



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**DENILLA MARIA SERPA CARVALHO**

**ATUAÇÃO CLÍNICA DO FARMACÊUTICO NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE  
PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

**Fortaleza**

**2019**

DENILLA MARIA SERPA CARVALHO

**ATUAÇÃO CLÍNICA DO FARMACÊUTICO NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE  
PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada à coordenação do Curso de Mestrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre

Área de concentração: Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária

Orientadora: Profa. Dra. Marta Maria França Fonteles

Fortaleza

2019

DENILLA MARIA SERPA CARVALHO

ATUAÇÃO CLÍNICA DO FARMACÊUTICO NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE  
PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de  
Mestrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de  
Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade  
Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção  
do Título de Mestre

Aprovada em 22/08/2019

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dra. Marta Maria França Fonteles (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Cléber Domingos Cunha da Silva (Coorientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Arnaldo Aires Peixoto Junior  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

C322a Carvalho, Denilla Maria Serpa.

Atuação clínica do farmacêutico na adesão ao tratamento de pacientes oncológicos em cuidados paliativos / Denilla Maria Serpa Carvalho. – 2019. 102 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Fortaleza, 2019.

Orientação: Profa. Dra. Marta Maria França Fonteles.

Coorientação: Prof. Dr. Cléber Domingos Cunha da Silva.

1. Adesão ao tratamento. 2. Farmácia clínica. 3. Cuidados Paliativos. I. Título.

CDD 615

---

Dedico este estudo a Deus, criador do Universo, que me concedeu saúde, sabedoria, discernimento e luz para o desenvolvimento deste mestrado.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Bernardo e Maria do Carmo pela imensa contribuição na minha formação, sempre me incentivando a buscar o saber, me fazendo entender que posso ir mais além.

Ao meu esposo Carlos Gleydston Feitosa e Silva pelo companheirismo e dedicação em toda minha jornada, sempre contribuindo com tudo que foi necessário pra que eu construísse mais este sonho. Te amo!

Ao meu filho Arthur Bernardo, que sempre foi minha inspiração e fonte de alegria desde sua chegada.

Aos meus irmãos Denilton, Débora e Auridea pelo companheirismo e ajuda quando foi necessária, aos cunhados a minha gratidão e aos meus sobrinhos amor eterno.

As minhas primas Socorrinha e Mayanna, sempre tão cuidadosas e prestativas.

Aos meus orientadores Profa. Dra Marta Maria de França Fonteles e Prof. Dr. Cléber Domingos Cunha da Silva pelo incentivo, paciência e apoio nas etapas desse estudo.

Aos professores do mestrado, por serem únicos na arte de ensinar.

Ao William, secretário do Mestrado, sempre disposto a ajudar.

Agradeço aos meus colegas de trabalho, que trabalharam mais para que tudo isso fosse possível, em especial Edna, Vicente e Eunice pela ajuda, apoio e carinho diário.

Agradeço a toda a minha equipe de Cuidados Paliativos do Hospital de Messejana que vibrou com a minha aprovação nesta jornada e acompanhou o desenvolvimento deste trabalho.

Ao querido Dr. Hermano Rocha pela análise estatística, sempre tão disponível, com seu conhecimento e serenidade.

Aos colegas do mestrado, em especial a minha grande amiga Gabriela Ricarte.

Aos membros da banca examinadora, nas pessoas do professor Dr. Cléber e Dr. Arnaldo Aires pela disponibilidade e considerações ao estudo.

Aos participantes da pesquisa pela generosa disponibilidade em responder ao instrumento de coleta dos dados, que dividiram suas magníficas histórias de vida comigo e me tornaram mais: mais humana, mais farmacêutica e mais amante da vida.

## **EPIÍGRAFE**

A aproximação da realidade do estudo deu-se no ano de 2014, quando, na qualidade de farmacêutica, assumiu a vaga no setor de oncologia do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, localizado no município de Fortaleza-Ce, referência Norte-Nordeste em cardio-pneumologia. Com o objetivo da implantação do UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), o farmacêutico iria assumir o setor de manipulação de quimioterápicos, pois assim iria minimizar o desgaste dos pacientes oncológicos internados que se deslocavam diariamente para outro serviço para realização dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia. Porém, devido a questões estruturais e financeiras, não foi possível a implantação do serviço, e como a equipe estava formada e capacitada, foi iniciado o ambulatório de Cuidados Paliativos para controle de sintomas, pois os pacientes ao receberem alta hospitalar ficavam sem acompanhamento e acabavam internando novamente. Nesse tempo, foi percebida a necessidade do farmacêutico no acompanhamento farmacoterapêutico desses pacientes, pois a ausência desse profissional na linha de cuidado do paciente oncológico, inserido na equipe multiprofissional, reforçou a inquietação da profissional em contribuir na melhoria da qualidade de vida desses pacientes, através da garantia do acesso e da promoção do uso seguro e racional dos medicamentos, fortalecendo a adesão à terapia instituída. Como também, na colaboração com outros membros da equipe, no cuidado integral do paciente, através de suas habilidades clínico assistenciais, já que os próprios médicos paliativistas da instituição também reforçaram a necessidade da inclusão da farmacêutica como membro ativo da equipe.

## RESUMO

**Introdução:** É comum, pacientes em Cuidados Paliativos, apresentarem mais de um sintoma simultaneamente e serem polimedicados, necessitando de atenção especial e suporte de uma equipe multiprofissional, incluindo o farmacêutico. **Objetivo:** Estudar os aspectos da atuação clínica do farmacêutico no cuidado ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos como membro ativo de uma equipe multiprofissional. **Métodos:** Estudo intervencional com abordagem quantitativa, prospectivo e analítico. Os dados foram coletados de 36 pacientes no período de seis meses no Ambulatório de Cuidados Paliativos do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes e divididos em dois grupos, o que recebeu orientação farmacêutica e o outro que não recebeu orientação. **Resultados:** O estudo, na sua maioria, é composto de pacientes idosos, do sexo masculino, fumantes há mais de 45 anos e de baixa escolaridade. Trata-se de pacientes críticos, com várias comorbidades, polimedicados e com limitação física para as atividades diárias. A adesão ao tratamento foi aumentada significativamente no grupo que recebeu orientação farmacêutica ( $p= 0,011$ ). O teste de adesão BMQ obteve  $p= 0,007$ , com forte evidência na diferença dos resultados, na consulta farmacêutica, entre os grupos com e sem orientação farmacêutica. Foi observado que no grupo com orientação farmacêutica o valor de PPS aumentou ou foi mantido na maioria dos casos, representando uma melhora do estado funcional dos pacientes. Com relação aos sintomas avaliados pela aplicação da escala ESAS, a diferença da mediana para sete sintomas, foi considerável entre os grupos, no grupo com orientação farmacêutica houve uma melhora clínica considerável, a partir do controle dos sintomas físicos e psicológicos, o que evidencia o resultado esperado do uso da terapia medicamentosa instituída de maneira segura e racional baseada na orientação farmacêutica, intervindo para melhorar o cuidado, o conforto e o alívio do sofrimento dos pacientes. **Conclusão:** Os achados reforçam que as orientações farmacêuticas contribuíram com a provável adesão ao tratamento, repercutindo na melhora clínica do paciente. O que mostra a colaboração farmacêutica na otimização da farmacoterapia, garantindo o acesso e o uso seguro do medicamento. Com essa atenção prestada, torna mais humanística a abordagem nos Cuidados Paliativos daqueles que sofrem com uma doença tão difícil como o câncer.

**Palavras-chave:** Adesão ao tratamento. Farmácia clínica. Cuidados paliativos.

## ABSTRACT

**Introduction:** It is common for patients in palliative care to have more than one symptom simultaneously and be polymedicated, requiring special attention and support from a multidisciplinary team, including the pharmacist. **Objective:** To study aspects of the pharmacist's clinical performance in the care of cancer patients in Palliative Care as an active member of a multiprofessional team. **Methods:** Interventional study with a quantitative, prospective and analytical approach. Data were collected from 36 patients over a six-month period at the Ambulatory of Palliative Care at of “Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes” and divided into two groups, which received pharmaceutical guidance and the other which did not receive guidance. **Results:** The study, in its majority, is composed of elderly patients, male, smokers for more than 45 years and with low education. These are critical patients, with several comorbidities, polymedicated and with physical limitations for daily activities. Treatment adherence was significantly increased in the group that received pharmaceutical guidance ( $p = 0.011$ ). The BMQ adherence test obtained  $p = 0.007$ , with strong evidence of the difference in results, in the pharmaceutical consultation, between the groups with and without pharmaceutical guidance. It was observed that in the group with pharmaceutical guidance the value of PPS increased or was maintained in most cases, representing an improvement in the functional status of patients. Regarding the symptoms evaluated by the application of the ESAS scale, the difference in the median for seven symptoms was considerable between the groups, in the group with pharmaceutical guidance there was a considerable clinical improvement, based on the control of physical and psychological symptoms, which shows the expected result of the use of drug therapy instituted in a safe and rational manner based on pharmaceutical guidance, intervening to improve the care, comfort and relief of patients' suffering. **Conclusion:** The findings reinforce that the pharmaceutical guidelines contributed to the probable adherence to treatment, reflecting on the patient's clinical improvement. Which shows the pharmaceutical collaboration in the optimization of pharmacotherapy, guaranteeing the access and the safe use of the medicine. With this attention, it makes the palliative care approach more humanistic for those who suffer from a disease as difficult as cancer.

**Descriptors:** Adhesion to treatment. Clinical pharmacy. Palliative care.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estimativa do Instituto Nacional de Câncer de novos casos de câncer em 2018, de acordo com o sexo, exceto pelo não melanoma.....	20
Figura 2 – Escada analgésica da Organização Mundial da Saúde.....	27
Figura 3 – As cinco dimensões da adesão .....	32
Figura 4 – Randomização do estudo.....	38
Figura 5 – Fluxograma de atendimento dos pacientes oncológicos no Ambulatório de Cuidados Paliativos.....	40

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos quanto aos aspectos demográficos. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018 .....	48
Tabela 2 – Hábitos de vida dos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018.....	51
Tabela 3 – Comorbidades apresentadas pelos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018 .....	51
Tabela 4 – Motivos de internação hospitalar prévia dos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018 .....	52
Tabela 5 – Distribuição dos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos segundo tempo de diagnóstico do câncer, estadiamento da doença, metástase, quimioterapia e radioterapia. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018 .....	52
Tabela 6 – Distribuição em frequência relativa dos locais de aquisição dos medicamentos utilizados pelos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018 .....	53
Tabela 7 – Distribuição em frequência relativa das classes medicamentosas utilizadas pelos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018.....	54
Tabela 8 – Dependência dos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos quanto à utilização dos medicamentos recomendados. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018 .....	55
Tabela 9 – <i>Palliative Performance Scale</i> (PPS) dos pacientes oncológicos no início do acompanhamento ambulatorial. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018.....	55
Tabela 10 – Frequência do escore de adesão das faixas de classificação de cada domínio e do <i>Brief Medication Questionnaire</i> (BMQ) geral nos grupos estudados. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018.....	61
Tabela 11 – Correlação entre escore de adesão medicamentosa <i>Brief Medication Questionnaire</i> (BMQ) e algumas variáveis. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018.....	62
Tabela 12 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton – ESAS.....	86
Tabela 13 – Escala de Performance Paliativa (PPS).....	87

## TABELA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos quanto à escolaridade. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018 .....	49
Gráfico 2 – Distribuição percentual dos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos quanto à profissão. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018 .....	50
Gráfico 3 – Variação da <i>Palliative Performance Scale</i> (PPS) avaliada no início e no retorno ambulatorial do paciente oncológico no Grupo com orientação farmacêutica (n=22). Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018 .....	56
Gráfico 4 – Variação da <i>Palliative Performance Scale</i> (PPS) avaliada no início e no retorno ambulatorial do paciente oncológico no Grupo sem orientação farmacêutica (n=8). Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018 .....	56
Gráfico 5 – Variação dos principais sintomas oncológicos nos grupos estudados no início do acompanhamento ambulatorial e no retorno dos pacientes na consulta farmacêutica por meio da aplicação da escala <i>Edmonton Symptom Assessment System</i> (ESAS). Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018 .....	57
Gráfico 6 – Variação da Escala Visual Numérica (EVN) nos grupos estudados no início e após o retorno ambulatorial dos pacientes oncológicos na consulta farmacêutica. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018 .....	58
Gráfico 7 – Distribuição dos grupos estudados nas faixas de classificação quanto à mensuração geral do <i>Brief Medication Questionnaire</i> (BMQ). Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018 .....	59
Gráfico 8 – Distribuição dos grupos estudados nas faixas de classificação do <i>Brief Medication Questionnaire</i> (BMQ) quanto aos domínios Regime, Crença e Recordação. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018 .....	60
Gráfico 9 – Escore de adesão medicamentosa de acordo com o Teste <i>Brief Medication Questionnaire</i> (BMQ) nos grupos estudados. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018 .....	62
Gráfico 10 – Escala Visual Numérica (EVN) .....	88

## LISTA DE ABREVIATURAS

ANCP	– Academia Nacional de Cuidados Paliativos
AF	– Assistência Farmacêutica
ATC	– Anatomical Therapeutic Chemical
BMQ	– Brief Medication Questionnaire
CAPS	– Centro de Atenção Psicossocial
CP	– Cuidados Paliativos
ESAS	– Edmonton Symptom Assessment System
EVN	– Escala Visual Numérica
HIV	– Vírus da Imunodeficiência Humana
INCA	– Instituto Nacional do Câncer
MS	– Ministério da Saúde
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PPS	– Palliative Performance Scale
RAM	– Reação Adversa ao Medicamento
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNACON	– Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
VO	– Via Oral
WPCA	– Worldwide Palliative Care Alliance

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>18</b>
2.1	Objetivo Geral .....	18
2.2	Objetivos Específicos .....	18
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>19</b>
3.1	Cuidados paliativos.....	19
3.1.1	<i>Foco no tratamento oncológico</i> .....	19
3.1.2	<i>Aspectos Conceituais, Fundamentos, Estimativas e Princípios atrelados aos Cuidados Paliativos</i> .....	21
3.2	O Ato de Cuidar: Controle dos Sinais e Sintomas.....	24
3.3	Dor: Suas interfaces, Avaliação e Tratamento .....	26
3.4	O Farmacêutico como Membro Ativo de uma Equipe Multiprofissional .....	28
3.5	Adesão: Conceito, Benefícios e Dificuldades .....	31
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>36</b>
4.1	Tipo de Estudo.....	36
4.2	Local do Estudo .....	36
4.3	População e Amostra .....	37
4.4	Desenho do Estudo .....	37
4.5	Critérios de Inclusão e Exclusão.....	41
4.6	Aspectos éticos .....	41
4.7	Variáveis .....	41
4.8	Coleta de dados.....	45
4.9	Análise de dados .....	45
<b>5</b>	<b>BENEFÍCIOS</b> .....	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>RISCOS</b> .....	<b>46</b>
<b>7</b>	<b>PERSPECTIVA DO ESTUDO</b> .....	<b>47</b>
<b>8</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>48</b>
8.1	Características gerais da população em estudo.....	48
8.1.1	<i>Aspectos Demográficos</i> .....	48
8.1.2	<i>Aspectos sociais</i> .....	49
8.1.3	<i>História clínica e Hábitos de vida</i> .....	50
8.1.3	<i>Farmacoterapia</i> .....	53

8.1.4	<i>Escalas de avaliação</i> .....	55
8.1.5	<i>Teste de adesão - BMQ</i> .....	59
<b>9</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>63</b>
<b>10</b>	<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b> .....	<b>74</b>
<b>11</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>75</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>77</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>85</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>94</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo da pesquisa foi estudar os aspectos da atuação clínica do farmacêutico no cuidado ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos (CP) como membro ativo de uma equipe multiprofissional. Para a consecução do objetivo proposto foram pesquisadas as experiências de cuidado desenvolvidas para esses sujeitos que são acompanhados pelas equipes multiprofissionais de Cuidados Paliativos.

Postula-se dessa forma o desenvolvimento de mecanismos para promover o bem-estar físico, psicossocial e espiritual, prevenir sofrimento e prestar cuidados, contribuindo conseqüentemente para uma melhor qualidade de vida desses pacientes, através da promoção do uso racional e seguro dos medicamentos a partir da atuação clínica do farmacêutico.

Vivemos no último século uma grande evolução da ciência, que vem conseguindo diminuir a mortalidade através de tratamentos mais adequados e de altas tecnologias, o que conseqüentemente tem possibilitado um aumento da expectativa de vida, principalmente na área da oncologia. Muitas doenças que eram mortais se transformaram em doenças crônico-degenerativas de evolução lenta, que geram de forma direta, comprometimento funcional e dependência (GARCIA, 2012).

Dentro deste contexto, os Cuidados Paliativos se inserem como uma medida extremamente necessária, com uma abordagem de promover uma melhoria na qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento de indivíduos e de seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida. Entretanto, pouco se educa em nosso país sobre estes cuidados e muitos profissionais de saúde ainda desconhecem técnicas de palição, além disso, as publicações dirigidas para esta área de atuação são bastante escassas (GARCIA, 2012).

Cuidado Paliativo se dá através do conjunto de atos multiprofissionais que tem por objetivo o cuidado integral, abrangendo as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais, através de uma abordagem mais holística, considerando o indivíduo na sua totalidade (RODRIGUES, 2004; CHIBA, 2008).

A erradicação ou controle dos sintomas perpassa pelo uso de medicamentos e outras terapias. Na prática do Cuidado Paliativo, muitas vezes são utilizados múltiplos medicamentos, em múltiplas doses para se conseguir eficácia no controle de sintomas, tal prática não somente representa um potencial aumento dos fatores de risco do uso de medicamentos para o paciente, como o deixa susceptível a maiores interações medicamentosas, aumento das chances de efeitos adversos a medicamentos, aumento do custo do tratamento e diminuição da adesão à terapêutica. É comum o paciente ter dificuldade em assimilar e entender a prescrição, assim,

atribui-se ao farmacêutico o papel de esclarecer como será cumprida a terapêutica e o modo correto de seguimento, para que não haja dúvidas no momento do uso (NOGUEIRA, 2017).

Em conjunto com os demais membros da equipe de saúde, o farmacêutico, através das suas responsabilidades e atividades, participa ativamente do tratamento medicamentoso do paciente em Cuidados Paliativos, o que vêm ao encontro com a sua missão especificada na Resolução 585/13 do Conselho Federal de Farmácia:

Art. 2º - As atribuições clínicas do farmacêutico visam à promoção, proteção e recuperação da saúde, além da prevenção de doenças e de outros problemas de saúde.  
Parágrafo único - As atribuições clínicas do farmacêutico visam proporcionar cuidado ao paciente, família e comunidade, de forma a promover o uso racional de medicamentos e otimizar a farmacoterapia, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente.

O acompanhamento farmacoterapêutico por parte dos serviços de saúde é fundamental para a gestão compartilhada do tratamento entre a equipe multiprofissional e os pacientes, possibilitando a adoção de estratégias voltadas para necessidades individuais específicas.

Um fato de extrema importância para o sucesso terapêutico medicamentoso é a adesão ao tratamento proposto, na qual a primeira ação para o fortalecimento desse processo se dá no momento em que o paciente e seus cuidadores são informados sobre os medicamentos, seu modo correto de utilização, principais efeitos adversos e seu manejo.

O contato estreito com o paciente pode permitir ao farmacêutico saber de informações que auxiliam no subsídio ao médico para uma prescrição mais adequada, por exemplo, qual o medicamento prescrito que de fato está sendo usado e contribuindo para o quadro clínico, e melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Para Kavalec (2003), a falta de conhecimento do paciente em relação à farmacoterapia proposta pelo prescritor, é uma barreira significativa para o adequado alívio da dor, pois estes pacientes precisam saber como e quando reportar sua dor, caso não esteja sendo aliviada como esperado, pois quanto maior esse conhecimento, mais a vontade o paciente e o cuidador ficam para tirar suas dúvidas, relatar mudanças ocorridas durante o tratamento, como também se sentem mais seguros em seguir a terapia medicamentosa. Nessa perspectiva, o profissional farmacêutico, com seus conhecimentos e habilidades pode melhorar a adesão, estabelecendo uma boa relação com o paciente, seus familiares e cuidadores, contribuindo assim com resultados terapêuticos mais efetivos (KURITA; PIMENTA, 2003; KAVALEC,

2003; LETIZIA *et al.*, 2004; BENDER *et al.*, 2008; BRINCOLA, 2009; BARBOSA, 2011; MENDES *et al.*, 2014).

Poucos estudos avaliaram a adesão do doente com dor crônica ao regime medicamentoso, o que justifica a relevância deste estudo quando se pretende analisar se a orientação farmacêutica melhora a adesão à terapia medicamentosa instituída (KURITA; PIMENTA, 2003; KAVALEC, 2004; BARBOSA, 2011; NOGUEIRA, 2017).

Nesses caminhos cotidianos, é possível refletir como podem ser desenvolvidas as estratégias terapêuticas disponíveis nos serviços para possibilitar um cuidado integrado no campo dos Cuidados Paliativos. Desta maneira, apoia-se a ampliação do cuidado em saúde numa perspectiva longitudinal, formando cenários produtivos e reflexivos.

A condução de pesquisas capazes de dimensionar tal fenômeno e retratá-lo em um contexto definido representa uma importante estratégia para comparação, compreensão e produção de evidências para os serviços e profissionais de saúde, possibilitando a inserção do farmacêutico trabalhando ativamente em conjunto com a equipe de saúde, na realização de ações de saúde mais efetivas. (KURITA; PIMENTA, 2003; REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014).

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Estudar os aspectos da atuação clínica do farmacêutico no cuidado ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos como membro ativo de uma equipe multiprofissional.

### 2.2 Objetivos Específicos

Estabelecer o grau de adesão dos pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos à terapia instituída de acordo com a presença ou ausência da orientação farmacêutica, utilizando o Teste de Adesão *Brief Medication Questionnaire* – BMQ;

Identificar os fatores que possam interferir na adesão medicamentosa dos pacientes oncológicos acompanhados no ambulatório de Cuidados Paliativos de um hospital terciário;

Detectar e monitorar os principais sintomas de câncer apresentados pelos pacientes, utilizando como instrumento de avaliação a *Escala Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS);

Determinar a funcionalidade do paciente em estudo, através da aplicação da *Escala de Performance Paliativa* (PPS).

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

No intuito de melhor apreender a temática expressa no estudo, esta seção foi constituída com base no que já é escrito na academia sobre o tema, sustentados pelo aporte teórico das legislações e práticas existentes nos serviços de saúde.

Sendo assim, a revisão da literatura abordará as seguintes subseções que contribuíram para o aprofundamento do constructo nesse percurso: Cuidados Paliativos: Foco no tratamento oncológico; Aspectos Conceituais, Fundamentos, Estimativas e Princípios; O Ato de Cuidar: Controle dos Sinais e Sintomas; Dor : Suas interfaces, Avaliação e Tratamento; O Farmacêutico como Membro Ativo de uma Equipe Multiprofissional e, por último Adesão: Conceito, Benefícios e Dificuldades.

#### **3.1 Cuidados paliativos**

##### *3.1.1 Foco no tratamento oncológico*

O cuidado paliativo tem seu relato pautado desde a existência do homem na Terra, com registros desde 2500 a.C., tendo como objetivo principal o alívio do sofrimento humano (SANTOS, 2011).

O aumento de novos casos de câncer é crescente e constante, já competindo com as doenças cardiovasculares como as patologias que mais produzem óbitos e diminuem a qualidade de vida. Quando relacionado também aos números impressionantes de infecção pelo vírus HIV, essas doenças crônico-degenerativas que geram de forma direta comprometimento funcional e dependência, deixam ainda mais assustada a população mundial (WPCA, 2018).

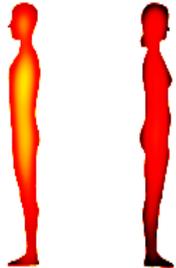
É considerado um problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento, onde é esperado que, nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (INCA, 2018).

O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças, tendo em comum o crescimento desordenado de células, que se dividem rapidamente invadindo tecidos e órgãos. De causas variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo e estando inter-relacionadas, são muito agressivas, incontroláveis e determinam a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (INCA, 2019).

A estimativa para o Brasil, biênio 2018-2019, retrata a ocorrência de cerca de 600 mil novos casos de câncer para cada ano, o que reflete o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes, porém ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago (câncer associados a infecções). Apresentando um perfil epidemiológico bem semelhante ao da América Latina e do Caribe, onde os cânceres de próstata (68 mil) e mama (60 mil) serão os mais frequentes (INCA, 2018).

Para o Brasil, estimam-se 18.740 casos novos de câncer de pulmão entre homens e de 12.530 nas mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 18,16 casos novos a cada 100 mil homens e 11,81 para cada 100 mil mulheres, sendo o câncer de pulmão o segundo tipo de câncer de maior incidência em homens e o quarto tipo de câncer de maior incidência em mulheres no país (INCA, 2018; ARAÚJO *et al.*, 2018).

**Figura 1 – Estimativa do Instituto Nacional de Câncer de novos casos de câncer em 2018, de acordo com o sexo, exceto pelo não melanoma**

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
			<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>			
Próstata	68.220	31,7%			Mama Feminina	59.700	29,5%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	8,7%			Cólon e Reto	18.980	9,4%
Cólon e Reto	17.380	8,1%			Colo do Útero	16.370	8,1%
Estômago	13.540	6,3%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2%
Cavidade Oral	11.200	5,2%			Glândula Tireoide	8.040	4,0%
Esôfago	8.240	3,8%			Estômago	7.750	3,8%
Bexiga	6.690	3,1%			Corpo do Útero	6.600	3,3%
Laringe	6.390	3,0%			Ovário	6.150	3,0%
Leucemias	5.940	2,8%			Sistema Nervoso Central	5.510	2,7%
Sistema Nervoso Central	5.810	2,7%			Leucemias	4.860	2,4%

\*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: \* Adaptado do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.

As tendências da mortalidade por câncer de pulmão no Brasil refletem o modelo epidemiológico da mortalidade relacionada com o tabaco, na qual as doenças relacionadas com o tabagismo continuam a ser um grande fardo para a saúde econômica. Estima-se que, até 2020, a fração atribuível à população da carga de câncer de pulmão relacionada com o tabagismo no Brasil será de 83,3% em homens e 64,8% em mulheres. Não há dados a respeito da prevalência do câncer de pulmão relacionado com outros fatores de risco, tais como exposição ao amianto, exposição à fumaça proveniente da combustão da lenha no domicílio e exposição ao radônio (ARAÚJO *et al.*, 2018).

No entanto, apesar dos esforços dos pesquisadores e do conhecimento acumulado, a morte continua sendo uma certeza, na qual é preciso ter em mente que apesar de ser um fenômeno inevitável e presumível, não deixa de ser angustiante e encarado como tabu em diversas sociedades.

O ato de cuidar demanda uma atenção específica e contínua ao doente e a família, voltada para o alívio dos sintomas, proporcionando-lhe o devido conforto, e devido à evolução dessas neoplasias malignas e a magnitude do número de casos de câncer, vem à tona a importância do desenvolvimento desse tipo de cuidado-Cuidados Paliativos (INCA, 2018).

### *3.1.2 Aspectos Conceituais, Fundamentos, Estimativas e Princípios atrelados aos Cuidados Paliativos*

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano mais de 20 milhões de pessoas necessitam de Cuidados Paliativos (CP) ao final de suas vidas em todo mundo, na qual 34% destas têm câncer. O número total estimado, incluindo os pacientes no estágio inicial da doença, é de aproximadamente 40 milhões, e que 70 % estão em países de média renda (ANCP, 2014; WPCA, 2018).

O Atlas Global de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida, publicado pela OMS e pela ONG Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA), trouxe em sua conclusão, de que apenas uma em cada dez pessoas que precisam de Cuidados Paliativos – de tratamento para o alívio da dor, sintomas e estresse causados por doenças sérias e crônicas – recebem este atendimento no mundo (ANCP, 2006; WPCA, 2018). A OMS define Cuidado Paliativo como uma:

abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (WHO, 2002, *online*).

O termo paliativo vem do latim “*pallium*” que tem como significado manto, capote, disfarce, como também da palavra “*palliare*” da mesma origem, que expressa proteção, amparo e abrigo. Estando diretamente relacionado com a proposta da OMS quando estabelece os CP como à quarta diretriz para o manejo adequado do câncer, depois da prevenção, diagnóstico e tratamento.

A precursora dos Cuidados Paliativos foi Cicely Saunders, nascida em 22 de junho de 1918, na Inglaterra, e dedicou sua vida ao alívio do sofrimento humano. Graduou-se como enfermeira, depois como assistente social e aos 40 anos de idade formou-se em medicina, destinando-se ao alívio da dor de doentes terminais. Escreveu muitos artigos e livros que ainda hoje são utilizados como inspiração e guia para paliativistas no mundo todo. Em 1967, fundou o St. Christopher's Hospice, em que foi o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico. Até os dias atuais, o St. Christopher's é reconhecido como um dos principais serviços no mundo em Cuidados Paliativos e Medicina Paliativa (ANCP, 2006).

Cicely Saunders conseguiu entender o problema do atendimento que era oferecido em hospitais para pacientes terminais, onde as famílias e pacientes ainda escutam de médicos e profissionais de saúde a frase “não há mais nada a fazer”. A médica inglesa sempre refutava: “ainda há muito a fazer”, sendo considerada uma das maiores referências em todo o mundo no ato de cuidar, e de tratar os doentes na sua integralidade. Faleceu em 2005, em paz, sendo cuidada no St. Christopher's (ANCP, 2006).

O movimento paliativista tem crescido enormemente neste início de século em todo o mundo. Na Inglaterra, em 2005, havia 1.700 hospices, com 220 unidades de internação para adultos, 33 unidades pediátricas e 358 serviços de atendimento domiciliar, que ajudaram cerca de 250 mil pacientes entre 2003 e 2004. São bem estruturados e reconhecidos como especialidade médica, com acesso gratuito, custeados pelo governo ou por doações. Já nos Estados Unidos no ano de 2005 mais de 1,2 milhão de pessoas e suas famílias receberam tratamento paliativo (ANCP, 2006).

Porém em quarenta anos de conhecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, a prática está bem estruturada em apenas 35 países, entretanto, outras 121 nações já sinalizam esforços para implantar políticas adequadas (ANCP, 2006; MACIEL, 2008).

Ainda são poucos os serviços de Cuidados Paliativos no Brasil, e menor ainda é o número daqueles que oferecem atenção baseada em critérios científicos, pois a grande maioria dos serviços ainda requer a implantação de modelos padronizados de atendimento que garantam a eficácia e a qualidade, assim como as atividades ainda precisam ser regularizadas na forma de lei. Existe uma lacuna na formação de médicos e profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, devido à ausência de residência médica e a pouca oferta de cursos de especialização e de pós-graduação de qualidade, essenciais para o atendimento adequado. Ainda hoje, a graduação em medicina não ensina ao médico como lidar com o paciente em fase terminal,

como reconhecer os sintomas e como administrar esta situação de maneira humanizada e ativa (ANCP, 2006).

Os Cuidados Paliativos no Brasil ainda têm-se desenvolvido de forma incipiente e desigual pelo país, concentrados nas capitais dos estados, e de acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) existem no Estado do Ceará cinco serviços de Cuidados Paliativos cadastrados (ANCP, 2006).

A ANCP prevê que, nos próximos anos, essa situação deverá mudar rapidamente, devido a uma demanda por serviços de Cuidados Paliativos e por profissionais especializados e regularizados, promulgação de leis, quebra de resistências e maior exposição do trabalho para o grande público por meio de filmes e novelas. Ela juntamente com seus parceiros luta para que isso de fato se torne realidade, pois os Cuidados Paliativos diminuem os custos dos serviços de saúde e trazem enormes benefícios aos pacientes e seus familiares (ANCP, 2006; WPCA, 2018).

O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios, onde pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano, não se caracterizando por menos cuidados ou por suspensão de cuidados, mas sim podendo implicar em cuidados intensivos e em intervenções médicas altamente sofisticadas, quando surge a necessidade de aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (CHIBA, 2008).

Neste contexto não se fala em terminalidade, mas em doença ameaçadora de vida, sendo indicado o cuidado desde o diagnóstico, também não é falado em impossibilidade de cura, mas sim na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença e desta forma afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”. A família faz parte de todo esse processo de cuidado participando ativamente, sendo, portanto assistida também após a morte do paciente, no período de luto (MATSUMOTO, 2012).

A concomitância da abordagem paliativa com o tratamento curativo é de grande viabilidade, pois à medida que a doença progride e o tratamento curativo perde o poder de oferecer um controle razoável da mesma, os Cuidados Paliativos crescem em significado, tornando-se uma necessidade absoluta na fase em que a cura não é mais uma realidade. Surgindo a necessidade da intervenção de uma equipe de profissionais treinados e experientes no controle de sintomas não limitados só a natureza biológica, mas de excelente comunicação a fim de proporcionar ao paciente e seu entorno afetivo um entendimento do processo evolutivo que atravessam, bem como o conhecimento da história natural da doença em curso, para que se

possa atuar de forma a proporcionar não apenas o alívio, mas a prevenção de um sintoma ou situação de crise (MACIEL, 2008).

A OMS em 1986 publicou princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos. Estes princípios foram reafirmados na sua revisão em 2002, sendo considerados complexos, que quebram todos os paradigmas do modelo biomédico, são eles:

1. Fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispneia e outras emergências oncológicas.
2. Reafirmar a vida e a morte como processos naturais.
3. Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente.
4. Não apressar ou adiar a morte.
5. Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente.
6. Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte.
7. Usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto (WHO, 2002, *online*).

### **3.2 O Ato de Cuidar: Controle dos Sinais e Sintomas**

O cuidado engloba atos, comportamentos e atitudes, é compreender o todo, visualizando de uma forma global, as necessidades do ser cuidado. Este ato deve ser atenuado, com a adoção de atitudes de respeito, ética e responsabilidade, o cuidado torna-se um exercício, ou seja, a prática da nossa humanidade (WALDOW; BORGES, 2011).

O ato de cuidar dos pacientes em fase final das suas vidas é cada vez mais frequente, tendo a necessidade do cuidado na sua integralidade, pois sabemos que não é possível trabalhar de forma sintética as particularidades apresentadas por estas pessoas, por isso que o doente deve ser visto de uma maneira mais holística levando em consideração de que cada indivíduo tem a sua própria história de vida, não é simplesmente um ser biológico com alguns sinais e sintomas, mas também um ser biográfico, que carrega a sua vida repleta de histórias e experiências, crenças e valores. Assim, justifica-se a necessidade da equipe multiprofissional para avaliar melhor esse ser biopsicossocial e biográfico (CHIBA, 2008).

É comum na prática dos Cuidados Paliativos os pacientes apresentarem mais de um sintoma simultaneamente, muitas vezes decorrente da própria evolução da doença ou até mesmo do tratamento instituído, o que torna importante a avaliação e o controle adequado das necessidades de cuidado dos pacientes. Sabe-se que uma avaliação mais abrangente contribui para formulação de estratégias terapêuticas mais eficazes que permitem um acompanhamento de qualidade, reduzindo riscos e garantindo controle dos sintomas angustiantes.

A avaliação dos sintomas deve ser feita de maneira periódica e registrados de forma acessível para todos os integrantes da equipe, com atenção voltada minuciosamente a todos os detalhes, garantindo a individualização do tratamento através da promoção do conforto e o bem está do doente (MONTEIRO, 2010).

Para a determinação da intensidade dos sintomas, sugerem-se como instrumentos de avaliação algumas escalas já validadas, que são amplamente utilizadas com tal objetivo. A aplicação dessas escalas de assistência é um dos métodos utilizados para possibilitar um cuidado diferenciado a cada paciente a partir dos escores apresentados, podendo quantificar e documentar a necessidade de intervenções, avaliando a eficácia do tratamento prescrito.

Dentre as escalas existentes, a *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS), representa um importante instrumento de avaliação para os cuidados prestados aos pacientes em Cuidados Paliativos, onde sua utilização pode aprimorar a assistência desenvolvida, a fim de detectar e monitorar os sintomas apresentados pelos pacientes, individualizando assim o cuidado. Foi criada pelo serviço de Cuidados Paliativos de Edmonton, no Canadá e traduzido e adaptado ao português por Neto (2006) (Anexo A) (MACIEL, 2008; MONTEIRO, 2010; MEDEIROS, 2014).

Em 2002, Harlos adaptou a escala de Karnofsky aos Cuidados Paliativos, criando a PPS (*Palliative Performance Scale*) que é utilizada para avaliar a funcionalidade e compreensão da trajetória da doença de base, foi traduzida e adaptada ao português por Neto (2006). São avaliados cinco parâmetros, na qual um PPS  $\leq 50\%$  indica um paciente em Cuidados Paliativos, que tem a necessidade de uma assistência considerável de cuidado pela equipe multiprofissional. Tem mostrado ser uma ferramenta importante para diagnosticar condições fora da perspectiva de cura, facilitando a suspensão de terapias desnecessárias e por vezes prejudiciais. A estimativa acurada do prognóstico auxilia o planejamento da conduta, e estabelece o momento apropriado de privilegiar o cuidado paliativo em detrimento do curativo, bem como identifica quando o primeiro passa a ser exclusivo (Anexo B) (MACIEL, 2008; MONTEIRO, 2010; MEDEIROS, 2014).

### 3.3 Dor: Suas interfaces, Avaliação e Tratamento

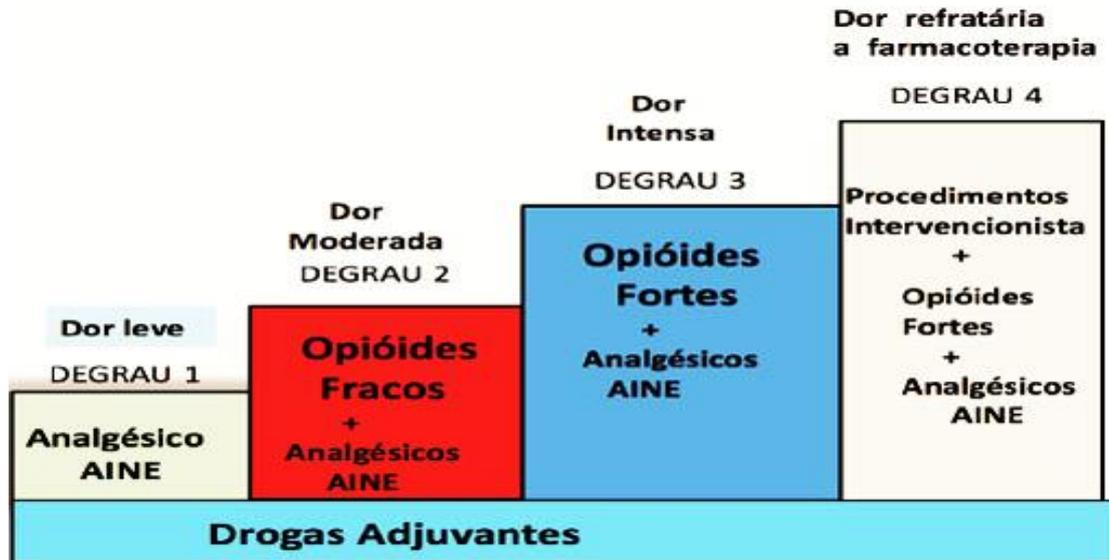
A dor é uma das manifestações clínicas do câncer que exige grande foco de atenção, sendo considerada de difícil avaliação, devido sua subjetividade e grande variabilidade na tolerância. Além de ser um dos sintomas mais frequentes, sua prevalência podendo chegar a 90%, é sempre um fator que acarreta um grande estresse para o doente, pois é estimado que 83% da população mundial não tem acesso ao alívio da dor, na qual 18 milhões de pessoas morrem de dor e aflição a cada ano (WPCA, 2018).

Neste contexto, a OMS já havia declarado em 1986, que a dor associada ao câncer é uma Emergência Médica Mundial, na qual vem sendo considerada o quinto sinal vital, devido o seu comprometimento significativo na qualidade de vida do paciente. Tendo a necessidade de prevenção ou tratamento adequado para o seu controle, através da adoção de práticas terapêuticas eficazes que podem reduzir em 80% a 90% os casos de dor oncológica (RANGEL; TELES, 2012; MENDES, *et al.*, 2014).

É um processo altamente individualizado em que uma única abordagem farmacológica ou não farmacológica não remove completamente a dor em 100% dos pacientes, em 100% do tempo sem qualquer efeito colateral, por isso que são necessárias várias opções terapêuticas e essas precisam ser aprimorada para cada paciente, de acordo com suas características individuais, tolerância a medicamentos, adaptação a doses, horários e necessidades, além dos fatores psicossociais. Isso é particularmente importante quando se considera a terapia com opióides, já que seleção, o regime e a adequação do opióide são fundamentais para o alívio do paciente (MACIEL, 2008; COLUZZI, *et al.*, 2016).

A OMS, com o objetivo de padronizar a analgesia farmacológica da dor oncológica, introduziu a Escada Analgésica em três degraus, recomendando o uso de fármacos em acordo com a intensidade da dor, contudo, em estudos recentes, um quarto degrau foi sugerido a fim de incluir, além dos analgésicos clássicos, procedimentos minimamente invasivos capazes de induzir uma analgesia eficaz em casos de dores de difícil controle, como mostra a figura 2 (RANGEL; TELES, 2012; MENDES, *et al.*, 2014).

**Figura 2 – Escada analgésica da Organização Mundial da Saúde**



Fonte: Adaptada de Rabelo e Borella (2013)

Para a sociedade, os pacientes com dor depositam um fardo sobre a produtividade econômica e o sistema de saúde, pois na prática clínica apesar dos avanços terapêuticos, a falta de sistematização na avaliação da dor frequentemente leva a um subtratamento (CARDOSO, 2012; NOGUEIRA, 2017).

Para a avaliação da intensidade da dor, destaca-se a Escala Visual Numérica (EVN), que é considerado um método de auto avaliação por ser sensível, simples, reproduzível e universal, podendo ser compreendida em distintas situações onde há diferenças culturais, intelectuais ou mesmo de linguagem do avaliador. É representado por uma linha reta de 10 centímetros, onde em um dos extremos discrimina a ausência de dor e o outro a dor insuportável, como representado no Anexo C.

Além das opções não farmacológicas (acupuntura, massoterapia, radioterapia...), há várias opções farmacológicas para o tratamento da dor, como promulgado pela “escada” de analgesia da OMS. As opções incluem AINES (medicamentos anti-inflamatórios não esteroides), paracetamol, opióides fracos e fortes, relaxantes musculares, anticonvulsivantes e antidepressivos. A maioria desses é adequada para tratar a dor de leve a moderada em curto prazo. Para a dor de moderada a moderada-grave, os opióides fortes são geralmente considerados a primeira escolha (COLUZZI *et al.*, 2016).

Os opióides são os fármacos mais efetivos, que têm se tornado cada vez mais populares no tratamento das condições de dor constante de moderada a moderadamente grave, especialmente no câncer. Diferentemente dos anti-inflamatórios, não existe dose máxima (dose-

teto) para os efeitos analgésicos dos opióides e o aumento da dose está associado com efeitos adversos que incluem sedação, confusão mental, constipação, náuseas e vômitos e depressão respiratória. A dose necessária para analgesia varia muito, dependendo do tipo de dor e de vários fatores relacionados ao paciente e tem como princípio básico de sua utilização clínica a titulação da dose para cada paciente, até se atingir um nível aceitável de analgesia limitado pelos efeitos adversos concomitantes (MINSON *et al.*, 2012; COLUZZI *et al.*, 2016).

A sensação e a percepção da dor são diferentes em cada indivíduo, logo nem todos os pacientes respondem igualmente ao mesmo medicamento, onde fatores como idade, gênero, genética, função do órgão dentre outros, inclusive os psicossociais desempenham importantes papéis no resultado analgésico, por esses motivos colocar um paciente em tratamento com opióides exige mais do que apenas dizer-lhe para seguir a prescrição indicada na bula (MINSON *et al.*, 2012; COLUZZI *et al.*, 2016).

A administração de um opióide, sem o conhecimento profundo tanto do indivíduo quanto do opióide, tem o potencial de resultar em uso inseguro e inadequado, por isso para maximizar a efetividade do tratamento analgésico e reduzir os efeitos adversos, é importante selecionar os doentes, orientá-los e tratar antecipadamente os possíveis efeitos, como a constipação e a náusea, que são os dois efeitos mais comuns do uso dos opióides e a terapia inadequada com opióide geralmente pode ser rastreada até os erros durante algumas fases essenciais do tratamento (MINSON, *et al.*, 2012).

### **3.4 O Farmacêutico como Membro Ativo de uma Equipe Multiprofissional**

A profissão farmacêutica, como muitas outras profissões, vem sofrendo transformações ao longo do tempo. A criação de mais uma especialidade de atuação que é a farmácia clínica, com o objetivo da aproximação do farmacêutico ao paciente e à equipe de saúde, possibilitou o desenvolvimento de habilidades relacionadas à farmacoterapia.

Dessa forma, visando nortear e estender a atuação do profissional farmacêutico para as ações de atenção em saúde vai ao encontro com a definição de atenção farmacêutica conceituada no Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica em 2002:

um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida.

Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (IVAMA *et al.*, 2002, p. 16-17).

O exercício profissional do farmacêutico, através das suas atividades clínicas, em colaboração com os membros da equipe de saúde no cuidado direto do paciente, está sempre buscando a obtenção de resultados terapêuticos desejados, contribuindo para a redução de custos, responsabilizando-se para que o medicamento prescrito seja seguro e eficaz, na posologia correta, com o mínimo possível de reações adversas e resulte no efeito terapêutico desejado, rejeitando o modelo biomédico tecnicista e buscando a integralidade do cuidado, contribuindo com a qualidade de vida dos pacientes (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Para reconhecer as múltiplas e variáveis necessidades do paciente, acredita-se que o cuidado deve ser holístico e interdisciplinar, sendo incoerente esperar que apenas um profissional possua qualificação e suporte adequado ao atendimento, a American Society of Clinical Oncology recomenda francamente que os programas de Cuidados Paliativos envolvam médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, assistentes espirituais, especialistas em dor e bioéticos, todos alinhados e convergentes a atender às necessidades do paciente e da família, visando à qualidade de vida e à dignidade no processo da morte (KVALEC, 2003; BRINCOLA, 2009).

Um dos pilares dos Cuidados Paliativos, é que o atendimento seja realizado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, de uma maneira humanizada e personalizada. Como o seu foco não é a cura da doença, mas sim, o cuidado da pessoa de forma integral, é importante que toda a equipe de profissionais da saúde, esteja em sintonia em relação à conduta de tratamento (ANCP, 2006; SAAR; TREVISAN, 2007; BAÈRE; FAUSTINO; MIRANDA, 2017; SILVA, 2018).

No cenário da saúde, a performance multidisciplinar do farmacêutico, em contínua interação com outras profissões e áreas é um aspecto muito destacado, já que a atuação desses profissionais em equipes interdisciplinares vem sendo apontada como condição essencial para garantir o sucesso do tratamento do paciente (NOGUEIRA, 2017).

Um fator fundamental nas relações entre o farmacêutico-paciente é a confiança, não somente na condução de uma orientação técnica que traga benefícios ao tratamento, como também na forte atuação como membro da equipe, podendo garantir a eficácia da prescrição.

É o farmacêutico, o profissional encarregado de fornecer aos outros profissionais da saúde um sumário de todas as informações clínicas relacionadas aos medicamentos,

estabelecendo assim um vínculo de parceria e trabalhando ativamente na intenção de prevenir erros de medicação. Com foco no paciente, através da otimização, aconselhamento e monitoramento da terapia farmacológica, visando sempre melhorar a qualidade de vida do paciente e garantir a adesão ao tratamento (ISMP, 2017).

O papel do farmacêutico nos Cuidados Paliativos está dividido em cinco tópicos: acesso a produtos (armazenamento, manipulação, compatibilidade), otimização da farmacoterapia (manejo sintomático, ajuste de dose), educação e informação sobre medicamentos (educar a equipe e o paciente), segurança do paciente (erro de medicação, conciliação de medicamentos) e manejo de protocolos e padronização (WALKER; SCARPACI; MCPHERSON, 2010).

Para Brincola (2009), a comunicação integrada na equipe traz o resultado de um trabalho de sucesso. Neste contexto, torna-se evidente a atuação do profissional farmacêutico, o qual apresenta um importante papel na garantia de uma farmacoterapia mais segura e adequada ao paciente oncológico, proporcionando melhor qualidade de vida e contribuindo para o uso racional dos medicamentos, minimizando possíveis reações adversas, além de promover maior adesão ao tratamento medicamentoso.

O farmacêutico, profissional ligado ao medicamento, é responsável por realizar ações que privilegie o uso racional dos medicamentos, através da sua atuação direta na Assistência Farmacêutica, definida como sendo o grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Assim este profissional se torna cada vez mais integrado a equipe de saúde, sendo fundamental sua troca de informações com prescritores e pacientes, podendo contribuir para o benefício da terapêutica. Este intercâmbio de informações pode ser facilitado por meio do trabalho de uma equipe multiprofissional de saúde, em que há o aprimoramento do conhecimento de cada profissional envolvido, ressaltando a função do farmacêutico na prestação de assistência e sua responsabilidade nesta ação, podendo ser considerado peça-chave na garantia da qualidade do cuidado (NOGUEIRA, 2017).

Para que a Assistência Farmacêutica seja de qualidade, além de recursos disponíveis e planejamento adequado, devem-se seguir corretamente as etapas do ciclo, tais como: seleção dos medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e utilização dos medicamentos. Dessa forma, pode-se evidenciar que a Atenção Farmacêutica está presente na etapa final da Assistência Farmacêutica, ou seja, no momento da dispensação e utilização dos medicamentos.

Um aspecto importante está relacionado ao modo como a Assistência Farmacêutica está estruturada para atender a demanda, tendo em vista que além das atividades de seleção, aquisição, armazenamento e distribuição, também envolve a orientação sobre a utilização dos medicamentos, contribuindo para que o paciente possa usufruir dos benefícios do medicamento no seu tratamento (BARBOSA, 2011).

Sua participação em equipes multidisciplinares acrescenta valor aos serviços e contribui para a promoção da saúde. A Assistência Farmacêutica nos Cuidados Paliativos está principalmente focada em informar sobre as disponibilidades dos medicamentos aos demais membros da equipe, com relação às possibilidades farmacotécnicas e aos aspectos legais, bem como orientar aos pacientes e familiares, quanto ao uso e ao armazenamento correto dos medicamentos, como também, devem ser contempladas ainda informações sobre interações medicamentosas e reações adversas a medicamentos. Recomendações peculiares, como preferencialmente administrar os medicamentos por via oral (VO), seguindo rigorosamente os intervalos entre as doses e particularizando os medicamentos às necessidades individuais dos pacientes, são premissas que norteiam a informação na elaboração do esquema terapêutico (BARBOSA, 2011).

### **3.5 Adesão: Conceito, Benefícios e Dificuldades**

O paciente é o principal sujeito envolvido em uma terapia, é quem irá receber as ações de qualquer processo assistencial, o que torna evidente a necessidade de sua participação ativa no processo de tomada de decisões quanto à sua terapêutica, pois sua atuação define o êxito de qualquer prática assistencial, já que a informação sobre o medicamento e o seu uso adequado se faz necessária para que o paciente possa sair vitorioso na batalha contra a doença e a favor da vida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adesão como o grau de correspondência e concordância do paciente com as recomendações do médico ou de outro profissional da saúde no que se refere à ingestão de medicamentos, seguimento da dieta e mudanças nos hábitos de vida. É de fundamental importância para o sucesso da terapia instituída, contribuindo diretamente na qualidade de vida dos pacientes (OMS, 2003; GUSMÃO; MION, 2006; CONTE *et al.*, 2015).

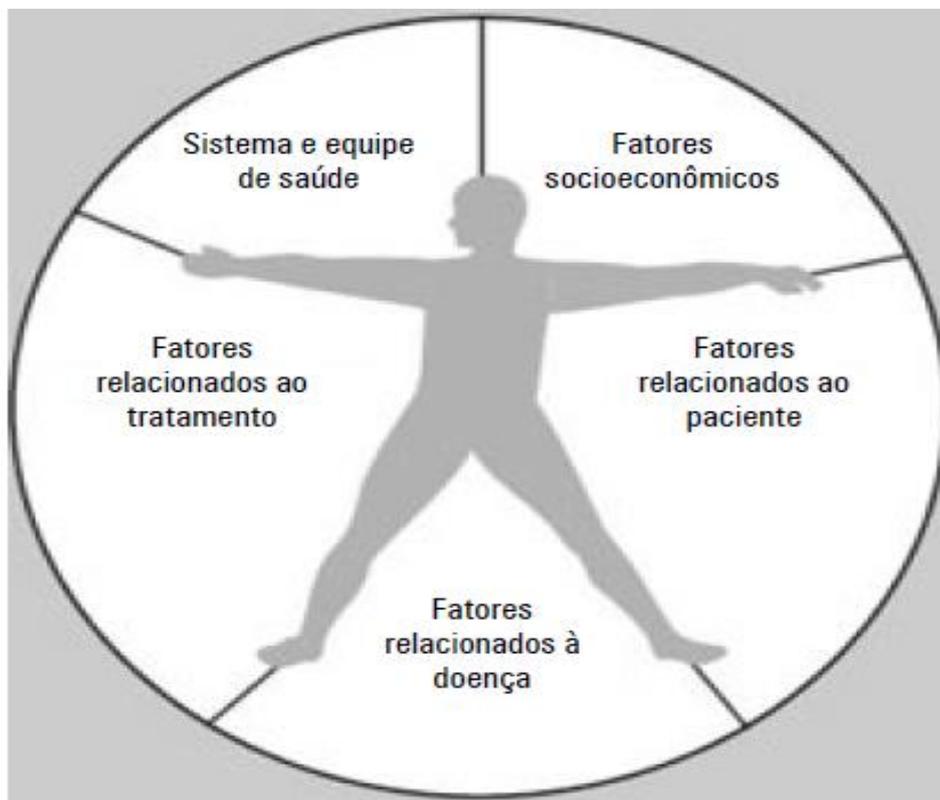
A adesão à farmacoterapia é um aspecto complexo e primordial para o alcance dos resultados clínicos desejados, pois pacientes não aderente podem apresentar complicações ou agravamentos das enfermidades pelas falhas no uso de medicamentos, ocasionando muitas

vezes hospitalizações e procedimentos onerosos ao sistema de saúde (DI MATTEO, 2004; OBRELI-NETO *et al.*, 2012).

Aderir ao tratamento significa aceitar a terapêutica proposta e segui-la adequadamente, porém muitos fatores influenciam nesse processo de adesão como: características do paciente (idade, religião, nível cultural e socioeconômico), características do regime terapêutico (número de medicamentos, vias de administração, duração e efetividade do tratamento, custo), características da enfermidade e características do nível de atendimento (ambulatorial, hospitalar), o relacionamento com a equipe multiprofissional, entre outros. Tais condições podem favorecer a não adesão, prolongar a dor e o sofrimento, ocasionar prejuízos à funcionalidade física e psíquica e deteriorar a qualidade de vida (KURITA; PIMENTA, 2003; KAVALEC, 2004; BRINCOLA, 2009; COLUZZI, 2016).

Para a OMS, adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores (Figura 3), denominados como “dimensões”, no qual os fatores relacionados ao paciente são apenas um determinante, por isso a questão o fato de que os pacientes são unicamente responsáveis por seguir seu tratamento é enganador e reflete o equívoco mais comum de como outros fatores afetam o comportamento e a capacidade da pessoa aderir a seu tratamento.

**Figura 3 – As cinco dimensões da adesão**



Fonte: (OMS, 2003)

O uso concomitante de mais de quatro medicamentos (polifarmácia) é uma condição cada vez mais comum, especialmente com o aumento da expectativa de vida e prevalência de doenças crônicas. Tal prática não somente representa um potencial aumento dos fatores de risco do uso de medicamentos para o paciente, como o deixa susceptível a maiores interações medicamentosas, aumento do custo do tratamento, aumento das chances de efeitos adversos a medicamento, além da diminuição da adesão à terapêutica. Além disso, a utilização de um maior número de medicamentos também pode aumentar o risco de acontecer erros de medicação (WHO, 2004; ISMP, 2017).

É comum o paciente ter dificuldade em assimilar e entender a prescrição quando são propostas terapias em que há diversos medicamentos prescritos, com várias posologias e horários, bem como forma farmacêutica e via de administração, como é o caso dos Cuidados Paliativos. Assim, atribui-se ao farmacêutico o papel de esclarecer como será cumprida a terapêutica e o modo correto de seguimento, para que não haja dúvidas no momento do uso (NOGUEIRA, 2017).

Devido ao potencial de causar danos ao paciente, a polifarmácia está entre as áreas prioritárias de ação do 3º Desafio Global de Segurança do Paciente da OMS, que tem como foco o uso seguro de medicamentos, com o objetivo de desenvolver ações que garantam a prescrição adequada dos medicamentos, de modo que os benefícios do tratamento sempre superem os riscos (WHO, 2004).

A não adesão à farmacoterapia é considerada um dos maiores problemas de saúde pública, estima-se que 50% dos pacientes portadores de doenças crônicas em países desenvolvidos sejam não aderentes a terapias medicamentosas, sendo esta taxa superior nos países em desenvolvimento (WHO, 2003). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) as razões para a não adesão ao tratamento medicamentoso são multifatoriais, que envolve planos terapêuticos complexos, dificuldade em entender as prescrições médicas, insatisfação dos pacientes com os serviços de saúde, tratamento de doenças assintomáticas, aspectos socioeconômicos e crenças dos pacientes (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; ODEGARD; GRAY, 2008; OBRELI-NETO *et al.*, 2012).

A falta de adesão à terapêutica farmacológica é considerada por muitos autores como um dos problemas sanitários mais importantes na atualidade e tem sido diretamente associada a resultados terapêuticos menos efetivos em pacientes com uma grande variedade de doenças (BRINCOLA, 2009). A Organização Mundial de Saúde orienta que para que os pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos sejam considerados aderentes ao tratamento deveriam cumprir 80% da prescrição médica (WHO, 2003).

Para assegurar a qualidade e a eficácia do tratamento, é necessário além de garantir a disponibilidade e qualidade dos medicamentos, promover ações de esclarecimentos aos usuários e familiares. Nesta perspectiva, os estudos de Letizia *et al* (2004) e Bender *et al* (2008), já mostravam que quanto maior é o conhecimento do paciente e/ou do seu cuidador a respeito dos medicamentos e das abordagens não farmacológicas propostas, maior é a sua capacidade de relatar as mudanças nos sintomas, realizar perguntas sobre o tratamento e seguir as orientações recebidas, na qual o farmacêutico poderá contribuir para o esclarecimento das informações contidas na prescrição para que o uso correto dos medicamentos seja realizado.

Nesse cenário, é de suma importância a presença do farmacêutico, seja realizando orientação farmacêutica, que é o processo de explicação de como seguir a terapia proposta apenas com orientações verbais (AL-RASHED *et al.*, 2002), como também por meio da atenção farmacêutica, caracterizada pela interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida (DeSC - Descritor em Ciência da Saúde, 2012a), consolidando a presença do farmacêutico na equipe de saúde e fazendo deste profissional mais um apoio ao paciente em tratamento (NOGUEIRA, 2017)

O cumprimento correto da prescrição exige no mínimo o entendimento desse documento, e diante disso a fim de promover adesão, muitas vezes é oferecido pelo profissional farmacêutico um instrumento denominado por muitos de “Tabela de Orientação Farmacêutica” (Anexo E), que são esquemas gráficos nos quais são dispostos os medicamentos ao longo do dia, respeitando as características dos medicamentos, como meias-vidas plasmáticas dos fármacos, bem como hábitos de vida dos pacientes e familiares, além de promover uma diminuição dos riscos de possíveis interações medicamentosas e reações adversas, pois é o farmacêutico o maior detentor do conhecimento sobre o medicamento. Todas estas atividades caracterizam um dos componentes da assistência farmacêutica intitulado utilização de medicamentos, este componente engloba a prescrição, a dispensação e o uso dos medicamentos (MARIN *et al.*, 2003; BARBOSA, 2011).

A adesão ao tratamento farmacológico exige perseverança e deve ser sempre baseada na observação de sintomas e nas respostas terapêuticas.

Há estudos sobre a interferência de fatores externos, como também de fatores intrínsecos do paciente na adesão ao tratamento de diversas doenças, porém poucos se referem à adesão à terapia farmacológica em indivíduos oncológicos com dor crônica. Esses indivíduos, em geral, possuem longa história de dor, acentuado sofrimento psíquico, comprometimento laboral e físico e descrença com o tratamento, por experiências anteriores nas quais os

resultados foram insatisfatórios. A observação clínica sugere que o número de pacientes oncológicos que não aderem ao tratamento medicamentoso da dor crônica é elevado, indicando a necessidade de estudos sobre o tema (KURITA; PIMENTA, 2003; CARDOSO, 2012).

Nesse contexto, tornam-se necessárias medidas que melhorem a conscientização da população no que se refere aos Cuidados Paliativos, de forma a fortalecer a adesão medicamentosa promovida pelo profissional farmacêutico, por meio dos seus conhecimentos a respeito dos princípios farmacocinéticos e farmacodinâmicos dos fármacos, contribuindo assim para o conforto e o bem estar do doente com base no uso seguro e racional do medicamento e garantindo que cada vez mais pacientes possam ser beneficiados com o alívio dos sinais e sintomas que a doença proporciona, pois a adesão ao tratamento medicamentoso nas doenças crônicas é um fator de importância clínica e social.

É essencial a conscientização da população brasileira sobre os Cuidados Paliativos, para que o sistema de saúde brasileiro mude sua abordagem aos pacientes portadores de doenças que ameaçam a continuidade de suas vidas, já que Cuidados Paliativos além de ser uma necessidade de saúde pública é também uma necessidade humanitária.

Este estudo tem por finalidade estudar os aspectos da atuação clínica do farmacêutico no cuidado ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos (CP) como membro ativo de uma equipe multiprofissional.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, prospectivo, analítico, intervencional (quasi-experimental).

### **4.2 Local do Estudo**

O estudo foi realizado no Ambulatório de Cuidados Paliativos do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, localizado na Avenida Frei Cirilo, nº 3480, bairro Cajazeiras na cidade de Fortaleza-CE.

O Hospital se configura como uma unidade terciária especializada no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares, dispondo de todos os procedimentos de alta complexidade nestas áreas e destacando-se no transplante cardíaco de adultos e crianças e pioneiro no Nordeste em implante de Coração Artificial e Transplante Pulmonar. É destaque na área de ensino e pesquisa aplicando e difundindo o conhecimento científico, desenvolvimento tecnológico e de recursos humanos, com residência médica nas especialidades de cardiologia clínica, cardiologia pediátrica, pneumologia, cirurgia cardiovascular, cirurgia torácica e terapia intensiva e, recentemente, residência multiprofissional.

O Ambulatório de Cuidados Paliativos é constituído por um corpo clínico especializado em palição, composto por médicos, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista e farmacêutico, sendo utilizado como local de ensino para residentes e estagiários. O ambulatório é alocado na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) que funciona às segundas e quintas feiras no período da manhã, recebendo pacientes oriundos das unidades de internação, do serviço de emergência, bem como dos ambulatórios que prestam atendimento à população. Tendo em vista que o quadro clínico do paciente necessita de atendimento rápido, pois se entende que o tempo tem que ser seu maior aliado, o agendamento da consulta é realizado pelo próprio funcionário do UNACON, não havendo a necessidade do agendamento eletrônico, o que levaria mais tempo, além disso, o setor também funciona como hospital dia, promovendo assim um maior conforto para o paciente e garantia do cuidado.

Os medicamentos necessários para o tratamento contínuo dos pacientes são disponibilizados gratuitamente, segundo PORTARIA Nº 1083, DE 02 DE OUTUBRO DE

2012 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, através Secretaria Estadual de Saúde (SESA).

O acompanhamento ambulatorial destina-se ao atendimento de pacientes com doença avançada de forma precoce, bem como a seu familiar/cuidador, em uma fase em que a doença, apesar de significativa, já apresenta impacto sobre o perfil funcional do doente. Espera-se que nesta fase, o controle de sintomas e a abordagem emocional possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida, com a possibilidade de ter impacto também sobre a sobrevivência do doente. Assim, preconiza-se o trabalho em equipe multiprofissional.

### **4.3 População e Amostra**

A população foi constituída por indivíduos adultos do sexo masculino e feminino, sem faixa etária limite, com diagnóstico de Câncer de Pulmão (primário ou secundário), atendidos e cadastrados no Ambulatório de Cuidados Paliativos, segundo protocolo da Dor Crônica. O estudo foi realizado durante o período de Janeiro a Julho de 2018 e dados foram coletados por meio de prontuários e questionários aplicados aos pacientes e/ou acompanhantes/cuidadores.

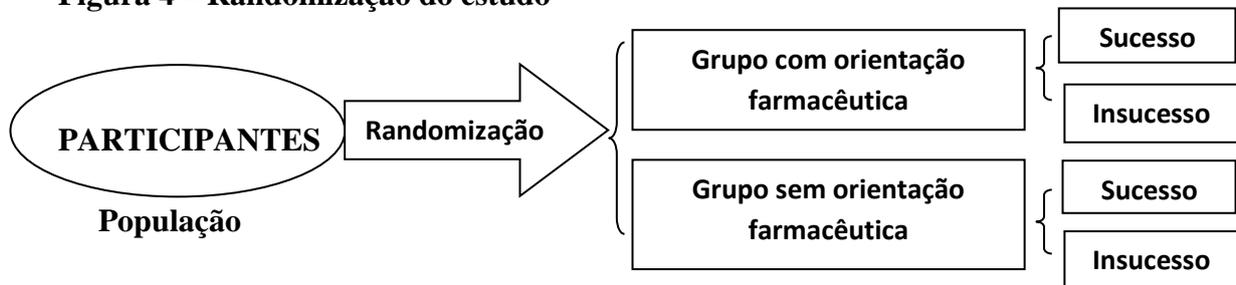
A análise estatística realizada para este estudo mostrou que o número de relevantes foi de uma amostra composta de um  $n = 24$  pacientes, considerando um nível de significância de 5% e um poder de teste de 80%, com a proporção de casos entre os expostos de 70%, seria estatisticamente significativa.

### **4.4 Desenho do Estudo**

Por ser um estudo longitudinal e prospectivo, na qual foi analisada a proposição de hipótese (a orientação do farmacêutico melhora a adesão), foram formados grupos aleatorizados, e os resultados comparados entre os grupos. Geralmente, são utilizados em estudos analíticos e envolvem cálculos de probabilidades estatísticas. Uma primeira característica é o recrutamento de um grupo comum, a partir de uma população de interesse, em seguida se decidem quais intervenções os participantes receberão, por meio da randomização, na qual um dos quais recebe a intervenção de interesse e o outro não. Tecnicamente, esse processo envolve determinar a alocação por meio de números, ao invés de características da amostra ou preferência dos participantes. Após a aplicação das intervenções, realiza-se a leitura de uma ou mais variáveis de desfecho que, na figura 4, apresenta-se como

sucesso (adesão ao tratamento medicamentoso e melhora clínica do paciente) e insucesso (não adesão ao tratamento medicamentoso).

**Figura 4 – Randomização do estudo**



Fonte: Autoria própria.

O estudo teve dois grupos de pacientes, grupo controle, que recebeu as orientações médicas básicas, denominado “GRUPO SEM OREINTAÇÃO FARMACÊUTICA”, e um grupo denominado “GRUPO COM ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA” que recebeu orientações farmacêuticas específicas (verbal e documentada).

À medida que os pacientes chegaram para o início do acompanhamento ambulatorial, foram randomizados, selecionados de maneira aleatória para fazerem parte do grupo com orientação farmacêutica ou do grupo sem orientação farmacêutica. Foi realizada a alocação dos mesmos através de números, onde um a cada quatro pacientes fez parte do grupo sem orientação farmacêutica, ou seja, na proporção de 1:4. Portanto, o parâmetro estudado foi à exposição ou não a um fator, que no caso deste estudo, foi a orientação ou não do farmacêutico.

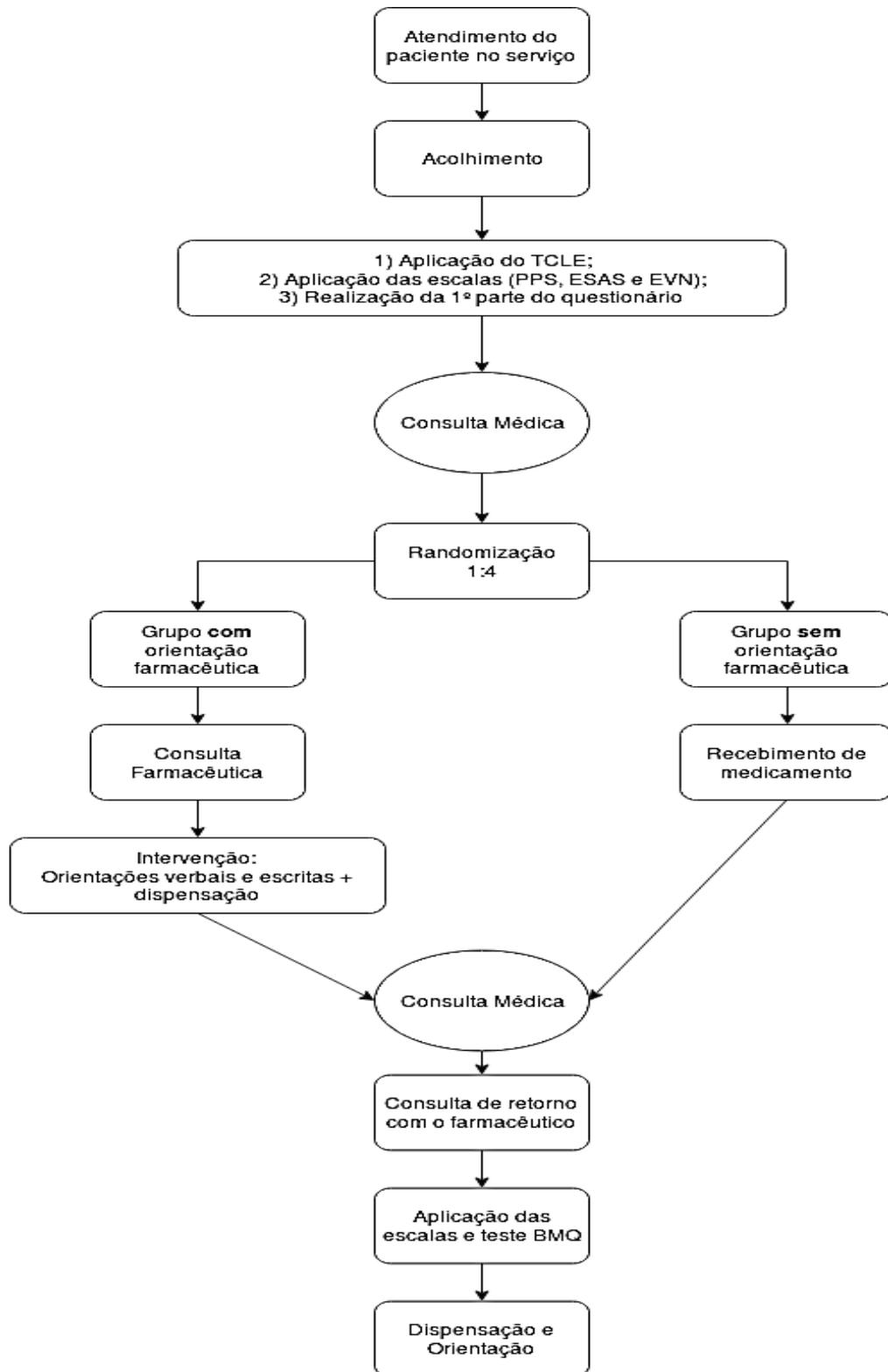
Todos os pacientes ao chegarem ao ambulatório passaram pelo acolhimento com o farmacêutico, em que foram aplicadas as escalas de PPS e ESAS, ambas traduzidas e adaptadas ao português por Neto (2006) além da EVN (Anexo C), para posterior avaliação médica. Foi feito o convite para participação do estudo, em caso de aceitação, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), era apresentado. Após leitura e assinatura do TCLE, o farmacêutico aplicava o formulário referente a primeira parte (dados do paciente, história clínica, hábitos de vida e farmacoterapia) da ficha de cadastro (Anexo D).

No grupo com orientação farmacêutica, os pacientes após a consulta médica passaram pelo consultório farmacêutico, receberam a intervenção necessária com orientações específicas, ou seja, verbais e documentadas. Foi realizado o preenchimento do instrumento de orientação farmacêutica (Anexo E), a partir da dispensação dos medicamentos prescritos do

protocolo da dor crônica, com explicações detalhadas da posologia e orientações quanto ao uso racional e seguro dos medicamentos, analisando seus efeitos colaterais, possíveis interações medicamentosas, reações adversas, tempo de uso e armazenamento dos medicamentos prescritos, com especial atenção aos opióides. Como também, orientados com relação aos lugares de aquisições dos medicamentos prescritos. No próximo retorno do paciente, agendado conforme critério médico, foi aplicado no consultório farmacêutico, o Teste de Adesão ao Tratamento BMQ (Brief Medication Questionnaire Versão em Português) (BEN, 2012).

No grupo sem orientação farmacêutica, os pacientes, pela randomização, foram aqueles numerados nos divisores de quatro e não passaram pelo consultório farmacêutico. Durante a consulta médica, receberam a orientação médica necessária, a partir da leitura da prescrição, e em seguida foram entregues pelo farmacêutico os medicamentos prescritos sem orientação farmacêutica. A primeira parte da ficha de cadastro foi aplicada no início do acompanhamento do paciente no ambulatório, durante o acolhimento deste pelo farmacêutico. No próximo retorno, agendado conforme critério médico, foi aplicado o Teste de Adesão ao Tratamento BMQ no consultório farmacêutico, em seguida foi realizado o preenchimento do instrumento de orientação farmacêutica (Anexo E), a partir da dispensação dos medicamentos prescritos do protocolo da dor crônica. Os pacientes receberam todas as orientações do profissional farmacêutico, com explicações detalhadas da posologia e modo de uso do medicamento, possíveis interações medicamentosas, reações adversas. Além de orientações com relação aos lugares de aquisições dos medicamentos prescritos. Segue abaixo o fluxograma de atendimento do paciente oncológico no Ambulatório de Cuidados Paliativos (figura 5).

**Figura 5 - Fluxograma de atendimento dos pacientes oncológicos no Ambulatório de Cuidados Paliativos**



Teste de Adesão BMQ - *Brief Medication Questionnaire*

Fonte: autoria própria

#### **4.5 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Os critérios de inclusão estabelecidos são: pacientes com  $\geq 18$  anos, oncológicos em cuidados paliativos cadastrados no ambulatório, que apresentarem condições verbais de responder à entrevista. Caso tal condição não seja possível, que tenham um acompanhante e/ou cuidador apto a fazê-lo em seu lugar.

Cada paciente, acompanhante e/ou cuidador que aceitou participar voluntariamente do estudo, concordou em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após explicação dos objetivos, metodologia do estudo e o direito de, a qualquer momento, poder retirar-se espontaneamente da pesquisa, sem prejuízo no tratamento. O TCLE foi fornecido pelo farmacêutico pesquisador em duas vias, uma via foi arquivada com o farmacêutico e outra entregue ao paciente e/ou seu cuidador. Os pacientes receberam ao menos 01 consulta farmacêutica.

Foram excluídos os pacientes que apresentaram doença demencial grave.

#### **4.6 Aspectos éticos**

A proposta foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. O escopo é receber as devidas considerações para que a investigação não se constitua numa prática de infração às Normas e Regulamentos vigentes no território brasileiro. Como se trata de uma pesquisa envolvendo dados de seres humanos, onde existem etapas de coleta de dados em prontuários médicos, foram seguidas as orientações e exigências da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes na data de 12 de dezembro de 2017 sob número de registro 2.429.984.

#### **4.7 Variáveis**

A coleta de dados foi realizada por meio da Ficha de cadastro (Anexo D), que contém informações relativas aos dados do paciente (I), história clínica e hábitos de vida (II), farmacoterapia (III) e teste de adesão ao tratamento-BMQ (IV).

São variáveis independentes os dados farmacoepidemiológicos, tais como: sexo, idade, fatores sócio demográficos, comorbidades, hábitos de vida (fumo apresentado em

cigarros/ dia, tempo de fumo apresentado em anos e tempo que parou de fumar apresentado em meses), histórico da doença, tempo de diagnóstico e tratamento, internação prévia, tempo de internação (apresentado em dias) e o motivo, farmacoterapia, alergias medicamento/ alimento, tipo de aquisição dos medicamentos prescritos no ambulatório que foi apresentado em forma de percentual, efeitos indesejáveis aos medicamentos prescritos e polimedicação. Esta última definida como o uso concomitante de quatro ou mais medicamentos conforme definição da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004; STUCHI, 2017).

a) Parte I – Dados do paciente

Nome, Idade: estabelecida em anos; sexo – masculino ou feminino e data do nascimento; estado civil (solteiro, casado, viúvo, divorciado, outros), filhos (sim ou não), profissão, reside com (sozinho ou acompanhado).

A escolaridade foi identificada de acordo com a seguinte classificação:

- ✓ Analfabeto: indivíduos que não frequentaram a escola e não sabem ler e escrever
- ✓ Ensino Fundamental I incompleto: indivíduos que estejam cursando da 1<sup>a</sup>. a 4<sup>a</sup>. série do ensino fundamental I;
- ✓ Ensino Fundamental I completo: indivíduos que tenham cursado da 1<sup>a</sup>. a 4<sup>a</sup>. série do Ensino Fundamental;
- ✓ Ensino Fundamental II incompleto: indivíduos que estejam cursando da 4<sup>a</sup>. a 8<sup>a</sup>. série do ensino fundamental II;
- ✓ Ensino Fundamental II completo: indivíduos que tenham cursado da 4<sup>a</sup>. a 8<sup>a</sup>. Série do ensino fundamental II;
- ✓ Ensino médio incompleto: indivíduos que estejam cursando do 1<sup>o</sup>. ao 3<sup>o</sup>. Ano do ensino médio;
- ✓ Ensino médio completo: indivíduos que tenham cursado do 1<sup>o</sup>. ao 3<sup>o</sup>. Ano do ensino médio;
- ✓ Ensino superior completo a pós-graduação: considerar todas as pessoas que tenham concluído o 3<sup>o</sup>. Grau (curso superior) ou que estejam cursando ou cursaram cursos de especialização, mestrado ou doutorado.

b) Parte II – História clínica e Hábitos de vida

- Comorbidades, data do diagnóstico do câncer (expresso em anos), tipo de tratamento do câncer (quimioterapia e/ou radioterapia), metástase na ocasião da inclusão do estudo (sim ou não), estadiamento da doença (Estágio 0: Carcinoma in situ, ou seja, restritos a área inicial, é um tipo de displasia;

Estágio I: Tumor restrito a uma parte do corpo, sem comprometimento linfático; Estágio II: Localmente avançando com comprometimento do sistema linfático ou espalhado por mais de um tecido; Estágio III: Localmente avançado, espalhado por mais de um tecido e causando comprometimento linfático e Estágio IV: Metástase a distância, ou seja, espalhando para outros órgãos ou todo o corpo) (ESTADIAMENTO..., 2019).

- Tabagismo (fumou, tempo de fumo expresso em anos; tempo que parou de fumar expresso em meses, cigarros/dia); prática de exercícios físicos (sim ou não); Uso de bebidas alcólicas (sim ou não).
- Internação prévia (sim ou não), motivo e tempo expresso em dias.

#### c) Parte III – Farmacoterapia

- Medicamentos utilizados, que foram apresentados por classes farmacêuticas segundo classificação ATC, alergias medicamento/alimento, local de aquisição dos medicamentos prescritos no ambulatório e efeitos indesejáveis aos medicamentos prescritos.

De acordo com os medicamentos utilizados, foi considerado como variável a polifarmácia, que é o uso concomitante de quatro ou mais medicamentos (WHO, 2004).

A ATC *Anatomical Therapeutic Chemical* é a sigla para a classificação Anatômica Terapêutico Química, que, em conjunto com a Dose Diária Definida - DDD (*Defined Daily Dose*), forma o sistema ATC/DDD, que, desde de 1996, passou a ser reconhecido pela Organização Mundial de Saúde como padrão internacional para os estudos de utilização de drogas. No sistema de classificação ATC, as drogas são divididas em diferentes grupos, de acordo com o órgão ou sistema no qual eles atuam e suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas (ANVISA, 1996).

#### d) Parte IV – Teste de Adesão ao Tratamento- BMQ

Para verificar desfecho foi utilizado o questionário BMQ, para adesão ao tratamento, composto por três domínios que identificam barreiras à adesão quanto ao Regime, às Crenças e à Recordação em relação ao tratamento medicamentoso na perspectiva do paciente. Foi criado originalmente com objetivo de determinar à adesão a tratamentos anti-hipertensivos e neste estudo será adaptado para o perfil oncológico. É um indicador válido e confiável para avaliar o auto-relato sobre o uso de medicamentos, originalmente desenvolvido em língua inglesa, porém já traduzido e validado para o uso na população brasileira em 2012, no qual foi concluído que o BMQ apresentou maior sensibilidade e especificidade, o que motivou sua utilização (BEN, 2012).

O instrumento de adesão referido BMQ, é composto por três domínios com perguntas que identificam barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso. Classifica a adesão de acordo com o número de respostas positivas em: alta adesão (nenhuma), provável alta adesão (1), provável baixa adesão (2) e baixa adesão (3 ou mais) em qualquer domínio.

O domínio regime abrange as dificuldades do paciente em nomear as medicações e doses utilizadas, além do relato de falha de dias ou doses, já o domínio relacionado às crenças diz respeito à presença ou não de medicamentos que não funcionam bem, ou causam alguma reação adversa e no domínio de recordação refere-se à presença de um esquema de múltiplas doses diárias e o relato de dificuldades para lembrar-se de tomar a medicação. Será analisado de duas maneiras: pela pontuação encontrada nos três domínios crenças, regime e recordação, sendo que a pontuação maior ou igual a um em qualquer destes, indica potencial positivo para a não adesão ao tratamento; e pelo escore total do questionário, em que nenhuma resposta positiva indica adesão ao tratamento, uma resposta positiva sugere provável adesão ao tratamento, duas respostas e três ou mais positivas indicam, respectivamente, provável baixa adesão e baixa adesão ao tratamento. Foi aferido através de entrevista direta com paciente e/ ou acompanhante, pelo pesquisador. Vale ressaltar que o acompanhante e/ ou cuidador pôde participar, já que a presença e participação do mesmo foram contempladas nos critérios de inclusão.

Além da utilização das escalas validadas ESAS, PPS e EVN que foram aplicadas pela pesquisadora no início do acompanhamento ambulatorial do paciente durante o acolhimento, e reaplicadas no próximo retorno do paciente durante a consulta farmacêutica para o grupo com orientação farmacêutica e para o grupo sem orientação farmacêutica, também descritas como variáveis desfecho.

ESAS é uma escala que traz como forma de avaliação a combinação de sintomas físicos e psicológicos, sendo composta por uma lista de nove sintomas frequentemente encontrados em pacientes com câncer, a avaliação é feita através de uma pontuação de zero a dez, zero representa a ausência do sintoma e 10 representa o sintoma em sua mais forte manifestação.

Na escala PPS são avaliados cinco parâmetros (deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência), possui 11 níveis, de 0 a 100, divididos em intervalos de 10, não existindo valores intermediários. A leitura se faz da esquerda para a direita e, quanto mais baixo o valor, maior a intensidade dos parâmetros à direita. Na qual um PPS  $\leq$  50% é considerado um paciente em Cuidados Paliativos que tem a necessidade de ter

acompanhamento ativo pela equipe multiprofissional, com a fase final da vida coincidindo com PPS em torno de 20% e 0% definido como morte.

A EVN é uma escala representada por uma linha reta de 10 centímetros, onde em um dos extremos discrimina a ausência de dor e o outro a dor insuportável, na qual no estudo foi considerada a classificação da escada de analgesia da OMS, que EVN (1-3) classificado como dor leve, EVN (4-6) dor moderada e EVN (7-10) como dor forte.

Para qualquer outra informação que o participante da pesquisa não tenha conhecimento, o preenchimento da ficha de cadastro foi realizado a partir de dados contidos no prontuário do paciente.

#### **4.8 Coleta de dados**

A coleta foi realizada no período de janeiro a julho de 2018, através de entrevista com os pacientes, em caso de presença de acompanhantes e/ou cuidadores, os mesmos puderam participar da entrevista.

A entrevista foi feita pela pesquisadora, na qual a primeira parte foi realizada durante o acolhimento do paciente no início do seu acompanhamento ambulatorial, e a aplicação do BMQ no retorno agendado do paciente ao ambulatório, esse retorno acontecia em torno de vinte dias, com a presença somente da pesquisadora, do paciente e do acompanhante e/ou cuidador.

A fim de garantir privacidade e dar maior conforto, as mesmas foram realizadas nos consultórios do ambulatório e durante o processo o entrevistado pode consultar a receita ou qualquer outro material para responder as questões relativas aos medicamentos. As respostas foram registradas nos questionários e as declarações que extrapolaram os questionamentos, registradas no diário de campo.

Na entrevista, após ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o paciente respondeu a todas as perguntas referentes à primeira parte da ficha de cadastro e no retorno seguinte foi aplicado o BMQ.

Os questionários foram aplicados na unidade, nos dias das consultas médicas dos pacientes, às segundas e quintas feiras.

#### **4.9 Análise de dados**

Os resultados quantitativos categóricos foram apresentados em forma de percentuais e contagens e os numéricos em forma de medidas de tendência central. Foram

realizados testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para as variáveis numéricas. Para medidas não seriadas, foram utilizados os testes de qui-quadrado para categóricas e Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis para numéricas considerando a distribuição. Foram consideradas significativas as comparações com valor de p menor que 0,05. Os dados foram tabulados e analisados pelo software SPSS, v23, SPSS, Inc. para análise e avaliação dos dados obtidos na coleta.

## **5 BENEFÍCIOS**

O estudo contribuirá para o auxílio na parte de acompanhamento clínico desses pacientes, identificando quais variáveis interferem ou influenciam nesse processo, como também para avaliação da utilização de fármacos opióides, minimizando possíveis dúvidas quanto a fatores que podem interferir na adesão e utilização desses medicamentos. Os conhecimentos advindos desta pesquisa servirão como base de informação relacionada à farmácia clínica, além de proporcionar a potencialização de práticas relacionadas à segurança do paciente, já que a utilização elevada de medicamentos decorrente da alta prevalência de doenças crônico-degenerativas e o acesso ao tratamento deve ser considerado pelos profissionais de saúde, para adoção de estratégias que visem diminuir a baixa adesão ao tratamento, aumentando a resolutividade terapêutica e a qualidade de vida desses pacientes.

## **6 RISCOS**

A pesquisa apresentou riscos mínimos, como a tomada de tempo do paciente ao responder o questionário como também em responder a questões mais sensíveis como o tempo do diagnóstico da doença. Não houve relatos de constrangimentos por parte dos participantes. A coleta de dados foi realizada em ambiente reservado, em um consultório somente com a presença do pesquisador, entrevistado e cuidador. Aos pacientes e/ou cuidadores foi oferecido apoio psicológico.

Para minimizar o risco de extravio de documento, o manuseio dos prontuários foi feito exclusivamente pelo pesquisador dentro do hospital. Para evitar o vazamento de informações, a utilização dos dados fornecidos foi utilizada somente no âmbito desse estudo, apenas pelos participantes do projeto.

## **7 PERSPECTIVA DO ESTUDO**

Proporcionar a efetivação do farmacêutico como membro permanente da equipe multiprofissional, aumentando a adesão dos pacientes à terapia instituída, contribuindo assim com a otimização da farmacoterapia e conseqüentemente com a segurança e melhora da qualidade de vida destes.

## 8 RESULTADOS

### 8.1 Características gerais da população em estudo

A população para o estudo constou de 36 pacientes com diagnóstico de câncer, acompanhados no ambulatório de Cuidados Paliativos do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, referência Norte/Nordeste no cuidado de pacientes cardíacos e/ ou pulmonares. Na qual, 75% (n=27) fizeram parte do grupo com orientação farmacêutica e 25% (n=09) fizeram parte do grupo sem orientação farmacêutica.

#### 8.1.1 Aspectos Demográficos

A distribuição das características gerais da população estudada, segundo sexo, estado conjugal, filhos e com quem reside encontram-se na Tabela 1. O sexo masculino representou 63,9% (n=23) IC 95% (47,6- 78,0) e o feminino com distribuição de 36,1% (n=13) IC 95% (22,0-52,4). Os pacientes casados eram maioria 58,3% (n=21) e 91,7% (n=33) relataram ter filhos. A maior parte deles, 97,2% (n=35) mora acompanhado. Em relação à idade dos pacientes entrevistados, variou de 24 a 94 anos, com mediana de 67 anos (Percentil 25: 58; Percentil 75: 80), sendo que foi verificada uma maior frequência de pessoas na faixa etária acima de 60 anos (66,6%; n=24).

**Tabela 1 – Distribuição dos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos quanto aos aspectos demográficos. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**

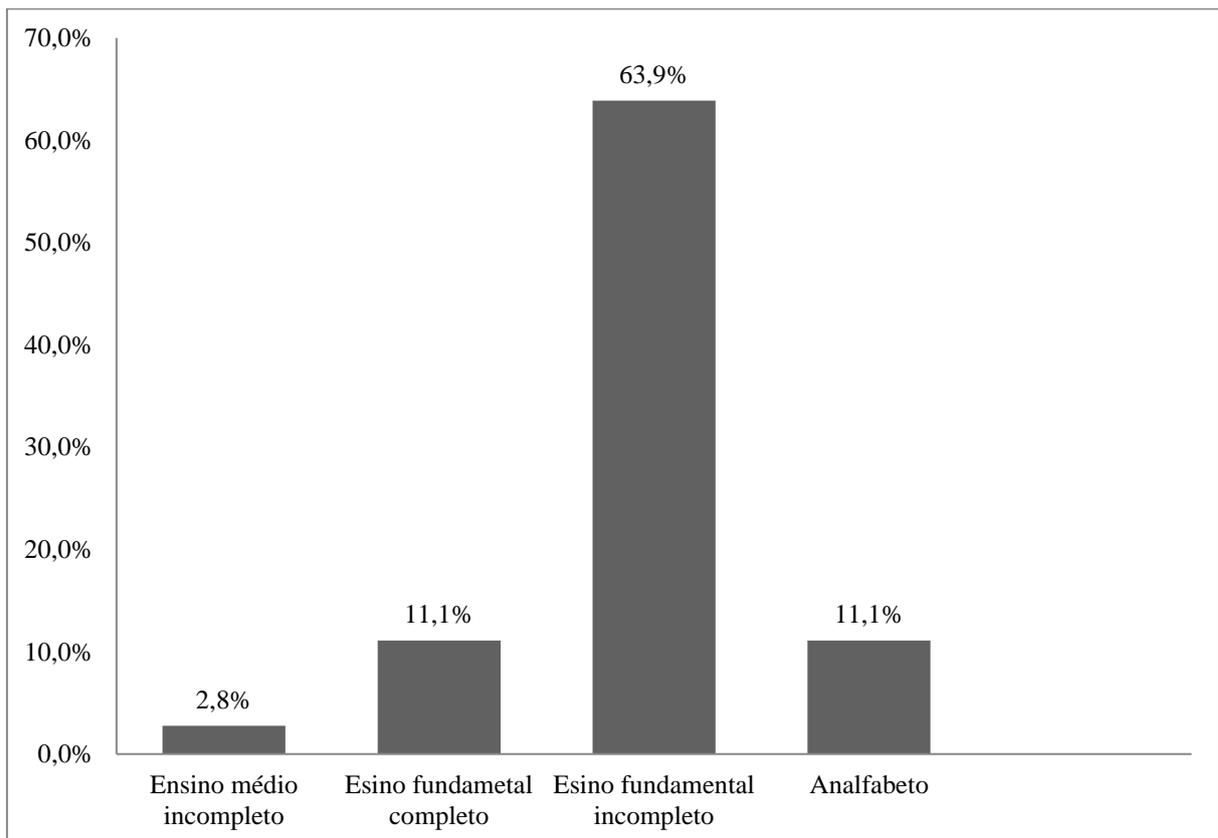
	<b>Indicador</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC* 95,0%</b>
Sexo	Masculino	23	63,89	(47,62 – 78,02)
	Feminino	13	36,11	(21,98 – 52,38)
Reside	Sozinho	1	2,78	(0,30 – 12,26)
	Acompanhado	35	97,22	(87,74 – 99,70)
Estado civil	Casado	21	58,33	(42,10 – 73,28)
	Solteiro	4	11,11	(3,87 – 24,29)
	Viúvo	10	27,78	(15,27 – 43,70)
	Divorciado	1	2,78	(0,30 – 12,26)
Filhos	Sim	33	91,67	(79,40 – 97,60)
	Não	3	8,33	(2,40 – 20,60)

Fonte: autoria própria \*IC: Intervalo de Confiança

### 8.1.2 Aspectos sociais

Quanto à escolaridade, podemos perceber de acordo com o Gráfico 1, que o ensino fundamental incompleto se destacou com 63,9% (n=23) e 11,1% (n=4) são analfabetos.

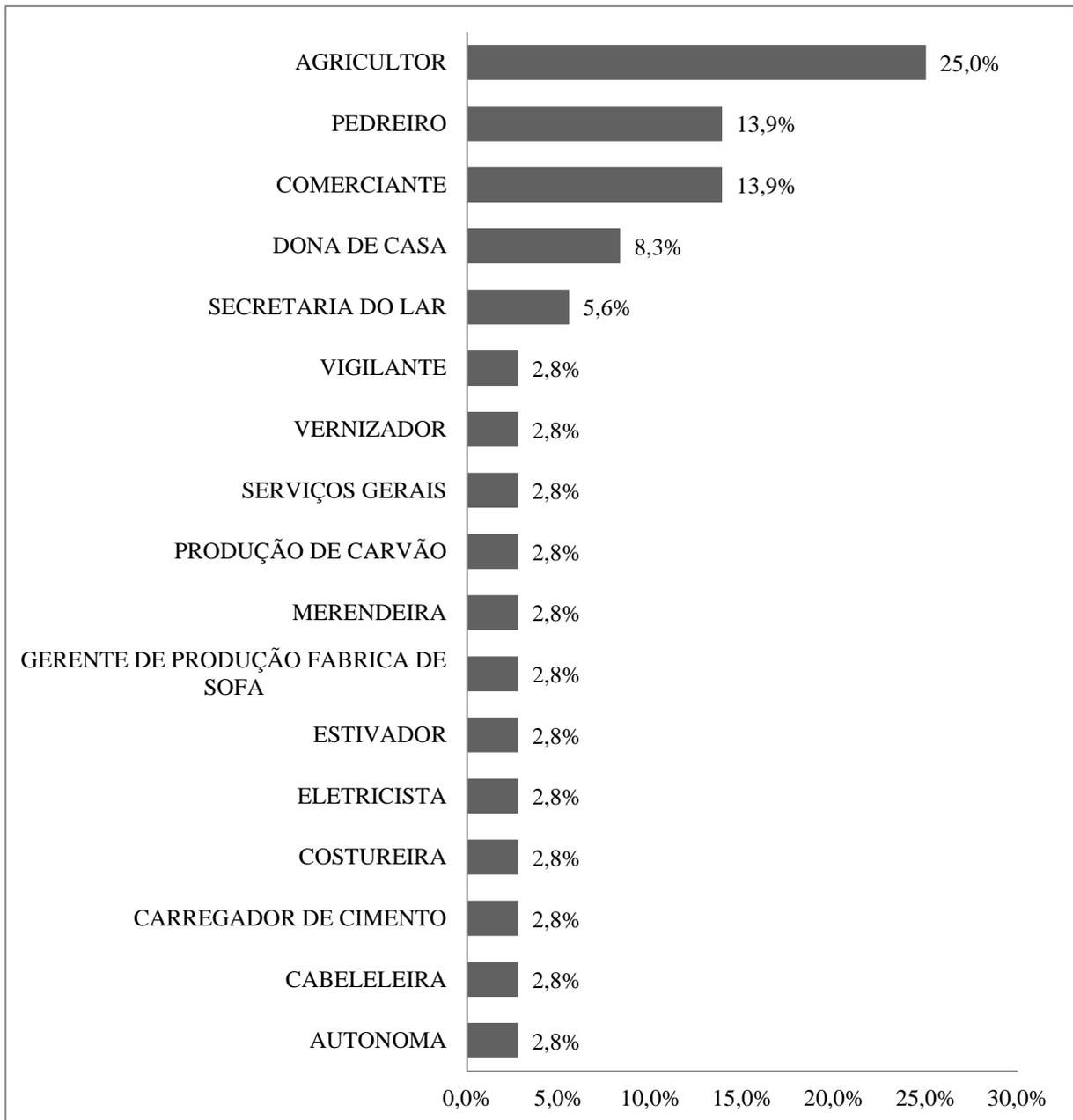
**Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos quanto à escolaridade. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**



Fonte: Aatoria própria. Valor percentual

Dentre as profissões desenvolvidas pela população do estudo, destacou-se o agricultor com 25% (n=09), comerciante e pedreiro, ambos com 13,9% (n=05), seguidos por dona de casa, 8,3% (n=03), secretária do lar com 5,6% (n=02), e as demais profissões encontradas (cabelereira, eletricitista, estivador, ...) com 2,8% (n=01), cada, conforme o Gráfico 2.

**Gráfico 2 – Distribuição percentual dos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos quanto à profissão. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**



Fonte: Autoria própria. Valor percentual

### 8.1.3 História clínica e Hábitos de vida

Quanto ao estado de saúde, verificou-se que 88,9% (n=32) fumaram, com uma mediana de tempo de fumo de 45 anos, com mediana de 40 cigarros por dia e que relataram parar de fumar há 14 meses, também apresentado em mediana. 80,6% (n=29) relataram não fazer uso de bebidas alcóolicas e nenhum (100%) dos pacientes relatou a pratica de atividades físicas, conforme a Tabela 2.

**Tabela 2 – Hábitos de vida dos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**

Hábitos em saúde		n	%	IC* 95,0%
Fumou?	Sim	32	88,9	(75,7 – 96,1)
	Não	4	11,1	(3,9 – 24,3)
Etilista	Sim	7	19,4	(9,1 – 34,4)
	Não	29	80,6	(65,6 – 90,9)
Atividade Física	Sim	0	0	-
	Não	36	100,0	-

Fonte: Autoria própria \*IC: Intervalo de Confiança

Das comorbidades relatadas pelos pacientes, as principais foram: hipertensão (44,4%), cardiopatia (27,8%), doença tireoidiana (18,8%), diabetes (16,7%), seguida de hepatopatia e nefropatia com 5,9%, ambas apresentaram o mesmo valor, apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3 – Comorbidades apresentadas pelos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**

Comorbidade		n	%	IC* 95,0%
Hipertensão	Sim	16	44,4	(29,2 – 60,6)
	Não	20	55,6	(39,4 – 70,8)
Cardiopatia	Sim	10	27,8	(15,3 – 43,7)
	Não	26	72,2	(56,3 – 84,7)
Doença Tireoidiana	Sim	6	18,8	(8,2 – 34,6)
	Não	26	81,3	(65,4 – 91,8)
Diabetes	Sim	6	16,7	(7,3 – 31,2)
	Não	30	83,3	(68,8 – 92,7)
Hepatopatia	Sim	2	5,9	(1,2 – 17,6)
	Não	32	94,1	(82,4 – 98,8)
Nefropatia	Sim	2	5,9	(1,2 – 17,6)
	Não	32	94,1	(82,4 – 98,8)

Fonte: Autoria própria \*IC: Intervalo de Confiança

Os resultados mostraram que a maior parte dos pacientes, ou seja, 69,4% (n=25) estiveram internação hospitalar prévia nos últimos 12 meses, com uma mediana de tempo de

internamento de 40 dias. Destes, 64,0% (n=16) relataram que a dispneia foi o principal motivo da internação, conforme a Tabela 4 que mostra os motivos de internação.

**Tabela 4 – Motivos de internação hospitalar prévia dos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**

Motivo de Internação	n	%	IC* 95,0%
Dispneia	16	64,0	(44,5 – 80,5)
Derrame Pleural	4	16,0	(5,7 – 33,7)
Pneumonia	2	8,0	(1,7 – 23,3)
Cirúrgico	1	4,0	(0,4 – 17,2)
Dor	1	4,0	(0,4 – 17,2)
Infarto	1	4,0	(0,4 – 17,2)

Fonte: Autoria própria \*IC: Intervalo de Confiança

Com relação ao tempo em que o paciente teve conhecimento de ser portador de uma doença ameaçadora de vida (câncer), 72,2% (n=26) relataram ter o diagnóstico a menos de um ano. Do total de pacientes, 61,1% (n=22) apresentaram estadiamento IV da doença, 36,1% (n=13) estadiamento III e apenas 2,8% (n=1) apresentou estadiamento II. Em 62,9% (n=22), o câncer havia evoluído com metástase. O tratamento quimioterápico foi relatado como feito ou em curso por 48,6% (n=17) dos pacientes e 31,4% (n=11) havia feito ou tinham a radioterapia em curso, conforme a Tabela 5.

**Tabela 5 – Distribuição dos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos segundo tempo de diagnóstico do câncer, estadiamento da doença, metástase, quimioterapia e radioterapia. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**

Indicador		n	%	IC* 95,0%
Diagnóstico de Câncer	<1 ano	26	72,2	(56,3 – 84,7)
	1 a 5 anos	10	27,8	(15,3 – 43,7)
Estadiamento	II	1	2,8	(0,3 – 12,3)
	III	13	36,1	(22,0 – 52,4)
	IV	22	61,1	(44,8 – 75,7)
Metástase	Sim	22	62,9	(46,3 – 77,3)
	Não	13	37,1	(22,7 – 53,7)
Quimioterapia	Sim	17	48,6	(32,7 – 64,7)
	Não	18	51,4	(35,3 – 67,3)
Radioterapia	Sim	11	31,4	(18,0 – 47,8)
	Não	24	68,6	(52,2 – 82,0)

Fonte: Autoria própria \*IC: Intervalo de Confiança

### 8.1.3 Farmacoterapia

A polifarmácia é considerada como uso concomitante de quatro ou mais medicamentos (WHO, 2004), observou-se no estudo que 94,4% (n=34) dos pacientes fizeram uso de quatro ou mais medicamentos.

Sabendo que a maior parte dos pacientes são polimedicados, foi observado que parte dos medicamentos foram adquiridos em farmácias do sistema público de saúde, na qual todos os pacientes adquiriram pelo menos um medicamento no Hospital de Messejana, 76,7% fizeram a compra de parte de seus medicamentos, e desses, 26,7% compraram quatro ou mais medicamentos. Mais da metade dos pacientes, 66,7% tiveram como fonte de obtenção de parte de seus medicamentos na atenção primária à saúde, e com relação à atenção secundária, que no estudo foi considerado como local de dispensação dos medicamentos o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), parece não ter tanta importância na aquisição (Tabela 6).

**Tabela 6 – Distribuição em frequência relativa dos locais de aquisição dos medicamentos utilizados pelos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**

Local de aquisição	Frequência relativa				Total
	1	2	3	4 ou mais	
Hospital de Messejana	30,0%	53,3%	16,7%	0,0%	100,0%
Farmácia comercial	10,0%	20,0%	20,0%	26,7%	76,7%
Atenção primária	20,0%	16,7%	20,0%	10,0%	66,7%
Atenção secundária	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%

Fonte: Autoria própria

Com relação às classes medicamentosas utilizadas pelos pacientes, os grupos apresentaram frequências relativas semelhantes. As classes de medicamentos mais utilizadas foram: inibidores da bomba de próton, opióides fortes e os antiepiléticos, além de outras frequências encontradas em diferentes classes farmacêuticas, como mostra a Tabela 7.

Como a maior parte da população estudada é idosa, a frequência de doenças crônico-degenerativas que acomete essa faixa etária é bem relevante, tendo a necessidade de tratamento simultâneo de diversas condições de saúde. Foi observado na tabela 7, a utilização de classes medicamentosas como os anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e antilipídêmicos, podendo resultar em um regime complexo de medicação, fortalecendo a polifarmácia, que tem grande repercussão sobre a adesão ao tratamento. Isso reforça as comorbidades na qual as mais

relatadas foram hipertensão e cardiopatias (Tabela 3). Além disso, também reforça a polifarmácia o uso de classes medicamentosas que fazem parte das terapias de suporte nos tratamentos quimioterápicos como os laxantes, antieméticos e corticosteroides (Tabela 7).

**Tabela 7 - Distribuição em frequência relativa das classes medicamentosas utilizadas pelos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**

Classes de medicamentos	Grupo com orientação farmacêutica		Grupo sem orientação farmacêutica	
	n	Frequência relativa (%)	n	Frequência relativa (%)
Inibidor de bomba de prótons	22	14,3	8	15,1
Opióides Fortes	20	13,0	8	15,1
Antiepiléticos	13	8,4	7	13,2
Antidepressivo	13	8,4	5	9,4
Anti-hipertensivos	12	7,8	4	7,5
Corticosteroides	11	7,1	2	3,8
Broncodilatadores	10	6,5	2	3,8
Polivitamínicos	9	5,8	2	3,8
Antieméticos	8	5,2	1	1,9
Opióides fracos	7	4,5	1	1,9
Laxantes	6	3,9	3	5,7
Diuréticos	5	3,2	4	7,5
Hipoglicemiantes	4	2,6	1	1,9
Ansiolíticos	4	2,6	0	0,0
Antidislipidêmicos	3	1,9	1	1,9
Analgésicos AINE	2	1,3	2	3,8
Antianêmicos	2	1,3	0	0,0
Anticoagulantes	1	0,6	0	0,0
Hormônio tireoideano	1	0,6	1	1,9
Antiagregante plaquetário	1	0,6	0	0,0
Antagonista nicotínico	0	0,0	1	1,9

Fonte: Autoria própria

Neste estudo foram observados alguns efeitos indesejáveis provocados pela utilização de fármacos pertencentes a três classes farmacêuticas: no grupo sem orientação farmacêutica houve quatro (n = 4) relatos de efeitos indesejáveis e no grupo com orientação farmacêutica houve, igualmente, quatro relatos de efeitos indesejáveis (n = 4). Os efeitos indesejáveis observados foram constipação e delírio com o uso de opióides e sonolência com o uso de antiepilético.

No estudo observou-se que em ambos os grupos, 66,7% dos pacientes, com ou sem orientação farmacêutica, não faziam uso sozinhos de seus medicamentos, necessitando de ajuda do cuidador (Tabela 8).

**Tabela 8 – Dependência dos pacientes oncológicos acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos quanto à utilização dos medicamentos recomendados. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**

Dependência para uso da medicação	Grupo com orientação farmacêutica		Grupo sem orientação farmacêutica	
	n	%	n	%
Sozinho	9	33,3	3	33,4
Acompanhado	18	66,7	6	66,7

Fonte: Autoria própria

#### 8.1.4 Escalas de avaliação

Observou-se que os dados obtidos no início do acompanhamento do paciente no Ambulatório de Cuidados Paliativos referentes ao valor da escala de PPS, para o grupo com orientação farmacêutica, 54,5% (n=12) apresentaram PPS de 50%, com os pacientes necessitando de uma assistência considerável de cuidado. No grupo sem orientação farmacêutica houve a mesma distribuição para os valores de PPS de 50% e de 40% ambos apresentados em 37,5% (n=3) cada um (Tabela 9).

**Tabela 9 – Palliative Performance Scale (PPS) dos pacientes oncológicos no início do acompanhamento ambulatorial. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**

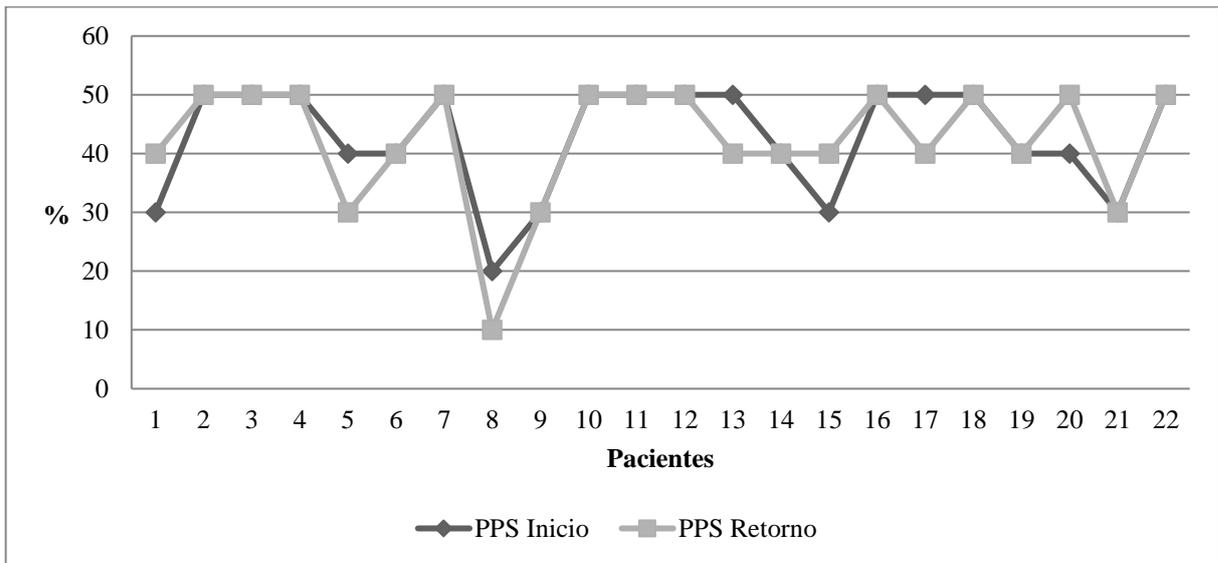
Valor PPS %	Grupo com orientação farmacêutica (n=22)*	Grupo sem orientação farmacêutica (n=8)*
50	54,5% (12)	37,5% (3)
40	22,7% (5)	37,5% (3)
30	18,2% (4)	25,0% (2)
20	4,5% (1)	0% (0)

Fonte: Autoria própria \*Frequência relativa

Conforme os gráficos 3 e 4, em que se observa os valores de PPS no início do atendimento e no retorno separando os grupos pela orientação farmacêutica, afere-se que no grupo com orientação farmacêutica o valor de PPS se manteve em 68,1% (n=15), teve um

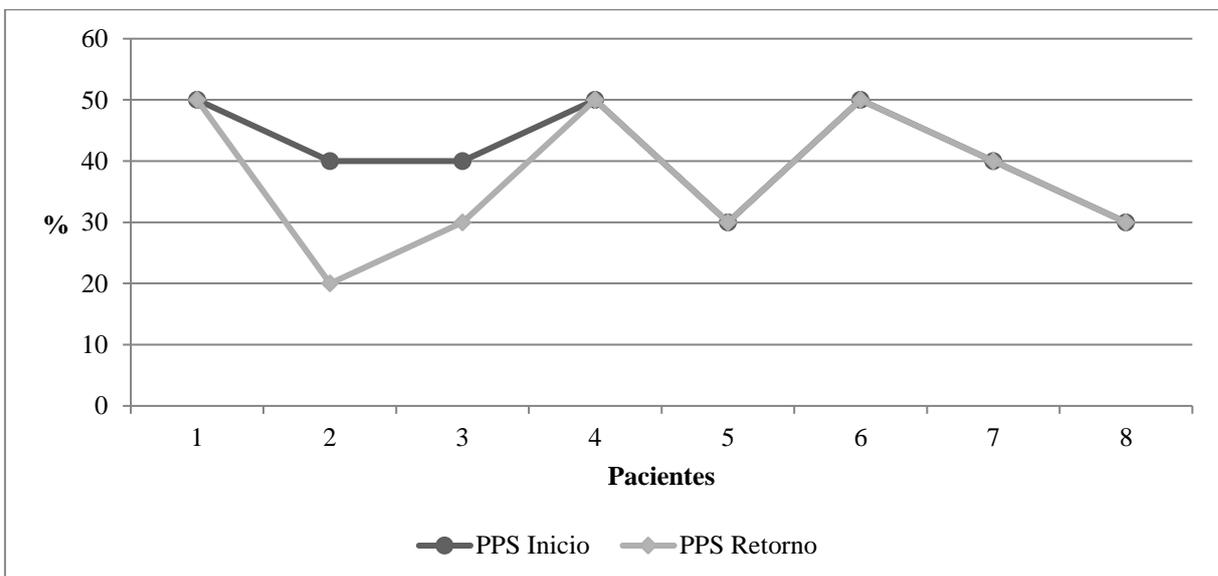
aumento no valor em 13,6% (n=3) e uma diminuição em 18,1% (n=4) e no grupo sem orientação farmacêutica não houve aumento de PPS, o estado funcional do paciente se manteve em 75% (n=6) e 25% (n=2) tiveram um declínio do seu estado funcional.

**Gráfico 3 – Variação da *Palliative Performance Scale* (PPS) avaliada no início e no retorno ambulatorial do paciente oncológico no Grupo com orientação farmacêutica (n=22). Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**



Fonte: Autoria própria

**Gráfico 4 – Variação da *Palliative Performance Scale* (PPS) avaliada no início e no retorno ambulatorial do paciente oncológico no Grupo sem orientação farmacêutica (n=8). Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**

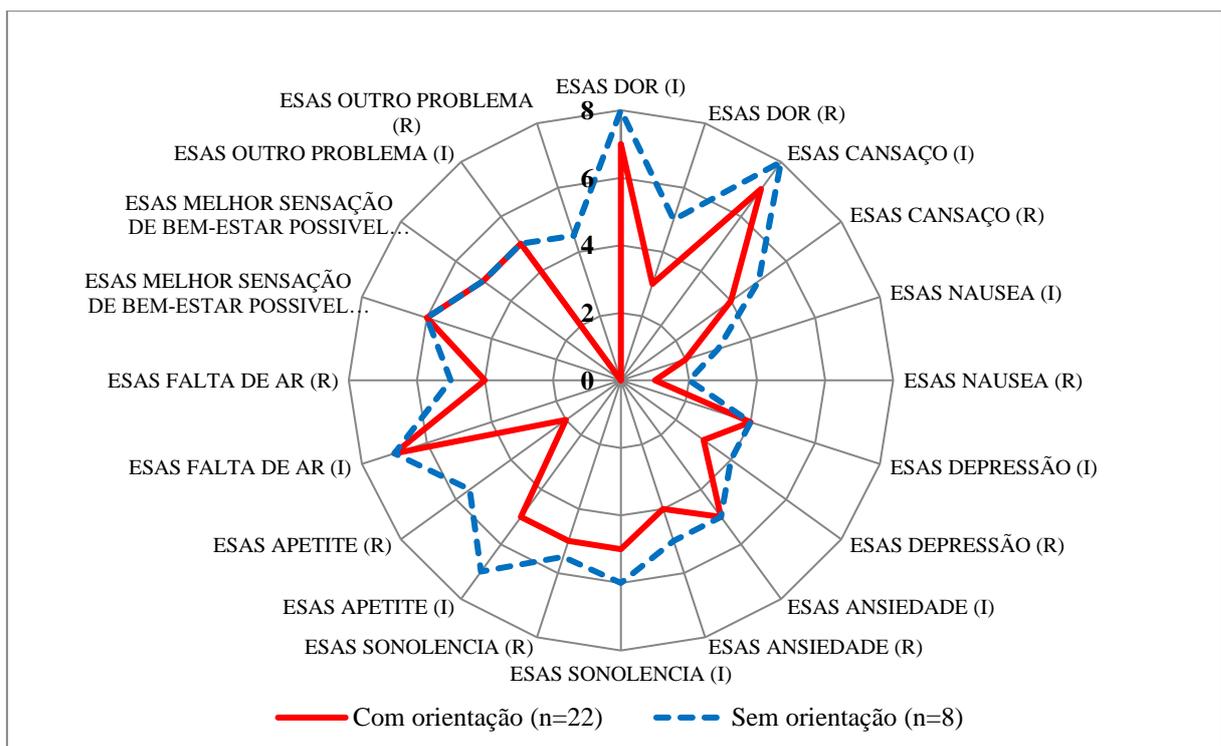


Fonte: Autoria própria

Com relação aos dez sintomas avaliados, por meio da aplicação da escala ESAS, no início do acompanhamento ambulatorial e no retorno dos pacientes durante a consulta farmacêutica para os dois grupos, foi observado que sete sintomas tiveram destaque importante entre os grupos, com diferenças consideráveis nas medianas: ESAS Dor, ESAS Cansaço, ESAS Depressão, ESAS Ansiedade, ESAS Melhor Apetite, ESAS Falta de Ar e ESAS Outro Problema. Neste último, o principal outro problema relatado pelos pacientes no início do acompanhamento ambulatorial foi a constipação, que é um distúrbio muito comum e que compromete bastante os pacientes oncológicos com doença avançada.

No grupo com orientação farmacêutica foi obtido as seguintes medianas: ESAS Dor (início= 7 e retorno = 3) ESAS Cansaço (início = 7 e retorno = 4), ESAS Depressão (início = 4 e retorno = 3), ESAS Ansiedade (início = 5 e retorno = 4), ESAS muito Bom Apetite (início = 5 e retorno = 2), ESAS Falta de Ar (início = 7 e retorno = 4), ESAS Outro Problema (início = 5 e retorno ausência de sintoma). Os sintomas ESAS Náusea, ESAS Sonolência e ESAS Melhor Sensação Possível apresentaram medianas semelhantes entre os grupos (Gráfico 5).

**Gráfico 5 - Variação dos principais sintomas oncológicos nos grupos estudados no início do acompanhamento ambulatorial e no retorno dos pacientes na consulta farmacêutica por meio da aplicação da escala *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS). Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**



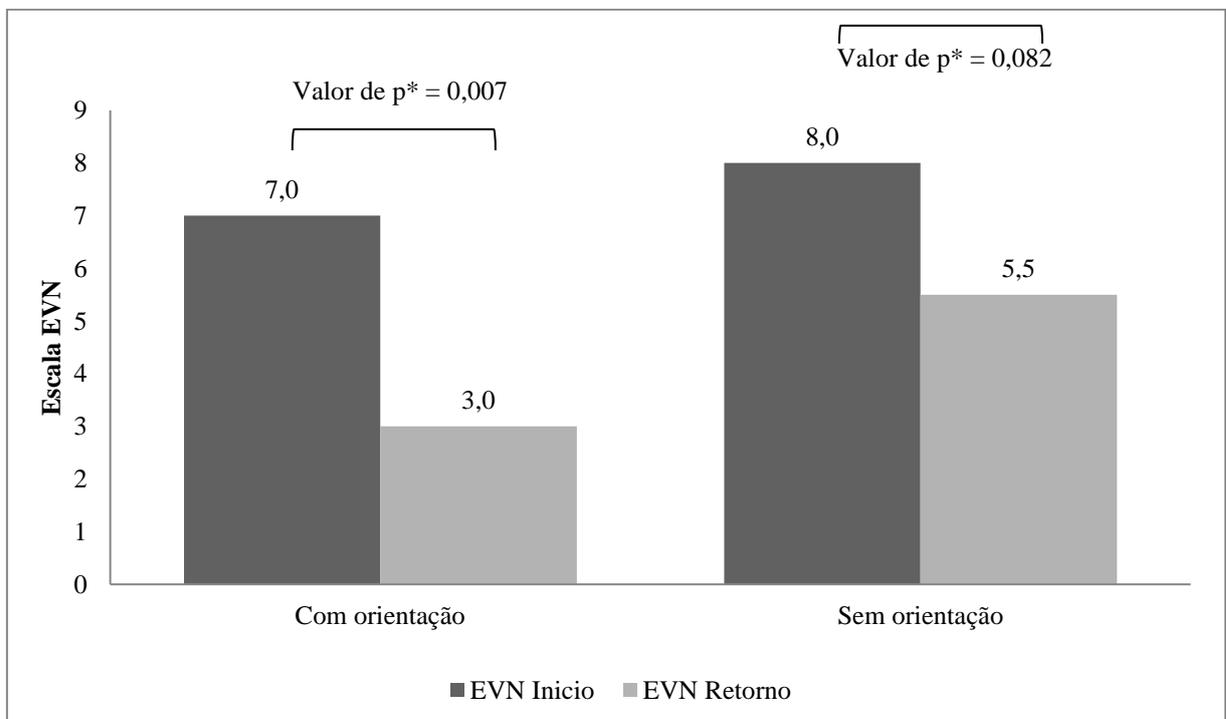
Fonte: Autoria própria. Valores expressos em mediana.

Legenda: I (início do acompanhamento ambulatorial); R (retorno do paciente ao ambulatório);

A escala EVN que descreve a ausência de dor em um de seus extremos (número 0) e o outro a dor insuportável (número 10), como as escalas citadas anteriormente, também foi aplicada no início do acompanhamento ambulatorial durante o acolhimento, e a dor foi reavaliada no retorno durante a consulta farmacêutica. Foi observado que os pacientes no início do estudo no grupo com orientação farmacêutica apresentaram um EVN com mediana 7 (percentil 25% / percentil 75%), o que caracteriza uma dor de forte intensidade, e no grupo sem orientação farmacêutica apresentaram uma mediana 8 (percentil 25% / percentil 75%), também com uma forte intensidade de dor.

No retorno, durante a consulta farmacêutica mediante a aplicação novamente da escala, o grupo com orientação farmacêutica apresentou EVN com mediana 3, caracterizando uma dor leve, foi obtido p-valor igual a 0,007, o que pode estar relacionado essa melhora clínica com as orientações farmacêuticas dadas ao grupo com orientação, fortalecendo assim a adesão ao tratamento. O grupo sem orientação apresentou EVN com mediana 5,5, caracterizando uma dor de intensidade moderada (Gráfico 6).

**Gráfico 6 – Variação da Escala Visual Numérica (EVN) nos grupos estudados no início e após o retorno ambulatorial dos pacientes oncológicos na consulta farmacêutica. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**



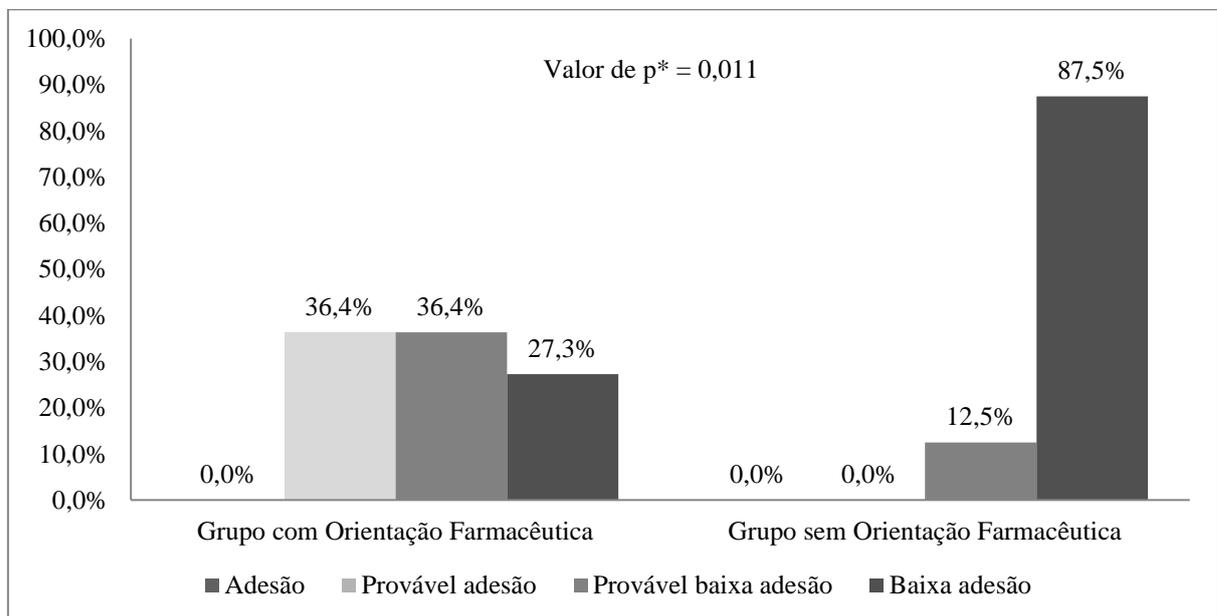
Fonte: Autoria própria. \*p valor significativo < 0,05 teste pareado de McNemar para variável categorizada. Valores expressos em mediana

### 8.1.5 Teste de adesão - BMQ

O teste de adesão BMQ foi aplicado no retorno do paciente após início do acompanhamento ambulatorial, durante a consulta farmacêutica, para ambos os grupos.

Ao avaliar a adesão de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos ao tratamento medicamentoso, em relação à mensuração geral do BMQ (Gráfico 7), nos dois grupos, mostrou-se que ambos os grupos não tiveram escore compatível com adesão ao tratamento. O grupo sem orientação farmacêutica apresentou elevada taxa de baixa adesão, em que 87,5% da amostra alcançou escore maior ou igual a 1 e que no grupo com orientação farmacêutica caiu para 27,3%, e neste mesmo grupo, 36,4% da amostra obteve um escore compatível com provável adesão, indicando que a relação entre orientação farmacêutica e adesão categorizada foi estatisticamente significativo ( $p = 0,011$ ).

**Gráfico 7 – Distribuição dos grupos estudados nas faixas de classificação quanto à mensuração geral do *Brief Medication Questionnaire* (BMQ). Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**



Fonte: Autoria própria. \*p valor significativo  $< 0,05$  teste utilizado na análise estatística Mann-Whitney (variável numérica).

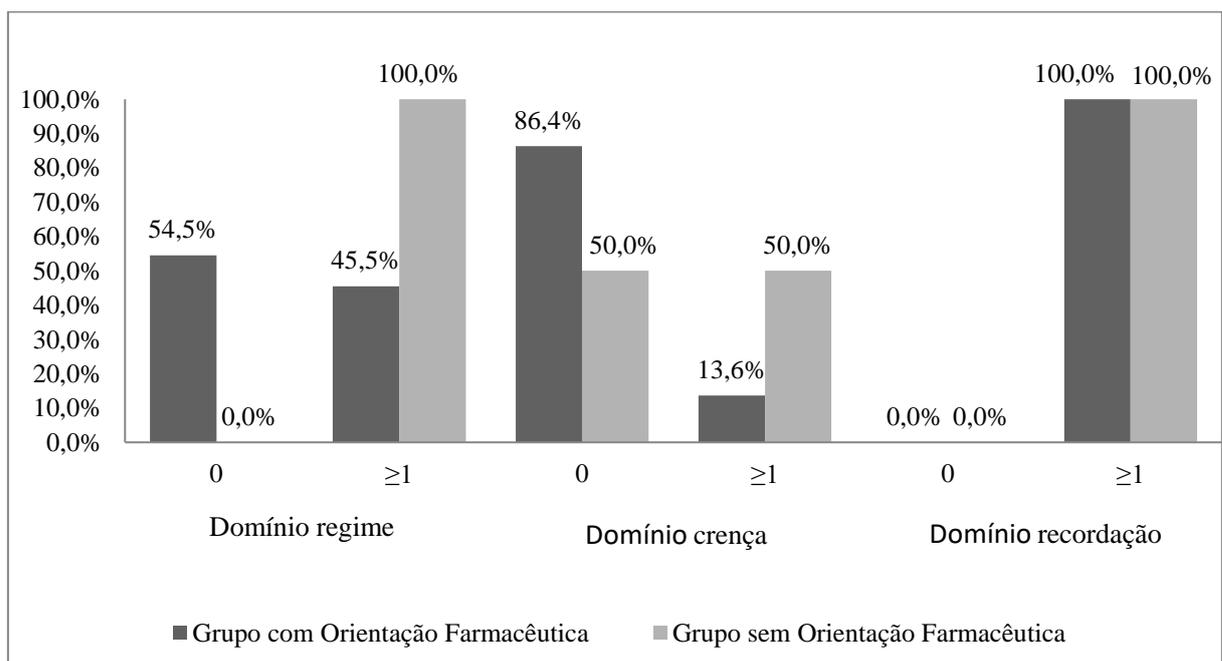
No domínio Regime, o qual abrange as dificuldades do paciente em nomear as medicações e doses utilizadas, além do relato de falha de dias, ou doses, no grupo com orientação farmacêutica 54,5% apresentaram escore compatível com provável adesão (escore = 0) e no grupo sem orientação farmacêutica 100,0% apresentaram barreiras neste estudo

(escore $\geq$ 1), conforme Gráfico 8. Quando relacionado aos dois grupos, a estatística do teste de Mann-Whitney com o valor de p igual a 0,008, apresentou significância, aceitando como resultado a hipótese alternativa, na qual a orientação farmacêutica contribui pra adesão ao tratamento (Tabela 10).

No domínio relacionado às Crenças, que diz respeito à presença ou não de medicamentos que não funcionam bem, ou causam alguma reação adversa, no grupo com orientação farmacêutica a maior parte (86,4%) dos pacientes apresentaram escore compatível com provável adesão (escore = 0) e no grupo sem orientação farmacêutica ficou dividido, pois 50% demonstraram barreiras (escore $\geq$ 1), de acordo com o Gráfico 8. Quando relacionado aos dois grupos, a estatística do teste de Mann-Whitney com o valor de p igual a 0,156, não apresentou significância estatística (Tabela 10).

No domínio de Recordação, que se refere à presença de um esquema de múltiplas doses diárias e o relato de dificuldades para lembrar-se de tomar a medicação, em ambos os grupos, 100,0% obtiveram um escore compatível com não adesão (escore $\geq$ 1), conforme Gráfico 8. Quando relacionado aos dois grupos, a estatística do teste de Mann-Whitney com o valor de p igual a 0,035 apresentou significância, aceitando como resultado a hipótese alternativa, na qual a orientação farmacêutica contribui pra adesão ao tratamento (Tabela 10).

**Gráfico 8 – Distribuição dos grupos estudados nas faixas de classificação do *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) quanto aos domínios Regime, Crença e Recordação. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**



Fonte: Autoria própria. Valor percentual

Conforme a Tabela 10, quanto a mensuração geral do BMQ, no teste estatístico de Mann-Whitney foi obtido p-valor igual a 0,007, indicando que há forte evidência de que os dois grupos Sem orientação farmacêutica e Com orientação farmacêutica, apresentaram diferentes resultados no teste de BMQ na consulta farmacêutica. Isto evidencia que as orientações farmacêuticas (verbais e documentadas) dadas ao grupo com orientação contribuíram com a provável adesão ao tratamento, rejeitando a hipótese nula e aceitando a hipótese alternativa de que a orientação farmacêutica contribui para adesão ao tratamento.

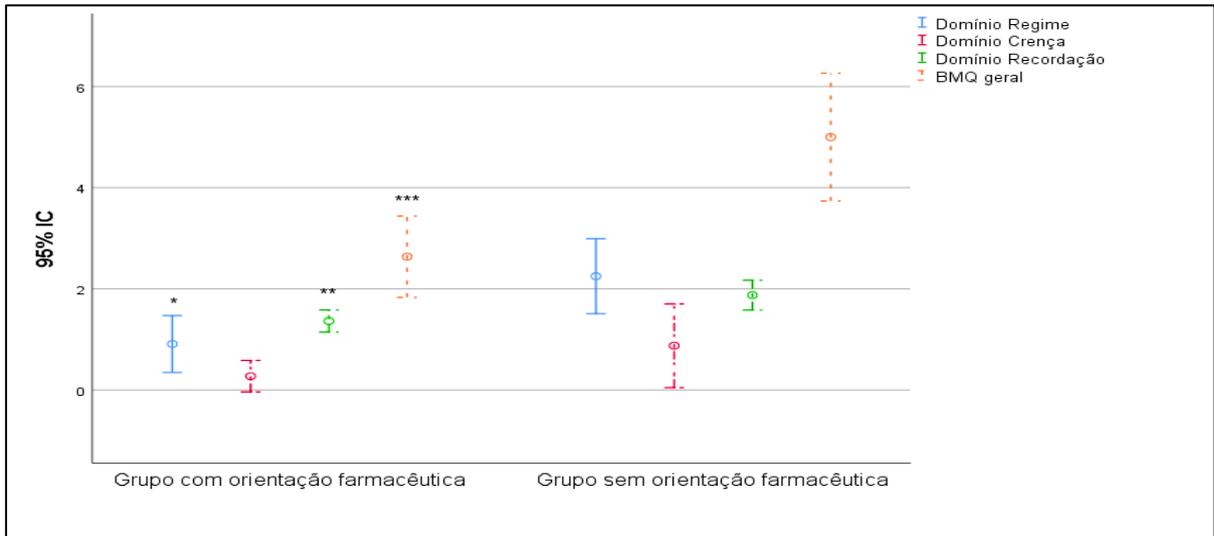
**Tabela 10 – Frequência do escore de adesão das faixas de classificação de cada domínio e do *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) geral nos grupos estudados. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**

Tipo	Frequência		p valor*
	Grupo com Orientação Farmacêutica	Grupo sem Orientação Farmacêutica	
Domínio Regime			0,008
0	12	0	
≥1	10	8	
Domínio Crença			0,156
0	19	4	
≥1	3	4	
Domínio Recordação			0,035
0	0	0	
≥1	22	8	
BMQ			0,007
Adesão	0	0	
Provável adesão	8	0	
Provável baixa adesão	8	1	
Baixa adesão	6	7	

Fonte: Autoria própria. \*p valor significativo < 0,05 teste utilizado na análise estatística Mann-Whitney (variável numérica).

É possível de vê graficamente, de acordo com o gráfico 9, que houve significância entre os grupos estudados nos domínios regime e recordação, além do BMQ geral. No domínio crença, embora não houve diferença significativa entre os grupos, o grupo com orientação farmacêutica teve um valor menor.

**Gráfico 9 – Escore de adesão medicamentosa de acordo com o Teste *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) nos grupos estudados. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**



Fonte: autoria própria. p valor significativo < 0,05 (\*p= 0,008, \*\*p= 0,035, \*\*\*p= 0,007) teste utilizado na análise estatística Mann-Whitney (variável numérica). IC\*= Intervalo de Confiança (95%)

Ao relacionar a adesão ao tratamento medicamentoso com as variáveis sociodemográficas, não houve relação estatística significativa entre elas. Já quando analisada a correlação entre o tempo de diagnóstico, estadiamento da doença e polifarmácia com a adesão ao tratamento medicamentoso, por meio do teste de adesão BMQ (Tabela 11), verificou-se uma correlação positiva entre a polifarmácia com o BMQ (p=0,027), entre o tempo do diagnóstico e o BMQ (p=0,027) e o estadiamento da doença com o BMQ (p=0,032).

**Tabela 11 – Correlação entre escore de adesão medicamentosa *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) e algumas variáveis. Fortaleza-Ce, janeiro a julho de 2018**

Fatores que influenciam na adesão	
Fator	p valor
Sexo	0,335
Idade	0,361
Dependência para uso da medicação	0,241
Tempo de diagnóstico	<b>0,027*</b>
Estadiamento	<b>0,032*</b>
Polifarmácia	<b>0,027*</b>
Aquisição	
HM	0,373
Compra	0,11
Atenção básica	0,206
Atenção secundária	0,223

Fonte: Autoria própria. \*p valor significativo < 0,05 teste utilizado na análise estatística Kruskal-Wallis.

## 9 DISCUSSÃO

O estudo propôs estabelecer o grau de adesão medicamentosa do paciente oncológico em cuidados paliativos à terapia instituída, de acordo com a presença ou ausência da orientação do farmacêutico, ou seja, analisar se o profissional farmacêutico por meio do acompanhamento no plano de cuidado do paciente contribui para a adesão medicamentosa. Como também identificar os fatores que podem interferir na adesão à terapia instituída, para proporcionar estratégias e medidas de suporte capazes de tornar a terapia mais fácil e segura, contribuindo assim na melhoria da qualidade de vida do paciente oncológico em Cuidados Paliativos.

No ambulatório, atenderam aos critérios de inclusão 36 pacientes com diagnóstico de câncer, um número considerado pequeno quando relacionado ao universo de pacientes acompanhados no Hospital de Messejana, que é referência Norte/ Nordeste em pneumologia. Como também, quando comparado com a estimativa mundial da doença, sendo o câncer de pulmão o tipo mais incidente no mundo (1,8 milhão) e o segundo mais frequente em homens (8,7%) no Brasil (INCA, 2018).

A maioria dos pacientes do estudo foi do sexo masculino, semelhante ao dado apresentado pelo INCA na sua última estimativa referente ao biênio 2018-2019, que demonstra uma maior incidência de câncer entre os homens. Na qual, a estimativa mundial em 2012, traz que ocorreram 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos, com um discreto predomínio do sexo masculino tanto na incidência (53%) quanto na mortalidade (57%) (INCA, 2018). Como também foi apresentado num estudo realizado com pacientes com câncer de pulmão, no sul do Brasil, que 71,8% dos pacientes eram homens (GIACOMELLI *et al.*, 2017).

De acordo com a Tabela 1, a maior parte dos pacientes eram casados, relataram ter filhos e residiam acompanhados e neste sentido, os dados encontrados vão na mesma direção de um estudo realizado com 503 pacientes, de perfil de pacientes oncológicos realizado no estado de Rondônia, que aponta uma predominância de 66% de pacientes casados (MOREIRA *et al.*, 2017).

Num estudo realizado com relação às condições de vida e saúde do idoso residente na área urbana de Florianópolis, observou-se que 76% (n= 1705) residiam acompanhados, por apresentarem um grau de dependência considerável (CONFORTIN *et al.*, 2017). Mesmo sendo a maioria dos pacientes casados nos dois estudos, a diferença entre eles pode ser explicada pelo número de pacientes no estudo de Florianópolis.

Os dados demonstram uma maior frequência de idosos, por apresentarem uma faixa etária acima de 60 anos (66,6%), pois estes são os principais consumidores e os maiores beneficiários da farmacoterapia moderna, porém o comprometimento cognitivo é um dos fatores de risco que pode vir a comprometer a adesão ao tratamento medicamentoso. O estudo realizado por Tavares e colaboradores em 2013 avaliou a adesão ao tratamento farmacológico em uma amostra de base populacional de indivíduos com 60 anos ou mais no sul do Brasil, e relatou que algumas barreiras para a adesão são mais comuns em pacientes idosos e devem ser investigadas, pois exigem atenção especial no manejo clínico desses pacientes. Semelhante ao estudo realizado com pacientes com neoplasia pulmonar no sul do Brasil, em que a mediana de idade foi de 65 anos (GIACOMELLI *et al.*, 2017). Segundo Oliveira e colaboradores (2010) e Fabrício (2011), afirmaram que cerca de 75% das neoplasias ocorrem em indivíduos com mais de 60 anos de idade, constituindo a segunda maior causa de morte nesse grupo etário.

Quanto à escolaridade, é um dado que merece destaque, pois pode estar diretamente relacionada com a adesão, sendo identificado que a maioria dos pacientes (63,9%) não concluiu o ensino fundamental e 11,1% eram analfabetos. Fato observado no estudo de Remondi, Cabrera e Souza (2014), em que 63,5% (n= 405) dos participantes também apresentaram um baixo nível de escolaridade. Esse baixo nível de escolaridade contribui para a necessidade de desenvolver medidas diferenciadas de orientação para este grupo de paciente, como novas estratégias de educação em saúde.

Quanto à ocupação profissional, 25% dos pacientes tinha como profissão agricultor, que estava de acordo com o estudo que caracterizou o perfil e os fatores de risco dos pacientes com câncer admitidos num hospital tido como referência no estado de Rondônia, em que 41,31% dos pacientes oncológicos eram trabalhadores rurais. Apesar de o câncer ser considerado uma doença multifatorial, a exposição ambiental dos pacientes a agentes cancerígenos, como os presentes nos agrotóxicos, pode ter relação com a prevalência da profissão relatada pelos pacientes (MOREIRA *et al.*, 2017).

Em vista desse panorama, foram analisados os hábitos de vida da população estudada, na qual se verificou que 88,9% fumaram, por cerca de 45 anos, em torno de 40 cigarros por dia. Referiram não fazer uso de bebidas alcólicas 80,6% dos pacientes e nenhum relatou a prática de atividades físicas. A principal causa de câncer de pulmão é o tabagismo, sendo responsável por, aproximadamente, sete milhões de mortes anuais no mundo, incluindo o câncer. Atualmente, cerca de 85% dos casos diagnosticados do câncer de pulmão, estão associados ao consumo de derivados do cigarro e não restam dúvidas quanto à ação do fumo como um dos principais agente causador dessa patologia, pois quanto maior o número diário de

cigarros e o número de anos em que houve exposição ao fumo, maior o risco de desenvolver câncer de pulmão (INCA, 2018).

No estudo de Silva e colaboradores (2018), que teve como objetivo conhecer o perfil epidemiológico de pacientes com nódulos pulmonares em acompanhamento ambulatorial, 63,3% (n=143) dos pacientes relataram ter história de tabagismo, atual ou prévia. Já o estudo em que foi feito um levantamento dos hábitos de vida e fatores associados à ocorrência de câncer de tabagistas no Mato Grosso do Sul, Brasil, os resultados em relação aos tabagistas fumantes (n=478) foram de 41% para os que começaram a fumar com idades entre 11 e 15 anos e 37,3% referiram não ter a necessidade do consumo de bebidas alcólicas (FEITOSA *et al.*; 2011). A não realização de atividade física pelos pacientes do estudo pode está relacionada as suas limitações físicas, por apresentarem uma doença ameaçadora da vida.

Hipertensão (44,4%) e cardiopatia (27,8%) foram as comorbidades mais relatadas no estudo pelos pacientes, a ocorrência simultânea de múltiplas patologias associadas ao envelhecimento pode ter grande repercussão sobre a adesão ao tratamento. Tais resultados condizem com um estudo realizado com 200 pacientes em um hospital de referência oncológica do estado do Pará, Brasil, que descreveu o perfil clínico-epidemiológico de idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica, quando analisado em relação à presença de outras doenças, 61,0% afirmaram possuir outras comorbidades, e dessas, a hipertensão representou 42,5% dos casos (SANTOS *et al.*; 2017).

No estudo de Tavares e colaboradores (2013) que avaliou a adesão ao tratamento farmacológico em uma amostra de base populacional de indivíduos com 60 anos ou mais no sul do Brasil, metade dos idosos referiu ter duas ou mais morbidades, na qual as mais frequentes foram: hipertensão arterial (55,3%), problema na coluna (37,4%), problema no coração (29,6%) e diabetes (15,1%).

No estudo foi identificado que a maioria dos pacientes (69,4%) relatou internação hospitalar prévia nos últimos 12 meses. Contudo, vale ressaltar que os pacientes do estudo por estarem em Cuidados Paliativos e apresentarem sinais e sintomas de difícil controle, a internação muitas vezes é necessária para otimização do cuidado.

A maior parte dos pacientes (72,2%) do estudo relatou terem tido o diagnóstico de câncer a menos de um ano, já com estágios avançados da doença, pois 61,1% apresentaram estadiamento IV e 36,1% estadiamento III, fora de possibilidade de tratamento curativo. Esses estágios avançados da doença podem vir a comprometer a adesão ao tratamento medicamentoso, já que a data do diagnóstico é um momento de crise vivenciado pelos pacientes e seus familiares. O tratamento quimioterápico foi relatado como feito ou em curso por 48,6%

dos pacientes e 31,4% havia feito ou tinham a radioterapia em curso. No estudo que descreve os pacientes sob cuidados paliativos oncológicos e assistência farmacêutica, foi relatado que o tempo de conhecimento do diagnóstico variou entre 2 meses – caso mais frequente dos pacientes com câncer de colo de útero – e vinte anos - caso mais comum em pacientes com câncer de próstata (BARBOSA, 2011).

Tais achados condizem com o estudo de revisão que analisou o câncer de pulmão no Brasil, e relata que assim como ocorre em países desenvolvidos, o câncer pulmonar de células não pequenas (CPCNP) no Brasil é geralmente diagnosticado em estágios avançados e apresenta baixas taxas de sobrevida. No geral, aproximadamente 70,0% dos pacientes apresentam doença localmente avançada ou metastática (estágio III e IV, respectivamente). De acordo com um grande banco de dados de casos de câncer no estado de São Paulo, apenas 8,8% dos 20.850 pacientes com câncer de pulmão registrados no sistema entre 2000 e 2010 apresentavam doença no estágio I (ARAÚJO *et al.*, 2018). Como também foi apresentado num outro estudo realizado com 103 pacientes com câncer de pulmão, no sul do Brasil, nos casos registrados, 18,4% apresentava estágio avançado IV e 13,6% estavam no estágio III da doença, ambos fora de possibilidade terapêutica cirúrgica (GIACOMELLI *et al.*, 2017).

A demora no diagnóstico de câncer em geral e, em particular, de câncer de pulmão é um dos principais desafios enfrentados no Brasil. Não há informações suficientes a respeito do tempo necessário para que um indivíduo com sintomas suspeitos receba o diagnóstico de câncer de pulmão, visite um serviço terciário de saúde e inicie a terapia. No entanto, a alta taxa de diagnósticos em estágio tardio, a baixa frequência de pacientes que recebem terapia com intenção curativa e o grande número de pacientes que não recebem tratamento voltado à doença refletem significativo atraso e ineficiência do processo diagnóstico, pelo menos no sistema público de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2018).

O presente estudo observou elevada prevalência (94,4%) do uso de quatro ou mais medicamentos, o que caracterizou a polifarmácia. É considerada uma barreira na adesão medicamentosa que contribui para o aumento do risco e da gravidade das reações adversas a medicamentos (RAM), porém como os pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos apresentam muitos sintomas associados, se faz necessário muitas vezes à utilização de vários medicamentos para mantê-lo confortável. Semelhante ao estudo de Barbosa (2011), que relatou a alta incidência de polifarmácia e levanta a necessidade de atenção às informações e orientações quanto ao uso de medicamentos, uma vez que a polifarmácia muitas vezes não pode ser evitada. O mesmo foi observado num estudo transversal, que identificou a farmacoterapia paliativa em 31 pacientes oncológicos hospitalizados em Campina Grande – PB., em que foi

constatado que cerca de 69% dos pacientes faziam o uso de cinco ou mais medicamentos caracterizando a polifarmácia (VIEIRIA *et al.*, 2015).

Estudo realizado no sul do Brasil identificou elevada prevalência de uso de medicamentos entre os idosos, e dentre os que referiram tomar pelo menos um medicamento diariamente, mais da metade utilizava três ou mais medicamentos (média = 3 medicamentos; DP = 1,9; máximo= 14) (TAVARES *et al.*, 2013).

O número de medicamentos prescritos está diretamente ligado à adesão ao tratamento, visto que em terapias com menor número de medicamentos há chance de maior adesão ao tratamento pelo paciente (MAGGIORE; GROSS; HURRIA, 2010).

Com relação aos locais de aquisição dos medicamentos prescritos, conforme Tabela 6, foi observado no estudo que nenhum paciente adquire os seus medicamentos em sua totalidade no serviço público de saúde, pelo fato de serem muito polimedicados, a aquisição é feita em partes, tendo a necessidade da compra de alguns medicamentos para o controle dos sinais e sintomas que comprometem os pacientes, por motivo de falta no serviço público ou não padronização destes. Vai ao encontro com o estudo realizado por Tavares e colaboradores (2013), que avaliou a adesão ao tratamento farmacológico em uma amostra de base populacional de indivíduos com 60 anos ou mais no sul do Brasil, e identificou elevada prevalência de uso de medicamentos nessa faixa etária e quando perguntados sobre como conseguiam os medicamentos na maioria das vezes, 37,4% relataram que conseguiam no posto de saúde, 45,0% compravam seus medicamentos e 17,5% conseguiam parte no posto de saúde e parte tinha que comprar.

De acordo com a Tabela 7, foi relatado o uso de muitos medicamentos pelos pacientes, que para um melhor entendimento foram divididos em classes medicamentosas. Dentre as classes medicamentosas utilizadas, requer uma maior atenção para os opióides fortes e fracos e o antiepilético, pois fazem parte da terapêutica instituída para o controle de sintomas e manutenção da qualidade de vida dos pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos. A dor acomete cerca de 90% dos pacientes com câncer, por se tratar de algo mais subjetivo, muitas vezes são necessários várias abordagens farmacológicas e um monitoramento rigoroso do paciente, como recomendado pela OMS, por meio da escada de analgesia. Os opióides fortes apresentaram frequência parecida nos dois grupos, o antiepilético utilizado foi a gabapentina 400mg com indicação de dor neuropática com uso em 8,4% no grupo com orientação farmacêutica e 13,2% no grupo sem orientação farmacêutica, a frequência encontrada nos opióides fracos foi maior (4,5%) no grupo com orientação farmacêutica.

Vieira e colaboradores (2015), relatou em seu estudo, que dentre os dez medicamentos mais utilizados no tratamento paliativo dos pacientes hospitalizados na clínica oncológica, o mais prescrito foi o omeprazol e na classe dos analgésicos foram utilizados desde dipirona sódica até morfina, analgésico opióide potente, dados semelhantes ao nosso estudo quanto à distribuição das classes medicamentosas. Importante destacar também as os medicamentos utilizados nas terapias de suporte no tratamento quimioterápico como os antieméticos, corticosteroides e laxantes, que contribuem bastante para a melhora clínica do paciente oncológico.

Foram observados alguns efeitos indesejáveis provocados pela utilização de fármacos pertencentes a três classes farmacêuticas: opióides fortes, opióides fracos e antiepiléticos, na qual a frequência desses efeitos foi a mesma em ambos os grupos (n=4). No estudo de pacientes sob cuidados paliativos oncológicos e assistência farmacêutica esse número foi bem diferente, pois foi relatado que apesar da importância do medicamento para a melhoria da qualidade de vida e alívio da dor, em torno de 48,5% dos entrevistados relataram já terem sentido/presenciado alguma reação adversa aos medicamentos prescritos (BARBOSA, 2011).

No estudo observou-se que em ambos os grupos, os pacientes relataram não fazer uso sozinhos de seus medicamentos, necessitando de ajuda do cuidador para tomada destes, um fator que merece atenção quando relacionado a adesão ao tratamento medicamentoso, pois o papel do cuidador na linha de cuidado do paciente oncológico é de extrema importância. Na atualidade há uma tendência para que os cuidados com os doentes sejam transferidos para a família, o que, principalmente nos casos de câncer avançado, gera sobrecarga para aqueles que se responsabilizam pelo cuidado. No estudo de pacientes sob cuidados paliativos oncológicos e assistência farmacêutica relatou-se que 56% dos pacientes da unidade IV do INCA conta com pelo menos mais uma pessoa auxiliando nesta tarefa e alguns pacientes chegam a ter 11 pessoas se revezando na prestação de cuidados (BARBOSA, 2011).

A escala PPS é um instrumento validado e amplamente utilizado dentro da medicina paliativa, para acompanhar a curva evolutiva da doença, trazendo subsídios para tomada de decisão, previsão de prognóstico e definição de terminalidade. Isso contribui para elaboração de um plano de cuidado, embora saibamos que a evolução natural da doença será inevitável e o declínio funcional do paciente irá acontecer gradativamente.

De acordo com a Tabela 9, percebemos que no início do acompanhamento do paciente no ambulatório de Cuidados Paliativos, o PPS foi de 50% para a maioria dos pacientes no grupo com orientação farmacêutica. E no outro grupo observou-se a mesma variação no valor de 50% e 40%.

Após o retorno do paciente ao ambulatório e seu acompanhamento com o farmacêutico, foi observado que no grupo com orientação farmacêutica o valor de PPS aumentou ou foi mantido na maioria dos casos. Isso representa uma melhora do estado funcional dos pacientes, o que reforça que a orientação farmacêutica proporciona uma melhor adesão ao tratamento, levando a um controle de sintomas e conseqüentemente a um maior conforto para desenvolver atividades de sua rotina diária. Contrário ao outro grupo que teve permanência ou declínio do seu estado funcional (Gráficos 3 e 4).

Sobre a avaliação da funcionalidade, foi encontrado na literatura dados parecidos com o nosso estudo, em um estudo realizado na região sul do Brasil, que teve como objetivo determinar o perfil clínico-epidemiológico e a funcionalidade de pacientes internados sob cuidados paliativos em um hospital geral de ensino, em que na 1ª etapa (pré-hospitalar) a PPS foi estável em 48,4% (70% - 100%) dos pacientes, de transição em 45,2% (40% - 60%) e de final de vida, 6,5% (40% - 60%) e na 2ª etapa (primeira avaliação paliativista) da pesquisa, esses números foram respectivamente 29%, 32,3% e 38,7% (MEDEIROS *et al.*, 2014).

A ESAS é uma escala que contribui na identificação, quantificação e documentação da necessidade de intervenções, avaliando sua eficácia ou identificando a necessidade de novas intervenções, possibilitando assim um cuidado diferenciado para cada paciente. Com relação aos dez sintomas avaliados pela aplicação dessa escala, a diferença da mediana para sete sintomas, foi considerável entre os grupos, como mostra o Gráfico 5, já que esses sintomas tanto físicos quanto psicológicos, frequentemente encontrados em pacientes oncológicos, causam intenso sofrimento, incapacidade funcional e prejuízos à qualidade de vida. Quando diminuem em intensidade, proporcionam uma melhora clínica importante, evitando, por exemplo, uma hospitalização, que é algo temido pelos pacientes oncológicos.

No grupo com orientação farmacêutica houve uma melhora clínica considerável, a partir do controle dos sintomas físicos e psicológicos, o que evidencia o resultado esperado do uso da terapia medicamentosa instituída de maneira segura e racional baseada na orientação farmacêutica, intervindo para melhorar o cuidado, o conforto e o alívio do sofrimento dos pacientes e fortalecendo a adesão ao tratamento medicamentoso.

Um fato relevante do estudo foi que no grupo com orientação farmacêutica, o sintoma ESAS outro problema teve a escala zerada quando foi aplicada durante a consulta farmacêutica no retorno do paciente ao ambulatório. Ou seja, houve ausência de sintoma, que no caso do estudo teve como principal relato pelos pacientes a constipação. É um dos sintomas mais comuns, que debilita bastante os pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos em uso de analgésicos opióides. Deve ser tratada da forma mais precoce possível, pois pode se tornar

muito intensa e gerar grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, levando até mesmo a descontinuação do tratamento instituído. Com isso, a orientação farmacêutica, para minimizar esse sintoma, reforça o uso de laxantes de maneira precoce e fortalece a importância do uso dos analgésicos prescritos, contribuindo para adesão ao tratamento medicamentoso.

Para Lima e Pereira (2017), a comunicação sobre a constipação deve ser fortalecida logo no início do tratamento com opióides entre os interessados, tornando os pacientes sujeitos comprometidos com a própria gestão da dor para evitar essa condição. Por meio de um acompanhamento periódico e da precocidade do tratamento dietoterápico (com orientações dietéticas e estímulo à mudança dos hábitos alimentares) e do medicamentoso (com prescrição de opióides ajustados de acordo com as alterações de dor ou efeitos adversos no paciente, e estímulo ao uso de laxantes) para proporcionar conforto abdominal e autocuidado nos pacientes, com consequente redução nos custos do tratamento.

No estudo de Marmo e colaboradores (2012), observou-se que no momento que os profissionais da saúde direcionam a atenção para diagnóstico, acompanhamento e tratamento da constipação intestinal, resulta numa melhor adesão aos laxantes recomendados, interferindo positivamente no manejo da doença.

Os resultados obtidos por meio da aplicação da escala ESAS vão de encontro ao estudo que teve como objetivo realizar revisão integrativa acerca da avaliação dos profissionais de saúde e pacientes quanto ao uso dessa escala em pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos. Este relata que a ESAS por contemplar os nove sintomas mais evidentes em Cuidados Paliativos tende a amenizar esses problemas, pois é possível tratá-los e acompanhar os resultados em relação à terapêutica aplicada. Sendo um instrumento válido para controle e manejo dos sintomas por ser considerada uma escala fácil, simples e rápida de ser aplicada (MONTEIRO; KRUSE; ALMEIDA, 2010).

Como a dor é considerada pela OMS o quinto sinal vital, é o sintoma que mais recebe atenção pela sua prevalência. Foi observado no estudo que no retorno dos pacientes ao ambulatório, após a aplicação da EVN para os dois grupos, a intensidade da dor relatada pelos pacientes melhorou. O Gráfico 6 mostra uma diminuição da mediana de 7 para 3 no grupo com orientação farmacêutica, representando uma dor de leve intensidade, essa diferença é fundamental para o paciente se sentir mais confortável com a melhora clínica e o alívio desse sintoma angustiante. Este fato que pode estar ter associado a adesão ao tratamento medicamentoso. No grupo sem orientação farmacêutica a mediana de 5,5 no retorno dos pacientes, representa uma dor de intensidade moderada que ainda compromete a funcionalidade do paciente oncológico em Cuidados Paliativos, necessitando de intervenções.

O que corrobora com o estudo de revisão narrativa da literatura que teve como objetivo identificar as repercussões orgânicas, emocionais e psíquicas prevalentes em pacientes com dor aguda e dor crônica e pontuar os principais instrumentos de avaliação para essas dores. Ele conclui que é importante que a avaliação da dor crônica requer uma análise multidimensional, e a opção por uma ou outra escala deverá estar sustentada pelas possibilidades reais de uso clínico prático, que permitem avaliar a questão algica de forma mais complexa e abrangente promovendo o alívio da dor, a busca da qualidade e a minimização de riscos (SALLUM; GARCIA; SANCHES; 2012).

Para Rabelo e Borella (2013), as escalas de mensuração da dor aliadas ao protocolo preconizado pela OMS tem-se mostrado instrumentos essenciais para o uso racional de medicamentos, o que contribui para a definição da terapêutica medicamentosa mais adequada ao paciente. Isso garante que seja avaliado aquilo que o paciente vivencia, e não o que o profissional julga que seja sentido, e que o papel do profissional farmacêutico, por meio de suas habilidades e conhecimentos, torna-se uma ferramenta importante ao analisar a coerência entre estes dados coletados pela equipe de enfermagem e a prescrição realizada pelo profissional médico. Assim, é avaliado o uso adequado dos protocolos estabelecidos pela OMS, garantindo melhor qualidade no manejo da dor ao paciente no final de sua vida.

Quanto ao teste de adesão BMQ, a soma geral do BMQ foi estatisticamente significativo ( $p= 0,007$ ) no estudo para o grupo com orientação farmacêutica, indicando que a orientação farmacêutica contribui para adesão ao tratamento. Tanto para o domínio Recordação quanto para o domínio Regime, ambos apresentaram significância estatística para o grupo com orientação farmacêutica, reforçando que a orientação farmacêutica é eficaz e contribui para adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso. Isso leva a um controle dos sintomas físicos e psicológicos dos pacientes, repercutindo numa melhora clínica e auxiliando o paciente oncológico em Cuidados Paliativos a viver com melhor qualidade de vida. Por meio do acompanhamento farmacoterapêutico desses pacientes de maneira individualizada e humanizada, da promoção do estabelecimento da dignidade e da autonomia destes, mostrando a importância do profissional farmacêutico no aumento da resolutividade terapêutica.

Quanto ao domínio Recordação, que significa a dificuldade em lembrar a tomada dos medicamentos, foi observado que não houve adesão em ambos os grupos, o que reforça a tabela 8 que evidencia que a maioria dos pacientes não faz uso sozinho de seus medicamentos, tendo a necessidade de um acompanhante para isto. Já que a maioria desses pacientes apresentou uma idade avançada eles podem vir a ter dificuldades de recordação do uso dos medicamentos, o que reforça a necessidade de estratégias que melhorem os processos de

educação em saúde, a partir de um acompanhamento periódico pelo farmacêutico, considerando o paciente como um indivíduo único, com suas crenças e valores.

O domínio Crença não foi significativo estatisticamente ( $p= 0,156$ ). Este domínio está relacionado a presença ou não de medicamentos que não funcionam bem e como poucos pacientes em ambos os grupos fizeram este relato, este fato pode ter levado ao resultado. Outro fato importante neste domínio é o paciente crer e acreditar no medicamento proposto, mesmo com tantos mitos com relação aos opióides, reforçando que o farmacêutico a partir do seu acompanhamento contribui para o uso racional e seguro dos medicamentos, fortalecendo assim a adesão ao tratamento.

Isso vai de acordo com o estudo realizado no Hospital do Câncer IV do Instituto Nacional do Câncer, no estado do Rio de Janeiro em 2012, que teve como objetivo observar a relação entre o fornecimento da orientação farmacêutica e a adesão ao tratamento em Cuidado Paliativo Oncológico. Encontraram como resultado a estatística do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney foi  $W=289$  e o  $p$ -valor igual a  $0,001376$  indicando que há forte evidência de que os dois grupos Controle e Estudo apresentam diferentes resultados no teste de adesão Morisky na 3ª consulta. Isto evidencia que após as consultas e orientações dadas ao grupo de estudo houve aumento na adesão ao tratamento. Este estudo mostrou que o grupo de pacientes que receberam orientação sobre o uso de medicamentos pelo farmacêutico pode descrever melhor os medicamentos utilizados e teve a adesão ao tratamento aumentada (NOGUEIRA, 2017).

Tais resultados são confirmados pela literatura, quando Drudge-Coates (2010) relata que a interação com profissionais de saúde possibilita alívio de sofrimento e maior qualidade de vida para pacientes com câncer avançado e múltiplas metástases ósseas. Cutler e Everett (2010) discutem sobre o potencial da orientação correta para o uso de medicamentos na consecução da adesão dos pacientes ao tratamento.

Ao analisar a correlação entre as variáveis, verificou-se moderada correlação positiva entre a polifarmácia com a adesão ( $p=0,027$ ) e o tempo do diagnóstico e a adesão ( $p=0,027$ ). O tempo de diagnóstico é um fator que interfere na adesão, pois é um momento de crise que se instala no paciente e na família diante da descoberta de doenças que ameaçam a continuidade da vida. Relacionando com a literatura que revela que é um momento angustiante de negatividade e questionamentos, e tanto a antecipação da perda, quanto a morte iminente, são concorrentes da desorganização do equilíbrio familiar, na qual a comunicação paciente-equipe-família é essencial na construção da compreensão do câncer e seu tratamento (FURTADO; LEITE, 2017).

O que corrobora com o estudo realizado no Hospital do Câncer IV do Instituto Nacional do Câncer, no estado do Rio de Janeiro em 2012, na qual dentre os resultados obtidos neste trabalho, foi possível observar que o grande número de medicamentos não é impeditivo de adesão, mas uma grande barreira, sendo necessário agregar outras estratégias para que o paciente consiga cumprir o plano terapêutico (NOGUEIRA, 2017). A polifarmácia dificulta a adesão, porém com orientação sobre o uso dos medicamentos a melhora na adesão foi alcançada.

Constatou-se, ainda, fraca correlação positiva entre o estadiamento da doença com a adesão ao tratamento ( $p=0,032$ ), quanto mais avançada a doença, mais limitada a capacidade funcional do paciente, relacionada a associação da funcionalidade com o aumento da idade e a necessidade de recebimento de assistência domiciliar, vindo a comprometer a adesão ao tratamento.

Vai ao encontro com o estudo que avaliou a adesão ao tratamento farmacológico em uma amostra de base populacional de indivíduos com 60 anos ou mais no sul do Brasil, na qual cerca de 1/3 dos idosos que utilizavam medicamentos apresentaram baixa adesão ao tratamento. Estavam estatisticamente associados, dentre outros, possuir incapacidade instrumental para a vida diária e usar três ou mais medicamentos ( $p < 0,001$ ), a polimedicação, aliada aos problemas relacionados às propriedades cognitivas, dificultam a adesão ao tratamento pelos idosos (TAVARES *et al.*, 2013).

## **10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Como limitação do estudo, observa-se que além da ausência de um consenso sobre o método ideal para avaliação da adesão ao tratamento, a variedade de métodos empregados na literatura dificulta a comparação com outros estudos e dificulta o próprio desenvolvimento metodológico. Outro fator limitante seria a utilização de autorrelato no Teste BMQ para medir a adesão ao tratamento medicamentoso, o que está sujeito a erro de recordatório podendo implicar em certo grau de imprecisão das estimativas obtidas, somando-se a realização do estudo apenas em um único centro.

Não foi possível a realização de outro método de avaliação da adesão ao tratamento, como a contagem de medicamentos, devido a mudanças frequentes de esquemas medicamentosos, além da limitação na participação dos pacientes nesta ação.

## 11 CONCLUSÃO

Neste estudo, percebeu-se que o cuidado farmacêutico na orientação sobre o uso de medicamentos, influenciou positivamente para o aumento significativo nos níveis de adesão ao tratamento entre pacientes. A metodologia empregada também foi capaz de comprovar o aumento na adesão ao tratamento, por meio do acompanhamento farmacêutico, demonstrando que a informação ajudou nos resultados da terapia.

Observou-se que, os principais fatores que interferiram significativamente na adesão dos pacientes, neste estudo, foram a polifarmácia, o tempo de diagnóstico e o estadiamento da doença. Embora os fatores sócios demográficos, como mostrados em outros estudos, são relevantes nesta pesquisa, não se apresentaram significativos.

A utilização da escala ESAS demonstrou ser um importante instrumento de monitoramento para o controle dos principais sintomas apresentados pelos pacientes oncológicos. Contribuindo de forma positiva na melhora clínica, mostrando, sobretudo uma diferença relevante entre aqueles que receberam orientação farmacêutica quando comparados aos que não receberam, reforçando a importância da presença do farmacêutico como membro da equipe multiprofissional. O conhecimento sobre os medicamentos e a utilização de métodos adequados de acompanhamento, como a aplicação das escalas de avaliação do paciente e observação do seu relato, podem trazer grandes benefícios à terapêutica.

A condição de funcionalidade do paciente é um fator determinante na sua dependência terapêutica, ou seja, quanto maior a funcionalidade menor a dependência. Este dado foi demonstrado com a aplicação da escala PPS, em que houve um aumento do estado funcional em parte dos pacientes pertencentes ao grupo com orientação farmacêutica.

Os achados da presente investigação reforçam a necessidade da inserção do profissional farmacêutico como membro ativo da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com doenças ameaçadoras de vida, possibilitando assim a adoção de estratégias voltadas para necessidades individuais específicas por meio de seus conhecimentos e habilidades.

A atuação clínica do farmacêutico, é importante na garantia do acesso e uso seguro dos medicamentos, assim como na otimização da farmacoterapia, fortalecendo a adesão ao tratamento e minimizando custos. Com essa atenção prestada, o farmacêutico humanístico seria capaz de tornar mais leve a vida de quem sofre com uma doença tão difícil como o câncer.

Outros estudos devem ser desenvolvidos nesta área para que se aprimore a oferta de informações aos pacientes e cuidadores, bem como estruture melhor metodologia para que

todos os pacientes atendidos pelo serviço possam ser atendidos, com número adequado de profissionais disponíveis para tal.

## REFERÊNCIAS

- AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). 1996. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/Substancia/ATC.htm/>. Acesso em: 22 abr. 2019.
- AGRA, Glenda et al. Constipação em pacientes com doença oncológica avançada em uso de opioides. **Mundo Saúde**, v. 37, n. 4, p. 472-8, 2013.
- AL-RASHED, S.A. *et al.* The value of inpatient pharmaceutical counselling to elderly patients prior to discharge, **J Clin Pharmacol**, v. 54, p. 657-664, 2002.
- AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY. Cancer care during the last phase of life. **Journal of Clinical Oncology**., v. 16, p. 1986-1996, 1998.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006. 60p. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/historia-dos-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 2 fev. 2018.
- ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://paliativo.org.br/ancp/onde-existem>. Acesso em: 6 ago. 2018.
- ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>. Acesso em: 6 set. 2018.
- ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>. Acesso em: 2 abr. 2019.
- ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/historia-dos-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 30 mar. 2019.
- ARAUJO, Luiz Henrique *et al.* Lung cancer in Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n. 1, p. 55-64, 2018.
- BAÈRE, Thais Delmonte; FAUSTINO, Andréa Mathes; MIRANDA, Alexandre Franco. A importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos. **Revista Longeviver**, 2017.
- BARBOSA, Maria Fernanda. **Pacientes sob cuidados paliativos oncológicos e utilização de medicamentos: perfil e satisfação**. 2011. Dissertação, 2011.
- BEN, Angela Jornada; NEUMANN, Cristina Rolim; MENGUE, Sotero Serrate. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 279-289. Epub Feb 14, 2012. ISSN 1518-8787. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>.

- BENDER, J.L. *et al.* What patients with cancer want to know about pain: a qualitative study. **Journal of Pain and Symptom Management**. v. 35, n. 2, p. 177-187, 2008.
- BRAGA, Sonia Faria Mendes et al. Patient survival and risk of death after prostate cancer treatment in the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 46, 2017.
- BRINCOLA, S.A.P.C. Papel do farmacêutico clínico na equipe de cuidados paliativos. *In: Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos*, 5. Parte. Rio de Janeiro: Editora Diagraphic, p. 224-226, 2009.
- BROOKSBANK, M. **Palliative care**: where have we come from and where are we going? v. 144, n. 3, p. 233-5, aug. 2009. doi: 10.1016/j.pain.2009.06.010. Epub 2009 Jun 28. Review.
- CARDOSO, M.G.M. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. *In: Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos Ampliado e Atualizado*, 1. Parte. 2. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012.
- CHIBA, T. Definições e princípios. Cuidado paliativo. **CREMESP**, (1-III), p. 47-50, 2008.
- CLAROS-MG, Pública De Montes. Atenção Farmacêutica no tratamento oncológico em uma instituição. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**. São Paulo, v. 3, n. 1, p. 11-14, 2012.
- COLUZZI, Flaminia, et al. Orientação para boa prática clínica para opioides no tratamento da dor: os três “Ts” – titulação (teste), ajustes (individualização), transição (redução gradual). **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 66, n. 3, p. 310-317, 2016.
- CONFORTIN, Susana Cararo *et al.* Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 305-317, 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução nº 585/13, de 29 de agosto de 2013**. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Disponível em: 3 jan. 2020.
- CONTE, Daniela Beatriz *et al.* Adesão ao tratamento: onde está o problema? Percepções a partir da vivência em equipe multidisciplinar hospitalar. **Revista Caderno Pedagógico**, v. 12, n. 3, 2015.
- CUTLER, D.M.; EVERETT, W., Thinking Outside the Pillbox — Medication Adherence as a Priority for Health Care Reform, **The New England Journal of Medicine**, v. 362, n. 17, p. 1553-1555, 2010.
- DECS. Descritor em Ciência da Saúde. **Biblioteca virtual em saúde**. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>. Acesso em: 07 mar. 2019.
- DI MATTEO, M.R. Evidence-based strategies to foster adherence and improve patient outcomes. **JAAPA**, v. 17, n. 11, p. 18-21, 2004.

DRUDGE-COATES, L., Improving management of patients with advanced cancer, **Patient Preference and Adherence**, v. 4, p. 415-424, 2010.

ESTADIAMENTO DO CÂNCER. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2019. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Estadiamento\\_do\\_c%C3%A2ncer&oldid=54815441](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Estadiamento_do_c%C3%A2ncer&oldid=54815441). Acesso em: 14 abr. 2019.

FABRÍCIO, V.C. Tratamento oncológico no idoso. **Rev. Bras. Med.**, n. 68, p. 4-7, maio 2011.

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes *et al.* Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta Paul. Enferm.** v. 26, n. 3, p. 231-237, 2013. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300005>.

FEITOSA, Renata Cristina Losano; PONTES, Elenir Rose Jardim Cury. Levantamento dos hábitos de vida e fatores associados à ocorrência de câncer de tabagistas do município de Sidrolândia (MS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 605-613, 2011.

FURTADO, Maria Edilania Matos Ferreira; LEITE, Darla Moreira Carneiro. **Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2017.

GARCIA, J.B.S. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, 1. Parte 2. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012. prefácio

GIACOMELLI, Iron Pedro *et al.* Câncer de pulmão: dados de três anos do registro hospitalar de câncer de um hospital do Sul do Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 46, n. 3, p. 129-146, 2017.

GUSMÃO, Josiane Lima de; MION JR, Décio. Adesão ao tratamento—conceitos. **Rev. Bras, Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HARLOS M. Woelk C. **Guideline for estimating length of survival in palliative patients**. Disponível em: <http://www.palliative.info>. Acesso em: 28 abr. 2018.

HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacists**. v. 47, p. 533-543, 1990.

HOCHMAN, Bernardo *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, v. 20, suppl. 2, p. 2-9, 2005. ISSN 0102-8650. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>.

**II CONSENSO NACIONAL DE DOR ONCOLOGICA**. São Paulo: EPM – Editora de Projetos; 2011. 176p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2018- 2019**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

ISMP EUA. **Polypharmacy can be a problem for you!** 2017. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/noticia/como-prevenir-erros-de-medicacao-associados-a-polifarmacia/>. Acesso em: 28 maio 2019.

IVAMA, A.M. *et al.* **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

JOBIM, Paulo Fernandes Costa *et al.* Existe uma associação entre mortalidade por câncer e uso de agrotóxicos?: Uma contribuição ao debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 277-288, jan. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100033&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100033&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100033>.

KAVALEC, Flávia Ludimila. **Participação do Farmacêutico nas Atividades de Cuidados Paliativos no GISTO/HEG**. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Farmácia Hospitalar) - Hospital Erasto Gaertner, 2003.

KURITA, Geana Paula; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 61, n. 2-B, p. 416-25, 2003.

LETIZIA, M *et al.* Barriers to caregiver administration of pain medication in hospice care. **Journal of Pain and Symptom Management**. v. 27, n. 2, p. 114-124, 2004

LIMA, Martiniano Bezerra de; PEREIRA, Mayane Carneiro Alves. Constipação intestinal em pacientes tratados com opioides: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 2, p. 275-282, 2017.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. Cuidado paliativo. **CREMESP**, (1-I), p. 18-21, 2008.

MACIEL, M.G.S. Indicação de cuidados paliativos. *In*: **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, 1. Parte. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 20-37.

MACIEL, M.G.S. Organização de serviços de cuidados paliativos. *In*: **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, 1. Parte. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 72-85.

MAGGIORE, R.J.; GROSS, C.P.; HURRIA, A. Polypharmacy in older adults with cancer, **The Oncologist**, v. 15, p. 507-522, 2010.

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

MANTOVANI, M. F. *et al.* Utilização do brief medication questionnaire na adesão medicamentosa de hipertensos. **Rev. Enferm. UFPE [internet]**, v. 9, n. 1, p. 84-90, 2015.

MARIN, N. *et al.* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARMO, Michela Cynthia da Rocha *et al.* Evaluation of intestinal habits of cancer patients under morphine for pain control. **Revista Dor**, v. 13, n. 3, p. 243-248, 2012.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *In: Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos Ampliado e Atualizado*, 1. Parte. 2. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012.

MEDEIROS, Rafael Barone de *et al.* **Aplicação sequencial da escala de performance paliativa em pacientes paliativos internados em um hospital geral**. 2014.

MENDES, T.R. *et al.* Ocorrência de dor nos pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 4, p. 356-61, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2018- 2019: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca; 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 28 jan. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2018- 2019: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca; 2019. <http://www1.inca.gov.br/imprensa.asp?op=cv&id=54>. Acesso em: 14 abr. 2019.

MINSON, Fabiola Peixoto *et al.* Interventional procedures for cancer pain management. **Einstein**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 292-295, 2012.

MONTEIRO, D.R., KRUSE M.H.L., ALMEIDA, M.A. Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 4, p. 785-93, dez. 2010.

MONTEIRO, Daiane da Rosa; KRUSE, Maria Henriqueta Luce; ALMEIDA, Miriam de Abreu. Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 785, 2010.

MOREIRA, Bárbara de Souza *et al.* Exposição ocupacional e perfil de pacientes oncológicos de regiões da fronteira agrícola amazônica em Rondônia. **Biosaúde**, v. 19, n. 1, p. 39-49, 2017.

NETO, I.G. Modelos de controlo de sintomas. **Manual de cuidados paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa; 2006.

NOGUEIRA, Thaísa Amorim. **Acompanhamento farmacêutico: uma estratégia para o aumento de adesão ao tratamento de pacientes em cuidados paliativos oncológicos**, 2017.

NOGUEIRA, Thaísa Amorim. **Acompanhamento farmacêutico: uma estratégia para o aumento de adesão ao tratamento de pacientes em cuidados paliativos oncológicos**. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências Aplicada a Produtos para a Saúde) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/3426>. Acesso em: 28 jan. 2020.

OBRELI-NETO, Paulo Roque *et al.* Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. **Rev. Bras. Farm.**, v. 93, n. 4, p. 403-410, 2012.

ODEGARD, Peggy Soule; GRAY, Shelly L. Barriers to medication adherence in poorly controlled diabetes mellitus. **The Diabetes Educator**, v. 34, n. 4, p. 692-697, 2008.

OLIVEIRA, D.R. *et al.* A pessoa idosa vivenciando a condição de um tratamento quimioterápico. **RBCEH.**, 7 supl, p. 58-70, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Adherence to long-term therapies: evidence for action** [Internet]. Geneva: OMS, 2003. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2020.

OSTERBERG, Lars; BLASCHKE, Terrence. Adherence to medication. **New England journal of medicine**, v. 353, n. 5, p. 487-497, 2005.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo de. The evolution of pharmaceutical care and the prospect for the Brazil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.

RABELO, Mari Lisa; BORELLA, Márcio Luis Lima. Papel do farmacêutico no seguimento farmacoterapêutico para o controle da dor de origem oncológica. **Rev. Dor**, v. 14, n. 1, p. 58-60, 2013.

RANGEL, O; TELES, C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, n. 2, p. 32-37, 2012.

REMONDI, Felipe Assan; CABRERA, M.A.; SOUZA, R.K. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. Non-adherence to continuous treatment and associated factors: prevalence and determinants. **Cad. Saude Publica**, v. 30, n. 1, p. 126-36, 2014.

RODRIGUES, I.G., Cuidados paliativos: análise e conceito. **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, Ribeirão Preto, p. 2-4, 2004.

SAAR, S.R.C., TREVISAN, M.A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a16.pdf). Acesso em: 3 jan. 2020.

SALLUM, Ana Maria Calil; GARCIA, Dayse Maioli; SANCHES, Mariana. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 150-154, 2012.

SANTOS, F.S., O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice. *In: \_\_\_\_*. **Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**, São Paulo: Atheneu, 2011. 654 p. cap.1, p. 3-15.

SANTOS, Emerson Glauber Abreu dos *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica atendidos em um hospital de referência oncológica do estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 8, n. 2, p. 45-54, 2017.

SCHWENGBER, Fernanda. **Eficácia e segurança: morfina versus outros opióides no controle da dor oncológica**. Dissertação, 2017.

SILVA, Shirley de Souza; AQUINO, Thiago Antonio Avellar de; SANTOS, Roberta Montenegro dos. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 4, n. 2, p. 73-89, 2008.

SILVA, Ana Paula da *et al.* Cuidados paliativos como prática humanizadora em um hospital público. **Blucher Medical Proceedings**, v. 1, n. 2, p. 281-281, 2014.

SILVA, Gabriela Aguiar *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes com nódulos pulmonares em acompanhamento ambulatorial no período de 2013 a 2015. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 2, p. 58-69, 2018.

STUCHI, Bruno Pereira. **Polifarmácia em idosos na atenção primária**. 2017.

SVARSTAD, B.L. *et al.* The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. **Patient. Educ. Couns.**, v. 37, p. 113-24, 1999.  
Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S07383991980010744>.  
Acesso em: 28 jan. 2020.

TAVARES, Noemia Urruth Leão *et al.* Factors associated with low adherence to medication in older adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, 2013.

VIEIRA, Maria Luisa de Sá *et al.* **Medicamentos utilizados no tratamento paliativo de pacientes idosos oncológicos em um hospital filantrópico**, 2015.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, 2011.

WALKER, Kathryn A.; SCARPACI, Laura; MCPHERSON, Mary Lynn. Fifty reasons to love your palliative care pharmacist. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**®, v. 27, n. 8, p. 511-513, 2010.

WERLANG, M.C. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 703-710, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer pain relief**. Geneva: WHO, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Promoting rational use of medicines: core components**, Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer pain relief and palliative care report**. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medication without harm – global patient safety challenge on medication safety**. Geneva: WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Rational Use of Medicines: activities**. Disponível em: [http://www.who.int/medicines/areas/rational\\_use/en/](http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/). Acesso em: 27 set. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Anatomical Therapeutic Chemical (ATC). **Classification system and the defined daily dose (DDD)**. ATC/DDD Index 2019. Disponível em: [http:// https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](http://https://www.whocc.no/atc_ddd_index/). Acesso em: 1 jul. 2019.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA). **Global atlas of palliative care at the end of life**. 2018. Disponível em: Acesso em: 9 set. 2018.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA). Disponível em: Acesso em: 27 maio 2019.

**ANEXOS**

## ANEXO A

Tabela 12 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton – ESAS

<b>AVALIAÇÃO DE SINTOMAS</b>		
<b>Data:</b> _____ <b>Preenchido por:</b> _____		
<b>Por favor circule o n° que mais descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento (Também se pode perguntar a média das últimas 24 horas)</b>		
<b>Sem Dor</b>	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior dor possível
<b>Sem Cansaço</b>	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior cansaço possível
<b>Sem Náusea</b>	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior náusea possível
<b>Sem Depressão</b>	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior depressão possível
<b>Sem Ansiedade</b>	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior ansiedade possível
<b>Sem Sonolência</b>	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior sonolência possível
<b>Muito Bom Apetite</b>	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior apetite possível
<b>Sem Falta de Ar</b>	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior falta de ar possível
<b>Melhor sensação de bem estar</b>	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior sensação de bem estar possível
<b>Outro problema</b>	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	

Fonte: Regional Palliative Care Program, Capital Health, Edmonton, Alberta, 2003. Traduzido e adaptado ao português por Neto, IG. 2006.

## ANEXO B

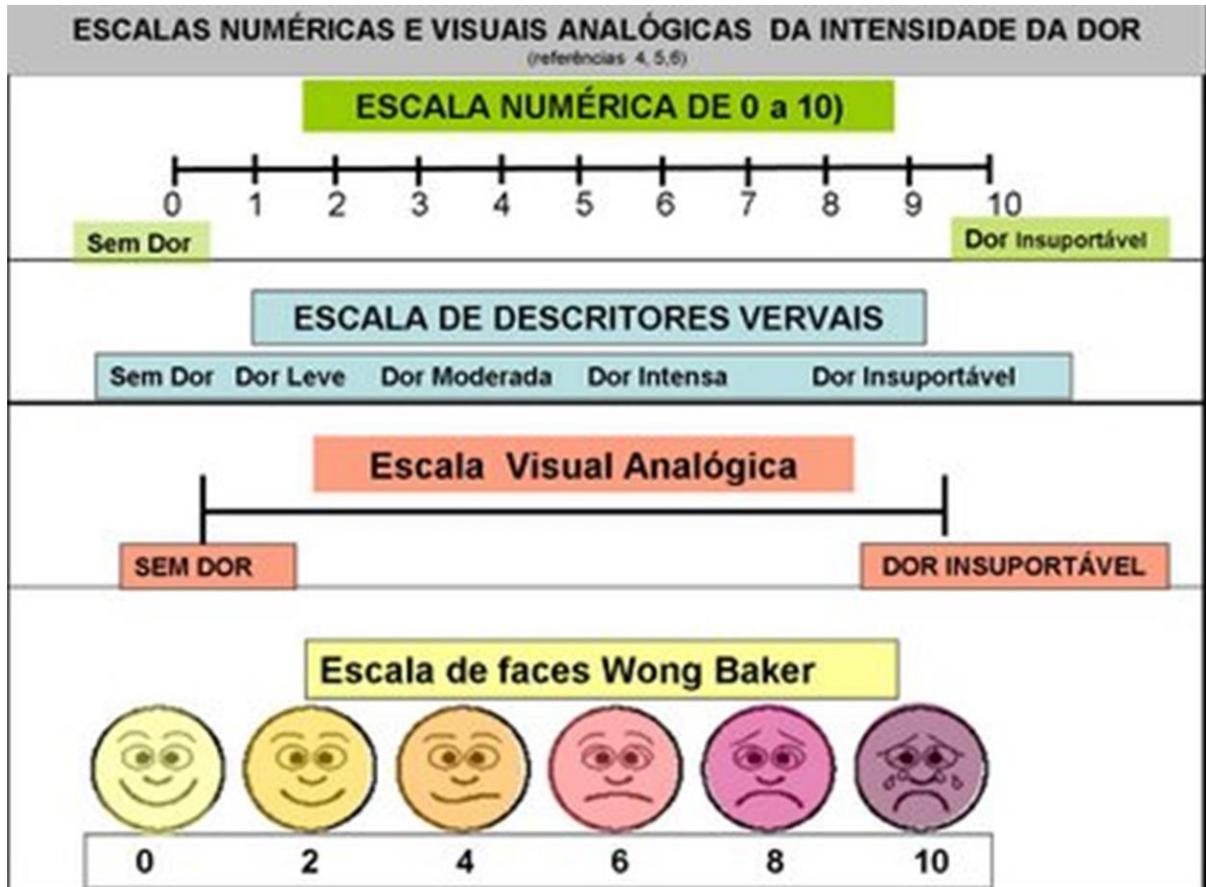
Tabela 13 – Escala de Performance Paliativa (PPS)

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingestão	Nível da Consciência
100	Completa	Normal: sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Normal: sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Com esforço: alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho: alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies: doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho: doença extensiva	Assistência Considerável	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
40	Acamado	Idem	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
30	Acamado	Idem	Dependência completa	Reduzida	Períodos de confusão ou completa
20	Acamado	Idem	Idem	Ingestão limitada à colheradas	Períodos de confusão ou completa
10	Acamado	Idem	Idem	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: Harlos M., Woelk C. Guideline estimating length of survival in Palliative Patients.

## ANEXO C

Gráfico 10 - Escala Visual Numérica (EVN)



Fonte: <http://www.carlagomes.pt/wp-content/uploads/2014/01/escala-de-dor-a.jpg>



**4. Teste de Adesão ao Tratamento BMQ – Brief Medication Questionnaire Versão em Português**  
**SEÇÃO 1) Quais as medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?**

a) Nome da medicação e dosagem	b) Quantos dias você tomou este remédio?	c) Quantas vezes por dia você tomou este remédio?	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez?	e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido?	f) Como esta medicação funciona para você? 1-funciona bem, 2-funciona regular, 3-não funciona bem
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

**SEÇÃO 2) Alguma das suas medicações causa problema para você? (0) Não (1) SIM**

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

Quanto esta medicação incomodou você?					
Medicação	Muito	Pouco	Muito Pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

**Seção 3) Lista de problemas que as pessoas as vezes têm com seus medicamentos**

O quanto é difícil para você:	Muito difícil	Pouco difícil	Não muito difícil	Comentário
a) <u>Abrir ou fechar a embalagem</u>				
b) <u>Ler o que está na embalagem</u>				
c) <u>Lembrar de tomar todo remédio</u>				
d) <u>Conseguir o medicamento</u>				
e) <u>Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo</u>				

**Escore de problemas encontrados pelo BMQ:**

REGIME (questões 1a – 1e)	1=sim
1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1
2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1
3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	1
4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1
5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1
6. O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?	1
7. O R se recusou a responder a alguma das questões?	1
NOTA: ESCORE $\geq 1$ INDICA POTENCIAL NÃO ADESÃO	Soma:



## ANEXO E

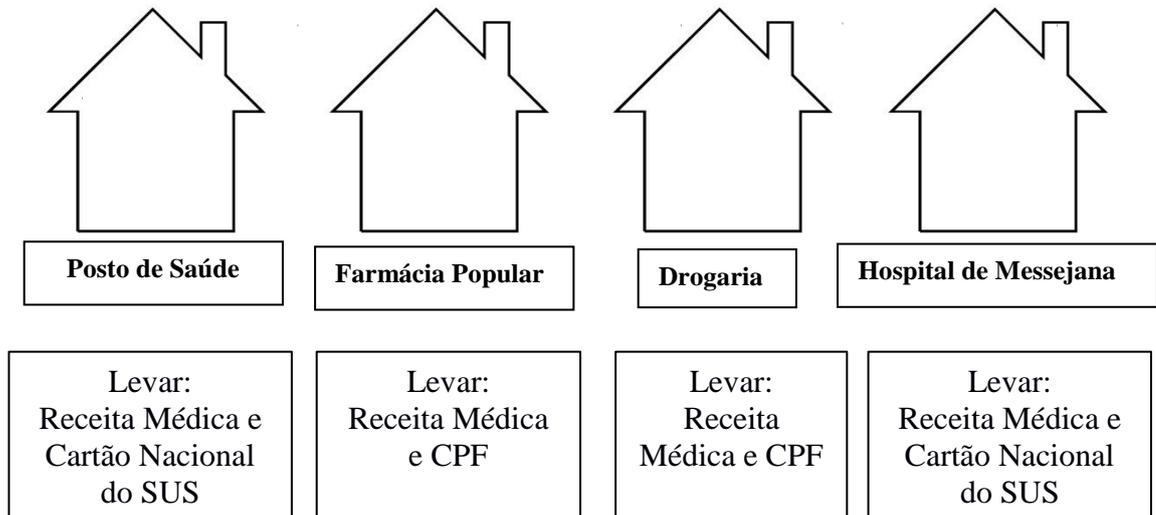
## TABELA DE ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA

 <b>HOSPITAL DE MESSEJANA</b> Dr. Carlos Alberto Studart Gomes	<b>HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES</b>	 <b>GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ</b> Secretaria da Saúde
	<b>SERVIÇO DE FARMÁCIA</b>	
	<b>Orientação Farmacêutica</b>	
	<b>Como tomar seus medicamentos</b>	

**Paciente:****Unidade:****Data:****Farmacêutico:**

HORÁRIO		MEDICAMENTOS	QUANTIDADE	OBS
 EM JEJUM				
	 CAFÉ DA MANHÃ			
 LANCHE				
 ALMOÇO				
 LANCHE				
 JANTAR				
 AO DEITAR				

## Onde Encontrar os Medicamentos Prescritos



### Importante

CONFERIR O PRAZO DE VALIDADE DOS MEDICAMENTOS;  
 NÃO INTERROMPER O TRATAMENTO POR CONTA PRÓPRIA;  
 GUARDAR OS MEDICAMENTOS EM LOCAL VENTILADO, PROTEGIDO DA LUZ,  
 CALOR E UMIDADE;  
 NÃO SE AUTOMEDICAR, SEMPRE USAR MEDICAMENTO PRESCRITO PELO  
 MÉDICO;  
 INFORMAR AO MÉDICO OU FARMACÊUTICO SE APRESENTAR REAÇÕES  
 ADVERSAS (INDESEJÁVEIS);  
 TOMAR MEDICAMENTOS TODOS OS DIAS E NO MESMO HORÁRIO.  
 RECEBER MEDICAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA NAS UNIDADES BÁSICAS DE  
 SAÚDE NO MUNICÍPIO, COM RECEITA MÉDICA E CARTÃO DO SUS;  
 PROCURAR O SERVIÇO DE FARMÁCIA PARA RECEBER OS MEDICAMENTOS  
 ANTES DE TERMINAR A CARTELA;  
 TRAZER A RECEITA MÉDICA SEMPRE QUE FOR RECEBER MEDICAMENTO E/OU  
 ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA

---

**FARMACÊUTICO**

## APÊNDICES



**Hospital de Messejana**  
Dr. Carlos Alberto Studart Gomes



## APÊNDICE A

### TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Ana Lúcia Araújo Nocrato, diretora técnica, fiel depositária dos prontuários e da base de dados do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, situado em Fortaleza-Ceará, declaro que a pesquisadora DENILLA MARIA SERPA CARVALHO está autorizada a realizar nesta instituição o projeto de pesquisa: Impacto da atuação clínica do farmacêutico na adesão ao tratamento de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos cujo objetivo geral é: contribuir de forma efetiva na melhoria da qualidade de vida do paciente oncológico em Cuidados Paliativos (CP) através da atuação clínica do farmacêutico como membro de uma equipe multiprofissional.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde:

Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros, que não haverá riscos para o sujeito da pesquisa, emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

Retomo dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisadora DENILLA MARIA SERPA CARVALHO somente iniciará a coleta de dados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura



**Hospital de Messejana**  
Dr. Carlos Alberto Studart Gomes



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
Secretaria da Saúde

## APÊNDICE B

### CARTA DE ANUÊNCIA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA CIENTÍFICA

Solicito autorização para realizar pesquisa no Ambulatório de Cuidados Paliativos do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, para execução do projeto: Impacto da atuação clínica do farmacêutico na adesão ao tratamento de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos, cujo objetivo geral é: Contribuir de forma efetiva na melhoria da qualidade de vida do paciente oncológico em Cuidados Paliativos (CP) através da atuação clínica do farmacêutico como membro de uma equipe multiprofissional.

O presente estudo objetiva estabelecer o grau de adesão do paciente oncológico em cuidados paliativos à terapia instituída de acordo com a presença ou ausência da consulta do farmacêutico.

Responsabilizo-me pelo sigilo das informações coletadas; emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa; ressalto que não haverá ônus financeiro para a instituição, sendo toda despesa de responsabilidade da pesquisadora.

Os resultados obtidos serão colocados à disposição do hospital para apreciação antes da publicação ou da apresentação externa. A coleta de dados só será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e ciência por escrito do Centro de Estudos.

Sem mais, agradeço antecipadamente,

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

DENILLA MARIA SERPA CARVALHO

Ciente, de acordo

---

TÂNIA MARIA BRÍGIDO DE OLIVEIRA

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Impacto da atuação clínica do farmacêutico na adesão ao tratamento de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos”, cujo objetivo é contribuir de forma efetiva na melhoria da qualidade de vida do paciente oncológico em Cuidados Paliativos (CP) através da atuação clínica do farmacêutico como membro de uma equipe multiprofissional.

Neste estudo pretendemos estabelecer o grau de adesão do paciente oncológico em cuidados paliativos à terapia instituída de acordo com a presença ou ausência da consulta do farmacêutico, como também conhecer os fatores que interferem na adesão à terapia instituída.

O motivo que nos leva a estudar é para elucidar dúvidas acerca da utilização dos medicamentos prescritos, levando em consideração o estado clínico do paciente, como também o entendimento dos mesmos acerca da importância e da utilização correta da terapia medicamentosa.

Sua participação no estudo se dará por meio de respostas a um questionário estruturado no qual serão perguntadas informações gerais, como idade, peso, escolaridade, moradia e também questões acerca da sua doença e farmacoterapia. Lembrando que a sua participação no estudo respondendo aos questionários será somente uma única vez.

O estudo trará como benefício para o meio científico um melhor entendimento para utilização dos medicamentos opioides nos pacientes oncológicos com dor crônica, elucidando dúvidas quanto a fatores que podem interferir na adesão e utilização desses medicamentos. Também contribuirá para auxílio na parte de acompanhamento clínico desses pacientes, identificando quais variáveis interferem ou influenciam nesse processo, como também para avaliação da utilização de fármacos opioides. Os conhecimentos advindos desta pesquisa servirão como base de informação relacionada à farmácia clínica, além de proporcionar a potencialização de práticas relacionadas à segurança do paciente.

Os riscos existentes são mínimos, podendo ser de privacidade e/ou confidencialidade para os participantes-envolvidos neste estudo. Teremos, todavia, singular cuidado e atenção em não causar constrangimentos aos participantes. Caso necessário será oferecido apoio psicológico. Todas as informações que o (a) Sr.(a) nos fornecerá será utilizada somente para esta pesquisa. Suas respostas serão guardados na confidencialidade. Como haverá manuseio de prontuários, isso será feito exclusivamente pelos pesquisadores dentro do hospital para minimizar este risco de extravio de papéis. Para evitar o vazamento de informações, a utilização dos dados fornecidos será utilizada somente no âmbito desse estudo, apenas pelos participantes do projeto. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no CEP do Hospital de Messejana e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Impacto da atuação clínica do farmacêutico na adesão ao tratamento de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

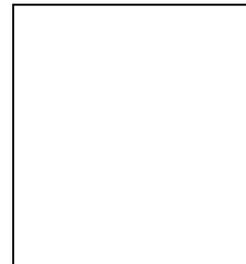
Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018 .

---

Assinatura do participante

Caso não saiba assinar, impressão do dedo polegar



---

Assinatura do pesquisador

Contato do pesquisador :

Denilla Maria Serpa Carvalho – Tel: (85) 3101-4135/ 986144404

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:  
CEP HM – Comitê de Ética em Pesquisa Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes/Hospital de Messejana. Av. Frei Cirilo, 3480 – Cajazeiras, Fortaleza-CE. CEP 60846-285

Tel: (85) 3247-3342

E-mail: cep.hm@hm.ce.gov.

HOSPITAL DE MESSEJANA  
DR. CARLOS ALBERTO  
STUDART GOMES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Impacto da atuação clínica do farmacêutico na adesão ao tratamento de pacientes oncológicos em cuidados paliativos

**Pesquisador:** DENILLA MARIA SERPA CARVALHO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 80729317.2.0000.5039

**Instituição Proponente:** Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.429.984

**Apresentação do Projeto:**

Este estudo tem por finalidade contribuir de forma efetiva na melhoria da qualidade de vida do paciente oncológico em Cuidados Paliativos (CP) através das atividades do farmacêutico como membro efetivo de uma equipe multiprofissional. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, prospectivo, observacional e analítico. Será realizado no Ambulatório de Cuidados Paliativos do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. A população é constituída por indivíduos adultos do sexo masculino e feminino, sem faixa etária limite, com diagnóstico de Câncer de Pulmão (primário ou secundário), atendidos e cadastrados no ambulatório de cuidados paliativos, segundo protocolo da Dor Crônica. Este estudo será realizado durante o período de Janeiro a Julho de 2018. A amostra será composta pelos prontuários e questionários aplicados aos pacientes e/ou responsáveis/cuidadores. Será um estudo longitudinal e prospectivo, no qual será analisada a proposição de hipótese (a inserção do farmacêutico melhora a adesão), serão formados grupos aleatorizados,

e os resultados comparados entre os grupos. Uma primeira característica é o recrutamento de um grupo comum, a partir de uma população de interesse, em seguida se decidem quais intervenções os participantes receberão, por meio da randomização, na qual um dos quais recebe a intervenção de interesse (caso) e o outro é um

grupo controle. Tecnicamente, esse processo envolve determinar a alocação por meio de números obtidos por sorteio, ao invés de características da amostra ou preferência dos participantes. Após

Endereço: Av. Frei Cirilo 3400  
Bairro: Messejana CEP: 60.064-305  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-7845 Fax: (85)3101-7845 E-mail: cep.hmg@ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA  
DR. CARLOS ALBERTO  
STUDART GOMES



Continuação do Protocolo: 2.428-004

a aplicação das intervenções, realiza-se a leitura de uma ou mais variáveis de desfecho que, na figura, apresenta-se como sucesso e insucesso. À medida que os pacientes chegarem ao ambulatório, serão randomizados, ou seja, selecionados de maneira aleatória para fazerem parte do grupo caso (orientação farmacêutica) ou do grupo controle (não receberá orientação do farmacêutico). Será feita a alocação dos mesmos através de números, onde um a cada quatro pacientes fará parte do grupo controle (sem intervenção). Portanto, o parâmetro a ser estudado é a exposição ou não a um fator, no caso do estudo será a presença ou não do farmacêutico. Critério de Inclusão: pacientes oncológicos em cuidados paliativos no ambulatório que apresentam condições verbais de responder à entrevista. Caso tal condição não seja possível, que tenham um cuidador apto a fazê-lo em seu lugar. Cada paciente/ cuidador que aceitar participar voluntariamente do estudo, deverá concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após explicação

dos objetivos, metodologia do estudo e o direito de, a qualquer momento, poder retirar-se espontaneamente da pesquisa, sem prejuízo no tratamento.

**Critério de Exclusão:**

Serão excluídos os pacientes que apresentam doença demencial grave.

**Análise de Dados:** Os resultados quantitativos categóricos serão apresentados em forma de percentuais e contagens e os numéricos em forma de medidas de tendência central. Serão realizados testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para as variáveis numéricas. Para medidas não seriadas, serão utilizados os testes de qui-quadrado para categóricas e ANOVA para numéricas. Serão consideradas significativas as comparações com valor de p até 0,05. Os dados serão tabulados e analisados pelo software SPSS, v23, SPSS, Inc. para análise e avaliação dos dados obtidos na coleta.

**Tamanho da Amostra:** 24 pacientes.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Contribuir de forma efetiva na melhoria da qualidade de vida do paciente oncológico em Cuidados Paliativos (CP) através da atuação clínica do farmacêutico como membro de uma equipe multiprofissional.

**Objetivo Secundário:**

-Estabelecer o grau de adesão do paciente oncológico em cuidados paliativos à terapia instituída de acordo com a presença ou ausência da consulta do farmacêutico;

-Identificar os fatores que interferem na adesão à terapia instituída;

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480  
Bairro: Messejana CEP: 60.864-208  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-7045 Fax: (85)3101-7045 E-mail: cep.tfm@ce.gov.br

**HOSPITAL DE MESSEJANA  
DR. CARLOS ALBERTO  
STUDART GOMES**



Continuação do Parecer: 2-429-904

-Detectar e monitorar os sintomas apresentados pelos pacientes, utilizando como instrumento de avaliação a escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS);

-Determinar a funcionalidade do paciente em estudo, através da aplicação da escala de performance paliativa (PPS).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa apresenta riscos mínimos e poderá ocasionar constrangimento aos participantes. Para evitar e/ou reduzir tal dano, a coleta de dados será realizada em ambiente reservado, ou seja, em um consultório somente com a presença do pesquisador, entrevistado e cuidador. Caso necessário será oferecido apoio psicológico.

Como haverá manuseio de prontuários, há o risco de extravio de papéis, e para minimizar este risco, o manuseio dos documentos será feito exclusivamente pelos pesquisadores dentro do hospital. Para evitar o vazamento de informações, a utilização dos dados fornecidos será utilizada somente no âmbito desse estudo, apenas pelos participantes do projeto.

**Benefícios:**

O estudo trará como benefício para o meio científico um melhor entendimento para utilização dos medicamentos opioides nos pacientes oncológicos com dor crônica, elucidando dúvidas quanto a fatores que podem interferir na adesão e utilização desses medicamentos. Também contribuirá para auxílio na parte de acompanhamento clínico desses pacientes, identificando quais variáveis interferem ou influenciam nesse processo, como também para avaliação da utilização de fármacos opioides. Os conhecimentos advindos desta pesquisa servirão como base de informação relacionada à farmácia clínica, além de proporcionar a potencialização de práticas relacionadas à segurança do paciente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para unidade.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos termos apresentados.

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendência

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480

Bairro: Messejana

CEP: 60.064-205

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7845

Fax: (85)3101-7845

E-mail: cep.fhm@ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA  
DR. CARLOS ALBERTO  
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 2.428/2017

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A pesquisadora deverá comparecer à Unidade de Pesquisa Clínica, munida de cópia deste parecer, para confecção de crachá de identificação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_589530.pdf	01/12/2017 14:01:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	ProjetoDetalhadoDenillaSerpa.pdf	01/12/2017 14:00:39	DENILLA MARIA SERPA CARVALHO	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	30/11/2017 17:29:28	DENILLA MARIA SERPA CARVALHO	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	30/11/2017 17:27:40	DENILLA MARIA SERPA CARVALHO	Aceito
Outros	termodeanuenciadenilla.pdf	30/11/2017 17:23:25	DENILLA MARIA SERPA CARVALHO	Aceito
Outros	fieldepositariodenillacarvalho.pdf	30/11/2017 17:22:50	DENILLA MARIA SERPA CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcledenillaserpa.pdf	30/11/2017 17:21:44	DENILLA MARIA SERPA CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostodenillacarvalho.pdf	30/11/2017 17:21:09	DENILLA MARIA SERPA CARVALHO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 12 de Dezembro de 2017

Assinado por:

VERA LÚCIA MENDES DE PAULA PESSOA  
(Coordenador)

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480

Bairro: Messejana

CEP: 60.064-388

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7045

Fax: (85)3101-7045

E-mail: cep.frm@ce.gov.br