

Artigo Original

Open Access

Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos durante a internação hospitalar

Victoria Mendes LIMA¹ , Luana Amaral BRASILEIRO¹ , Raí Martins MELO¹ , Livia Costa OLIVEIRA¹ , Luciana Favoreto MATTOS¹ 

¹Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, RJ

Autor correspondente: Lima VM, mendes.vick@hotmail.com

Submetido em: 16-04-2024 Reapresentado em: 22-08-2024 Aceito em: 30-08-2024

Revisão por pares duplo-cego

Resumo

Objetivo: Analisar os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), e as intervenções farmacêuticas realizadas a partir do acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes com câncer, internados em uma unidade de cuidados paliativos exclusivos, em um instituto de referência no Rio de Janeiro. **Método:** Foi realizado um estudo observacional, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa. A população consistiu em pacientes internados e em acompanhamento farmacoterapêutico no período de junho de 2022 a maio de 2023. Os dados foram coletados de prontuários físicos, sistemas institucionais eletrônicos e planilhas específicas. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, clínicas e farmacoterapêuticas. **Resultados:** Foram avaliados 283 pacientes, entre 21 e 85 anos de idade, cuja maioria possuía 60 anos ou mais (n=153; 54,1%; idade média = 60,1; desvio padrão = 8,2) e pertencia ao sexo feminino (n=186; 65,7%). O sítio tumoral primário mais frequente foi do aparelho digestivo (n= 56; 19,8%) seguido por mama (n= 55; 19,4%) e ginecológicos (n= 55; 19,4%). Em relação às comorbidades, a maior parte dos pacientes apresentou pelo menos uma (n= 166; 58,7%), sendo o sistema circulatório (n= 121; 42,7%) o predominante. A porcentagem de pacientes que apresentou PRM foi de 50,9% (n= 144). Observou-se 298 PRM, dentre os quais foi destacada a não utilização do medicamento necessário ao paciente (n= 106; 35,6%). Foram realizadas 302 intervenções no total, principalmente em relação à inclusão de um novo medicamento (n= 87; 28,8%). Houve 93% de aceitabilidade das intervenções realizadas. **Conclusão:** A atuação clínica do farmacêutico na equipe multiprofissional possibilita a identificação dos PRM contribuindo, então, para o uso racional e seguro dos medicamentos, por meio da otimização da prescrição e racionalização da farmacoterapia.

Palavras-chave: oncologia, cuidados paliativos, farmacêutico.

Pharmacotherapeutic monitoring of oncological patients in palliative care during hospitalization

Abstract

Objective: To analyze Drug Related Problems (DRP) and pharmaceutical interventions performed through pharmaceutical care monitoring of cancer patients admitted to an exclusive palliative care unit at a reference institute in Rio de Janeiro. **Method:** An observational, descriptive, retrospective study with a quantitative approach was conducted. The population consisted of patients admitted and under pharmaceutical care monitoring from June 2022 to May 2023. Data were collected from physical medical records, institutional electronic systems, and specific spreadsheets. Sociodemographic, clinical, and pharmacotherapeutic variables were analyzed. **Results:** A total of 283 patients were evaluated, ranging in age from 21 to 85 years, with the majority being 60 years or older (n=153; 54.1%; mean age = 60.1; standard deviation = 8.2) and predominantly female (n=186; 65.7%). The most frequent primary tumor site was the digestive system (n=56; 19.8%) followed by breast and gynecological sites (n=55; 19.4%). Regarding comorbidities, most patients had at least one (n=166; 58.7%), with the circulatory system (n=121; 42.7%) being predominant. The percentage of patients with DRP was 50.9% (n=144). A total of 298 DRP were observed, among which the non-use of the necessary medication for the patient was highlighted (n=106; 35.6%). A total of 302 interventions were performed, mainly regarding the inclusion of a new medication (n=87; 28.8%). There was a 93% acceptance rate of the interventions performed. **Conclusion:** The clinical role of the pharmacist within a multidisciplinary team enables the identification of Drug-Related Problems (DRPs), thereby contributing to the rational and safe use of medications through the optimization of prescriptions and rationalization of pharmacotherapy.

Keywords: oncology, palliative care, pharmacist.



Introdução

Cuidados paliativos podem ser definidos como atenção em saúde integral, fornecidos à pessoa portadora de uma doença grave, progressiva e ameaçadora da vida, objetivando a promoção da qualidade de vida do paciente e de seus familiares¹.

Seus princípios norteadores baseiam-se em iniciar, o mais precocemente possível, o acompanhamento do paciente concomitante aos tratamentos modificadores da doença. Além disso, a abordagem interdisciplinar é também um princípio que facilita o acesso às necessidades clínicas e psicossociais do paciente e de sua família².

Estima-se que, aproximadamente 57 milhões de pessoas precisem de cuidados paliativos em todo o mundo a cada ano, sendo que destas, 25 milhões encontram-se no final da vida³. Pacientes em cuidados paliativos podem apresentar sintomas desconfortáveis que geralmente interferem na sua qualidade de vida, tais como dor, fadiga, baixa qualidade do sono, desconforto, depressão, disfagia, falta de apetite, baixo *status* nutricional e alterações do paladar⁴.

A complexidade dos cuidados paliativos em pacientes com câncer é refletida em vários aspectos que envolvem a gestão de sintomas, suporte emocional e a organização da rede de cuidados. Essa condição surge da natureza multifacetada da doença e das necessidades variadas dos pacientes e seus cuidadores^{5,6}.

Diante deste desafio, a presença de uma equipe multidisciplinar é capaz de contribuir para uma melhor abordagem nesses pacientes. Embora a composição mínima recomendada seja de médico, enfermeiro e assistente social, a atuação complementar de outros profissionais de saúde como farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas, faz-se necessária, proporcionando assim, um cuidado individualizado considerando as necessidades e demandas de cada paciente⁷.

O farmacêutico tem como atribuições realizar serviços diretamente relacionados ao paciente, de forma a promover educação e rastreamento em saúde, realizar a revisão da farmacoterapia, dispensação, conciliação de medicamentos, acompanhamento farmacoterapêutico, dentre outros⁸. Durante o acompanhamento farmacoterapêutico, o farmacêutico analisa as condições de saúde, os fatores de risco e o tratamento do indivíduo, além da possível implantação de um conjunto de intervenções gerenciais e educacionais⁹. O principal objetivo desse serviço é prevenir e resolver problemas relacionados aos medicamentos (PRM) e resultados negativos referentes à farmacoterapia, a fim de reduzir os riscos, de forma a contribuir com a qualidade e segurança da assistência prestada¹⁰, com potencial de impactar positivamente na qualidade de vida do paciente¹¹.

Poucos estudos na literatura analisaram de forma longitudinal os PRM envolvidos na farmacoterapia voltada para pacientes com câncer em cuidados paliativos. Embora em muitos casos o uso concomitante de vários medicamentos seja necessário, ele aumenta a probabilidade de reações adversas, erros de medicação, interações medicamentosas, além de dificultar a adesão ao tratamento.

Face ao exposto, o objetivo deste estudo foi analisar os PRM e as intervenções farmacêuticas realizadas a partir do acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes com câncer, internados em uma unidade de cuidados paliativos exclusivos, em um instituto de referência no Rio de Janeiro.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa. O estudo foi conduzido no Hospital do Câncer IV (HCIV), unidade de cuidados paliativos exclusivos do Instituto Nacional de Câncer (INCA). O HCIV trabalha com equipes multiprofissionais e realiza os serviços de consulta ambulatorial, visita domiciliar e internação. O hospital dispõe de 56 leitos para a internação, sendo distribuídos por quatro andares. Durante o ano de 2021, foram realizadas 1.348 internações e 12.033 consultas pelos profissionais de saúde, incluindo as equipes médica e multiprofissional¹². As visitas farmacêuticas ocorreram em dois andares da instituição, em dias úteis, conduzidas pelo farmacêutico clínico responsável e os residentes.

A população de estudo foi composta por pacientes com câncer em cuidados paliativos, internados no HCIV, em acompanhamento farmacoterapêutico no período de 01 de junho de 2022 a 31 de maio 2023.

Foram incluídos pacientes com 18 anos ou mais, que receberam visita farmacêutica. O estudo dispensou cálculo amostral, visto que todos os pacientes que se encaixavam no critério de inclusão foram selecionados.

Os pacientes com registro de acompanhamento farmacoterapêutico incompleto e os que possuíam *Karnofsky Performance Status* (KPS) < 30 foram excluídos da pesquisa.

Os dados foram coletados a partir de prontuários físicos, dos sistemas institucionais eletrônicos (*Absolute* e *Intranet*) e da planilha de acompanhamento farmacoterapêutico do setor. Posteriormente, foram compilados em uma base no software *Microsoft Office Excel*, feita especificamente para este estudo. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do INCA (CAAE 69503823.2.0000.5274).

As variáveis coletadas se subdividiram em sociodemográficas, clínicas e farmacoterapêuticas. Como componente sociodemográfico, foi considerado a idade, calculada a partir da data de nascimento fornecida em prontuário subtraída pela data do início do acompanhamento farmacoterapêutico e o sexo, dicotomizado em feminino ou masculino.

Quanto às variáveis clínicas, foram descritas a localização do tumor primário, comorbidades e avaliação da capacidade funcional do paciente. A localização do tumor primário considerada foi a registrada em prontuário no momento do encaminhamento para o HCIV e categorizada de acordo com os grupos propostos pela classificação de tumores malignos: Tumores da Cabeça e do Pescoço, Tumores do Aparelho Digestivo, Tumores de Mama, Tumores Ginecológicos, Tumores do Pulmão e da Pleura, Tumores dos Ossos e das Partes Moles, Melanoma, Tumores Urológicos, Linfoma de Hodgkin, Tumores do Sistema Nervoso Central¹³. As comorbidades foram classificadas de acordo com os grandes grupos deliberados pela Classificação Internacional de Doenças (CID), seguindo o registro em prontuário e os relatos do paciente e/ou acompanhante¹⁴.

A avaliação de capacidade funcional do paciente foi realizada a partir do registro da equipe de enfermagem no primeiro dia do acompanhamento farmacoterapêutico, de acordo com a escala de KPS¹⁵. Essa escala é utilizada para medir a atividade de um indivíduo doente, a sua incapacidade ou a sua recuperação com uma terapêutica instituída. É composta por 11 níveis de "performance", que vão de 0 a 100%, divididos em intervalos de 10%, sendo que o "0" indica morte e o "100" a performance normal, sem alterações relacionadas à doença.



Como variáveis farmacoterapêuticas, foram avaliadas os PRM identificados pelo farmacêutico, tipos de intervenções farmacêuticas realizadas e sua aceitabilidade frente à equipe médica. Os PRM foram classificados de acordo com o segundo consenso de Granada¹⁶: PRM 1: o doente não usa os medicamentos que necessita; PRM 2: o doente usa medicamentos que não necessita; PRM 3: o doente usa um medicamento que está mal selecionado; PRM 4: o doente usa uma dose, frequência e/ou duração inferior à que necessita PRM 5: o doente usa uma dose, frequência e/ou duração superior à que necessita PRM 6: o doente usa um medicamento que provoca uma reação adversa, PRM 7: outros.

Os medicamentos foram coletados a partir da prescrição médica vigente e classificados de acordo com o nível 1 (grupo anatômico) da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)*. São eles: Sistema Digestivo e Metabolismo, Sangue e Órgãos Hematopoiéticos, Sistema Cardiovascular, Dermatológicos, Sistema Genitourinário e Hormônios Sexuais, Hormônios Sistêmicos, Sistema Anti-infeccioso para Uso Sistêmico, Antineoplásicos e Imunomoduladores, Sistema Musculoesquelético, Sistema Nervoso, Preparações Oftálmicas e Otológicas, Sistema Respiratório, Sistema de Produtos para uso Geral e Diversos.

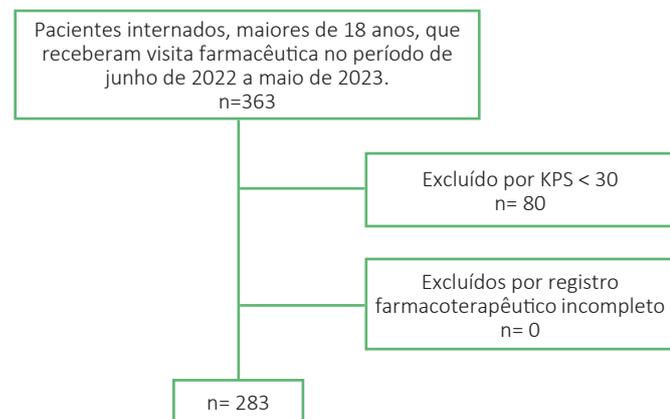
As intervenções farmacêuticas foram realizadas diretamente com o prescritor e classificadas da seguinte forma: inclusão de medicamentos, ajuste de dose, substituição de medicamento da mesma classe terapêutica, exclusão de medicamento, ajuste de frequência, alteração de forma farmacêutica, alteração da via de administração e outros. Sua aceitabilidade foi dicotomizada em sim ou não. Essa classificação foi adotada pelo serviço e validada baseada no segundo consenso de Granada e no estudo de Otero-Lopez (2008), de acordo com a aprovação dos especialistas do serviço de farmácia do INCA^{16,17}.

As análises estatísticas descritivas foram realizadas no software Stata®, versão 15.0. Os números de observações e frequências foram usados para descrição das variáveis categóricas.

Resultados

Foram avaliados 283 pacientes (Figura 1), entre 21 e 85 anos de idade, cuja maioria possuía 60 anos ou mais (n=153; 54,1%; idade média = 60,1; desvio padrão = 8,2) e pertencia ao sexo feminino (n=186; 65,7%) (Tabela 1).

Figura 1. Fluxograma de seleção de pacientes para o estudo (Rio de Janeiro, Brasil).



O sítio tumoral primário mais frequente foi do aparelho digestivo (n= 56; 19,8%) seguido por mama (n= 55; 19,4%) e ginecológicos (n= 55; 19,4%). Em relação às comorbidades, a maior parte dos pacientes apresentou pelo menos uma (n= 166; 58,7%), sendo o sistema circulatório (n= 121; 42,7%) o predominante. No que tange à capacidade funcional, a maioria dos pacientes apresentou KPS 30% (64,3%, n=182) (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com câncer em cuidados paliativos, que tiveram acompanhamento farmacoterapêutico (N= 283) (Rio de Janeiro, Brasil, 2022-2023).

Variáveis	n (%)
Idade (anos)	
<60	130 (45,9)
≥60	153 (54,1)
Sexo	
Masculino	97 (34,3)
Feminino	186 (65,7)
Localização do tumor primário	
Aparelho digestivo	56 (19,8)
Mama	55 (19,4)
Ginecológicos	55 (19,4)
Urológicos	34 (12,0)
Cabeça e pescoço	33 (11,7)
Pulmão e pleura	16 (5,7)
Tumores dos ossos e das partes moles	12 (4,2)
Melanoma	10 (3,6)
Sistema Nervoso Central	8 (2,8)
Outras ^a	4 (1,4)
Comorbidades*	
Não	117 (41,3)
Sim	166 (58,7)
Tipos de Comorbidades	
Sistema circulatório	121 (42,7)
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	91 (32,1)
Sistema nervoso	13 (4,6)
Aparelho genitourinário	8 (2,8)
Sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	5 (1,7)
Olho e anexos	4 (1,4)
Aparelho digestivo	3 (1,0)
Karnofsky Performance Status (KPS) (%)	
30	182 (64,3)
40	64 (22,6)
50	28 (9,9)
60	9 (3,2)

Nota:^aLinfoma Não-Hodgkin, Mieloma Múltiplo, Tumor de sítio primário desconhecido. *Um mesmo paciente pode ter tido mais de um tipo de comorbidades.

A porcentagem de pacientes que apresentou problemas relacionados a medicamentos foi de 50,9% (n= 144). Observou-se 298 PRM, dentre os quais foi destacada a não utilização do medicamento que necessita (n= 106; 35,6%) (Tabela 2).

As classes de medicamentos que apresentaram mais PRM foram Sistema Digestivo e Metabolismo (41,3%) em seguida de Sistema Nervoso (35,9%) (Tabela 3).

Durante o acompanhamento farmacoterapêutico, 144 pacientes receberam intervenção farmacêutica e 302 intervenções foram realizadas, principalmente em relação à inclusão de medicamentos (n= 87; 28,8%), totalizando uma média de 2,1 intervenções por pacientes (desvio padrão=1,5). Houve 93% de aceitabilidade das intervenções realizadas (Tabela 4).

Tabela 2: Classificação dos PRM apresentados pelos pacientes com câncer em cuidados paliativos, que tiveram acompanhamento farmacoterapêutico (N= 298). (Rio de Janeiro, Brasil, 2022-2023).

Classificação dos PRM*	n (%)
Não utiliza medicamento que necessita	106 (35,6)
Utiliza medicamento que não necessita	62 (20,8)
Medicamento que não é efetivo para o paciente	7 (2,4)
Medicamento com dose menor que a necessária	44 (14,8)
Medicamento provoca reações adversas	10 (3,4)
Medicamento com dose maior que a necessária	35 (11,7)
Outros	34 (11,3)

Nota: PRM= problemas relacionados a medicamentos.*um mesmo paciente pode ter tido mais de um tipo de PRM e cada tipo de PRM pode ter ocorrido mais de uma vez.

Tabela 3: Medicamentos envolvidos nos PRM de acordo com a classificação ATC. (Rio de Janeiro, Brasil, 2022-2023).

Classificação ATC	Quantidade	%
Sistema Digestivo e Metabolismo	123	41,3
Sistema Nervoso	107	35,9
Preparados Hormonais Sistêmicos	19	6,4
Sistema Cardiovascular	16	5,4
Anti-infecciosos de uso sistêmico	15	5
Dermatológicos	5	1,7
Sangue e órgãos hematopoiéticos	5	1,7
Sistema respiratório	3	1
Preparações Oftálmicas	3	1
Outros*	2	0,6

Nota: * Sistema de Produtos para uso Geral e Diversos.

Tabela 4: Intervenções farmacêuticas realizadas em pacientes com câncer em cuidados paliativos, que tiveram acompanhamento farmacoterapêutico (N= 302). (Rio de Janeiro, Brasil, 2022-2023).

Classificação da intervenção farmacêutica*	n (%)
Inclusão de medicamento	87 (28,8)
Exclusão de medicamento	81 (26,8)
Ajuste de dose	59 (19,5)
Ajuste de frequência	36 (11,9)
Substituição de medicamento de mesma classe terapêutica	15 (5,0)
Alteração de forma farmacêutica	11 (3,8)
Ajuste de via	8 (2,6)
Outros ^a	5 (1,6)
Número de intervenções farmacêuticas aceitas	281 (93%)

Nota: ^aduplicidade terapêutica, via de administração incompatível e unidades de medida discrepantes.*Um mesmo paciente pode ter tido mais de um tipo de intervenção farmacêutica e cada tipo de intervenção farmacêutica pode ter ocorrido mais de uma vez.

Discussão

O aumento da expectativa de vida contribui, significativamente, para o crescimento das doenças crônico-degenerativas, como o câncer. Considerando o perfil dos pacientes com câncer sob cuidados paliativos exclusivos, outras pesquisas realizadas em hospitais de referência em oncologia, assim como no presente estudo, também demonstraram predominância da população com idade acima de 60 anos e do sexo feminino^{18,19}.

No Brasil, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, seguido pelos cânceres de cólon e reto e colo do útero¹⁹. As neoplasias mais frequentes nos pacientes acompanhados no HCIV, foram semelhantes àquelas que mais acometem as mulheres no país: mama, ginecológico e aparelho digestivo. Segundo Chaves e colaboradores (2021), esses dados condizem com as taxas de incidência de câncer em outros países em desenvolvimento, sendo tumores passíveis de prevenção pela detecção precoce de lesões precursoras²⁰.

Douberin e colaboradores (2019) afirmam que fatores de risco como sedentarismo, ingestão excessiva de álcool e alimentação inadequada, podem aumentar o risco de câncer, assim como as comorbidades envolvendo o aparelho circulatório e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Essas condições médicas concomitantes podem ter um impacto na sobrevida do paciente. Embora a associação entre algumas comorbidades e câncer seja perceptível, ainda é pouco compreendida²¹.

O KPS baixo é um fator prognóstico para a menor sobrevida em pacientes hospitalizados, ou seja, pacientes com KPS 40-30% normalmente possuem pior sobrevida, podendo refletir diretamente na saúde geral e qualidade de vida, quando comparados aos indivíduos que possuem maior funcionalidade. Contudo, o valor de KPS para cada sítio tumoral primário pode representar um prognóstico diferente^{21,22} e, de acordo com o perfil dos pacientes do estudo, pôde-se observar que 86,9% possuíam KPS 40-30%.

Um estudo realizado no HCIV, com pacientes hospitalizados, relatou que durante o último mês de vida, a queda do KPS foi mais acentuada naqueles indivíduos com tumores gástricos e de cabeça e pescoço. Já os pacientes com o câncer localizado no sistema nervoso central e pulmão e pleura iniciaram o seguimento com valores de KPS mais baixos e sua redução foi menos exacerbada que os demais²². Tais diferenças ressaltam a importância de uma avaliação farmacoterapêutica individualizada para cada tipo de paciente, considerando o tumor e o prognóstico.

Devido ao próprio curso natural da doença, reflexo de tratamentos anteriores ou até mesmo atuais, Yates (2021) expõe que os pacientes oncológicos sob cuidados paliativos são polissintomáticos, necessitando de uma farmacoterapia extensa²³. No entanto, é comum que a internação gere alterações importantes na farmacoterapia, seja para acrescentar medicamentos, visando o controle dos sintomas, ou para desprescrever aqueles desnecessários^{24,25}. Sendo assim, neste estudo, as classes de medicamentos que apresentaram maior número de PRM e intervenções farmacêuticas foram sistema digestivo e metabolismo e sistema nervoso.

Ko e colaboradores (2023) trazem consigo a ideia de que a desprescrição é uma prática reconhecida não somente pelos profissionais de saúde, mas também por pacientes e cuidadores, visto que mais de 70% dos pacientes desejariam reduzir o número de itens prescritos, se viável²⁶.

Souza e colaboradores (2020), em um trabalho voltado para o gerenciamento da terapia medicamentosa, identificaram como problemas mais frequentes a não utilização de um medicamento que necessita e a utilização de um medicamento que não necessita²⁷, estando em convergência com os dados apresentados nesse estudo, onde os dois PRM, somaram 56,4% de todas as intervenções realizadas. A semelhança entre os trabalhos demonstra que tanto a subutilização quanto a sobreutilização de medicamentos são desafios relevantes na prática clínica. Sendo assim, a alta frequência destes PRM aponta a necessidade de estratégias voltadas para o monitoramento e revisão da prescrição médica, a fim de otimizar o uso de medicamentos.

Crul e Oosterhof (2020) afirmam que a implementação de um farmacêutico clínico na equipe de oncologia em cuidados paliativos resultou em intervenções sobre terapias duplicadas, controle de efeitos adversos e condições não tratadas, tendo 94% das intervenções aceitas pela equipe médica²⁸, um percentual consideravelmente alto, o que corrobora com os resultados desse artigo, refletindo a importância da inserção deste profissional na prática clínica, principalmente no contexto da complexidade de cuidados paliativos.

Um estudo realizado em um hospital no estado de São Paulo, especificamente na Unidade de Cuidados Intermediários, retrata as intervenções farmacêuticas realizadas durante o acompanhamento farmacoterapêutico, onde as mais frequentes foram a respeito da exclusão de um medicamento desnecessário e sobre a inclusão de medicamentos importantes que não estavam prescritos²⁹, estando em concordância com o resultado exposto nesse estudo.

Comparando a atuação do farmacêutico em vários países, no cenário dos cuidados paliativos, Krzyżaniak e colaboradores (2016) identificaram que apesar desta ser uma área pouco explorada, os farmacêuticos paliativistas desempenham funções diretamente relacionadas no cuidado do paciente ao contribuírem para o manejo adequado dos sintomas, a prescrição racional e o apoio psicológico aos envolvidos³⁰.

Neste estudo, os PRM foram identificados e as intervenções foram realizadas de acordo com a experiência clínica e a expertise de cada farmacêutico, possibilitando o viés de informação e consequente erro de classificação, apesar dos cuidados para redução da ocorrência desse tipo de erro. Com relação às limitações, pode-se citar o fato do acompanhamento farmacoterapêutico ter sido realizado parte da unidade de internação hospitalar (apenas dois dos quatro andares). Além disso, os dados apresentados refletem a realidade de uma unidade de saúde especializada em cuidados paliativos exclusivos, o que requer cautela quanto à representatividade e aplicabilidade em relação a outras instituições. A natureza retrospectiva também pode ser relacionada com uma possível limitação, visto que impossibilita o monitoramento dos pacientes envolvidos no evento estudado. Como perspectiva futura, pretende-se ampliar a pesquisa para o todo o hospital, bem como avaliar os resultados de maneira prospectiva.

Conclusão

O estudo permitiu a identificação de, em média, um PRM para cada paciente acompanhado, envolvendo majoritariamente medicamentos com ação no sistema nervoso, sistema digestivo e metabolismo.

A atuação clínica do farmacêutico na equipe multiprofissional possibilitou a identificação de PRM, contribuindo para o uso racional e seguro dos medicamentos, por meio da otimização da farmacoterapia. Este estudo, por sua vez, soma-se aos demais que demonstram aos benefícios da ação deste profissional inserido na equipe multidisciplinar e sugere a necessidade de ampliação do serviço clínico farmacêutico em outras unidades do Sistema Único de Saúde, o que pode ser um referencial para outras instituições ou serviços.

Fontes de Financiamento

A pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Colaboradores

Escolha do tema: VML. Concepção e desenho da pesquisa: VML, LFVM e LAB. Coleta de dados: VML e RMM. Análise e interpretação dos dados: VML, LFVM e LAB. Análise estatística: LCO e LAB. Redação do manuscrito: VML, RMM, LAB, LCO e LFVM. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: RMM, LFVM e LAB. Todos os autores aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Declaração de Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesse em relação a este artigo.

Referências

1. World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. Geneva: WHO; 2019.
2. Ministério da Saúde. Ministério normatiza cuidados paliativos no SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. [citado em 2023 apr 02].
3. World Hospice Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. Geneva: WHO; 2020.
4. Freire MEM, Sawada NO, França ISX *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(2):357-367.
5. Maltoni M, Nanni O, Pirovano M *et al.* Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. Italian Multicenter Study Group on Palliative Care. *J Pain Symptom Manage.* 1999;17(4):240-247. doi: 10.1016/s0885-3924(98)00146-8.
6. Cordeiro LAF, Silva TH, Oliveira LC *et al.* Systemic inflammation and nutritional status in patients on palliative cancer care: a systematic review of observational studies. *Am J Hosp Palliat Med.* 2020;37(7):565-571. doi: 10.1177/1049909119886833.
7. Cruz NAO, Nobrega MR, Gaudencio MRB *et al.* The role of the multidisciplinary team in palliative care in the elderly. *Res Soc Dev.* 2021;10(8). doi: 10.33448/rsd-v10i8.17433.
8. Brasil. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF n° 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.* 2013 Sep 25; Seção 1: p. 186.
9. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília; 2016. 200p.
10. Santana SPD, Gonçalves KAM. Reações adversas a medicamentos: um problema de saúde pública. *Braz J Health Rev.* 2021;4(6):28899-28915. doi:10.34119/bjhrv4n6-427.
11. Melgaço TB, Carrera JS, Nascimento DEB, *et al.* Polifarmácia e ocorrências de possíveis interações medicamentosas. *Rev Para Med.* 2011;25(1):jan-mar.



12. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro: INCA; 2022 [cited 2023 Apr 04].
13. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). TNM: classificação de tumores malignos. 6ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
14. Wells RHC, *et al.* CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP; 2011.
15. Karnofsky DA, Burchenal JH. Experimental observations on the effects of the nitrogen mustards on neoplastic tissues. *Cancer Res.* 1947 Jan;7(1):50. PMID: 20278229.
16. Comité de consenso. Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. *Ars Pharm.*, v.43, n.3-4, p.175-184, 2002.
17. Otero-Lopez MJ; *et al.* Actualización de la clasificación de errores de medicación del grupo ruiz-jarabo 2000 [updated classification for medication errors by the ruiz-jarabo 2000 group]. *Farm Hosp. Spanish.* 2008 Jan-Feb;32(1):38-52.
18. Bastos BR, Pereira AKS, Castro CC, *et al.* Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude.* 2018;9(2):31-36. doi: 10.5123/S2176-62232018000200004.
19. Francisco PM, Friestino JKO, Ferraz RO, *et al.* Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da pesquisa nacional de saúde 2013. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2020;23(2):e200023. doi: 10.1590/1981-22562020023.200023.
20. Chaves JHB, Neto LMA, Tavares VMC, *et al.* Cuidados paliativos: conhecimento de pacientes oncológicos e seus cuidadores. *Rev Bioét.* 2021 Jul-Sep;29(3).
21. Douberin CA, Silva LSR, Matos DP, *et al.* Principais comorbidades associadas à neoplasia mamária em tratamento quimioterápico. *Rev Enf UFPE Online.* 2019 Maio;13(5):1295-9.
22. Muniz AHR, Rosa KSC, Resende JMD, *et al.* Factors associated with karnofsky performance status and its trajectory in the last month of life in patients with terminal cancer. *Rev Bras Cancerol.* 2023;69(1):e-092754. doi: 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.2754.
23. Yates P, Charalambous A, Fennimore L, *et al.* Position statement on cancer nursing's potential to reduce the growing burden of cancer across the world. *Support Care Cancer.* 2021;29:3435–3437. doi: 10.1007/s00520-021-06030-1.
24. Fernandes MCP, Mattos LFV, Barbosa MF. Conciliação medicamentosa em cuidados paliativos oncológicos. *Rev Bras Cancerol.* 2021 Set 30;67(4). doi: 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.1360.
25. Lima TAM, Furini AAC, Atique TSC, *et al.* Análise de potenciais interações medicamentosas e reações adversas a anti-inflamatórios não esteroides em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(3):533-544. doi: 10.1590/1809-98232016019.150062.
26. Ko M, Kim S, Suh S, *et al.* Consultation-based deprescribing service to optimize palliative care for terminal cancer patients. *J Clin Med.* 2023;12:7431. doi: 10.3390/jcm12237431.
27. Souza IG, Nascimento MG, Ramalho-de-Oliveira D, *et al.* Description of a comprehensive medication management service in an adult intensive care unit. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saude.* 2020;11(2):0400. doi: 10.30968/rbfhss.2020.112.0400.
28. Crul M, Oosterhof P. The oncology pharmacist as part of the palliative treatment team. *Int J Pharm Pract.* 2020;28:92-96. doi: 10.1111/ijpp.12583.
29. Viana SSC, Arantes T, Ribeiro SCC. Intervenções do farmacêutico clínico em uma Unidade de Cuidados Intermediários com foco no paciente idoso. *Einstein (São Paulo).* 2017;15(3):283-8. doi: 10.1590/S1679-45082017AO3894.
30. Krzyżaniak N, Pawłowska I, Bajorek B, *et al.* An overview of pharmacist roles in palliative care: a worldwide comparison. *Med Paliatywna w Praktyce.* 2016;10(4):160-173.