



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE FARMÁCIA**

JULIANA MELO DE SOUZA

**CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS
PALIATIVOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL.**

BRASÍLIA, DF
2018

JULIANA MELO DE SOUZA

**CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS
PALIATIVOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do grau de Farmacêutico,
Faculdade de Ceilândia. Universidade de
Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Emília Vitória da Silva.

BRASÍLIA, DF

2018

SS0729c Souza, Juliana Melo de
Conciliação de Medicamentos em uma unidade de Cuidados
Paliativos de um Hospital Público do Distrito Federal. /
Juliana Melo de Souza; orientador Emília Vitória da Silva. --
Brasília, 2018.
40 p.

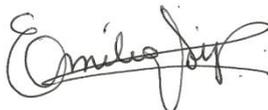
Monografia (Graduação - Farmácia) -- Universidade de
Brasília, 2018.

1. Conciliação de Medicamentos. 2. Cuidados Paliativos
oncológicos. 3. Erros de Medicação. 4. Segurança do Paciente.
5. Desprescrição. I. Silva, Emília Vitória da, orient. II.
Título.

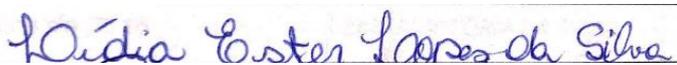
JULIANA MELO DE SOUZA

**CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS
PALIATIVOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL.**

BANCA EXAMINADORA



Orientadora: Profa. Dra. Emília Vitória da Silva
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia – FCE/UnB



Msc. Lídia Ester Lopes da Silva
Unidade de Assistência à Saúde do Ministério Público do Trabalho/Ministério Público
da União



Profa. Dra. Dayani Galato
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia – FCE/UnB

BRASÍLIA, DF

2018

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais que nunca deixaram de acreditar no meu potencial e estiveram comigo nos momentos mais difíceis e alegres. Dedico também a mim mesma que desde o início do curso, venho tentando dar o melhor de mim como futura farmacêutica.

AGRADECIMENTOS

Foram muitos os que me acompanharam até aqui. Amigos de longa data, parentes próximos e distantes... cada um contribuiu da sua maneira e como podia. Dessa forma, fica o meu agradecimento a essas pessoas que de alguma forma, me auxiliaram a plantar a semente da confiança, da força, da fé. Não posso me esquecer de Deus e de nossa Senhora que também sempre estiveram comigo.

Aos meus pais, Pedro e Excelsa, quero deixar o meu eterno agradecimento, pois desde o jardim me acompanham juntos e torcem pela minha felicidade; ao meu pai, que honrou esse título de ser pai e que me inspira a ser um ser humano melhor e mais paciente; à minha santa mãe, que me serve de exemplo e inspiração, que me ensina a ter força e esperança em dias melhores. Sem os conselhos e dedicação dessas duas pessoas, eu não estaria aqui.

Quero fazer um agradecimento especial à minha irmã, que me acompanha nesse processo de luta diária e contribui com o seu dom da palavra, por meio daquele conselho sábio, enxuto e acolhedor, que fica marcado e me serve de base para muitos momentos da vida.

À minha tia e madrinha Regina, que desde o meu nascimento me acompanha e me apoia com os seus sábios conselhos.

Às pessoas que viveram todos esses anos de luta e de glória (risos) comigo, eu deixo o meu muito obrigada: Ao meu ex-namorado e amigo Yuri, que me apoiou nessa reta final do curso, e sofreu comigo nas análises estatísticas do PIBIC (haha); À minha amiga Letícia que me avisou que eu tinha passado no vestibular e foi comemorar comigo com direito a ovos e farinha de trigo, que esteve no momento do meu diagnóstico... e nas festas da Calourada, voltando às 7h da manhã (hahaha); além das conversas duradouras sobre as vivências de farmácia e enfermagem: você contribuiu para que eu chegasse até aqui. À Isabelle, que esteve me dando forças e apoiando de sua maneira; isso foi muito significativo pra mim. À minha amiga Laisa Dayane e ao Guilherme (Gui) que estiveram comigo nessa luta, junto aos meus amigos de estágio Eduardo, Henry, Fernando e Matheus; à minha amiga Ana Júlia, que desde o ensino médio me acompanha; à Damyane, que vem me dando força e “sofreu junto” comigo as dificuldades de um trabalho tão importante.

Quero agradecer à equipe do Hospital de Apoio: Débora, Jacksandra, Paulo e todos os que de alguma forma contribuíram para a realização desse trabalho; e

principalmente, à professora Emília, pois sem o seu convite, que me gerou essa experiência incrível, eu não teria chegado até aqui. Claro, não posso me esquecer de sua contribuição como profissional atuante de um serviço tão maravilhoso, que é o de ser professor. Obrigada, professora.

Aos demais professores que me inspiraram e contribuíram para o meu seguimento na farmácia, entre eles, o Pandossio, que influenciou na descoberta do meu amor pela saúde mental, a Dayani Galato, com o seu jeito paciente e dedicado como preceptora e professora, a Izabel, em suas disciplinas e na vida, mostrando a sua competência como profissional e humanismo em perceber o aluno como alguém que pode errar ou pode não saber o que está fazendo, mas que estará ali para auxiliá-lo.

Em especial, quero agradecer à minha psicóloga, pois a Sandra, presente de um professor muito querido, foi quem me auxiliou a chegar onde estou a nível profissional, emocional (“conectar o córtex pré-frontal ao seu coração”) e humano. Há mais o que ser feito, mas estou feliz com o que sou e agradeço pela sua maravilhosa contribuição.

Aos que não mencionei o nome, saibam que de alguma forma, são importantes e significam para mim.

RESUMO

A Conciliação de Medicamentos visa identificar discrepâncias encontradas entre os medicamentos de uso prévio e a nova prescrição. São consideradas erros de prescrição quando há omissão de medicamento, inclusão inadequada, posologia incorreta, entre outros. O objetivo do estudo foi analisar as prescrições dos pacientes internados na ala de Cuidados Paliativos oncológicos do Hospital de Apoio de Brasília e identificar as discrepâncias ocorridas. Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, no qual os dados coletados foram posteriormente analisados, junto às demais informações sobre a evolução do paciente obtidas por meio do Sistema Integrado de Saúde – SIS TrakCare® 2015. Foram estudados 76 pacientes e dos 546 medicamentos utilizados, 329 permaneceram nas novas prescrições, sendo que os três mais frequentes foram morfina (n=52), dipirona (n=45) e ondansetrona (n=32). Quanto aos medicamentos identificados na prescrição elaborada no hospital (n=578), os principais foram morfina (n=84), haloperidol (n=37), ondansetrona (n=37) e dipirona (n=36). Das discrepâncias (n=252), 111 (44,04%) foram por mudança na frequência de administração, 89 (35,31%) por alteração de dose, 51 (20,23%) por adequação da via de administração e somente um por omissão de medicamento. O presente estudo evidencia que pela característica da equipe ser coesa e multiprofissional, os erros de medicação eram resolvidos no momento da Conciliação de Medicamentos, permitindo o farmacêutico auxiliar a equipe, e, com isso, prevenir eventuais discrepâncias não intencionais e processos que expusessem o paciente ao risco, como interações medicamentosas e reações adversas potenciais, além do uso excessivo de medicamentos, contribuindo para a promoção do seu uso racional.

Palavras-Chave: Conciliação de Medicamentos; Erros de Medicação; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

The Medication Reconciliation aims to identify discrepancies found between the medications of previous use and the new prescription. There are considered Prescription Errors when there is omission of medication, inadequate inclusion of medication, incorrect posology, among others. The objective of study was to analyze the prescriptions of inpatients in the Oncology Palliative Care ward of the Hospital de Apoio de Brasília and to identify the discrepancies that occurred. This is an observational, cross-sectional and descriptive study, in which the data collected were subsequently analyzed, along with the other information about the patient's progress obtained through the Sistema Integrado de Saúde (SIS) TrakCare® 2015. A total of 76 inpatients were studied. Of the 546 medications used before the admission, 329 remained in the new prescriptions. The three most frequent were morphine (n=52), metamizole (n=45), and ondansetron (n=32). As for the medications identified in the prescription elaborated in the hospital (n=578), the main ones were morphine (n=84), haloperidol (n=37), ondansetron (n=37) and metamizole (n=36). About the discrepancies (n=252), 111 (44,04%) were due to change in the frequency of administration, 89 (35,31%) due to a dose change, 51 (20,23%) due to the adequacy of the administration route and only one omission of medication. The present study shows that because of the team's characteristic being cohesive and multiprofessional, medication errors were solved at the time of Medication Reconciliation, allowing the pharmacist to assist the team, and with that, to prevent eventual unintentional discrepancies and processes that exposed the patient such as drug interactions and potential adverse reactions, as well as the excessive use of medications, contributing to the promotion of their rational use.

Keywords: Medication Reconciliation; Medication Errors; Palliative Care.

LISTA DE SIGLAS

ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>
CP	Cuidados Paliativos
CM	Conciliação de Medicamentos
CFF	Conselho Federal de Farmácia
FCM	Formulário de Conciliação de Medicamentos
FDA FAERS	<i>Food and Drug Administration Adverse Event Report System</i>
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
HAB	Hospital de Apoio de Brasília
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
JCAHO	<i>Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations</i>
NPSA	<i>The National Patient Safety Agency</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRN	<i>Pro Re Nata</i>
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Scielo	<i>Scientific Eletronic Library</i>
SIS	Sistema Integrado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	22
Perfis sociodemográfico e clínico dos pacientes incluídos no estudo. Brasília, Brasil, 2017.	
Tabela 2	24
Principais medicamentos prescritos, classificados de acordo com o sistema ATC, antes da admissão hospitalar dos pacientes. Brasília, Brasil, 2017.	
Tabela 3	25
Identificação das discrepâncias ocorridas, e principais medicamentos envolvidos, nas prescrições elaboradas após a admissão dos pacientes. Brasília, Brasil, 2017.	

SUMÁRIO

1. Introdução	13
2. Revisão bibliográfica do tema a ser estudado	15
3. Justificativa	18
4. Objetivos	19
4.1. Geral	19
4.2. Específicos	19
5. Metodologia	19
6. Resultados	21
7. Discussão	26
8. Conclusão	30
Referências bibliográficas	31

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), Cuidados Paliativos (CP) consistem em uma estratégia com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, constituindo a quarta diretriz estabelecida pela OMS ao manejo do câncer¹. Esse serviço é realizado por meio da “identificação precoce e avaliação impecável do tratamento da dor e de problemas físico, psicossocial e espiritual”². Desse modo, o paciente que recebe o cuidado com intenção paliativa passa por um processo contínuo de assistência, de acordo com suas necessidades, podendo esse ser inserido desde o momento do diagnóstico da doença até em estágios finais de vida, podendo atuar, inclusive, junto ao cuidado ativo, a depender da sua situação clínica³.

Na oncologia, os CP são fundamentais no auxílio à melhora da situação clínica e da qualidade de vida do indivíduo². A necessidade de um tratamento oncológico eficaz, com fármacos que em grande parte apresentam estreita janela terapêutica, associado a um elevado número de medicamentos prescritos, pode favorecer o aparecimento de efeitos adversos, levando o paciente ao desgaste e ao sofrimento. A abordagem paliativa, desse modo, seria uma medida ao ajuste do conforto e da estabilidade, de forma a promover o alívio^{4,5}.

Nesse sentido, a Conciliação de Medicamentos (CM) faz-se importante por proporcionar o aumento na segurança farmacoterapêutica e promover o uso racional de medicamentos⁵. Esse serviço consiste na elaboração de uma lista completa, detalhada e atualizada de todos os medicamentos utilizados pelo paciente, incluindo o nome do fármaco, dose, frequência e a via de administração. Com esta tecnologia em saúde, é possível realizar comparações com a nova prescrição elaborada no momento da admissão, alta ou transição de unidade de assistência à saúde⁶. Ademais, a CM apresenta grande relevância no âmbito hospitalar, sendo reconhecida por organismos internacionais como o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e a *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) como uma ferramenta chave à promoção da segurança dos pacientes^{7,8}.

Aponta-se que a CM consiste num serviço de extrema importância à identificação e resolução das discrepâncias⁹ em todos os pontos de transição. Desse modo, a literatura define como discrepâncias incompatibilidades encontradas na

prescrição médica atual quando comparada à medicação anterior, como duplicidade terapêutica, dose, frequência e via de administração incorretas; omissão de medicamento em uso pelo paciente; trocas de medicamentos e modificações de dosagem⁶, sendo, portanto, consideradas erros de prescrição não intencional que podem resultar em eventos adversos dos medicamentos^{5,6}. Alterações previstas pelo prescritor no momento da elaboração são chamadas de discrepâncias intencionais¹⁰. Contudo, apenas as discrepâncias não intencionais podem ser classificadas como erros de medicação¹¹.

Segundo a Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013, do Conselho Federal de Farmácia (CFF), a CM é um serviço clínico do farmacêutico e seu cumprimento encontra amparo legal na definição de suas atribuições clínicas¹² por ser o profissional de saúde mais adequado para realização desse serviço, pois além de obter de forma precisa todo o histórico de medicamentos em uso, pode identificar diversos erros de prescrição durante este processo e quando necessário, fazer intervenções junto à equipe de saúde com vistas a corrigir eventuais discrepâncias, prevenindo, dessa forma, potenciais eventos adversos¹⁰. Neste contexto, um provável benefício da CM é a educação em saúde promovida pelo farmacêutico por meio de ações que favoreçam a adesão à terapia medicamentosa e à promoção do uso racional¹³.

Dessa maneira, o conceito de erro de medicação é “qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, pode levar ao uso inadequado de medicamento”^{10,14}; esse erro pode ou não desencadear o evento adverso, o qual se difere de reação adversa, pois essa acontece de maneira inevitável, ainda que se tenha conhecimento da possibilidade da sua ocorrência; enquanto os erros de medicação são preveníveis¹⁴.

2. Revisão bibliográfica

O câncer é uma doença de grande impacto na sociedade, pois quando o paciente recebe o diagnóstico oncológico, a ideia de finitude da vida geralmente se torna presente¹⁵ e a complexidade do tratamento junto ao desenvolvimento rápido da doença atuam como reforçador disso. Tratamentos mais radicais são introduzidos a medida que a proliferação celular anormal e desordenada de tecidos ocorre de maneira descontrolada, passando a ter formas de autorregulação do crescimento celular; dessa forma, com o comportamento autônomo do tumor, a sua ação no organismo tende a ser mais agressiva, podendo reduzir de maneira significativa a qualidade de vida do paciente^{16,17}. O tratamento, portanto, tende a ser proporcional à agressividade da situação clínica, com objetivo de cura ou remissão¹⁸.

Por apresentar impacto crescente na morbimortalidade relativa ao câncer e maior necessidade de cobertura assistencial pelos sistemas de saúde, em especial o Sistema Único de Saúde (SUS) o câncer tem sido tema central de discussões sobre saúde pública no Brasil^{19,20}. Nessa ótica, em 16 de maio de 2013, a portaria nº 874 instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, a qual cita os CP como medida ao controle da doença e conseqüentemente da melhoria da qualidade de vida²¹. Além disso, cita o propósito de reduzir a mortalidade e a incapacidade, ambas causadas pela doença, por meio da promoção, prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno adequado, contribuindo para a redução da incidência de alguns tipos de cânceres²⁰.

Em geral, os CPs estão inseridos como cuidados prestados ao final da vida, em que a doença se agrava e ocorre perda do poder de cura do tratamento ou este promove mais danos do que benefícios, sendo que os CPs tornam-se parte da assistência a esse paciente, como busca da qualidade de vida, visando diminuir o sofrimento do paciente e de seus familiares^{20,22}. Entretanto, apesar dessa estratégia ser utilizada comumente em estágios avançados de doenças, a ideia inicial é de que os CPs sejam apresentados logo após o diagnóstico, adequando-se à necessidade de cada paciente, a fim de assisti-lo com medidas de conforto, no que se refere ao alívio da dor e náusea, principais queixas de pacientes oncológicos, entre outros sinais e sintomas desde o início do tratamento²⁰.

Na prática clínica, o tratamento das neoplasias é complexo, pois em sua maioria envolve o uso de diversos medicamentos além dos antineoplásicos, que

podem colocar em risco a segurança do paciente por geralmente apresentarem índice terapêutico estreito com elevado potencial para causar eventos adversos, o que torna a terapia oncológica diretamente relacionada a elevadas taxas de erros, podendo desencadear danos graves²⁰.

Entre 1993 e 1998, foram realizadas 5.366 notificações de erros de medicação reportadas pela *Food and Drug Administration (FDA) Adverse Event Reporting System (FAERS)*, dentre esses, os mais frequentes estavam os medicamentos antineoplásicos como a segunda classe mais envolvida em eventos fatais (15,4% dos óbitos). Outro estudo realizado na Espanha analisou 25.384 prescrições de antineoplásicos e detectou um total de 292 (1,15%) possíveis erros, dentre os quais, 183 (0,72%) foram confirmados. A maioria era relacionada a erro de dose, seguida da indicação incorreta de duração de tratamento, além da omissão de dose ou medicamento, via de administração incorreta e medicamento errado²³. Da mesma forma, em 2007 foi realizado um levantamento feito pela *The National Patient Safety Agency (NPSA)*, no Reino Unido, que identificou que os antineoplásicos estão entre os cinco grupos de medicamentos com maior número de erros de medicação que resultaram em morte ou em dano grave ao paciente²³. No Brasil, no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, foram notificados 506 casos de erros de prescrição e dispensação relacionados aos medicamentos oncológicos, em 2013, demonstrando um elevado índice de erros associados a essa classe²⁴.

Devido a esses erros gerarem grande impacto na segurança do paciente, Breves²⁵ (2015) defende que a CM é uma estratégia para reduzir os possíveis danos gerados, por meio do aumento da segurança, e tem como proposta a avaliação dos medicamentos que o paciente utiliza com vistas a elaborar uma nova lista no momento da admissão, transferência ou alta²⁶; Além disso, é possível a realizar esse serviço clínico em outros níveis de assistência, incluindo o ambulatorial. Há, ainda, o contexto no qual o paciente não muda de nível de assistência, porém passa por vários prescritores que possam ter determinado diversos medicamentos, podendo ser útil a realização da CM nesse momento^{11,27}.

A literatura mostra que a CM é capaz de detectar e corrigir 75% das discrepâncias ocorridas na prática clínica²⁸. Com isso, espera-se que ocorra a diminuição dos erros encontrados nas prescrições, por meio da identificação, investigação e correção, reduzindo, dessa forma, os danos relacionados a

medicamentos, e acarretando, assim, na diminuição da possibilidade de reinternação^{11,28}.

Em virtude disso, Oliboni²⁹ (2009) defende que o farmacêutico oncológico tem papel fundamental na qualidade do processo farmacoterapêutico. Esse reconhecimento foi demonstrado por Johnston³⁰ (2010), o qual abordou em um estudo a importância do farmacêutico clínico na identificação de discrepâncias não intencionais. Ao ser comparado aos demais profissionais de saúde na realização da coleta do histórico de medicamentos, foi possível perceber que os farmacêuticos identificaram 1.096 medicamentos utilizados anteriormente em relação a 817 erros coletados pelos outros profissionais do serviço.

Outro provável benefício da CM promovida pelo farmacêutico é a educação em saúde, realizada por meio de ações que favoreçam a adesão à terapia medicamentosa e a promoção ao uso racional de medicamentos³¹. Dessa forma, como incentivo à realização correta do serviço, o IHI elaborou um guia, explicando por meio de três etapas, o processo da CM, sendo inicialmente realizada a verificação, que consiste em coletar e elaborar a lista de medicamentos; seguida da etapa de confirmação, onde serão conferidas a adequação dos medicamentos e as respectivas posologias e por último, a efetivação da CM que objetiva identificar as discrepâncias entre os medicamentos já utilizados e os novos prescritos³².

No Brasil, a CM encontra-se em fase de aprimoramento, e aos poucos é inserida no contexto de assistência à saúde. Nesse sentido, o engajamento da equipe multiprofissional é um fator fundamental para incentivar a consolidação dessa tecnologia leve em saúde, pois com a interação entre os profissionais, a comunicação e a troca de informações serão facilitadas, contribuindo de forma significativa à redução de erros de medicação³³.

Segundo a Lei 13.021 de 8 de agosto de 2014, a qual dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas, são atribuições do farmacêutico a elaboração do “perfil farmacoterapêutico no acompanhamento sistemático do paciente, mediante elaboração, preenchimento e interpretação de fichas farmacoterapêuticas”³⁴. Em virtude disso, esse seria o profissional mais indicado para realização da CM, pois faria aquisição das informações de forma precisa e detalhada a respeito do histórico de uso de medicamentos, além de permitir um olhar crítico-reflexivo no que se refere às necessidades e ao cuidado do paciente.

3. Justificativa

A alta prevalência de erros de medicação e possíveis eventos adversos relacionados ao uso irracional de medicamentos¹⁰ estão associados à escassez de comunicação e imprecisão de informações na prestação de cuidados ao paciente⁷. Erros como omissão de medicamento e discrepâncias relacionadas à posologia estão entre os mais comuns ocorridos na prática clínica^{14,35}.

A não realização da CM contribui em até 40% para ocorrência de erros de prescrição, sendo que uma das razões para isso se deve às falhas no processo de coleta das informações³⁶. Dessa forma, o papel do farmacêutico na redução de erros é fundamental, pois é o profissional capacitado à realização da promoção do uso racional de medicamentos por meio da educação em saúde e da elaboração precisa, atualizada e detalhada do histórico de medicamentos^{37,38}.

Conforme apontado por um estudo feito pela *Mayo Clinic* em parceria com o IHI, a CM realizada em um período de seis meses na administração de insulina mostrou que a taxa de erros relativos a este medicamento reduziu-se em 70%, acarretando em uma diminuição de 15% nos eventos adversos³⁸. Dessa forma, é possível afirmar que a implantação da CM mostra redução na taxa de erros relacionados ao uso de medicamentos²⁸. Portanto, é factível admitir que com a aplicação dessa tecnologia de saúde nos serviços de assistência, o número de discrepâncias não intencionais, entre os medicamentos já utilizados e os novos prescritos tenderá a diminuir³⁷.

O papel do farmacêutico em CP seria o de reforçar a importância do uso racional de medicamentos, de modo a reduzir e prevenir, por meio da elaboração da lista de medicamentos atuais e da educação em saúde as possíveis discrepâncias encontradas^{29,31}.

4. Objetivos

4.1. Geral

Analisar e identificar as eventuais discrepâncias em prescrições de pacientes oncológicos internados em uma unidade de Cuidados Paliativos.

4.2. Específicos

- Identificar os medicamentos utilizados previamente e durante a internação pelos pacientes admitidos.
- Coletar os dados das prescrições de medicamentos dos pacientes recém-admitidos.
- Comparar as duas listas de medicamentos utilizados antes e depois da internação (Conciliação de Medicamentos) de pacientes.
- Identificar e categorizar as discrepâncias nas prescrições dos pacientes

5. Metodologia

O presente trabalho consiste em um estudo piloto, o qual foi realizado no Hospital de Apoio de Brasília – HAB, unidade assistencial vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), que está localizado no setor Noroeste-DF, na unidade de Cuidados Paliativos oncológicos, a qual é composta por 19 leitos.

Trata-se de um estudo transversal, observacional e descritivo, com duração de seis (6) meses, sendo realizado de agosto a dezembro de 2017, no qual a coleta de dados era realizada pelos farmacêuticos clínicos da unidade após a internação dos pacientes por meio da utilização do Formulário de Conciliação de Medicamentos (FCM) (Anexo 1) elaborado pela equipe de farmácia clínica do hospital.

O FCM era dividido em três partes, sendo a primeira composta por dados sociodemográficos como data de nascimento, idade, sexo, estado civil, profissão, localidade (residência), origem (hospitalar, ambulatorial ou domiciliar); a segunda contendo dados clínicos do paciente como diagnóstico, doenças secundárias, histórico de tabagismo, álcool e outras drogas e a terceira por informações relativas ao tratamento medicamentoso como a descrição dos medicamentos utilizados anteriormente, bem como dos prescritos na unidade, tendo ao lado campos para designar a permanência do medicamento no hospital e as discrepâncias relacionadas,

o tipo (intencional ou não intencional), e a classificação, como alteração de dose, ajuste de frequência de uso, adequação da via, entre outros.

Após a entrevista ao paciente ou cuidador responsável, considerando a informação mais apurada, de acordo com a literatura^{39,40}, os dados coletados eram analisados; e, para acesso às evoluções multiprofissionais e demais informações, era consultado o Sistema Integrado de Saúde – SIS TrakCare® 2015, que corresponde ao sistema unificado de informações de saúde da SES-DF.

Para composição da amostra, foram selecionados pacientes de ambos os sexos, com idade a partir de 18 anos, que utilizaram pelo menos um medicamento antes da admissão e que apresentavam mais de 48 horas de internação, além de terem de aceitar participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2). Pacientes que se recusaram a participar da pesquisa e aqueles que foram transferidos de unidade, tiveram alta ou óbito em menos de 48 horas após a admissão não foram incluídos no estudo.

A coleta de dados e a CM foram realizadas diariamente em dias úteis, no HAB, em até 48 horas a contar da data de admissão do paciente. Aqueles com admissão em feriados ou finais de semana foram conciliados no primeiro dia útil a seguir. Os dados obtidos foram processados e analisados por meio de estatística descritiva (medidas de frequência absoluta e relativa e média), utilizando-se o software do pacote de Office: Excel®, versão 2016 para Windows.

O presente estudo faz parte do projeto intitulado “Estudos farmacoepidemiológicos e intervenções farmacêuticas para ações que visem à promoção do uso racional de medicamentos no Hospital de Apoio de Brasília – Distrito Federal”, o qual foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012; CAAE nº 67371817.0.0000.5553, com data de aprovação do CEP/CONEP no dia 24/05/2017 (Anexo 3).

6. Resultados

Durante o período de coleta de dados, 113 pacientes foram admitidos na unidade de CP. Desses, 37 não puderam ser incluídos devido às seguintes razões: pacientes que foram a óbito antes de se completarem 48 horas de admissão na unidade (n=30) ou tiveram alta ou foram transferidos antes do período mínimo de permanência (n=5) e que apresentavam dados incompletos na prescrição elaborada anteriormente à admissão (n=2), o que impossibilitou a realização da conciliação. Dos incluídos no estudo (n=76), apenas 2 pacientes foram internados duas vezes na ala de CP, sendo cada um incluído e analisado uma única vez, pois as outras internações não completaram mais de 48 horas.

A análise demográfica (Tabela 1) mostra os dados que foram analisados dos pacientes incluídos no estudo.

Tabela 1

Perfis sociodemográfico e clínico dos participantes do estudo. Brasília, Brasil, 2017.

Características	Frequência absoluta (n=76)	Frequência relativa (%)
Sexo		
Feminino	42	55,30%
Masculino	34	44,74%
Cidade de Origem		
Goiás	15	19,74%
Ceilândia	10	13,16%
Taguatinga	8	10,53%
Sobradinho	8	10,53%
Outros	35	46,05%
Origem do Paciente		
Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF		
Domicílio	21	27,63%
Hospital Universitário de Brasília – HUB	11	14,47%
Outros	21	27,63%
Diagnósticos		
Câncer de Próstata	10	13,16%
Câncer de Estômago	7	9,21%
Câncer de Mama	7	9,21%
Câncer de Pulmão	6	7,89%
Câncer do Colo Uterino	5	6,58%
Câncer Retal	5	6,58%
Outros tipos de câncer	40	45,37%
Comorbidades		
Sem comorbidades	35	32,40%
Hipertensão Arterial Sistêmica	27	25,00%
Diabetes	17	15,74%
Outros	29	26,86%
Tabagismo		
Não tabagista	27	35,53%
Ex-tabagista	25	32,89%
Tabagista ativo	17	22,37%
Tabagista passivo	2	2,63%
Outros	5	6,58%
Etilismo		
Não etilista	35	46,05%
Ex-etilista	20	26,32%
Etilista Ativo	35	46,05%
Outros	4	5,26%

Fonte: autoria própria.

Em relação às fontes de informações utilizadas ao preenchimento do questionário, na maioria dos casos (60,0%) foram os familiares ou cuidador do paciente os responsáveis pelas informações fornecidas, em seguida o próprio paciente (40,0%). Vale informar que previamente à entrevista era realizada consulta no sistema SIS TrakCare® para o preenchimento dos dados pessoais como procedimento complementar do serviço de CM do hospital.

A Tabela 2 mostra a análise dos principais medicamentos utilizados anteriormente (n=546), os quais apresentaram média de 7,18 medicamentos por pessoa em comparação a 7,60 de medicamentos incluídos no hospital. Os medicamentos prescritos anteriormente à admissão foram classificados de acordo com o sistema *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)*³¹, utilizando o nível 3 de classificação. Em alguns casos, foram utilizados o segundo e o terceiro níveis para complementaridade da informação acerca do medicamento.

Tabela 2

Principais medicamentos prescritos, classificados de acordo com o sistema ATC, antes da admissão hospitalar dos pacientes. Brasília, Brasil, 2017.

Medicamentos Utilizados Anteriormente	Código e Classificação ATC^a		Frequência absoluta (n=546)
Dexametasona	H02AB02	Corticosteroides para uso sistêmico	14
Dipirona	N02BB02	Outros Analgésicos e antipiréticos	45
Enoxaparina	B01AB05	Agentes antitrombóticos	16
Furosemida	C03CA01	Diuréticos	13
Glicose 50%	V06DC01	Nutrientes gerais	9
Insulina Humana Regular	A10AC01	Insulinas e análogos	19
Lactulose	A06AD11	Drogas para constipação	13
Losartana	C09CA01	Antagonista de angiotensina II	9
Metoclopramida	A03FA01	Drogas para Distúrbios Funcionais GI ^b	20
Morfina	N02AA01	Analgésicos Opioides	52
NaCl 0,9%	B05XA03	Soluções aditivas endovenosas	22
Omeprazol	A02BC01	Drogas para distúrbios da acidez	19
Ondansetrona	A04AA01	Antieméticos e antinauseantes	32
Pantoprazol	A02BC02	Drogas para distúrbios da acidez	18
Ranitidina	A02BA02	Drogas para distúrbios da acidez	9
Tramadol	N02AX02	Analgésicos opioides	9
Outros	-	-	227
Total	-	-	546

^a Classificação de acordo com WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology – ATC Classification INDEX 2018.

^b GI: Gastrointestinais

Fonte: autoria própria.

Dos medicamentos utilizados, 60,25% (n=329) permaneceram na prescrição elaborada no momento da admissão. Quanto às discrepâncias (n=252) ocorridas em 78% (n=60) do total de pacientes analisados, em média 4,34 por indivíduo, a que correspondeu ao ajuste na frequência de administração do medicamento foi a mais frequente (n=111) representando 44,04% das divergências identificadas, seguida da discrepância de alteração de dose (n=89) com 35,31%; adequação da via de administração (n=51) com 20,23% e somente 1 discrepância apresentando omissão de medicamento (0,4%). Aqueles com maior frequência nas discrepâncias ocorridas

foram classificados de acordo com o sistema de classificação ATC (Tabela 3), utilizando o segundo e o terceiro níveis de classificação.

Tabela 3

Identificação das discrepâncias ocorridas, e principais medicamentos envolvidos, nas prescrições elaboradas após a admissão dos pacientes. Brasília, Brasil, 2017.

Tipo de Discrepância	Medicamento	Código e Classificação ATC ^a	(n=252) ^b	(%) ^c	
Alteração de dose	Furosemida	C03CA01	Diuréticos	5	5,62%
	NaCl 0,9%	B05XA03	Soluções aditivas endovenosas	6	6,74%
	Dipirona	N02BB02	Outros analgésicos/antipiréticos	10	11,24%
	Morfina	N02AA01	Analgésicos Opioides	28	31,46%
	Outros	-	-	40	44,94%
Frequência de administração do medicamento	Furosemida	C03CA01	Diuréticos	6	5,41%
	Ondansetrona	A04AA01	Antieméticos e antinauseantes	8	7,21%
	Dipirona	N02BB02	Analgésicos/antipiréticos	13	11,21%
	Morfina	N02AA01	Analgésicos opioides	24	21,62%
	Outros	-	-	54	54,05%
Adequação da via de administração	Ondansetrona	A04AA01	Antieméticos e antinauseantes	6	11,76%
	Dipirona	N02BB02	Analgésicos/antipiréticos	11	21,57%
	Morfina	N02AA01	Analgésicos opioides	17	33,33%
	Outros	-	-	17	33,33%
Omissão de medicamento	Omeprazol	A02BC01	Drogas para distúrbios da acidez	1	0,40%

^a Classificação de acordo com *WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology – ATC Classification INDEX 2018*.

^b Frequência absoluta de discrepâncias.

^c Frequência relativa da frequência de discrepâncias.

Fonte: autoria própria.

Outro dado interessante foi a quantidade de prescrição de medicamentos “caso necessário” ou também chamados de *Pro Re Nata* (PRN) encontrados nas prescrições de medicamentos utilizados antes da admissão (n=82) e depois com os medicamentos incluídos no hospital (n=80), obtendo-se uma média de 1,05 medicamentos PRN utilizados por paciente, sendo morfina (n=15), dipirona (n=14), metoclopramida (n=9) e ondansetrona (n=8) os principais utilizados anteriormente; enquanto morfina (n=34), haloperidol (n=14), ondansetrona (n=7) e metoclopramida (n=4) foram os principais medicamentos nesta modalidade identificados na prescrição elaborada no hospital após a admissão.

7. Discussão

Apesar de poucos estudos abordarem a realização da conciliação em CP, este cenário mostra grande necessidade da implementação do serviço em virtude principalmente da presença da polifarmácia e dos erros de medicação que aumentam proporcionalmente. Como afirma Barbee *et al.* (2016)⁴¹, a introdução da CM é uma das intervenções de competência também do farmacêutico que pode ser utilizada para prevenção e redução da polifarmácia, característica muito presente nas prescrições de CP. Não há um consenso que defina a quantidade mínima necessária para que uma prescrição seja caracterizada dessa forma, visto que valores encontrados na literatura definem como polifarmácia prescrições a partir de quatro⁴² e de cinco medicamentos^{43,44}.

No estudo realizado, foi calculada a média de medicamentos utilizados por pacientes antes da entrada no hospital (7,18) e depois, a partir da prescrição elaborada após a admissão (7,60), e o resultado pôde ser comparado ao estudo de Kierner⁴⁵ *et al.* (2015), o qual foi realizado em pacientes em fase final do câncer, e apresentou uma média de 9 medicamentos utilizados por dia; enquanto outro estudo realizado por Goh (2002)⁴⁶ encontrou uma média de 5 medicamentos utilizados antes da busca pelo serviço de CP, relatando pequena mudança após duas semanas de tratamento.

A polifarmácia acima reportada pode ser explicada pelas situações clínicas dos pacientes que se encontram em estágio avançado e progressivo da doença⁴⁷, a qual associada aos efeitos da terapia antineoplásica, muitos pacientes manifestam, como consequência, sinais e sintomas como náusea, agitação psicomotora e confusão mental; constipação intestinal, náusea e/ou dor⁴⁸, fazendo-se necessário o uso de vários medicamentos ao manejo da sintomatologia. Isso justifica a obtenção do resultado do estudo, o qual apresentou como principais medicamentos prescritos antes da admissão, utilizando denominação da ATC (segundo nível de classificação), os grupos de medicamentos pertencente aos analgésicos, antieméticos e antinauseantes, antipsicóticos, drogas para distúrbios relacionado à acidez e drogas para constipação. Outro fator que também contribui para a polifarmácia é a idade, onde a mediana obtida a partir da amostra do estudo foi de 60 anos, demonstrando dessa forma que o envelhecimento pode ser um fator que aumentou a frequência de prescrições de polifarmácia⁴⁹.

A desprescrição consiste numa alternativa para redução da polifarmácia e os riscos associados a essa prática⁵⁰. É um processo de otimização da terapia medicamentosa, que se dá por meio da retirada de medicamentos desnecessários ou potencialmente inapropriados⁵¹. Por essa estratégia, são avaliados os riscos e benefícios potenciais de cada medicamento para o paciente, além das condições clínicas e do prognóstico. Medicamentos que o paciente não aderiu à terapêutica, falta de eficácia ou que causem reações adversas perigosas; apresentam contraindicação ao paciente ou geram mais risco do que benefício terapêutico são algumas das razões que justificam a desprescrição, a qual inclusive é recomendada como estratégia em tratamentos paliativos, pois como sugere Romero⁵² *et al.* (2018), os medicamentos cuja expectativa temporal para benefício excede a sobrevida expectável do paciente devem ser descontinuados.

Ressalta-se que o serviço de CM é fundamental à realização do processo de desprescrição de maneira segura, pois com a obtenção completa do histórico medicamentoso e o conhecimento da condição clínica do paciente, tem-se maior clareza para o processo de tomada de decisão sobre o ajuste de medicação⁵³. Devido a isso, o farmacêutico que está inserido em CP deve apresentar conhecimento do histórico de medicação do paciente e domínio na realização da CM no momento da admissão hospitalar, com ênfase nos sinais e sintomas dos problemas relacionados ao medicamento, em caso de aparecimento⁵⁴, a fim de minimizar a ocorrência de discrepâncias não intencionais, e promover o uso racional de medicamentos.

Outro ponto interessante a ser ressaltado no estudo foi o baixo registro de discrepâncias não-intencionais, que por serem resolvidas no momento da conciliação, esses dados não são computados pela equipe. Essa pode ser afirmada como uma limitação do estudo, pois com o não registro no FCM, não foi possível realizar a identificação do tipo de discrepância ocorrida, bem como a frequência que ocorreu. Entretanto, apesar desse fator, as discrepâncias são revisadas pela equipe de farmácia clínica no momento das análises das prescrições, a qual comunicará ao prescritor a respeito da incompatibilidade encontrada.

Essa facilidade na resolução dos problemas deve-se ao fato da equipe ser multidisciplinar, pois fatores como o engajamento e a comunicação entre os profissionais da equipe, incluindo o farmacêutico⁵⁵, são fundamentais para o desenvolvimento das funções, como a resolução das discrepâncias não intencionais

e a conseqüente diminuição do percentual de erros de prescrição^{26,41}. Dessa forma, a presença do farmacêutico em CP é fundamental por esse ser o profissional mais capacitado a realizar orientação e educação ao paciente e à equipe sobre questões relacionadas ao medicamento⁵⁶ e ao bem-estar do paciente, além do combate aos erros de medicação e prevenção de danos, por meio do auxílio à equipe quanto à adequação da posologia, no que se refere ao ajuste de dose e formas farmacêuticas, por exemplo, para promover maior eficácia, segurança e conforto ao paciente.

O reconhecimento da importância do farmacêutico foi visto em literaturas como um artigo produzido pela *American Society of Health-System Pharmacists (ASHP)*⁵⁷, o qual afirma que os cuidados promovidos por esse profissional são fundamentais na promoção aos CPs, e que, portanto, esse deve ser um membro integrado à equipe multidisciplinar, além de Walker⁵⁶ *et al.* (2010), que mostra 50 razões para amar o farmacêutico de CP, entre elas a otimização da farmacoterapia, papel na segurança do paciente e fornecimento de informação sobre medicamentos.

Ademais, o desenvolvimento do estudo, foram identificadas prescrições de medicamentos PRN, os quais são destinados à administração não programada⁵⁸, devido seu uso ser feito conforme a necessidade clínica do paciente e a manifestação de sinais e sintomas, os quais devem ser controlados na medida do possível para evitar o sofrimento do paciente. Devido a isso, as principais prescrições PRN encontradas foram as de analgésicos e antieméticos, podendo ser comparado a um estudo realizado por Currow⁵⁹ *et al.* (2007), o qual obteve como principais PRN, os medicamentos do grupo dos antipsicóticos, antieméticos e analgésicos opioides. Os PRN são encontrados com frequência na rotina de tratamento de pacientes em CP^{60,61}, podendo esse fato estar relacionado à busca do conforto e alívio do sofrimento e melhora da qualidade de vida do paciente, como consequência, sendo estes alguns dos principais objetivos da estratégia de CP⁶².

Na análise demográfica, alguns valores obtidos apresentaram determinada dispersão, sendo, portanto, a explicação para a designação “outros” ter maior frequência em relação aos números de algumas categorias em destaque, como em “cidade de origem”, “origem do paciente”, “diagnósticos” e “comorbidades”. Um fator interessante a ser evidenciado encontra-se na categoria “cidade de origem”, a qual apresentou que 19,74% dos pacientes analisados no estudo são oriundos do estado de Goiás, podendo esse resultado ser explicado pelo tipo de estratégia de tratamento

oferecida pelo HAB, como assistência em CP gratuita e acessível, amparada pelos princípios do SUS – Sistema Único de Saúde de Universalização, Integralidade e Equidade⁶³, além da dificuldade em obter atendimento em saúde disponível, como mostra um estudo realizado por Tonhá⁶⁴ *et al.* (2015), o qual evidenciou que de 605 residentes nos municípios do entorno do sul do Distrito Federal (DF), 40,9% procuram por atendimento de saúde em outro município.

Em origem do paciente, que se refere ao local anterior à admissão hospitalar, 30,26% dos pacientes foram provenientes do antigo Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), atualmente denominado Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHDF). Uma possível explicação para esse fato está relacionada ao nível de assistência oferecido pela instituição, a qual está estabelecida na atenção terciária e, portanto, tem o foco de tratar pacientes de alta complexidade, incluindo os oncológicos⁶⁵.

Além disso, no estudo observou-se ligeira predominância do sexo feminino no estudo (55,26%); entretanto, quando esses dados são correlacionados aos diagnósticos, percebe-se que a porcentagem de Câncer de Mama (9,21%) foi menor do que a de Próstata (13,16%), ainda que a população masculina estivesse em menor proporção; desse modo, de 34 homens que apresentavam algum tipo de Câncer, 10 tinham o diagnóstico de Câncer de Próstata, em comparação a 42 mulheres, as quais apenas 7 apresentavam Câncer de Mama. Esse cenário pode ser visto como reforçador da afirmação sobre o Câncer de Próstata ser a segunda causa mais comum de morte por Câncer no Brasil e de atingir principalmente os homens com idade a partir dos 50 anos⁶⁶. Uma provável explicação foi divulgada por meio de uma cartilha promovida pelo Ministério da Saúde, o qual divulgou questões como a procura tardia pelos serviços de saúde, o medo de descobrir doenças e a falta de cuidados com a saúde, como sendo algumas das principais razões que elevam essa estatística⁶⁷.

Por fim, um fato a ser evidenciado neste estudo foi o pequeno número de pacientes estudados, o que não permitiu a extrapolação dos dados e a documentação plena do serviço de CM, sendo, portanto, necessária a sua continuidade para melhor comprovação dos dados.

8. Conclusão

Após a realização da Conciliação de Medicamentos, foi possível detectar as discrepâncias ocorridas no período do estudo e demais características próprias dos Cuidados Paliativos e do serviço desempenhado pelo HAB, em que a admissão é realizada por equipe multidisciplinar, incluindo o farmacêutico; devido a isso, a comunicação é bem estabelecida, e as discrepâncias não intencionais não são computadas, mas sim revisadas pela equipe de farmácia clínica no momento do processo de Conciliação. Isso pode explicar o baixo número de erros de prescrição detectado neste trabalho, o que corrobora com o sucesso desse serviço para a promoção do uso racional de medicamentos.

Referências bibliográficas

1. BRICOLA, S.A.P.C. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Bioética, 2008. 690 p. Bibliografia: p.77-81.
2. HERMES, H.R.; LAMARCA, I.C.A. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p.2577-2588, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000900012> acesso em 26 mai. 2018.
3. **CUIDADOS Paliativos**. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos Acesso em: 31 mai. 2018.
4. **CUIDADOS Paliativos para o Paciente com Câncer**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Cuidados-Paliativos-aos-Pacientes-com-Cancer.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2018.
5. LINDENMEYER, L.P.; GOULART, V.P.; HEGELE, V. Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo. Hospital Nossa Senhora da Conceição. **Reconciliação Medicamentosa como Estratégia para a Segurança do Paciente Oncológico – Resultados de um Estudo Piloto**, São Paulo; v.4. n.4. p. 51-55. Out/dez. 2013. Artigo Original. Disponível em <<http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2013040408000469BR.pdf>> Acesso em 9 mai. 2018.
6. GALVIN, Mairead et al. Clinical pharmacist's contribution to medication reconciliation on admission to hospital in Ireland. **International Journal Of Clinical Pharmacy**, [S.l.], v. 35, n. 1, p.14-21, 13 set. 2012. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-012-9696-1>.
7. Institute for Healthcare Improvement. **How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events by Implementing Medication Reconciliation**. Cambridge, MA. 2011.
8. The Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations. Patient safety. national patient safety goals. **Medication reconciliation national patient safety goal to be reviewed, refined**; 2017.
9. SCHUCH, A.Z.; *et al.* **Reconciliação de medicamentos na admissão em uma unidade de oncologia pediátrica**. Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde, São Paulo, v. 4, n. 2, p.35-39, jun. 2013.
10. SALAMEH, Lana; FARHA, Rana Abu; BASHETI, Iman. Identification of medication discrepancies during hospital admission in Jordan: Prevalence and risk factors. **Saudi Pharmaceutical Journal**, [S.l.], v. 26, n. 1, p.125-132, jan. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsps.2017.10.002>.

11. KNEZA, L. *et al.* **The need for medication reconciliation: a cross-sectional observational study in adult patients.** *Respiratory Medicine.* [S.l.], v. 1, n. 105, p.60-66, out. 2011.
12. BRASIL. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências, Brasília, 29 ago. 2013.
13. LOMBARDI, N.F.; *et al.* **Analysis of the discrepancies identified during medication reconciliation on patient admission in cardiology units: a descriptive study.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016; 24: e 2760.
14. ANACLETO, T.A.; *et al.* Farmácia Hospitalar – Farmacovigilância Hospitalar: Como implantar. **Erro de Medicação.** *Pharmacia Brasileira* – jan/fev. 2010.
15. FARINHAS, G.V.; WENDING, M.I; DELLAZZANA-ZANON, L.L. **Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador.** *PEPSIC - Periódicos Eletrônicos em Psicologia.* Porto Alegre. n. 2. v. 17, 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200009> Acesso em 7 jun. 2018.
16. O QUE é câncer? Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 30 mai. 2018.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **ABC DO CÂNCER – Abordagens Básicas para o Controle do Câncer.** Rio de Janeiro. 2011.
18. PAIVA, M.D.E.B.; *et al.* **Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica.** *Paraíba*, v. 46, n. 1, jan/mar. 2010.
19. **CÂNCER: um problema de saúde pública.** Instituto Nacional do Câncer – INCA Disponível em <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/ABRASCO/rede.pdf> Acesso em 30 maio 2018.
20. MENDES, E.C.; VASCONCELLOS, L.C.F. **Cuidados Paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS.** *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p.881-892, jul. 2015.
21. BRASIL. **Portaria Nº 874, de 16 de 2013.** 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), Brasília.
22. HAWLEY, P. **Barriers to Access to Palliative Care.** *Palliative Care: Research and Treatment*, Vancouver, v. 10, n., Jan. 2017. SAGE Publications.

23. AZEVEDO, E.A. **ANÁLISE DE ERROS DE PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA EM UM AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**. 2014. 59 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Farmácia, UFMG, Belo Horizonte, 2014.
24. MAHMUD, S. Hospital de Clínicas. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos – ISMP. **Erro de Prescrição e Dispensação de Medicamentos Oncológicos**. Porto Alegre. 2012. Disponível em <<http://www.ismp-brasil.org/congresso/public/palestras/Erro%20de%20Prescricao%20e%20Dispensacao%20de%20Medicamentos%20Oncologicos.pdf>> Acesso em: 26 maio 2018.
25. BREVES, I. Proqualis: Aprimorando as Práticas de Saúde. **Conciliação Medicamentosa: estratégia para evitar erros de medicação e aumentar a segurança do paciente**. Disponível em <<https://proqualis.net/entrevista/conciliação-medicamentosa-estratégia-para-evitar-erros-de-medicação-e-aumentar-segurança>> Acesso em 9 mai. 2018.
26. BEMT, P.M.L.A.V.D et al. **Effect of Medication Reconciliation on Unintentional Medication Discrepancies in Acute Hospital Admissions of Elderly Adults: A Multicenter Study**. Journal Of The American Geriatrics Society, [S.l.], v. 61, n. 8, p.1262-1268, 19 Jul. 2013. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.12380>. Acesso em: 14 junho 2018.
27. **SÉRIE Uso Racional de Medicamentos**. 2015. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=list&layout=default&slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&Itemid=965>. Acesso em: 08 jun. 2018.
28. FRIZON, F; *et al.* **Reconciliação de medicamentos em hospital universitário**. Rev. Enferm. UERJ. Rio de Janeiro. Jul/Ago. 2014. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a03.pdf>> Acesso em 13 jun. 2018.
29. OLIBONI, L; CAMARGO, A.L. **Validação da Prescrição Oncológica: o papel do farmacêutico na prevenção de erros de medicação**. Clinical Biomedical Research, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p.147-152, ago. 2009.
30. JOHNSTON, Rochelle; SAULNIER, Lauza; GOULD, Odette. **Best possible medication history in the emergency department: comparing pharmacy technicians and pharmacists**. Can J Hosp Pharmacy, S.i, v. 63, n. 5, p.359-365, out. 2010.
31. MELO, D.O. de; CASTRO, L.L. **A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, [S.l.], v. 22, n. 1, p.235-244, jan. 2017.

32. MATCH Medication Reconciliation Toolkit. Disponível em: <<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/MATCHMedicationReconciliationToolkit.aspx>>. Acesso em: 13 jun. 2018.
33. MAGALHÃES, G.F. *et al.* **Medication Reconciliation in Patients Hospitalized in a Cardiology Unit.** v.9.n.12, Dec. 2014. Available from <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4274082/>> Cited 25 nov. 2018.
34. BRASIL **Lei Nº 13.021, de 8 de agosto de 2014.** Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas, Brasília.
35. **ANTINEOPLÁSTICOS parenterais: erros de medicação, riscos e práticas seguras na utilização.** v. 3. n. 3. nov. 2014. Disponível em <<http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/07/V3N3.pdf>> Acesso em 10 jun. 2018.
36. REDMOND, P.; *et al.* **Interventions for improving medication reconciliation across transitions of care.** Cochrane Database of Systematic Reviews, [S.l.], v. 5, n. 01079, p.1-14, 30 out. 2013. Wiley.
37. JACOBSEN, T.F.; *et al.* **Análise de Erros de Prescrição em um Hospital da Região Sul do Brasil.** Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo, v.6, n.3, p.23-26. Jul/set, 2015.
38. VELHO, A.C.Z. **Atuação do farmacêutico na reconciliação medicamentosa: Revisão Literária.** 2011. 25 f. TCC (Graduação) - Curso de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2011.
39. TAM, V.C.; *et al.* **Frequency, type and clinical importance of medication history errors at a admission to hospital: a systematic review.** CMAJ, [S.l.], v3, n.173, p.510-515. 2005.
40. CARTER, M.K. *et al.* **Pharmacist-acquired medication histories in a university hospital emergency department.** American Journal of Health-system Pharmacy, [S.l.]. American Society of Health System Pharmacists. v. 63, n. 24, p.2500-2503, 8 Dec. 2006.
41. BARBEE, J.; *et al.* **Palliative Care: The Role of the Pharmacist.** Pharmacy Times. Nov. 2016.
42. BUSHARDT, R.L.; *et al.* **Polypharmacy: Misleading, but manageable.** Clin. Interv. Aging., [S.l.], v. 2, n. 3, p.383-389, jun. 2008.
43. JYRKÄ, J. *et al.* **Increasing use of medicines in elderly persons: a five-year follow-up of the Kuopio 75+ Study.** European Journal of Clinical Pharmacology, [s.l.], v. 2, n. 62, p.151-158, fev. 2006.

44. NASCIMENTO, R.C.R.M. *et al.* **Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System.** Revista de Saúde Pública, [S.l.], v. 51, n. 2, p.2-12, 22 set. 2017.
45. KIERNER, K.A.; *et al.* **Polypharmacy in the terminal stage of cancer.** Supportive Care in Cancer, [S.l.], v. 24, n. 5, p.2067-2074, 5 nov. 2015.
46. GOH, C.R. **Minimising Polypharmacy – a Challenge in Palliative Care.** S.M.J. 2002. v.43, n.6.
47. KOH, N. Y.; KOO, W. H. **Polypharmacy in palliative care: can it be reduced?** Singapore Med. J., [S.l.], v. 6, n. 43, p.279-83, jun. 2002.
48. **CONTROLE de Sintomas do Câncer Avançado em Adultos.** Rev. Brasileira de Cancerologia. 2000. v.46, n. 3, p.243-56
49. GRIMMSMANN, T.; HIMMEL, W. **Polypharmacy in primary care practices: an analytcsis using a large health insurance database.** Pharmacoepidemiology And Drug Safety, [S.l.], v. 18, n. 12, p.1206-1213, dez. 2009.
50. GNJIDIC, D. *et al.* **Deprescribing Trials: Methods to Reduce Polypharmacy and the Impact on Prescribing and Clinical Outcomes.** Clinics in Geriatric Medicine, [S.l.], v. 28, n. 2, p.237-253, maio 2012. Elsevier BV.
51. AKINBOLADE, O. *et al.* **Deprescribing in advanced illness.** Progress In Palliative Care, [S.l.], v. 24, n. 5, p.268-271, 26 jul. 2016.
52. ROMERO, Inês. **“Desprescrever” nos Doentes em Fim de Vida: Um Guia para Melhorar a Prática Clínica.** Medicina Interna, [S.l.], v. 25, n. 1, p.1-15, 31 mar. 2018. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
53. GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Princípios, Formação e Prática I e II.** Artmed. Rio Grande do Sul; 2012. v.2.
54. HERNDON, C. M. *et al.* **ASHP Guidelines on the Pharmacists Role in Palliative and Hospice Care.** American Journal of Health-system Pharmacy, [S.l.], v. 73, n. 17, p.1351-1367, 19 ago. 2016. American Society of Health System Pharmacists.
55. WALKER, K.A. **Role of the pharmacist in palliative care.** Progress In Palliative Care, [S.l.], v. 18, n. 3, p.132-139, jun. 2010. Informa UK Limited.
56. WALKER, K.A.; SCARPACI, L; MCPHERSON, M. L. **Fifty Reasons to Love Your Palliative Care Pharmacist.** American Journal of Hospice And Palliative Medicine, [s.l.], v. 27, n. 8, p.511-513, 27 may 2010. SAGE Publications.

57. **ASHP statement on the pharmacist's role in hospice and palliative care.** ASHP, [S.I.] v. 59, n. 18, p.1770-73, set. 2002.
58. OH, S.H. *et al.* **Pro Re Nata Prescription and Perception Difference between Doctors and Nurses.** Korean Journal of Family Medicine, [S.I.], v. 35, n. 4, p.199-206, Jul. 2014. The Korean Academy of Family Medicine.
59. CURROW, D.C. *et al.* **Prescribing in Palliative Care as Death Approaches.** Journal of The American Geriatrics Society, [S.I.], v. 55, n. 4, p.590-595, abr. 2007. Wiley.
60. RUSSELL, B.J.; ROWETT, D.; CURROW, D.C. **Pro Re Nata Prescribing in a Population Receiving Palliative Care: A Prospective Consecutive Case Note Review.** Journal of The American Geriatrics Society, [S.I.], v. 62, n. 9, p.1736-1740, 14 ago. 2014.
61. BAUMANN, S.L.; GREIF, N. **The use of PRNs medications with hospitalized older adults.** Geriatric Nursing, [S.I.], v. 38, n. 6, p.596-598, nov. 2017. Elsevier
62. KOHLER, L.B.; CERCHIARO, A.C.B.; LEVITES, M.R. **Cuidados paliativos ambulatoriais e qualidade de vida em pacientes oncológicos.** Sobramfa, São Paulo, v. 3, n. 21, p.101-105, mar. 2016.
63. BRASIL. Portal Ministério da Saúde. **Princípios do SUS.** Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus> Acesso em 09 dez. 2018.
64. TONHÁ, A.C.M. *et al.* **Acesso aos serviços de saúde nos municípios do entorno sul do Distrito Federal.** Revista Eletrônica de Enfermagem, [S.I.], v. 17, n. 2, p.238-246, 30 jun. 2015.
65. BRASIL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Fluxos de Atendimento na Saúde.** 2018. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/fluxos-de-atendimento-na-saude/> Acesso 09 dez. 2018.
66. MOURA, E. **Perfil da Situação do Homem no Brasil.** Brasília: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 2012. 128 p.
67. **DADOS de morbimortalidade masculina no Brasil.** 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/19/Folder---dados-de-morbimortalidade-masculina-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2018.

Medicamentos utilizados pelo paciente antes da admissão hospitalar no HAB						Conciliação Medicamentosa				
Medicamento	Dose	Freq.	Via	Nota	Últ. dose	Permanece no hospital		Alterações realizadas		
						SIM	NÃO	Dose	Freq.	Via
1						SIM	NÃO			
2						SIM	NÃO			
3						SIM	NÃO			
4						SIM	NÃO			
5						SIM	NÃO			
6						SIM	NÃO			
7						SIM	NÃO			
8						SIM	NÃO			
9						SIM	NÃO			
10						SIM	NÃO			
11						SIM	NÃO			
12						SIM	NÃO			
13						SIM	NÃO			
14						SIM	NÃO			
15						SIM	NÃO			
16						SIM	NÃO			
17						SIM	NÃO			
18						SIM	NÃO			
19						SIM	NÃO			
20						SIM	NÃO			

Medicamentos Incluídos no HAB				
Medicamento	Dose	Freq.	Via	Nota
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Anexo 2. Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: Estudos farmacoepidemiológicos e intervenções farmacêuticas para ações que visem à promoção do uso racional de medicamentos no Hospital de Apoio de Brasília – Distrito Federal.

O nosso objetivo é conhecer como são utilizados os medicamentos, desenvolver e avaliar serviços farmacêuticos para a promoção do uso seguro e adequado dos mesmos pelos pacientes atendidos no Hospital de Apoio de Brasília.

O (a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será por meio de questionário, entrevista ou análise das suas informações clínicas disponíveis no hospital (prontuário eletrônico).

Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário ou entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Hospital de Apoio de Brasília, em eventos científicos na área, podendo ser publicados posteriormente em revistas científicas. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador, garantindo assim a confidencialidade dos dados.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Débora Ferreira Reis, no Hospital de Apoio de Brasília, telefone: 3341 2918/ 98232 6668, no horário de 7:00 às 17:00.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325 4955.

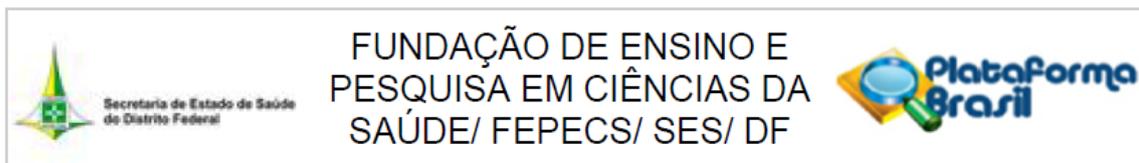
Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

Anexo 3. Dados do projeto de pesquisa e aprovação no CEP/CONEP



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudos farmacoepidemiológicos e intervenções farmacêuticas para ações que visem à promoção do uso racional de medicamentos no Hospital de Apoio de Brasília - Distrito Federal

Pesquisador: DEBORA FERREIRA REIS

Versão: 1

CAAE: 67371817.0.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital de Apoio de Brasília

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 038690/2017

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Estudos farmacoepidemiológicos e intervenções farmacêuticas para ações que visem à promoção do uso racional de medicamentos no Hospital de Apoio de Brasília - Distrito Federal que tem como pesquisador responsável DEBORA FERREIRA REIS, foi recebido para análise ética no CEP Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ FEPECS/ SES/ DF em 21/04/2017 às 09:18.