR, 2018.

Características	n	%
Gênero		
Masculino	10	33,3
Feminino	20	66,7
Idade		
20 – 29	2	6,7
30 – 39	1	3,3
40 – 49	2	6,7
50 – 59	4	13,3
60 – 69	9	30,0
70 – 79	6	20,0
80 – 89	5	16,7
90 – 99	1	3,3
Estado Civil		
Solteiro	9	30,0
Casado	11	36,7
Viúvo	7	23,3
Separado	3	10,0
Profissão/Ocupação		
Aposentado (a)	14	46,7
Beneficiário – PNE	1	3,3
Licença para tratamento de Saúde	1	3,3
Não trabalha	13	43,3
Pecuarista	1	3,3
Grau de Instrução		
Não alfabetizado	9	30,0
Somente alfabetizado	7	23,3
Ensino fundamental ou 1º grau completo	6	20,0
Ensino médio ou 2º grau completo	7	23,3
Ensino superior completo	1	3,3
Renda Salarial Mensal¹		
≤1s.m	9	30,0
1-3s.m	14	46,7
3-5s.m	3	10,0
5-10s.m	2	6,7
≥10s.m	2	6,7
Nº de indivíduos no domicílio		
1 – 3	8	26,7
4 – 6	16	53,3
7 – 9	5	16,7
≥10	1	3,3

¹ por salário mínimo.

Fonte: dados do autor (2019).

Esses resultados são compreensíveis, tendo em vista que há uma relação direta entre a ocorrência de câncer e o processo de envelhecimento. A prolongada exposição a fatores ambientais ou carcinógenos endógenos, juntamente com as mutações genéticas ocorridas ao longo da vida e, seus efeitos cumulativos, o envelhecimento pode ser considerado como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer (OLIVEIRA; MACHADO; RODRIGUES, 2014).

Já em relação ao estado civil, foi verificado que 36,7% (n=11) são casados e 30% (n=9) solteiros (Tabela 1). Fato esse também encontrado por Faller et al. (2016), no estudo realizado em um Centro Especializado de Oncologia, que entrevistou 321 pacientes oncológicos em cuidados paliativos, acima de 60 anos, e identificou que 59,5% (n=191) eram casados. Esse dado é compreendido visto que, as pessoas com mais idade tendem a ter mais vínculos familiares e matrimônio.

Em relação à profissão/ocupação 46,7% (n=14) responderam que são aposentados e 43,3% (n=13) relataram que não trabalham. Com o avançar da doença e durante o tratamento paliativo, a maioria dos pacientes tende a ficar cada vez mais debilitado e sem condições físicas de realizar atividades laborais (Tabela 1).

Quanto à escolaridade dos pacientes, 30% (n=9) declararam ser não alfabetizados, 23,3% (n=7) eram somente alfabetizados e 23,3% (n=7) possuíam o ensino médio ou 2º grau completo. Quanto à renda salarial familiar, quase metade da população estudada (46,7%, n=14) informou possuir renda entre 1 e 3 salários mínimos e 30% (n=9) menos de 1 salário mínimo. O número de indivíduos no domicílio variou de 2 a 10 pessoas na mesma residência, com predominância para os domicílios que abrigavam de 4 a 6 moradores (53,3%) (Tabela 1).

Sabe-se que o baixo nível de educação pode ocasionar dificuldades durante o tratamento medicamentoso, por vezes os pacientes não conseguem ler o nome e o rótulo dos medicamentos, identificando-os apenas pela cor e características visuais, o que eventualmente pode causar risco de uso incorreto e, conseqüentemente, piora da saúde. Além disso, a baixa renda influencia diretamente no acesso ao medicamento, seja pela dificuldade de chegar até o local para retirada do medicamento ou mesmo pela falta de recurso financeiro para aquisição.

Quando perguntado aos pacientes se possuíam cuidador, 13% (n=4) informaram que não possuíam. Nesses casos, o próprio paciente que gerenciava a farmacoterapia e todas as questões relacionadas ao acesso ao medicamento. Dos pacientes que eram assistidos por cuidador (87%, n=26), 78,9% (n=15) recebiam auxílio de 1 a 3 pessoas e 21,1% (n=4) de 4 a 6 pessoas (Tabela 2). Para caracterizar o perfil do cuidador principal, foram realizadas perguntas

como: gênero, idade, estado civil, profissão/ocupação, grau de instrução e se existiam outros cuidadores no domicílio (Tabela 2).

Tabela 2 – Características sociodemográficas dos cuidadores principais dos pacientes oncológicos em CP da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar. Boa Vista-RR, 2018.

Características	n	%¹
Gênero		
Masculino	5	19,2
Feminino	21	80,8
Idade		
20 - 29	3	11,5
30 - 39	10	38,5
40 - 49	7	26,9
50 - 59	4	15,4
60 - 69	1	3,8
70 - 79	1	3,8
Estado Civil		
Solteiro	9	34,6
Casado	16	61,5
Separado	1	3,8
Profissão/Ocupação		
Aposentado (a)	1	3,8
Autônomo	1	3,8
Auxiliar administrativo	1	3,8
Cabeleleiro (a)	1	3,8
Cuidador (a)	1	3,8
Estudante	2	7,7
Auxiliar de limpeza	1	3,8
Não trabalha	16	61,5
Representante comercial	1	3,8
Vigia	1	3,8
Grau de Instrução		
Somente alfabetizado	1	3,8
Ensino fundamental ou 1º grau completo	4	15,4
Ensino médio ou 2º grau completo	16	61,5
Ensino Superior incompleto	1	3,8
Ensino superior completo	3	11,5
Pós-graduado	1	3,8
Outros cuidadores		
Sim	19	73,1
Não	7	26,9
Quantos²		
1 – 3	15	78,9
4 – 6	4	21,1

¹Total da amostra n=26. ²Além do cuidador principal.
Fonte: dados do autor (2018).

De forma geral, o cuidador principal tem como características ser do gênero feminino (80,8%, n=21), com uma média de idade de $41,2 \pm 12,4$ anos, com predominância na faixa etária de 30 a 39 anos (38,5%, n=10) e 40 a 49 anos (26,9%, n=7), casado (61,5%, n=16), não trabalha (61,5%, n=16) e possui o ensino médio ou 2º grau completo (61,5%, n=16) (Tabela 2).

No estudo de Gayoso et al. (2018), com 50 cuidadores informais de pacientes oncológicos em CP, 80% (n=40) dos entrevistados eram do gênero feminino, com média de idade de 52,5 anos, haviam estudado em média 8 anos e 58% (n=29) exerciam trabalho remunerado, sendo semelhante a esta pesquisa apenas quanto ao gênero predominante dos cuidadores, bem como o nível de escolaridade.

Resultado semelhante também foi encontrado no estudo de Almeida et al. (2017), sobre a percepção de cuidadores familiares de idosos em tratamento oncológico paliativo, onde dos 10 cuidadores entrevistados, 80% (n=8) eram do gênero feminino, 100% (n=10) relataram não trabalhar e, possuíam uma média de idade entre 47 e 57 anos (50%, n=5). Diferindo somente, do observado no presente estudo, quanto a escolaridade, onde 60% (n=6) haviam estudado em média 4 anos.

Ao caracterizar cuidadores de pacientes em CP de um hospital universitário de Recife - PE, Oliveira et al. (2017), constatou o predomínio do gênero feminino (66,7%), com faixa etária entre 32 e 51 anos, nível médio completo (50%) e com ocupação do lar (33,3%). O que corrobora com os dados encontrados neste estudo.

Ao estudar como o cuidador principal de pacientes oncológicos em CP vivencia o ato de cuidar e a iminência da perda, Guimarães e Lipp (2011), confirmaram o predomínio do gênero feminino, dos 10 cuidadores, 80% (n=8) eram mulheres, casadas (90%, n=9), com idade entre 31 e 73 anos e ensino fundamental incompleto (40%, n=4). Quanto a profissão, 40% (n=4) eram donas de casa e 40% (n=4) trabalhavam fora.

De forma geral, pode-se constatar que o cuidado ainda é muito delegado à mulher. Por ser um papel histórico, cultural e social, além de ser entendido como uma continuação das atividades domésticas. Na ocorrência da doença no núcleo familiar, o cuidar não se torna uma opção, mas uma necessidade. Nessas situações, a figura feminina se faz mais presente e assume a responsabilidade pelos cuidados daquele que necessita (GUIMARÃES; LIPP, 2011; MELO; RODRIGUES; SCHIMIDT, 2009).

Quanto a faixa etária, foi possível observar uma discrepância significativa entre os estudos citados, que pode ser explicada pela falta de outros cuidadores disponíveis, geralmente o cuidador principal possui algum grau de parentesco, podendo ser um ente da família mais

próximo, como: marido, mãe, irmã, filho e/ou filha (OLIVEIRA et al. 2017; ALMEIDA et al. 2017; MELO; RODRIGUES; SCHIMIDT, 2009).

Sabe-se que o paciente com câncer avançado, devido ao processo natural da doença, necessitará cada vez mais de cuidados específicos, o que resulta na dependência de um cuidador, que passa a assumir papel importante para garantia do sucesso do tratamento e também da provisão de cuidados. Dessa forma, conhecer o perfil desses cuidadores torna-se característica indispensável para subsidiar a elaboração e planejamento de ações educativas, principalmente, por parte dos farmacêuticos, que devem melhor orientar sobre o manejo da farmacoterapia dos pacientes.

4.2 PERFIL CLÍNICO

Quando verificado sobre o diagnóstico inicial da doença, nota-se a predominância de pacientes com câncer de colo do útero (16,7%, n=5), cólon e reto (16,7%, n=5), mama (13,3%, n=4), estômago (10%, n=3) e próstata (10%, n=3), as demais neoplasias incluíram cabeça e pescoço, laringe, melanoma, mesotelioma, ovário, sarcoma uterino, sistema nervoso central, testículo e vesícula biliar, com um caso cada (3,3%) (Tabela 3).

Em um estudo transversal realizado no CACON de um hospital municipal, o tipo de câncer mais prevalente foi o de mama (32,3%), seguido pelo de intestino (16,1%) e o de pulmão (11,5%) (MOLIN; CAVINATTO; COLET, 2015). No estudo de Caetano et al. (2018), a neoplasia mais prevalente também foi o câncer de mama (35,35%, n=117), seguido pelo câncer de próstata (10,57%, n=35). Gayoso et al. (2018), encontrou resultado semelhante, onde o mais prevalente foi o câncer de mama (18%, n=9), seguido pelo câncer de próstata (10%, n=5), intestino (10%, n=5), colo do útero (6%, n=3), pulmão (6%, n=3), e esôfago (6%, n=3).

Todos os estudos encontrados divergem dos resultados observados nesta pesquisa, fato que pode ser explicado devido a região Norte ser a única no país onde o câncer do colo do útero é o mais incidente. Nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste, esse tipo de câncer ocupa a segunda posição mais frequente, enquanto, nas Regiões Sul e Sudeste, ocupa a quarta posição (INCA, 2017).

Quando avaliado em um aspecto mais amplo, com estatísticas atuais para o Brasil, verifica-se que as neoplasias mais incidentes para o ano de 2018 (com exceção do câncer de pele não melanoma) são próstata, mama, traqueia, brônquio e pulmão, cólon e reto, colo do útero e estômago (INCA, 2017), o que corrobora com os resultados deste estudo.

Tabela 3 – Características clínicas dos pacientes oncológicos em CP da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar. Boa Vista-RR, 2018.

Características	n	%
Neoplasia		
Colo do Útero	5	16,7
Cólon e Reto	5	16,7
Mama	4	13,3
Estômago	3	10,0
Próstata	3	10,0
Sistema Nervoso Central	2	6,7
Outros ¹	8	26,7
Data do diagnóstico		
2018	7	23,3
2016	6	20,0
2014	6	20,0
2017	5	16,7
2015	4	13,3
2013	1	3,3
2000	1	3,3
Estadiamento inicial		
IV	24	80,0
III	3	10,0
II	1	3,3
IIIB	1	3,3
Não informado	1	3,3
Tratamento prévio		
Cirurgia + quimioterapia	7	23,3
Radioterapia + quimioterapia	5	16,7
Nenhum	5	16,7
Cirurgia + radioterapia + quimioterapia	3	10,0
Quimioterapia	3	10,0
Cirurgia	2	6,7
Cirurgia + hormonioterapia	2	6,7
Radioterapia	2	6,7
Quimioterapia + hormonioterapia	1	3,3
Presença de Metástase		
Sim	15	50,0
Não	6	20,0
Não informado	9	30,0
Detalhamento ⁽²⁾		
Osso	8	53,3
Pulmão	6	40,0
Fígado	3	20,0
Linfonodos	2	13,3
Bexiga e reto	2	13,3
SNC	1	6,7

continua

conclusão

Tabela 3 – Características clínicas dos pacientes oncológicos em CP da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar. Boa Vista-RR, 2018.

Comorbidades

Nenhuma	16	53,3
HAS	7	23,3
Diabetes	2	6,7
Diabetes + HAS + Cardiopatia	1	3,3
Diabetes + HAS + Cardiopatia + Artrite + Alzheimer	1	3,3
Diabetes + HAS + Dislipidemia	1	3,3
HAS + Cardiopatia	1	3,3
PNE + Convulsão	1	3,3

¹ Cabeça e pescoço (n=1); laringe (n=1); melanoma (n=1); mesotelioma (n=1); ovário (n=1); sarcoma uterino (n=1); testículo (n=1); vesícula biliar (n=1). ² Os pacientes apresentaram metástase em mais de um sítio, sendo assim a soma ultrapassa 100%. HAS = hipertensão arterial sistêmica. PNE = portador de necessidades especiais. SNC = Sistema Nervoso Central.

Fonte: dados do autor (2018).

O planejamento terapêutico para tratamento do câncer baseia-se no diagnóstico, incluindo o estadiamento, ou seja, a extensão do comprometimento do organismo. Neste estudo, observa-se predominância de pacientes que descobriram a doença em 2018 (23,3%, n=7), seguido dos anos de 2016 (20,0%, n=6) e 2014 (20,0%, n=6). Quanto ao estadiamento inicial, 80% dos pacientes (n=24) apresentaram estágio IV, e 50% (n=15) apresentaram metástase (Tabela 3).

Em um Centro Especializado de Oncologia no Paraná, foram identificados 321 pacientes oncológicos em cuidados paliativos, que apresentaram diagnóstico da doença por 4 a 9 anos (FALLER et al., 2016). Já na pesquisa analítica sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em CP, do qual participaram 127 pacientes, os resultados corroboram com o presente estudo, onde a maioria (48,0%) teve o diagnóstico de câncer declarado há menos de 6 meses, 24,4% de 6 a 12 meses e 27,6% mais de 12 meses. Além disso, ficou constatado, ainda, que 52,8% dos pacientes apresentaram metástase (FREIRE et al. 2018). Resultados semelhantes também foram observados no estudo de Molin, Cavinatto e Colet (2015), onde dos 130 pacientes estudados, 24,6% encontravam-se no estágio III e 56% apresentaram metástase.

O tempo de diagnóstico pode incidir na agressividade do câncer, em que as alterações celulares são intensas, diminuindo as possibilidades de resposta terapêutica. Isso também reflete no estadiamento da doença, tendo em vista que há uma relação direta entre o tempo de diagnóstico e a extensão do tumor.

Esses dados podem ser visualizados no estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo – Brasil,

onde foi observado que as mulheres com estadiamento do tumor na fase inicial, *in situ* e I, tiveram vantagem na agilidade do tratamento, quando comparadas as com o estadiamento mais avançado (III). O tempo de diagnóstico foi significativo para os desfechos de recidiva e metástase; das mulheres atendidas em até 60 dias, 6% tiveram recidiva e 16%, metástase; já entre as mulheres que foram atendidas após os 60 dias, 12% apresentaram recidiva e 21% evoluíram para metástase (SOUZA et al., 2015).

Os cuidados paliativos frequentemente são fornecidos aos pacientes em estágio avançado, em situações de impossibilidade de cura. Isso explica as altas taxas do estadiamento da doença observadas neste estudo, realizado com pacientes oncológicos em CP. Esse fator também está relacionado com as opções terapêuticas reveladas na pesquisa, onde houve predominância do uso associativo da quimioterapia, radioterapia e cirurgia, onde 23,3% (n=7) dos pacientes realizaram cirurgia + quimioterapia, 16,7% (n=5) realizaram radioterapia + quimioterapia e 10% (n=3) realizaram cirurgia + radioterapia + quimioterapia (Tabela 3).

Corroborando com os dados observados, Faller et al. (2016), encontraram resultados semelhantes, onde a estratégia terapêutica de maior escolha foi a associação de quimioterapia e radioterapia, com ou sem a realização de cirurgia (36,1%, n=116).

Outra condição importante, foi observada em relação aos pacientes que não haviam realizado nenhum tipo de tratamento anterior (16,7%, n=5) (Tabela 3). Isso leva a inferir que os pacientes do estudo, apresentaram diagnóstico tardio, que resultou na necessidade de encaminhamento direto para os CP.

Sobre a presença de outros agravos, 46,7% (n=14) dos pacientes estudados apresentaram comorbidades, principalmente, hipertensão arterial sistêmica (23,33%, n=7) e diabetes (6,67%, n=2) isoladamente e 16,7% (n=5) apresentam mais de uma comorbidade em associação (Tabela 3). Um estudo realizado com 63 pacientes sobre a farmacoterapia adjuvante no tratamento da dor oncológica, assemelha-se aos resultados encontrados nesta pesquisa, onde 68,25% (n=43) dos pacientes apresentavam doenças crônico-degenerativas ou comorbidades associadas, com destaque para hipertensão (32,55%, n=14), depressão (18,60%, n=8) e osteoporose (11,62%, n=5) (BARBOSA et al., 2008).

Em estudo realizado por Souza e Cordeiro (2012), com 18 pacientes com câncer, foi observado que 72,2% (n=13) desses pacientes apresentavam comorbidades como diabetes (n=2), hipertensão (n=9) e obesidade (n=4), àqueles que apresentavam mais de uma comorbidade representaram 27,8% (n=5) dos pacientes estudados. Corrobora com esta pesquisa, os resultados observados no estudo com 130 pacientes oncológicos, onde 50% (n=65) dos entrevistados informaram não possuir nenhuma comorbidade, 30,8% (n=40) afirmaram ter

uma comorbidade, 10,8% (n=14) citaram duas comorbidade e 8,5% (n=11) três ou mais comorbidades; o máximo citado foram de cinco comorbidades por paciente. Além disso, 35% apresentavam HAS (MOLIN; CAVINATTO; COLET, 2015).

A presença de outras doenças em associação com o tratamento paliativo realizado pelo paciente, pode levar a utilização de muitos medicamentos e, conseqüentemente, aumento dos agravos a saúde. Regimes de medicação complexos acarretam o uso de medicamentos muitas vezes ao dia, apresentando riscos de interações medicamentosas potenciais e predispondo à não adesão. Além de afetar a necessidade percebida pelo paciente de certos medicamentos, bem como a condição socioeconômica deste.

Nesse sentido, torna-se importante a atuação do farmacêutico, durante o acompanhamento do tratamento, esse profissional pode fornecer orientações sobre os medicamentos, escala de tomada e possíveis reações adversas. Explicar para os pacientes oncológicos em CP e seus cuidadores a real necessidade de cada medicamento durante essa fase do tratamento.

4.3 PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO

Quanto ao uso de medicamentos, foi observado, neste estudo, que 73% (n=22) dos pacientes estavam utilizando algum fármaco, 23% (n=7) não utilizam medicamentos e 4% (n=1) fazia uso somente de terapia ortomolecular (Figura 2).

Figura 2 – Caracterização dos pacientes quanto ao uso de medicamentos. Boa Vista-RR, 2018.



*Outros: terapia ortomolecular.
Fonte: dados do autor (2019).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), a terapia ortomolecular não se caracteriza como especialidade médica e nem área de atuação, refere-se à prática de avaliação de nutrientes, vitaminas, minerais, ácidos graxos ou aminoácidos para correção nutricional e de hábitos de vida. O CFM enfatiza ainda que existem evidências de que o emprego de algumas vitaminas e antioxidantes sem que o organismo do paciente necessite, pode causar vários e graves feitos colaterais, inclusive o desencadeamento de certos tipos de câncer (CFM, 2012).

Em relação aos medicamentos utilizados, identificaram-se 88 fármacos diferentes, com média de uso de $2,93 \pm 2,78$ medicamentos/pacientes, sendo o mínimo igual a zero (nenhum medicamento utilizado) e o máximo de 9 medicamentos. Os mais frequentes foram medicamentos para sistema nervoso (37,5%, n=33), trato alimentar/metabolismo (23,9%, n=21) e sistema cardiovascular (23,9%, n=21). Dentre o subgrupo terapêutico, as classes de fármacos mais utilizadas foram os analgésicos (23,9%, n=21), hipoglicemiantes (10,2%, n=9), agentes do sistema renina-angiotensina (9,1%, n=8) e antiepiléticos (6,8%, n=6) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da quantidade de medicamentos e frequência de uso, por grupo e subgrupos anatômico-terapêuticos, pelos participantes. Boa Vista-RR, 2018.

Grupo anatômico e terapêutico	n	%
A: Trato alimentar/Metabolismo		
A02: Antiácidos, fármacos para tratamento de úlcera péptica e flatulência	2	2,3
A03: Fármacos para tratamento de distúrbios funcionais do trato gastrointestinal	4	4,5
A04: Antieméticos e antinauseantes	3	3,4
A06: Laxativos	2	2,3
A10: Hipoglicemiantes	9	10,2
A11: Vitaminas	1	1,1
Subtotal	21	23,9
B: Sangue e órgãos formadores de sangue		
B01: Agentes trombolíticos	2	2,3
B03: Antianêmicos	3	3,4
Subtotal	5	5,7
C: Sistema cardiovascular		
C01: Terapia cardíaca	1	1,1
C03: Diuréticos	3	3,4
C07: Agentes β -bloqueadores	3	3,4
C08: Bloqueadores dos canais de cálcio	3	3,4
C09: Agentes do sistema renina-angiotensina	8	9,1
C10: Hipolipemiantes	3	3,4
Subtotal	21	23,9

continua

conclusão

Tabela 4 – Distribuição da quantidade de medicamentos e frequência de uso, por grupo e subgrupos anatômico-terapêuticos, pelos participantes. Boa Vista-RR, 2018.

G: Sistema geniturinário e hormônios sexuais		
G04: Fármacos urológicos	1	1,1
Subtotal	1	1,1
J: Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico		
J01: Antibacterianos para uso sistêmico	1	1,1
Subtotal	1	1,1
L: Agentes antineoplásicos e imunomoduladores		
L02: Terapia endócrina	1	1,1
Subtotal	1	1,1
M: Sistema musculoesquelético		
M03: Relaxantes musculares	1	1,1
Subtotal	1	1,1
N: Sistema nervoso		
N02: Analgésicos	21	23,9
N03: Antiepiléticos	6	6,8
N05: Psicolépticos	3	3,4
N06: Psicoanalépticos	3	3,4
Subtotal	33	37,5
R: Aparelho respiratório		
R05: Preparados contra a tosse e resfriados	4	4,5
Subtotal	4	4,5
Total	88	

Fonte: dados do autor (2019).

Na literatura, diversos estudos corroboram com os dados observados na presente pesquisa, onde os fármacos mais utilizados foram os opioides e suas associações (FALLER et al., 2016; SCHWARZ; BAGGIO; BUENO, 2016; MENDES et al., 2014).

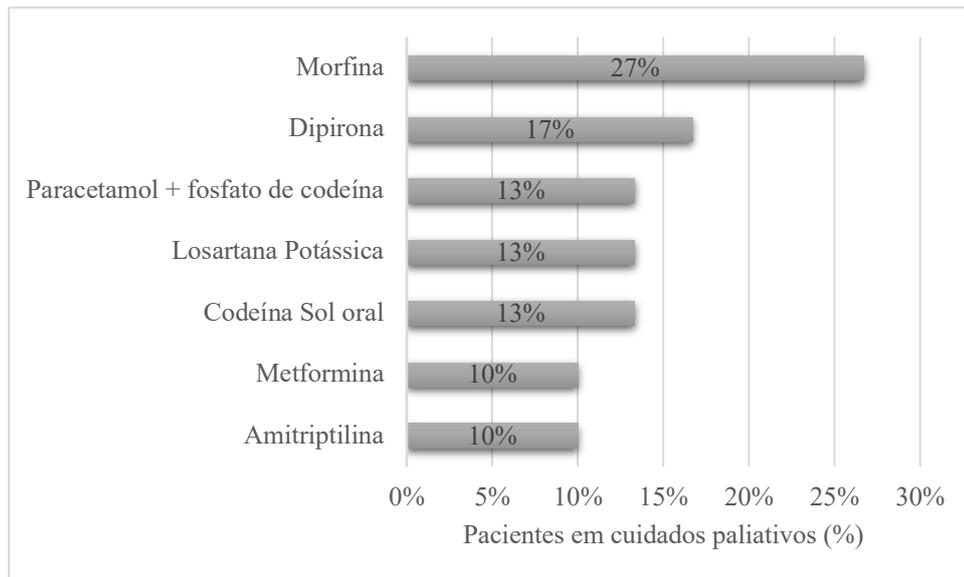
O número de medicamentos utilizados pelo paciente oncológico em CP, pode ser explicado, pela necessidade de tratar não somente os sintomas próprios da doença, mas também as comorbidades presentes. Acredita-se que a presença de comorbidades seja devido a faixa etária da população estudada, média de $63,87 \pm 17,96$ anos.

Com relação aos medicamentos, a morfina foi o mais utilizado (26,7%, n=8), seguido por dipirona (16,7%, n=5), codeína solução oral (13,3%, n=4), paracetamol + fosfato de codeína (13,3%, n=4), losartana potássica (13,3%, n=4), amitriptilina (10%, n=3) e metformina (10%, n=3) (Figura 3). Segundo a OMS, conforme descrito anteriormente, os principais medicamentos para controle da dor são: paracetamol, diclofenaco, fosfato de codeína, tramadol, morfina e gabapentina (VASCONCELOS; PEREIRA, 2018).

A dor pode ser considerada como um dos sintomas que mais interferem na qualidade de vida dos pacientes oncológicos. Segundo Portela e Modena (2018), 71% dos pacientes com

câncer relataram apresentar dor, e em cerca de 75%, o próprio tumor é a causa, principalmente quando há invasão tumoral óssea (RANGEL; TELLES, 2012). Como pode ser observado na Tabela 3, entre os pacientes que apresentaram metástase (n=15), 53,3% (n=8) ocorreram no osso (Tabela 3). Esses dados podem explicar o elevado uso de medicamentos analgésicos observados neste estudo.

Figura 3 – Medicamentos mais utilizados pelos pacientes oncológicos em CP da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar. Boa Vista-RR, 2018.



Fonte: dados do autor (2019).

O paciente e seu cuidador devem receber instruções precisas sobre os medicamentos, principalmente a morfina, tais como nome do medicamento, indicação, dosagem, intervalo entre as tomadas e possíveis efeitos colaterais. É importante conhecer o que o paciente sabe sobre sua situação, quais são seus medos e crenças. Esses fatores podem interferir na adesão ao tratamento e conseqüentemente no controle algico.

4.4 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS POTENCIAIS

Foram verificadas as possíveis interações medicamentosas potenciais para todos os pacientes que estavam utilizando fármacos (73,3%, n=22). Os pacientes foram divididos em dois grupos: o primeiro que não apresentou nenhum tipo de interação, composto por 11 pacientes (36,7%), que em média utilizavam $2,73 \pm 1,85$ fármacos. E o segundo grupo, que apresentou interações medicamentosas potenciais, composto por 11 pacientes (36,7%), com média $5,27 \pm 2,50$ fármacos/paciente. Foram identificadas 33 interações medicamentosas

potenciais, com média de $3,00 \pm 2,30$ interações/paciente (Apêndice C). Destas as mais frequentes foram: paracetamol + fosfato de codeína com fenitoína, metoclopramida com morfina, clobazam com fenitoína, hidroclorotiazida com insulina NPH e Losartana Potássica com insulina NPH (Tabela 5).

Pode-se observar uma concordância com o estudo de Souza, Paiva e Muniz (2018), que verificou a ocorrência de interações medicamentosas potenciais em 15 pacientes estudados. Resultados semelhantes também foram observados no estudo de Barbosa et al. (2008), onde 69,84% das prescrições analisadas apresentaram interações medicamentosas e no estudo de Melgaço et al. (2012), que observou a ocorrência de interações em 77,50% das prescrições.

Este estudo demonstrou que as principais interações medicamentosas ocorreram com medicamentos analgésicos e medicamentos utilizados para tratar outras comorbidades (Tabela 5). Na prática dos CP, para se alcançar a eficácia no controle dos sintomas, seja ele devido a própria doença ou por outros agravos, tende-se a utilizar múltiplos medicamentos, configurando a polifarmácia.

Tabela 5 – Interações medicamentosas potenciais mais frequentes, observadas na farmacoterapia dos pacientes oncológicos em CP da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar. Boa Vista-RR, 2018.

Fármacos envolvidos	n	Efeitos (<i>Micromedex</i> ®, 2018)
Paracetamol + fosfato de codeína com fenitoína	2	O uso concomitante de codeína e indutores da CYP3A4 pode resultar em diminuição da eficácia dos opioides e precipitação da abstinência de opioides. O uso concomitante de paracetamol e fenitoína pode resultar em diminuição da eficácia do paracetamol e aumento do risco de hepatotoxicidade.
Metoclopramida com morfina	2	O uso concomitante de metoclopramida e depressores do SNC pode resultar em aumento do risco de depressão do SNC.
Clobazam com fenitoína	2	O uso concomitante de clobazam e fenitoína pode resultar em aumento do risco de toxicidade por fenitoína (ataxia, hiperreflexia, nistagmo, tremor).
Hidroclorotiazida com insulina NPH	2	O uso concomitante de agentes antidiabéticos e diuréticos pode resultar em aumento do risco de hiperglicemia; aumento da necessidade de insulina.
Losartana potássica com insulina NPH	2	O uso concomitante bloqueadores dos receptores de angiotensina e insulina pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia.

*SNC = sistema nervoso central.

Fonte: dados do autor (2019).

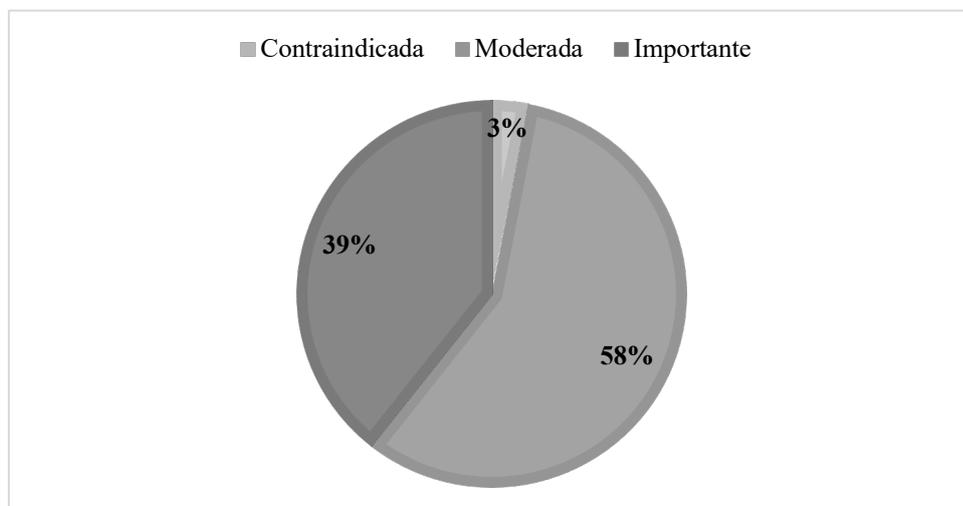
A prática, da polifarmácia foi observada neste estudo. Segundo dados da literatura, embora o risco de interações em pacientes que utilizam dois ou mais medicamentos seja de 30%, essa taxa sobe proporcionalmente, quando se eleva o número de medicamentos, podendo chegar a 100% quando da utilização de 8 medicamentos. Além disso, as interações

medicamentosas podem desencadear reações adversas, entendidas como uma resposta prejudicial e não-intencional ocorrendo nas doses terapêuticas usadas em seres humanos (BARBOSA et al., 2008).

O diagnóstico de uma reação adversa a medicamento necessita de uma avaliação minuciosa e precisa, tendo em vista as dificuldades para estabelecer a relação entre o fármaco e os sintomas, ou seja, a causalidade, nesse sentido, as orientações farmacêuticas podem ajudar na prevenção das possíveis interações medicamentosas.

Quando avaliada a gravidade das interações medicamentosas potenciais, a mais frequente foi a qualificada como moderada (57,6%, n=19), seguida pela classificada como importante (39,4%, n=13) e contraindicada (3,0%, n=1) (Figura 4). A gravidade foi considerada moderada, quando a interação poderia resultar em exacerbação do problema de saúde do paciente e/ou requerer uma alteração no tratamento. Já a gravidade classificada como importante, foi quando a interação poderia representar perigo à vida e/ou requerer intervenção médica para diminuir ou evitar efeitos adversos graves. No caso da gravidade considerada como contraindicada, significa que os medicamentos são contraindicados para uso concomitante, de acordo com o *Micromedex*® (Quadro 2).

Figura 4 – Gravidade das interações medicamentosas observadas na farmacoterapia de pacientes oncológicos em CP da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar. Boa Vista-RR, 2018.



Fonte: dados do autor (2019).

Destaca-se a ocorrência da interação classificada como contraindicada, que ocorreu no uso concomitante dos medicamentos amitriptilina e metoclopramida (Apêndice C). O uso desses medicamentos pode resultar em um risco aumentado de reações extrapiramidais e

síndrome maligna dos neurolépticos. Quando for necessário o uso concomitante, deve-se monitorar atentamente os doentes quanto a sinais e sintomas de reações extrapiramidais ou síndrome neuroléptica maligna (febre, confusão, rigidez muscular), as evidências científicas para tal interação foram classificadas como razoável (MICROMEDEX, 2018).

Conforme consta na literatura, a interação entre opioides e antiepiléticos, tais como a associação de paracetamol e codeína com fenitoína, o antiepilético altera a farmacocinética da codeína e conseqüentemente seu efeito analgésico. A codeína é um pró-fármaco que necessita de biotransformação para originar metabólitos ativos, que pode ser através da via enzimática da CYP3A4, que é induzida pelo antiepilético. Dessa forma, a enzima CYP3A4 possui papel importante na analgesia proporcionada pela codeína. Pacientes que recebem codeína com indutores da CYP3A4, tais como a fenitoína, podem experimentar um rápido efeito da analgesia, seguida de abstinência (MELGAÇO et al. 2012; SILVADO, 2008).

No caso da metoclopramida, um dos seus efeitos colaterais é a sedação, quando administrada concomitantemente com a morfina, esta pode potencializar a depressão do sistema nervoso central causada pelo opioide. Pacientes que utilizam esses medicamentos devem ser acompanhados.

Nesse contexto, ressalta-se a relevância do acompanhamento farmacoterapêutico como ferramenta para auxiliar na redução de erros de medicamentos e no tratamento, tornando-o mais efetivo e melhorando a qualidade de vida dos pacientes. A função do farmacêutico consiste em garantir que a terapia medicamentosa esteja devidamente indicada e que seja mais eficiente, segura e conveniente para os pacientes. Diante deste cenário, surge como perspectiva, a investigação da compreensão dos pacientes oncológicos em CP e seus cuidadores sobre o tratamento medicamentoso.

4.5 ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

4.5.1 Grau de conhecimento dos pacientes e/ou cuidadores sobre a farmacoterapia (teste Medtake)

Foi observado neste estudo, que a principal dificuldade de compreensão está relacionada à escala de tomada, que apresentou escore total de 76,0%. Neste caso, os pacientes utilizavam os medicamentos com intervalo de horário em desacordo com o preconizado na literatura (Tabela 6). Também foi possível observar que em relação à indicação, cinco (n=5) pacientes

(16,7%) apresentaram escore abaixo de 80%, nesses casos os pacientes utilizavam o medicamento de forma correta; porém não sabiam para qual finalidade (Apêndice D).

Tabela 6 – Escore composto do teste MedTake referente à dose, indicação, interação com alimento e escala de tomada. Boa Vista-RR, (2018).

	Dose	Indicação	Interação com alimento	Escala de tomada
Pontuação	99,2	91,8	99,5	76,0

Fonte: dados do autor (2019).

Em consoante a este estudo, Pinto et al. (2016) verificaram que dos 629 medicamentos apresentados pelos idosos no momento da entrevista, o índice de concordância foi de 86,2% em relação a dose e 84,4% para indicação, divergindo apenas em relação à frequência de administração (82,7%). Outro estudo realizado com 70 pacientes adultos de uma unidade básica, verificou que 64% dos entrevistados foram classificados com nível insuficiente de informação, ou seja, não apresentavam condições de utilizar os medicamentos de maneira segura (OENNING; OLIVEIRA; BLATT, 2011). Esse fato pode ser explicado devido às características das populações dos estudos, usualmente pacientes idosos utilizam medicamentos por um longo período de tempo, tornando-se mais familiar com a farmacoterapia.

Outro fator importante, está relacionado com a incapacidade de gerenciar adequadamente os medicamentos no domicílio, frequentemente o paciente oncológico em CP é assistido por um ou mais cuidadores, que por vezes não teve contato com a equipe de saúde, e, portanto, não recebeu orientação. Esse é um problema significativo, tendo em vista que os medicamentos, na sua grande maioria, são usados para tratar sintomas como a dor. A carência de conhecimento e compreensão pode levar à falta de compatibilidade dos esquemas farmacoterapêuticos, medicamentos que não são tomados, tomados de maneira errada ou na dose errada, podem ocasionar problemas substanciais no tratamento do paciente, como diminuição da efetividade ou exacerbação dos efeitos, com impactos na sua qualidade de vida.

Para que a adesão ao tratamento seja adequada, o paciente necessita possuir informações sobre os medicamentos e, minimamente, deveriam conhecer a dosagem, para que serve, frequência e também a importância na atual fase do tratamento. A não compreensão das informações fornecidas pelos profissionais de saúde aos pacientes e/ou cuidadores podem levar a sérias consequências, como a adesão inadequada, agravando os sintomas e tornando alguns medicamentos reconhecidamente eficazes sob condições controladas, sem efeito, quando utilizados na prática clínica habitual (PINTO et al., 2016).

No Brasil, estudos com objetivo de avaliar as informações obtidas pelos pacientes sobre os medicamentos prescritos e à compreensão dessas informações são escassas e, quando se trata de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, não foram encontrados estudos. Portanto, conhecer o nível de compreensão quanto à farmacoterapia nesse grupo de pacientes e identificar as características que influenciam nessa compreensão são fatores importantes para analisar e intervir efetivamente no processo de utilização de medicamentos.

Com base nos resultados podemos sugerir que o farmacêutico na equipe interdisciplinar possui papel fundamental quanto a correta utilização dos medicamentos, principalmente aos pacientes oncológicos em cuidados paliativos e polimedicados, uma vez que quanto maior o número de medicamentos maior a probabilidade de não adesão à terapia.

4.5.2 Teste BMQ

Para verificar a adesão dos pacientes ao tratamento farmacológico proposto, foi utilizado o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), analisado de duas maneiras: pela pontuação encontrada nos três domínios: regime, crença e recordação, considerando como potencial positivo para não adesão, quando a pontuação for igual ou acima de 1 em qualquer um dos domínios. E pelo escore total do questionário, em que nenhuma resposta positiva indica adesão ao tratamento, uma resposta positiva sugere provável adesão ao tratamento, duas respostas e três ou mais positivas indicam, respectivamente, provável baixa adesão e baixa adesão ao tratamento (MANTOVANI et al., 2015).

Ao avaliar a adesão de pacientes oncológicos em CP, em relação ao tratamento medicamentoso conforme pontuação do BMQ, observa-se que, 53,3% (n=16) da amostra obteve um escore compatível com baixa adesão. No domínio regime, 60,0% (n=18) dos pacientes estudados, apresentaram potencial positivo para não adesão (escore ≥ 1). No domínio relacionado às crenças, 36,7% (n=11) dos pacientes indicaram rastreamento positivo para esse domínio (escore ≥ 1). E no domínio recordação, 63,3% (n=19) obtiveram um escore positivo para barreiras de recordação (escore ≥ 1) (Tabela 7).

Mantovani et al. (2015), encontraram resultados semelhantes, onde 59% da amostra obteve um escore compatível com provável baixa adesão, 55% apresentaram barreiras para o domínio regime, 33% indicaram rastreamento positivo para barreiras de crença e 61% obtiveram um escore compatível para barreiras de recordação. Ben, Neumann e Mengue (2012), também encontraram resultados semelhantes, apresentando 48,1% dos pacientes com potencial não adesão no domínio regime.

Em relação ao domínio regime, os resultados observados neste estudo, demonstram que os pacientes possuem dificuldades em listar o nome dos medicamentos e doses, os dias de utilização, o esquema posológico, além de relatarem sobre o esquecimento de tomar algum comprimido. Importante ressaltar que durante toda a entrevista, o paciente e/ou cuidador teve acesso aos medicamentos, podendo consultá-los sempre que achasse necessário.

Tabela 7 – Distribuição dos pacientes oncológicos em CP da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar, de acordo com as variáveis de adesão à terapia medicamentosa, conforme BMQ. Boa Vista-RR, (2018).

Escore de problemas encontrados pelo BMQ	n	%
Regime (escore)		
0	4	13,3
≥ 1	18	60,0
Crenças (escore)		
0	11	36,7
≥ 1	11	36,7
Recordação (escore)		
0	3	10,0
≥ 1	19	63,3
Escore total do BMQ		
Adesão	0	0,0
Provável adesão	2	6,7
Provável baixa adesão	4	13,3
Baixa adesão	16	53,3

Fote: dados do autor (2019).

Analisando o domínio relacionado às crenças, pode-se verificar a baixa confiança do paciente no medicamento que estava utilizando, através do relato de que o medicamento não funcionava bem e também ao descrever os problemas à saúde (possíveis reações adversas) causadas pela farmacoterapia em uso. Quanto ao domínio recordação, foi observada a presença de esquemas de múltiplas doses diárias, os pacientes utilizavam medicamentos duas ou mais vezes por dia, o que por vezes causava esquecimento na administração destes.

Estudos mostram que 20% a 50% dos pacientes (de todas as idades, sexo, coortes étnicas e com vários problemas de saúde) não tomam seus medicamentos conforme prescrito. A adesão ao tratamento pode ser entendida como a medida do quanto os pacientes seguem as instruções recebidas para os tratamentos prescritos (OLIVEIRA-FILHO et al., 2014).

Diversos fatores podem afetar negativamente a adesão ao tratamento medicamentoso e influenciar diretamente no comportamento do paciente. Podem-se citar os fatores relacionados ao próprio paciente, sua condição demográfica, social, o tipo de doença e peculiaridades da

terapêutica, além dos fatores relacionados ao sistema de saúde e o relacionamento do paciente com a equipe de profissionais e cuidadores (OLIVEIRA; FILIPIN; GIARDINI, 2015). Conhecer esses fatores é uma importante ferramenta para os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento dos pacientes, em especial, os pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

Na oncologia, o farmacêutico é o profissional que possui habilidades específicas para a melhora da qualidade da farmacoterapia individualizada, esse, pode auxiliar na segurança do tratamento medicamentoso do paciente, através de fatores como, a análise dos componentes da prescrição quanto à quantidade, qualidade e interações. O cuidado farmacêutico compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos, corresponsabilidades na prevenção de doenças, resolução de problemas da farmacoterapia, uso racional e ótimo dos medicamentos e promoção e recuperação da saúde (CFF, 2016; SANTOS et al., 2018).

Os serviços farmacêuticos ao paciente devem conciliar o aconselhamento com a supervisão do tratamento. O aconselhamento ao paciente oncológico em CP deve abranger os efeitos clínicos da terapêutica utilizada, a necessidade dos medicamentos nessa fase do tratamento, os efeitos adversos e as possíveis interações medicamentosas. Esses serviços devem ser fornecidos durante todo o período de tratamento.

É importante salientar que ainda não existe um método considerado “padrão ouro” nos serviços de saúde, principalmente, no SUS. O acompanhamento e a avaliação da adesão ao tratamento ainda são considerados como desafios para quem trabalha em saúde, tendo em vista que a maioria dos métodos disponíveis são parciais e apresentam vantagens e desvantagens. Quando se fala de adesão ao tratamento, principalmente, em relação à dor, em paciente com câncer, é possível encontrar alguns trabalhos na literatura internacional, porém, quando a busca é realizada no Brasil sobre as barreiras enfrentadas pelos pacientes oncológicos sob cuidados paliativos, não foi possível encontrar estudos.

4.6 GRAU DE INFORMAÇÃO RECEBIDA PELO PACIENTE

Como forma de avaliar o grau de informação recebida pelo paciente oncológico em CP sobre a farmacoterapia em uso, foi utilizado questionário semiestruturado, conforme anexo D, aos pacientes que utilizavam fármacos (73,3%, n=22).

Foi observado, que 46,7% (n=14) dos entrevistados relataram ter recebido informações sobre o medicamento prescrito, entre os profissionais que prestaram informações, 40,0% (n=12) responderam ter recebido do médico, 6,7% (n=2) do enfermeiro, 3,3% (n=1) do farmacêutico e

3,3% (n=1) de outro profissional, nesse caso, foi citado o psicólogo. Vale ressaltar que nesse item o entrevistado poderia citar mais de um profissional (Tabela 8).

Para o paciente que relatou ter recebido orientações do farmacêutico, foi solicitado para avaliar essas orientações, onde 3,3% (n=1) informou ser fácil de entender e executar. Quanto à forma que as orientações foram fornecidas, 30,0% (n=9) relataram ter recebido orientações apenas verbalmente e 16,7% (n=5) receberam informações verbais e por escrito (Tabela 8).

Sobre o tipo de orientação recebida, 33,3% (n=10) responderam ter recebido sobre a indicação de cada medicamento prescrito, 30,0% (n=9) sobre as doses e os horários de tomada dos medicamentos, 13,3% (n=4) sobre como tomar os medicamentos, 10,0% (n=3) sobre os efeitos colaterais dos medicamentos e nenhum paciente relatou ter recebido orientações sobre como e onde guardar os medicamentos (Tabela 8). Nesse quesito, o entrevistado também poderia citar mais de um item.

Tabela 8 – Grau de informação recebida pelo paciente oncológico em CP da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar. Boa Vista-RR, (2018).

Apontamentos	n	%
Recebeu informação ou orientação sobre o medicamento prescrito		
Sim	14	46,7
Não	8	26,7%
Quem forneceu a informação ou orientação sobre o medicamento¹		
Médico	12	40,0
Enfermeiro	2	6,7
Farmacêutico	1	3,3
Outro ²	1	3,3
Orientação prestada pelo farmacêutico³		
Fácil de entender e executar	1	3,3
Como as orientações foram fornecidas		
Apenas verbal	9	30,0
Verbalmente e por escrito	5	16,7
Tipo de orientação recebida¹		
Sobre a indicação de cada medicamento	10	33,3
Sobre as doses e os horários de tomada dos medicamentos	9	30,0
Sobre como tomar os medicamentos (com água, pela boca, preparo para sonda, preparo para subcutâneo)	4	13,3
Sobre efeitos colaterais	3	10,0
Na residência, qual método utilizado para lembrar de tomar os medicamentos?		
Conheço todos os medicamentos e lembro facilmente	10	33,3
Anotações próprias	2	6,7
Outro: alarme do celular	2	6,7

¹ Paciente poderia escolher mais de uma opção. ² Psicólogo. ³ Pergunta realizada somente para o paciente que relatou ter recebido orientações do farmacêutico. Fonte: dados do autor (2019).

Quanto ao método utilizado na residência para lembrar de tomar os medicamentos de horário, 33,3% (n=10) relataram que conhecem todos os medicamentos e lembram facilmente, 6,7% (n=2) utilizam anotações próprias e 6,7% (n=2) utilizam o alarme do celular (Tabela 8).

Diversos autores estudaram sobre as orientações recebidas pelos pacientes sobre os medicamentos em uso. No estudo de Oenning, Oliveira e Blatt (2011) com 70 pacientes de uma unidade básica de saúde, foi observado que 70% dos entrevistados afirmaram ter recebido orientação de como utilizar o medicamento. Arrais, Barreto e Coelho (2007), entrevistaram 957 pessoas residentes do município de Fortaleza – CE e, verificaram que 92,5% dos entrevistados receberam orientações sobre como tomar o medicamento, 70,6% sobre a importância de cumprir o tratamento, 26,7% sobre possíveis reações adversas e 41,8% sobre a possibilidade de ocorrência de interações medicamentosas.

Farias et al. (2019), realizaram pesquisa exploratória em uma unidade básica de saúde no estado da Bahia, e constataram que, 58% dos pacientes não possuíam nenhum conhecimento ou conhecimento mínimo sobre a doença, 65% mostraram dificuldade de lembrar de tomar os medicamentos, 45% não lembrava dos horários corretos de tomada cada medicamento e 55% apresentaram dificuldade em adesão ao tratamento.

Porém, nenhum desses estudos avaliou as informações recebidas pelos pacientes oncológicos em CP atendidos via visita domiciliar. Quando realizada busca na literatura sobre o assunto, não foram encontrados resultados, principalmente quando associado ao cuidado farmacêutico/atenção farmacêutica.

No entanto, alguns resultados foram verificados quando associado o termo atenção farmacêutica, paciente oncológico e quimioterapia, entre eles, o de Nightingale et al. (2017), nos Estados Unidos, que tinha o objetivo de testar a viabilidade e eficácia da implementação da intervenção farmacêutica individualizada. Foram incluídos 41 pacientes ambulatoriais oncológicos com idade ≥ 65 anos, onde 46% das recomendações farmacêuticas foram aceitas, com redução de 45,5% dos problemas relacionados a medicamentos após a intervenção, concluindo que tal prática contribui de forma significativa para redução dos problemas relacionados a medicamentos.

Um estudo realizado na Espanha, com 102 pacientes em tratamento quimioterápico, buscou analisar os efeitos da assistência farmacêutica sobre a incidência de náuseas e vômitos, foi observado que o acompanhamento farmacoterapêutico auxiliou na redução de 59% destas reações, o que, conseqüentemente, melhorou a adesão ao tratamento (CARACUEL et al., 2014).

No estudo realizado por Lopez et al (2014), para determinar a incidência de interações medicamentosas em pacientes em tratamento quimioterápico e investigar a influência das

intervenções farmacêuticas durante o tratamento, constatou que dos 75 pacientes incluídos, o farmacêutico interviu em 35% dos pacientes que apresentaram interação medicamentosa, o que ajudou a descontinuar ou modificar as prescrições, que foram seguidas em 94% dos casos.

Uma pesquisa realizada em Singapura, buscou avaliar as intervenções realizadas por farmacêuticos em uma farmácia de oncologia, do total de 331 intervenções, 93% foram aceitas. Cerca de metade das intervenções documentadas pelos farmacêuticos foram avaliadas como clinicamente significativas ou muito significativas, demonstrando que esta atividade proporciona resultados positivos para a terapia de cada paciente.

O conhecimento dos pacientes e seus cuidadores sobre a doença, os medicamentos e doses é fator primordial no tratamento. Por isso, as orientações aos pacientes devem ser fornecidas por profissionais de saúde capacitados, com informações claras e concisas, relacionados não apenas às expectativas da doença, mas também a desmistificação dos medos e tabus, bem como a respeito do tratamento como um todo.

A carência de informações ou a não-compreensão das informações repassadas pelos profissionais da saúde aos pacientes podem trazer diversas consequências como: não-adesão ao tratamento, com o conseqüente insucesso terapêutico, retardo na administração do medicamento, agravando o quadro clínico do paciente, aumento da incidência de efeitos adversos, por inadequado esquema de administração e/ou duração do tratamento, dificuldades na diferenciação entre manifestações da doença e efeitos adversos da terapêutica e incentivo à automedicação, bem como outras sérias consequências, que podem piorar o estado de saúde do paciente (OENNING; OLIVEIRA; BLATT, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontam que a população deste estudo, é composta, em sua maioria, por mulheres, casadas, com uma faixa etária elevada, baixa escolaridade, utilizando um número significativo de fármacos para tratar a dor e outras comorbidades, sendo assistidas por um ou mais cuidadores.

Foi possível observar, que a maioria dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos e seus cuidadores, atendidos via visita domiciliar, possuem conhecimento suficiente relativo à dose, indicação e interação com alimento, conforme teste MedTake. Porém, quando avaliada a adesão ao tratamento através do BMQ, notou-se predomínio de baixa adesão à farmacoterapia. Esses dados sugerem que, mesmo o paciente tendo conhecimento sobre os medicamentos utilizados, este, não significa alta adesão. Pôde-se observar também, um número elevado de interações medicamentosas potenciais, que podem, em algum momento do tratamento, favorecer a piora clínica do paciente.

Assim, verifica-se a necessidade do aperfeiçoamento dos métodos de fornecimento das informações ao paciente e seus cuidadores. Isso envolve a formação de profissionais, a reorganização do tempo dedicado à orientação pelo prescritor e à atuação direta do farmacêutico, tanto na dispensação dos medicamentos, quanto no acompanhamento farmacoterapêutico durante todo o tratamento, seja ambulatorial ou domiciliar.

A construção metodológica deste estudo, possibilitou identificar o perfil dos pacientes, suas variáveis sociodemográficas e clínicas e, também, o perfil de seus cuidadores, além de possibilitar o conhecimento sobre os medicamentos utilizados no domicílio. Conhecer o perfil de uso de medicamentos do paciente no domicílio, é um importante indicador para qualidade da assistência à saúde, possibilitando atendimento integral de forma efetiva e com atuação conjunta dos profissionais da equipe interdisciplinar.

A dispensação de medicamentos no domicílio, permite implementar um programa de acompanhamento da farmacoterapia para detectar diferentes problemas relacionados aos fármacos e desenvolver intervenções farmacêuticas para pacientes oncológicos em cuidados paliativos, além de fomentar a participação ativa do farmacêutico envolvido no processo de tomada de decisão na equipe de saúde interdisciplinar. Destaca-se, que esse profissional, atualmente, não compõe a equipe de saúde do serviço de cuidados paliativos da UNACON-RR.

Deve-se também enfatizar, que o desempenho do farmacêutico na oncologia, vai além dos serviços administrativos, ele é também clínico, pois pode auxiliar a outros profissionais da saúde na configuração do plano terapêutico, na análise da prescrição e no monitoramento dos

pacientes, objetivando melhorar a qualidade do serviço de saúde. Desse modo, o cuidado farmacêutico é fundamental para assegurar o uso racional e seguro dos medicamentos, bem como alertar quanto aos erros de medicação e a sua prevenção, desenvolvendo diversas atividades de grande importância para um serviço de saúde seguro e de qualidade ao paciente oncológico.

As limitações deste estudo podem ser atribuídas à especificidade da população estudada, por vezes, os pacientes oncológicos em cuidado paliativos, encontravam-se em estado avançado da doença, não possibilitando a entrevista com ele ou cuidador. Outro fator limitante, foi a indisponibilidade do transporte do serviço de visita domiciliar, atrasando o período da pesquisa.

Como proposta de produto técnico de prática farmacêutica, sugere-se a padronização dos medicamentos utilizados pelos pacientes no serviço de cuidados paliativos (Apêndice F), de forma a auxiliar nos processos de aquisição, distribuição e dispensação. Sugere-se, também, a confecção de tabela de lembrete para tomar o medicamento (Apêndice H), como forma de facilitar o uso e diminuir o esquecimento no domicílio. Além disso, foi elaborado um roteiro simplificado de consulta farmacêutica no domicílio, de modo a nortear os profissionais no desenvolvimento das atividades (Apêndice G).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (Brasil). **Panorama dos cuidados paliativos no Brasil**: 2018. São Paulo, 2018. 15 p.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Bulário eletrônico**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp>. Acessado em: 22 out. 2018.
- ALMEIDA, Denize Alves de et al. Cuidados paliativos: percepção de cuidadores familiares de idosos em tratamento oncológico. **Saúde (Santa Maria)**. v. 43, n. 2, p. 55-62, maio/ago. 2017.
- AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEMS PHARMACISTS. Medication Therapy and Patient Care: Specific Practice Areas–Guidelines. **Guidelines on the Pharmacist’s Role in Palliative and Hospice Care**, p. 379 – 393, 2016.
- ANDRADE, et al. Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar. **Revista Fundamentos Care Online**. v. 9, n. 1, p. 215221, jan/mar, 2017.
- ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno Saúde Pública**. v. 23, n. 4, p. 927-937, Rio de Janeiro, abr. 2007.
- BARBEE, Jerry et al. Palliative care the pharmacists role. **Pharmacy Times: Health System Edition**. 22 nov. 2016.
- BARBOSA, Jahamunna Abrantes Andrade et al. Farmacoterapia adjuvante no tratamento da dor oncológica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 21, n. 2, p. 112-120, 2008.
- BARBOSA, Maria Fernanda. **Pacientes sob cuidados paliativos oncológicos e assistência farmacêutica: perfil e satisfação**. 2011. 101f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.
- BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 46, n. 2, p. 279-289, 2012.
- BRASIL. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 11 set. 2014.
- BRUNTON, L.L.; CHABNER, B.C.; KNOLLMAN, B. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman**. 12.ed. Porto Alegre, AMGH, 2012.
- CAETANO, Natália Lima de Barros et al. Uso de plantas medicinais e fitoterápicos por pacientes submetidos a tratamento antineoplásico no serviço de saúde privado no estado de Sergipe – Brasil. **Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e de Saúde Unit**. v. 5, n. 1, p. 163-176, Aracaju, out. 2018.

CARACUEL, F. et al. Influence of pharmaceutical care on the delayed emesis associated with chemotherapy. **International Journal of Clinical Pharmacy**. v. 36, n. 2, p. 287-290, april 2014.

CENTER TO ADVANCE PALLIATIVE CARE. **Palliative Care Growth Snapshot, 2018**. Disponível em: <<https://www.capc.org/about/press-media/press-releases/2018-2-28/palliative-care-continues-its-annual-growth-trend-according-latest-center-advance-palliative-care-analysis/>>. Acessado em: 25 ago. 2018.

CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO: Boletim do CIM. **Terapêutica e Intervenção Farmacêutica em Cuidados Paliativos**. set/out 2012. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/bc.104_terapeutica_e_intervencao_farmacutica_em_cuidados_paliativos_bifosfonatosaspectos_de_seguranca_17741905835a12edf6b7626.pdf>. Acessado em: 15 abr. 2017.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)**. Resolução n. 41, de 31 de outubro de 2018. Brasília, 23 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências**. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Brasília, 25 set. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual**. Brasília, 2016. 200 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 2004, de 11 de dezembro de 2012.

FALLER, Jossiana Wilke et al. Perfil de idosos acometidos por câncer em cuidados paliativos em domicílio. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 19, n. 22, p. 29-43, 2016.

FARHAT, F. C. L. G. Avaliação da adesão ao tratamento e parâmetros clínicos de portadores de diabetes mellitus acompanhados em atenção farmacêutica. In: 10ª Mostra Acadêmica UNIMEP, 10., 2012. **Resumos...** São Paulo: Universidade Metodista de Piracicaba.

FARIAS, Emilly Bianca Oliveira et al. Adesão terapêutica em pacientes diabéticos em uso medicamentoso. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. v. 13, n. 43, p. 407-415, 2019.

FERNANDES, S. S. C.; DAMASCENA, R. S.; PORTELA, F. S. Avaliação da adesão ao tratamento farmacológico de idosos portadores de diabetes *mellitus* tipo II acompanhados em uma rede de farmácias de Vitória da Conquista – Bahia. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. v. 13, n. 43, p. 241-263, 2019.

FREIRE, Maria Eliane Moreira et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Texto Contexto Enferm**. v. 27, n. 2, 2018.

GAYOSO, Maisa Vitória et al. Avaliação do nível de conforto de cuidadores de pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016.

GUIMARÃES, C. A.; LIPP, M. E. N. Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos recebendo cuidados paliativos. **Psicologia: teoria e prática**. v. 13, n. 2, p. 50-62, 2011.

HUSSAINY, S Y.; BOX, M.; SCHOLE, S. Piloting the role of a pharmacist in a community palliative care multidisciplinary team: an Australian experience. **BMC Palliative Care**. v. 10, n. 16, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2017**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf> Acesso em: 10 ago. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015.

INSITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2017. 128 p.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **GLOBOCAN, 2018**. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/tomorrow/graphic-isotype?type=1&population=900&mode=population&sex=0&cancer=39&age_group=value&apc_male=0&apc_female=0#collapse-group-0-1>. Acesso em: 02 nov. 2018.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **World Cancer Report 2014**. Lyon, 2014.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB). **Narcotics Drugs - Estimated World Requirements for 2008, Statistics for 2007**. Vienna International Centre, Viena – Áustria, 2009.

ISE, Y. et al. The activity of palliative care team pharmacists in designated cancer hospitals: a Nationwide survey in Japan. **Journal of Pain and Symptom Management** v. 47, n. 3. p. 588–593, Bunkyo-ku, Tokyo, 3 mar. 2014.

KNAUL, Felicia Marie et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief— an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. **The Lancet Commission**, v. 391, p. 1391-1454, 7 april 2018.

LENHANI, Bruna Eloise. **Qualidade de morte em cuidados paliativos oncológicos: estudos de casos múltiplos**. 2015. 144f. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

LOPEZ, C. M. et al. Role of clinical phamacistis in preventing drug interactions in cancer outpatients: a single-centre experience. **International Journal of Clinical Pharmacy**. v. 36, n. 6, p. 1251-1259, december, 2014.

MALTONI, M; Opioids, pain, and fear. **Annals of oncology**. v. 19, n. 1, p. 5-7, 2008.

MANTOVANI, Maria de Fátima et al. Utilização do *Brief Medication Questionnaire* na adesão medicamentosa de hipertensos. **Revista de Enfermagem**. v. 9, n. 1, p. 84-90, Recife. jan. 2015.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: **Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Editora Diagraphic, 2012. 1ª Parte. 2ª Edição. p. 23-30.

MELGAÇO, Tainah Brasil et al. Polifarmácia e ocorrências de possíveis interações medicamentosas. **Revista Paraense de Medicina**. v. 25, p. 23, 2012.

MELO, T. M. de, RODRIGUES, I. G., SCHMIDT, D. R. C. Caracterização dos cuidadores de pacientes em cuidados paliativos no domicílio. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 55, n. 4, p. 365-374, 2009.

MENDES, Thaís Rezende et al. Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo. **Acta Paul Enferm**. v. 27, n. 4, p. 356-361, 2014.

MICROMEDEX, *Software Drugdex System – Thomsom*. **Portal Saúde Baseada em Evidências**. Disponível em: <<http://psbe.ufrn.br/index.ph>>. Acessado em: 11 dez. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Portaria n. 741, de 19 de dezembro de 2005. Brasil, 19 dez. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Institui a política nacional para a prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013. Brasil, 16 mai. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Portaria n. 140, de 27 de fevereiro de 2014. Brasil, 27 fev. 2014a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado**. Portaria n. 483, de 1º de abril de 2014. Brasil, 1º abr. 2014b.

MOLIN, G. T. D.; CAVINATTO, A. W.; COLET, C. de F. Utilização de plantas medicinais e fitoterápicos por pacientes submetidos à quimioterapia de um centro de oncologia de Ijuí/RS. **O Mundo da Saúde**. v. 39, n. 3, p. 287-298, São Paulo, 2015.

MUNHOZ, Bruna Antenucci et al. De um lado ao outro: o que é essencial? Percepção dos pacientes oncológicos e de seus cuidadores ao iniciar o tratamento oncológico e em cuidados paliativos. **Einstein**. v. 12, n. 4, p. 485-491, 2014.

NIGHTINGALE, G. et al. Implementing a pharmacist-led, individualized medication assessment and planning (iMAP) intervention to reduce medication related problems among older adults with cancer. **Journal of Geriatric Oncology**. v. 8, p. 296-302, 2017.

NUNES, B. C.; GARCIA, J. B. dos S.; SAKATA, R. K. Morfina como primeiro medicamento para tratamento da dor de câncer. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. v. 64, n. 4, p. 236-240, 2014.

OENNING, D.; OLIVEIRA, B. V. de; BLATT, C. R. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 7, p. 3277-3283, 2011.

OLIVEIRA-FILHO, Alfredo D. et al. Otimização da adesão terapêutica pós-alta hospitalar de pacientes com DCV: ensaio clínico randomizado – estudo piloto. **Arq Bras Cardiol**. v. 103, n. 6, p. 502-512, 2014.

OLIVEIRA, R. E. M.; FILIPIN, M. D. V.; GIARDINI, M. H. Intervenções farmacêuticas destinadas à otimização da adesão ao tratamento medicamentoso de um paciente. **Revista Eletrônica de Farmácia**. v. 12, n. 2, p. 39-51, 2015.

OLIVEIRA, L. A. R.; MACHADO, R. D.; RODRIGUES, A. J. L. Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por paciente da unidade oncológica de Anápolis. **Rev. Bras. Pl. Med.** v. 16, n. 1, p. 32-40, 2014.

OLIVEIRA, Maria do Bom Parto de et al. Atendimento domiciliar oncológico: percepção de familiares/ cuidadores sobre cuidados paliativos. **Escola Anna Nery**. v. 21, n. 2, 2017.

PEREZ, Silvia Allende et al. Integrated oncology and palliative care: five years experience at the National Cancer Institute of Mexico. **Salud Pública de México**. Cuernavaca, v 58, n. 2, p. 317-324, marzo-abril, 2016.

PINTO, Isabela Vaz Leite et al. Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 11, p. 3469-3481, 2016.

PORTELA, F. R.; MODENA, C. M. Pacientes com câncer avançado: o acesso aos opioides e demais medicamentos para controle da dor. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 64, n. 2, p. 195-201, 2018.

RAEHL, Cynthia L. et al. Individualized drug use assessment in the elderly. **The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy**. v. 22, n. 10, 2002.

RANGEL, O.; TELLES, C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**. ano 11, abril/junho 2012.

REID, C. M.; GOOBERMAN-HILL, R.; HANKS, G. W. Opioid analgesic for cancer pain: symptom control for the living or comfort for the dying? A qualitative study to investigate the factors influencing the decision to accept morphine for pain caused by cancer. **Annals of oncology**. v. 19, n. 1, p. 44-48, january 2008.

SANTOS, Sandna Larissa Freitas dos et al. Evidências do cuidado farmacêutico na prática clínica da oncologia. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. v. 20, n. 2, p. 77-81, 2018.

SCHWARZ, E. D.; BAGGIO, S. O.; BUENO, D. Prescrições de medicamentos em uma unidade de cuidados paliativos de um hospital universitário de Porto Alegre. **Clin Biomed Res**. v. 36, n. 1, p. 27-36, 2016.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA. **Imprensa**. Disponível em: <<http://www.saude.rr.gov.br/index.php/2017-04-30-22-46-19/noticias-2/10-noticias-da-sesau/430/unacon-atendimentos-a-pacientes-com-cancer-dobraram-em-3-anos>>. Acessado em: 05 jan. 2019.

SEPÚLVEDA, Cecilia et al. Palliative care: the world health organization's global perspective. **Journal of Pain and Symptom Management**. New York, v. 24, n. 2, p.91-96, August, 2002.

SILVA, E. P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm**, Salvador, v. 21, n.3, p. 504-508, 2008.

SILVADO, C. Farmacogenética e Antiepilépticos (farmacologia das drogas antiepilépticas: da teoria à prática). **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**. v. 14, n. 2, p. 51-56, 2008.

SOUSA, V. P. R.; PAIVA, E. C.; MUNIZ, J. J. Avaliação de interações medicamentosas e reações adversas no uso de medicamentos por idosos com neoplasia mamária da oncologia do Hospital das Clínicas Samuel Libânio de Pouso Alegre-MG. **Revista de Ciências da Saúde Básica e Aplicada**. v. 1, n. 1, p. 48-56, 2018.

SOUZA, Camila Brandão et al. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 12, p. 3805-3816, 2015.

SOUZA, J. A. A. de O.; CORDEIRO, B. C. Atenção farmacêutica às pacientes oncológicas de um hospital de grande porte do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. v. 3, n. 2, abr./jun. 2012.

TEMEL, Jennifer S. et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. **The New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 8, p. 733-742, August, 2010.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. The 2015 Quality of Death Index - Country profiles. Ranking palliative care across the world. Disponível em: <https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/images/2015%20Quality%20of%20Death%20Index%20Country%20Profiles_Oct%206%20FINAL.pdf>. Acessado em: 20 mai. 2017.

VASCONCELOS, G. B.; PEREIRA, P. M. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. **Revista de Administração Pública**, v. 18, n. 70, 16 p., jan.-mar. 2018.

VIEIRA, Maria Luisa de Sá et al. Medicamentos utilizados no tratamento paliativo de pacientes idosos oncológicos em um hospital filantrópico. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 4., 2015, Campina Grande. **Pôster...** Campina Grande, 2015.

WILSON, Shelley et al. Impact of pharmacist intervention on clinical outcomes in the palliative care setting. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**. v. 28, n. 5, p. 316-320, 28 nov. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative Care. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs**. Module 05. Geneva, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What is cancer?** Disponível em: <<https://www.who.int/cancer/en/>> Acessado em: 15 jan. 2019.

WORLD HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. Disponível em: <<http://www.thewhpc.org/>>. Acessado em: 10 nov. 2018.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. January, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf>. Acessado em: 25 ago. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário 1 – Formulário de entrevista dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos e cuidadores – Perfil sociodemográfico e clínico.

PESQUISA

Cuidado farmacêutico ao paciente oncológico em cuidados paliativos

Número do Questionário: _____

Identificação Paciente:

Nome: _____
 Prontuário N°: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Idade: _____ Sexo: () M () F Naturalidade: _____
 Endereço: _____

Perfil Sociodemográfico:

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado
 Profissão/Ocupação: _____
 Grau de instrução: () Não alfabetizado () Somente alfabetizado () Fundamental ou 1° grau
 () Médio ou 2° grau () Superior incompleto () Superior () Pós-graduado
 Renda Salarial Mensal (em salário mínimo – s.m.):
 () ≤ 1s.m. () 1 – 3 s.m. () 3 – 5 s.m. () 5 – 10 s.m. () ≥ 10 s.m. () Sem rendimento
 () Sem declaração () N° de indivíduos na unidade domiciliar: _____
 Utiliza Plantas medicinais? () Não () Sim: _____

Perfil Clínico: (PRONTUÁRIO)

Diagnóstico da Doença Primária: _____
 Data do Diagnóstico: ____/____/____ Estadiamento Inicial: _____
 Tratamentos Anteriores: () Não
 Sim: () Cirurgia () Radioterapia () Quimioterapia () hormonioterapia
 Metástases Presentes: _____
 Comorbidades: () Diabetes () HAS () outras: _____
 Encaminhamento Para Cuidados Paliativos: ____/____/____

Perfil Cuidador:

Possuir cuidador: () Não () Sim: () M () F Idade: _____
 Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado
 Profissão/Ocupação: _____
 Grau de instrução: () Não alfabetizado () Somente alfabetizado () Fundamental ou 1° grau
 () Médio ou 2° grau () Superior incompleto () Superior () Pós-graduado
 Existem outros cuidadores: () Não () Sim: Quantos? _____

APÊNDICE C – Interações medicamentosas potenciais, observadas na farmacoterapia de pacientes oncológicos em CP da UNACON-RR, atendidos via visita domiciliar, de acordo com a gravidade, evidências científicas e frequência de ocorrência. Boa Vista (2018).

Medicamento 1	Medicamento 2	Gravidade	Documentação	Possíveis efeitos colaterais
Amitriptilina	Metoclopramida	Contraindicado	Razoável	O uso concomitante de metoclopramida e antidepressivos tricíclicos pode resultar em um risco aumentado de reações extrapiramidais e síndrome maligna dos neurolépticos.
AAS	Hidroclorotiazida	Importante	Boa	O uso concomitante de AINEs e diuréticos tiazídicos pode resultar em redução da eficácia diurética e possível nefrotoxicidade.
AAS	Metformina	Importante	Razoável	O uso concomitante de AAS e hipoglicemiantes orais pode resultar em risco aumentado de hipoglicemia
Amiodarona	Amitriptilina	Importante	Razoável	O uso concomitante de amiodarona e agentes que prolongam o intervalo QT pode resultar em aumento do risco de prolongamento do intervalo QT e "torsades de pointes".
Amiodarona	Clopidogrel	Importante	Razoável	O uso concomitante de amiodarona e inibidores da CYP2C8 pode resultar em aumento das concentrações plasmáticas da amiodarona
Amitriptilina	Morfina	Importante	Razoável	O uso concomitante de morfina e agentes serotoninérgicos com propriedades anticolinérgicas pode resultar em aumento do risco de íleo paralítico; aumento do risco de síndrome serotoninérgica.
Captopril	Morfina	Importante	Razoável	O uso concomitante de morfina e inibidores da glicoproteína-P pode resultar em aumento da exposição à morfina.
Carvedilol	Morfina	Importante	Razoável	O uso concomitante de morfina e inibidores da glicoproteína-P pode resultar em aumento da exposição à morfina.
Clobazam	Paracetamol + codeína	Importante	Razoável	O uso concomitante de codeína e inibidores da CYP2D6 pode resultar no aumento das concentrações plasmáticas de codeína e na redução das concentrações plasmáticas do metabólito ativo.
Codeína	Metoprolol	Importante	Razoável	O uso concomitante de codeína e depressores do SNC pode resultar em aumento do risco de depressão respiratória e do SNC.
Fenitoína	Paracetamol + codeína	Importante	Razoável	O uso concomitante de codeína e indutores da CYP3A4 pode resultar em diminuição da eficácia dos opiáceos e precipitação da abstinência de opioides.
Metoclopramida	Morfina	Importante	Razoável	O uso concomitante de metoclopramida e depressores do SNC pode resultar em aumento do risco de depressão do SNC.
Ondansetrona	Tramadol	Importante	Razoável	O uso concomitante de tramadol e agentes serotoninérgicos pode resultar em aumento do risco de síndrome serotoninérgica.
Amiodarona	Rosuvastatina	Moderada	Boa	O uso concomitante de amiodarona e rosuvastatina pode resultar em elevações nos níveis de transaminases séricas.
Carvedilol	Glimepirida	Moderada	Boa	O uso concomitante de agentes antidiabéticos e bloqueadores B-adrenérgicos pode resultar em hipoglicemia ou hiperglicemia; diminuição dos sintomas de hipoglicemia.
Carvedilol	Metformina	Moderada	Boa	O uso concomitante de agentes antidiabéticos e bloqueadores B-adrenérgicos pode resultar em hipoglicemia ou hiperglicemia; diminuição dos sintomas de hipoglicemia.

Clobazam	Fenitoína	Moderada	Boa	O uso concomitante de clobazam e fenitoína pode resultar em aumento do risco de toxicidade por fenitoína (ataxia, hiperreflexia, nistagmo, tremor).
Fenitoína	Paracetamol + codeína	Moderada	Boa	O uso concomitante de paracetamol e fenitoína pode resultar em diminuição da eficácia do paracetamol e aumento do risco de hepatotoxicidade.
Fenitoína	Valproato de Sódio	Moderada	Boa	O uso concomitante de fenitoína e valproato de sódio pode resultar em níveis alterados de valproato ou níveis alterados de fenitoína.
Metformina	Metoprolol	Moderada	Boa	O uso concomitante de agentes antidiabéticos e bloqueadores B-adrenérgicos pode resultar em hipoglicemia ou hiperglicemia; diminuição dos sintomas de hipoglicemia.
Sulfato ferroso	Omeprazol	Moderada	Boa	O uso concomitante de ferro e omeprazol pode resultar em redução da biodisponibilidade do ferro não-heme.
AAS	Insulina NPH	Moderada	Razoável	O uso concomitante de insulina e salicilatos pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia.
Amiodarona	Glimepirida	Moderada	Razoável	Uso concomitante de amiodarona e glimepirida pode resultar no aumento dos níveis plasmáticos de glimepirida.
Glimepirida	Hidroclorotiazida	Moderada	Razoável	O uso concomitante de agentes antidiabéticos e diuréticos podem resultar em aumento do risco de hiperglicemia; aumento da necessidade de insulina.
Glimepirida	Ramipiril	Moderada	Razoável	O uso concomitante de inibidores da ECA e agentes antidiabéticos pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia.
Hidroclorotiazida	Insulina NPH	Moderada	Razoável	O uso concomitante de agentes antidiabéticos e diuréticos pode resultar em aumento do risco de hiperglicemia; aumento da necessidade de insulina.
Insulina NPH	Losartana Potássica	Moderada	Razoável	O uso concomitante bloqueadores dos receptores de angiotensina e insulina pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia.
Insulina NPH	Metformina	Moderada	Razoável	O uso concomitante de insulina e agentes antidiabéticos orais pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia.
Insulina NPH	Losartana	Moderada	Razoável	O uso concomitante de bloqueadores dos receptores de angiotensina e insulina pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia.
Metformina	Ramipiril	Moderada	Razoável	O uso concomitante de inibidores da ECA e agentes antidiabéticos pode resultar em aumento do risco de hipoglicemia.

Fonte: dados do autor (2019).

APÊNDICE D – Grau de conhecimento, conforme Teste MedTake, dos pacientes oncológicos em CP da UNACON-RR e/ou cuidadores, atendidos via visita domiciliar. Boa Vista (2018).

Pacientes	Nº de medicamentos utilizados	Dose total	Indicação total	Escore		Escore total
				Interação com alimento total	Escala de tomada total	
Paciente 1	4	100	100	100	75	93,75
Paciente 2	8	100	100	100	100	100
Paciente 3	3	100	100	100	33,33	83,33
Paciente 4	8	100	75	100	87,5	90,63
Paciente 5	0	não se aplica	não se aplica	não se aplica	não se aplica	não se aplica
Paciente 6	7	100	57,14	100	100	89,29
Paciente 7	0	não se aplica	não se aplica	não se aplica	não se aplica	não se aplica
Paciente 8	1	100	100	100	100	100,00
Paciente 9	5	100	80	100	100	95,00
Paciente 10	0	não se aplica	não se aplica	não se aplica	não se aplica	não se aplica
Paciente 11	9	100	66,66	88,88	66,66	80,55
Paciente 12	4	100	100	100	75	93,75
Paciente 13	3	100	100	100	66,66	91,67
Paciente 14	0	não se aplica	não se aplica	não se aplica	não se aplica	não se aplica
Paciente 15	7	83,33	66,67	100	83,33	83,33
Paciente 16	5	100	100	100	60	90,00
Paciente 17	0	não se aplica	não se aplica	não se aplica	não se aplica	não se aplica
Paciente 18	5	100	100	100	75	93,75
Paciente 19	3	100	100	100	100	100,00
Paciente 20	3	100	100	100	100	100,00
Paciente 21	2	100	100	100	50	87,50
Paciente 22	1	100	100	100	0	75,00
Paciente 23	4	100	75	100	100	93,75
Paciente 24	2	100	100	100	100	100,00
Paciente 25	0	não se aplica	não se aplica	não se aplica	não se aplica	não se aplica
Paciente 26	0	não se aplica	não se aplica	não se aplica	não se aplica	não se aplica
Paciente 27	1	100	100	100	0	75,00
Paciente 28	0	não se aplica	não se aplica	não se aplica	não se aplica	não se aplica
Paciente 29	2	100	100	100	100	100,00
Paciente 30	1	100	100	100	100	100,00

Fonte: dados do autor (2019).

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da pesquisa: Cuidado Farmacêutico ao Paciente Oncológico em Cuidados Paliativos

Os pesquisadores do projeto de pesquisa intitulado “Cuidado Farmacêutico ao Paciente Oncológico em Cuidados Paliativos”, cujo objetivo é estudar as contribuições da Atenção Farmacêutica para a melhora da qualidade de vida de pacientes oncológicos atendidos na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia do estado de Roraima (UNACON/RR) através de um projeto de intervenção farmacêutica, convidam você a participar desta pesquisa de forma voluntária, visando contribuir para o conhecimento científico na área do estudo e para a formação de pesquisadores dos cursos de pós-graduação em nível de mestrado na área de ciências da saúde. A pesquisa será realizada através da utilização de questionários, contendo perguntas sobre questões sociodemográficas como idade, ocupação e escolaridade, perfil clínico como tipo de câncer, medicamentos utilizados e terapias realizadas e também perguntas sobre o seu tratamento medicamentoso para aliviar os sintomas decorrente da doença.

Os riscos da pesquisa estão associados a: desconforto em responder algumas das questões da pesquisa, presença do pesquisador em sua residência, insegurança quanto à confidencialidade das informações fornecidas, o que eventualmente pode ocasionar sintomas como ansiedade e/ou humor entristecido. Dessa forma, garantimos que sua identidade não será revelada em nenhum momento da pesquisa. Os pesquisadores deste estudo assumem o compromisso de manter o sigilo e a confidencialidade de todas as informações. Entre os benefícios do desenvolvimento desta pesquisa estão: conhecimento sobre o uso de medicamentos na oncologia, compreender como é a adesão aos horários regulares de uso da morfina, auxiliar a equipe de cuidados paliativos da UNACON-RR no desenvolvimento de estratégias voltadas à população que elas assistem.

Estou ciente e autorizo a realização da aplicação dos procedimentos citados acima e a utilização dos dados para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras desde que seja mantido em sigilo as informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantido o meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além do cumprimento da legislação em caso de dano (Resolução Nº 466/2012 – CNS). É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Por fim, concordo voluntariamente e dou o meu consentimento sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a esta pesquisa, declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelos pesquisadores Thiago Martins Rodrigues e Prof^ª. Dra. Jackeline da Costa Maciel em relação a minha participação no projeto de pesquisa descrito acima. Dessa forma, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em participar da mesma.

Boa Vista, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Representante Legal

Nós, Thiago Martins Rodrigues e Prof^ª. Dra Jackeline da Costa Maciel, declaramos que fornecemos todas as informações referentes à pesquisa ao participante da pesquisa. Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços relacionados abaixo.

Boa Vista, _____ de _____ de _____.

Thiago Martins Rodrigues /
Aluno do Mestrado em Ciências da Saúde –
PROCISA/UFRR

Prof^ª. Dra Jackeline da Costa Maciel
Docente do Mestrado em Ciências da Saúde –
PROCISA/UFRR

Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PROCISA, Universidade Federal de Roraima (UFRR), Campus Paricarana. Tel. (95) 3623-5236. E-mail: jackeline_maciel@hotmail.com. Endereço: Av. Capitão Ene Garcez, 2413, Aeroporto, Boa Vista-RR. **Comitê de Ética em Pesquisa da UFRR.** Endereço: Bloco da PRPPG, prédio ao lado da Reitoria da UFRR. Tel. (95) 3621-3112.

APÊNDICE F – Lista de medicamentos essenciais conforme necessidade dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos da UNACON/RR, atendidos via visita domiciliar.

Medicamento	Apresentação	Indicação terapêutica em cuidados paliativos
Amitriptilina	50 – 150 mg comprimido.	Adjuvante analgésico. Antidepressivo.
Bisacodil	10 mg comprimido.	Constipação
Carbamazepina	100 – 200 mg comprimido.	Dor neuropática.
Ciprofloxacino	500 mg comprimido.	Antibacteriano. Tratamento de infecções.
Codeína	3 mg/mL solução oral; 30 mg/mL ampola; 30 e 60 mg comprimidos.	Analgésico opioide. Controle da dor leve a moderada.
Dexametasona	0,5 – 4 mg comprimido; 4 mg/mL injetável.	Anorexia, náusea, vômito, dor neuropática.
Diazepam	5,5 – 10 mg comprimido; 5 mg/mL injetável;	Relaxante muscular em dor crônica. Ansiolítico. Hipnótico. Anticonvulsivante.
Diclofenaco	25 – 50 mg comprimido; 50 e 75 mg/ 3mL injetável	Dor leve a moderada
Dipirona	500 mg/ml solução oral; 500 mg comprimido.	Analgésico em dor leve ou adjuvante em dor moderada e intensa. Antipirético.
Fentanil – adesivo transdérmico	25 µg/h; 50 µg/h	Dor moderada a severa.
Fluconazol	150 mg comprimido.	Infecções por fungos.
Gabapentina	300 ou 400 mg cápsula	Dor neuropática.
Haloperidol	0,5 – 5 mg comprimido.	Antiemético, antipsicótico de uso frequente em delirium. Manejo de soluções persistentes. Sedação paliativa.
Loperamida	2 mg comprimido.	Diarreia.
Metoclopramida	4 mg/mL solução oral.	Antiemético com ação gastrocinética e antidopaminérgica. Manejo de solução persistente.
Morfina	10 mg/mL ampola; 10 mg/mL solução oral; 10 e 30 mg comprimido; 30, 60 e 100 mg cápsulas de liberação controlada.	Analgésico opioide. Controle da dor moderada a severa.
Óleo mineral		Obstipação intestinal induzida por opioides.
Paracetamol	100 mg – 500 mg comprimido.	Dor leve e adjuvante em dor moderada a severa. Antipirético.
Ranitidina	150 mg – 300 mg comprimido.	Protetor gástrico. Indicado também para vômitos relacionados a estase gástrica.
Sais de reidratação oral		Diarreia.
Tramadol	50 mg cápsula; 100 mg/mL solução oral.	Dor leve a moderada.

Fonte: Adaptado de Barbosa (2011), ANCP (2018), Vasconcelos e Pereira (2018).

APÊNDICE G – Roteiro simplificado para desenvolvimento do cuidado farmacêutico ao paciente oncológico em cuidados paliativos atendidos via visita domiciliar.

Roteiro de consulta simplificado – primeira visita domiciliar	
1.	Preencher o questionário 1 (Apêndice A), com os dados do paciente e cuidador;
2.	Solicitar ao paciente e/ou cuidador todos os medicamentos em uso;
3.	Preencher o questionário 2 (Apêndice B) de acordo com as respostas do paciente e/ou cuidador;
4.	Preencher a tabela de organização dos horários (Apêndice H), solicitar ao paciente e/ou cuidador que fixe em lugar de fácil visualização;
5.	Identificar possíveis problemas relacionados a administração e adesão ao tratamento;
6.	Realizar intervenção farmacêutica (conforme necessidade);
7.	Verificar quantidade de cada medicamento e estabelecer data para próxima dispensação;
8.	Encaminhar para outro profissional da equipe (conforme necessidade).

Roteiro de consulta simplificado – visitas domiciliares subsequentes	
1.	Verificar se o paciente continua utilizando os mesmos medicamentos;
2.	Realizar a dispensação dos medicamentos em uso, conforme questionário 2 preenchido anteriormente;
3.	Verificar se os problemas relacionados a administração e adesão ao tratamento, identificados anteriormente foram sanados;
4.	Preencher a tabela de organização dos horários (Apêndice H), solicitar ao paciente e/ou cuidador que fixe em lugar de fácil visualização;
5.	Identificar possíveis problemas relacionados a administração e adesão ao tratamento;
6.	Realizar intervenção farmacêutica (conforme necessidade);
7.	Verificar quantidade de cada medicamento e estabelecer data para próxima dispensação;
8.	Encaminhar para outro profissional da equipe (conforme necessidade).

APÊNDICE H – Sugestão de organização dos horários de tomada diária dos medicamentos.

Nome do paciente: _____

<div style="text-align: center;">Período do dia</div> <div style="text-align: left;">Medicamento</div>	Ao acordar 	Café 	Intervalo 1 	Almoço 	Intervalo 2 	Noite/Jantar 	Dormir 
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

ANEXOS

ANEXO A – Questionário 4 – *Brief Medication Questionnaire* (BMQ).

1) Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?

Entrevistador: Para cada medicação anote as respostas no quadro abaixo:

Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR

NA ÚLTIMA SEMANA					
a) Nome da medicação e dosagem	b) Quantos dias você tomou esse remédio	c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido	f) Como essa medicação funciona para você 1 = Funciona Bem 2 = Funciona Regular 3 = Não funciona bem

2) Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

a) Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam

Quanto essa medicação incomodou você?					
Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?

3) Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos.

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

Escore de problemas encontrados pelo BMQ

DR – REGIME (questões 1a-1e)	1 = sim	0 = não
DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1	0
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1	0
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	1	0
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1	0
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1	0
DR6. O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?	1	0
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESÃO soma:		<i>Tregime</i>
CRENÇAS		
DC1. O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1g?	1	0
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS soma:		<i>Tcrencas</i>
RECORDAÇÃO		
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	1	0
DRE2. O R relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em responder a 3c?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO soma:		<i>Trecord</i>

R = respondente NR = não respondente

ANEXO B – Teste MedTake.

Esse teste não será aplicado diretamente ao paciente, serão utilizados os dados coletados no questionário 2 – Perfil farmacoterapêutico, para preenchimento do teste e verificação da adesão à farmacoterapia.

Teste MedTake

Nome e descrição de como o paciente toma a medicação	Dose (1=correto, 0=incorreto) (25%)	Indicação (1=correto, 0=incorreto) (25%)	Interações com alimento (1=correto, 0=incorreto) (25%)	Escala de tomada (1=correto, 0=incorreto) (25%)	Escore para cada medicação 0-100%
1					
2					
3					
Escore conforme a literatura	---	---	---	---	Calcular média da coluna

O Teste MedTake é realizado por meio de questionamento ao paciente referente a cada medicamento em uso (dados obtidos pelo questionário 3):

- 1) Nome e dose (mg, ml, UI) do medicamento;
- 2) Indicação do medicamento - para que ele toma?;
- 3) Co-ingestão com água ou alimento (próximo a refeição);
- 4) Esquema de administração (frequência, horários – posologia).

As respostas apresentadas são comparadas às especificadas pela literatura. A pontuação vai de 0-100% para cada medicamento (divida igualmente entre as quatro perguntas) e a porcentagem de adesão é obtida pela média da soma de todos os pontos dos medicamentos, sendo considerado aderente aquele que obteve valor maior ou igual a 80%.

ANEXO C – Formulário de entrevista, perfil sociodemográfico e clínico do paciente, utilizado na Dissertação: Qualidade de morte em cuidados paliativos oncológicos: estudo de casos múltiplos (LENHANI, 2015).

APÊNDICE 1: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DO PACIENTE

PARTE I: Identificação:

Código de Identificação	
Data	

NOME: _____

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: _____

DATA DE NASCIMENTO: __/__/__ IDADE: _____ SEXO _____

GÊNERO: _____ RAÇA/ETNIA: _____

NATURALIDADE: _____ PROCEDÊNCIA: _____

FILIAÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

PARTE II: Sóciodemográfico:

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO/OCUPAÇÃO: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

ESCOLARIDADE: _____

RENDA SALARIAL INDIVIDUAL: _____

RENDA SALARIAL FAMILIAR: _____

NÚMERO DE FILHOS: _____

NÚMERO DE DEPENDENTES: _____

ZONA DE RESIDÊNCIA: _____

RELIGIÃO: _____

PARTE III: Clínico:

DIAGNÓSTICO DA DOENÇA PRIMÁRIA: _____

DATA DE DIAGNÓSTICO: __/__/__

DIAGNÓSTICO IMUNOHISTOQUÍMICO: _____

ESTADIAMENTO INICIAL: _____

TRATAMENTO REALIZADO: _____

DATA DE INÍCIO DOS TRATAMENTOS: __/__/__ (____); __/__/__

(____); __/__/__ (____); __/__/__ (____); __/__/__ (____); __/__/__

(____).

METÁSTASES PRESENTES: _____

COMORBIDADES: _____

FATORES DE RISCO: _____

HISTÓRICO FAMILIAR: _____

DATA DE ENCAMINHAMENTO PARA CUIDADOS PALIATIVOS: __/__/__

ANEXO D – Questionário 3 - Formulário de entrevista, grau de informação recebida pelo paciente, conforme Dissertação: Pacientes sob cuidados paliativos oncológicos e assistência farmacêutica: perfil e satisfação (BARBOSA, 2011).

11. **Você recebeu informação ou orientação sobre os medicamentos receitados? (2)**

1. Não – *Pule para a pergunta no.16*
2. Sim

13. **Quem deu informação ou orientação sobre seus medicamentos? (2.1.1)**

1. Médico
2. Enfermeira
3. Técnico em enfermagem
4. Farmacêutico
5. Técnico em farmácia
6. Assistente social
7. Outro profissional de saúde: _____

Caso tenha recebido orientação do farmacêutico:

14. **Qual a sua avaliação sobre as orientações que recebeu do farmacêutico?**

1. Muito longas
2. Muito poucas
3. Confusas
4. Difíceis de executar
5. Fáceis de entender e executar

15. **Como as orientações foram fornecidas? (2.1.2)**

1. Apenas verbalmente.
2. Apenas por escrito.
3. Verbalmente e por escrito.

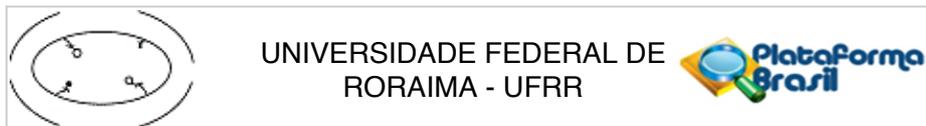
16. **Que tipo de orientação você recebeu? (2.1.3)**

1. Sobre a indicação de cada medicamento.
2. Sobre as doses e os horários de tomada dos medicamentos.
3. Sobre como tomar os medicamentos (com água, pela boca; preparo para sonda; preparo para subcutâneo).
4. Sobre efeitos colaterais.
5. Sobre como e onde guardar os medicamentos.

17. **Na sua residência, o que você utiliza para lembrar os medicamentos que devem ser tomados em cada horário? (2.1.3)**

1. A receita médica
2. A orientação farmacêutica
3. Anotações próprias
4. Nenhuma das anteriores. Conheço todos e lembro facilmente.
5. Outro método: _____

ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (CEP-UFRR).



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CUIDADO FARMACÊUTICO AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Pesquisador: THIAGO MARTINS RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 66745817.8.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.991.603

Apresentação do Projeto:

Emenda 1(versão 5) de Protocolo de Pesquisa aprovado por este CEP (CAAE: 66745817.8.0000.5302)retorna ao CEP para sanar uma pendência solicitada na versão 4.

Emenda anexada pelo Pesquisador, contendo a descrição e a justificativa das alterações:

--1.Título - retratar melhor a pesquisa.

IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DE CUIDADOS PALIATIVOS DO ESTADO DE RORAIMA: ATENÇÃO AO PACIENTE ONCOLÓGICO "PARA" CUIDADO FARMACÊUTICO AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS.

--2.Objetivos secundários - propor um modelo de prática farmacêutica

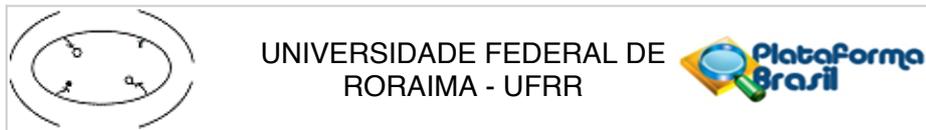
- Conhecer o nível atual de entendimento dos profissionais, dos pacientes e dos cuidadores sobre as drogas mais comuns utilizadas para controle dos sintomas de dor, êmese, constipação, depressão e insônia; Avaliar as principais reações adversas aos medicamentos prescritos e também a automedicação, assim como, a interferência dessas reações na adesão do paciente ao tratamento; Avaliar como a intervenção farmacêutica pode melhorar/otimizar o controle de sintomas (principalmente dor) através de treinamento dos demais profissionais e cuidadores, consultas regulares, visitas domiciliares e supervisionamento da distribuição de medicações. "PARA" Avaliar o nível de conhecimento dos pacientes e/ou cuidadores sobre as drogas mais utilizadas por pacientes oncológicos em cuidados paliativos, para controle dos sintomas de dor,

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.

Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000

UF: RR **Município:** BOA VISTA

Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br



Continuação do Parecer: 2.991.603

êmese, constipação, depressão e insônia; Identificar a ocorrência de interações medicamentosas potenciais entre os medicamentos prescritos; Verificar a prática de automedicação entre os pacientes oncológicos em cuidados paliativos; Avaliar a adesão do paciente oncológico em cuidados paliativos ao tratamento medicamentoso; Propor um modelo de prática farmacêutica afim de orientar a provisão de diferentes serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente oncológico em cuidados paliativos e seus cuidadores.

--3. Critérios de Inclusão\ Exclusão - no caso da impossibilidade do paciente de responder as questões, as perguntas serão aplicadas ao Cuidador após TCLE.

Inclusão: Pacientes com laudo histopatológico de neoplasia e morador na área urbana da cidade de Boa Vista/RR, com idade entre 18 e 99 anos, que apresentem condições físicas e psicológicas de responder à entrevista; Foi incluído o trecho "caso tal condição não seja possível, um cuidador apto poderá responder às perguntas" Exclusão: Foi Excluído o trecho "que estiverem impossibilitados de comunicar-se oralmente".

4. Cronograma - dificuldades para contatar os pacientes durante as visitas domiciliares outubro de 2017 a junho de 2018 " para " julho de 2018 a outubro de 2018. (4 trim 2018)

5. Coleta de dados - condições físicas e psíquicas dos pacientes durante três visitas domiciliares realizadas pelo pesquisador, com intervalo de quinze dias entre elas "para" única visita domiciliar.

6. Teste de adesão - mais de um teste de adesão ao tratamento devido aos desafios para quem trabalha em saúde (teste com base nas perguntas inicialmente propostas\teste MedTake Test(em anexo)

7. Inclusão de teste de dor - compreender o impacto e o sofrimento desencadeados pela dor

Ao final do Questionário 2 será incluído a pergunta: ATUALMENTE VOCÊ SENTE DOR? sim\ não

Objetivo da Pesquisa:

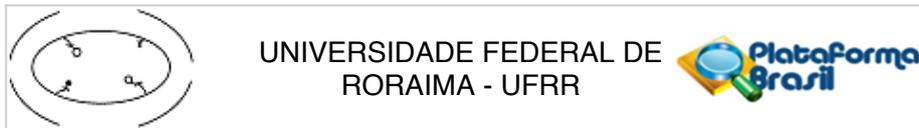
Objetivo Primário: Estudar as contribuições da Atenção Farmacêutica para a melhora da qualidade de vida de pacientes oncológicos atendidos na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia do estado de Roraima (UNACON/RR) através de um projeto de intervenção farmacêutica.

Objetivos secundários:

- Avaliar o nível de conhecimento dos pacientes e/ou cuidadores sobre as drogas mais utilizadas por pacientes oncológicos em cuidados paliativos, para controle dos sintomas de dor, êmese, constipação, depressão e insônia;

- Analisar o perfil sociodemográfico, epidemiológico e clínico dos pacientes inscritos no Serviço de

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br



Continuação do Parecer: 2.991.603

Cuidados Paliativos da UNACON/RR; Identificar a ocorrência de interações medicamentosas potenciais entre os medicamentos prescritos; Verificar a prática de automedicação entre os pacientes oncológicos em cuidados paliativos; Avaliar a adesão do paciente oncológico em cuidados paliativos ao tratamento medicamentoso; Propor um modelo de prática farmacêutica afim de orientar a provisão de diferentes serviços farmacêuticos

diretamente destinados ao paciente oncológico em cuidados paliativos e seus cuidadores

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houve alteração dos riscos e benefícios.

Riscos:

A pesquisa pode causar desconforto aos pacientes e/ou cuidadores ao responderem algumas das questões, presença do pesquisador na residência do paciente, insegurança quanto à confidencialidade das informações fornecidas, o que eventualmente pode ocasionar sintomas como ansiedade e/ou humor entristecido, devido principalmente às condições clínicas do próprio paciente, bem como aos profissionais da equipe de cuidados paliativos quando forem indagados sobre os conhecimentos a respeito das medicações.

Benefícios:

Quanto aos benefícios da realização da pesquisa, tanto os pacientes como cuidadores e profissionais da saúde terão maiores esclarecimentos a respeito dos tratamentos e medicações utilizadas em oncologia, principalmente a compreensão e adesão aos horários regulares de uso da morfina. A pesquisa também possibilitará a elaboração de propostas para a melhoria da qualidade da assistência farmacêutica prestada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Emenda foi necessário para adequações do Protocolo para a viabilidade do estudo, devido as dificuldades encontradas e não previstas pelo Pesquisador. As modificações apresentadas não descaracterizam o estudo originalmente proposto e aprovado pelo Sistema CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

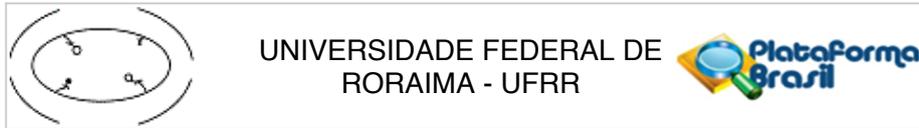
Vide conclusões ou pendências e lista de inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pendência 1 foi corrigida pelo Pesquisador, conforme consta na Carta de Pendências anexada:

1. Nos casos em que o participante apresente redução e/ou perda de sua autonomia plena, deve-

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br



Continuação do Parecer: 2.991.603

se obter o consentimento livre e esclarecido do seu representante legal, para que este manifeste a sua anuência à participação na pesquisa (Resolução CNS N° 466 de 2012). Somente após a anuência, as informações referentes ao participante podem ser coletas pelo Pesquisador, sendo os questionários respondidos pelo cuidador/familiar responsável. Assim, esta informação deve constar no protocolo de Pesquisa e incluir no TCLE um campo para a assinatura, utilizando o termo "representante legal".

Adequações:

1. Foi acrescentado no item "Aspectos Éticos" do protocolo de pesquisa: "Nos casos em que o participante apresente redução e/ou perda de sua autonomia plena, será obtido o consentimento livre e esclarecido do seu representante legal, para que este manifeste a sua anuência a participação na pesquisa. Somente após a anuência, as informações referentes ao participante poderão ser coletas pelo Pesquisador, sendo os questionários respondidos pelo cuidador/familiar responsável."
2. Foi incluído no TCLE um campo adicional para assinatura do "representante legal".

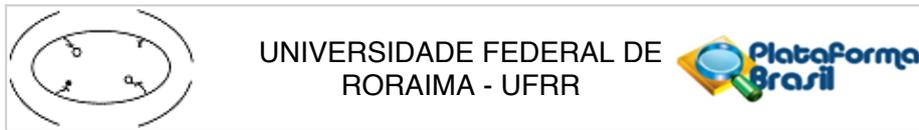
Diante do exposto, recomenda-se a aprovação da Emenda referente ao protocolo de Pesquisa "CUIDADO FARMACÊUTICO AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS".

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1212795_E1.pdf	19/09/2018 18:51:17		Aceito
Outros	RESPOSTA_AS_CONCLUSOES_OU_PENDENCIAS_E_LISTA_DE_INADEQUACOES_EP_1.docx	19/09/2018 08:48:54	THIAGO MARTINS RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_versao4.doc	19/09/2018 08:47:08	THIAGO MARTINS RODRIGUES	Aceito
Brochura Pesquisa	Emenda_ao_CEP.doc	01/09/2018 13:04:24	THIAGO MARTINS RODRIGUES	Aceito
Outros	Anexo_2_MODELO_DE_INFORMATIVO.docx	22/07/2017 22:58:00	THIAGO MARTINS RODRIGUES	Aceito
Outros	Anexo1_Questionario_de_entrevista.docx	22/07/2017 22:57:04	THIAGO MARTINS RODRIGUES	Aceito

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br



Continuação do Parecer: 2.991.603

Outros	RESPOSTA_AS_CONCLUSOES_OU_P ENDENCIAS_E_LISTA_DE_INADEQUA COES.docx	22/07/2017 22:56:18	THIAGO MARTINS RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_2017_versao3.doc	22/07/2017 22:53:25	THIAGO MARTINS RODRIGUES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia.pdf	06/05/2017 17:37:21	THIAGO MARTINS RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Preenchida.pdf	17/03/2017 15:04:49	THIAGO MARTINS RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOA VISTA, 30 de Outubro de 2018

Assinado por:
Bianca Jorge Sequeira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br