

Ministério da Saúde



COORDENAÇÃO DE ENSINO
Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia

MARIA CAROLINA PEÇANHA FERNANDES

Conciliação medicamentosa em Cuidados Paliativos Oncológicos

Rio de Janeiro
2019

MARIA CAROLINA PEÇANHA FERNANDES

Conciliação medicamentosa em Cuidados Paliativos Oncológicos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva como requisito parcial para a conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia.

Orientador: Maria Fernanda Barbosa

Colaboradora: Luciana Favoreto Vieira Mattos

Rio de Janeiro

2019

F363 FERNANDES, Maria Carlina Peçanha.
Conciliação medicamentosa em cuidados paliativos
oncológicos / Maria Carlina Peçanha Fernandes. – Rio de
Janeiro : INCA 2019.
19f.

Orientador: Maria Fernanda Barbosa.
Monografia (Residência Multiprofissional em Oncologia) –
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva,
2019.

1. Reconciliação de Medicamentos. 2. Cuidados paliativos.
3. Segurança do paciente. I. Barbosa, Maria Fernanda. II.
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. III.
Título.

CDD 616.0472

MARIA CAROLINA PEÇANHA FERNANDES

Conciliação medicamentosa em Cuidados Paliativos Oncológicos

Avaliado e Aprovado por:

Maria Fernanda Barbosa

Andréa Almeida Tofani

Renata Rosa Veloso Cataldo

Data: 19/02/2019

Rio de Janeiro
2019

RESUMO

Introdução: A ausência de informações a respeito dos medicamentos utilizados pelo paciente pode causar erros de medicação levando a danos à saúde do doente sendo assim, a comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares é primordial para a segurança do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde. Os farmacêuticos clínicos podem realizar a conciliação de medicamentos e atuar em colaboração com outros profissionais objetivando otimizar a farmacoterapia e melhorar a segurança do paciente. As pessoas que estão sob Cuidados Paliativos costumam fazer uso de numerosos medicamentos, e quando não acompanhados pelos profissionais de saúde estão susceptíveis às discrepâncias não intencionais causadas por uma comunicação inadequada. **Objetivo:** Analisar as características das conciliações medicamentosas em pacientes que estão sob os Cuidados Paliativos Oncológicos. **Método:** Estudo transversal e descritivo. Foram analisadas todas as visitas de conciliações realizadas na admissão dos pacientes, na unidade de internação do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva-INCA IV, no período de junho a novembro de 2018. **Resultados:** Foram realizadas 194 visitas, nas quais foram identificadas 1770 discrepâncias (78,2%), sendo 93,8% intencionais, 0,7% intencionais documentadas e 5,4% foram discrepâncias não intencionais. Todas as prescrições apresentaram pelo menos uma discrepância e 34,5% foram totalmente alteradas. Foram realizadas 112 intervenções farmacêuticas relacionadas a conciliação medicamentosa. **Conclusão:** A conciliação de medicamentos é uma ferramenta útil nos Cuidados Paliativos uma vez que é nesse momento que podem ser evitadas discrepâncias não intencionais e conseqüentemente minimizar possíveis erros que comprometam o tratamento proposto.

Palavras-chaves: Reconciliação Medicamentosa; Cuidados Paliativos; Institutos de Câncer; Segurança do paciente

ABSTRACT

Introduction: *The lack of information about the medications used by the patient can cause medication errors leading to damages to the health of the patient, thus, communication between health professionals, patients and family members is paramount for patient safety at different levels of attention the health. Clinical pharmacists can perform drug reconciliation and work in collaboration with other professionals to optimize pharmacotherapy and improve patient safety. People who are under Palliative Care often make use of numerous medications, and when not accompanied by health professionals are susceptible to unintended discrepancies caused by inadequate communication.* **Objective:** To analyze the characteristics of drug regimens in patients undergoing Oncologic Palliative Care. **Method:** Cross-sectional and descriptive study. All the conciliation visits performed at the admission of the patients were analyzed in the hospitalization unit of the National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva-INCA IV, from June to November, 2018. Results: A total of 194 visits were performed, in which 1770 discrepancies (78.2%), 93.8% intentional, 0.7% intentional documented and 5.4% were unintentional discrepancies. All prescriptions presented at least one discrepancy and 34.5% were totally changed. There were 112 pharmaceutical interventions related to medication conciliation. **Conclusion:** The conciliation of medications is a useful tool in Palliative Care since it is at that moment that unintentional discrepancies can be avoided and, consequently, minimize possible errors that compromise the proposed treatment.

Keywords: Drug Reconciliation; Palliative care; Cancer Institutes; Patient safety

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	METODOLOGIA.....	12
3	RESULTADOS.....	14
4	DICUSSÃO	19
5	CONCLUSÃO.....	21
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os Cuidados Paliativos consistem em “uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e seus familiares, que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação correta de sintomas e tratamento da dor dentre outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual”¹.

Considera-se elegível para Cuidados Paliativos todo paciente portador de doença crônica, evolutiva e progressiva que não responda mais ao tratamento curativo proposto e que apresente prognóstico de vida supostamente encurtado a meses ou um ano².

Nas últimas décadas observa-se o aumento da relevância desse tratamento no mundo em decorrência do envelhecimento populacional, do crescimento da incidência e prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, como o Alzheimer, além do avanço do câncer (CA) e do vírus HIV/AIDS³⁻⁴. Estas doenças, geralmente, requerem o controle de sinais e sintomas, buscando sempre o bem-estar do paciente⁵.

Observa-se que ao encaminhar o paciente oncológico para o tratamento paliativo, o mesmo costuma apresentar de 7 a 11 sintomas. Estes sintomas devem ser tratados com o menor número de medicamentos possível, evitando a polifarmácia e as interações medicamentosas, que podem comprometer o tratamento. Desta forma, prescrever para estes pacientes representa um grande desafio para o paliativista⁶⁻⁷.

Neste contexto, a conciliação medicamentosa, que é um serviço, realizado pelo farmacêutico, onde há a comparação dos medicamentos utilizados previamente e os medicamentos prescritos, tem grande importância clínica para os pacientes, uma vez que aumenta a segurança pois promove uma redução considerável dos erros de medicação, ao diminuir as divergências encontradas entre os medicamentos já utilizados pelos pacientes e as prescrições hospitalares realizadas no ato da internação⁸.

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia, a conciliação de medicamentos consiste em um "serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos (nome ou formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, dose, via e horários de administração, duração do tratamento) utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras. Esse serviço é geralmente prestado quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, com o objetivo de diminuir as discrepâncias não intencionais"⁹.

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) entende que a conciliação pode reduzir erros e eventos adversos relacionados a medicamentos por evitar omissões, duplicidades e erros de dose¹⁰⁻¹¹. Por esse motivo, a JCAHO propôs, em 2003, pela primeira vez, incluir a conciliação medicamentosa nos parâmetros de qualidade avaliados com o objetivo principal de melhorar a segurança do paciente. Em 2006, todas as organizações de saúde credenciadas por este órgão tiveram que desenvolver procedimentos de conciliação medicamentosa¹².

Sabe-se que aproximadamente 60% dos erros de medicação ocorrem durante a transição de nível de assistência à saúde, mais especificamente em prescrições médicas feitas na internação ou na alta hospitalar, em razão da deficiência na comunicação entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, pacientes e cuidadores/acompanhantes. Desta forma, a efetividade na troca de informações é capaz de reduzir significativamente os problemas relacionados a medicamentos⁸.

Os principais erros de medicação que ocorrem nos pontos de transição do paciente pelos níveis assistenciais de saúde relacionam-se: (i) a informações incorretas ou incompletas dos medicamentos utilizados, como: omissão de dose, duplicidade terapêutica, (ii) interações medicamentosas e (iii) erros quanto à dose, posologia, medicamentos não justificados e via de administração¹³⁻¹⁴. Embora a maior parte dos estudos, sejam realizados em pacientes

internados, há poucas pesquisas com pacientes oncológicos na perspectiva dos Cuidados Paliativos. Considerando a complexidade do paciente oncológico devido à gravidade da doença e a alta incidência de polifarmácia¹⁸, esse estudo tem por objetivo analisar as características da conciliação medicamentosa no âmbito dos Cuidados Paliativos Oncológicos.

2 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como transversal e descritivo, conduzido no período de junho a novembro de 2018, com pacientes que estão sob Cuidados Paliativos no Hospital de Câncer IV do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (HCVI-INCA), em que a conciliação de medicamentos já é uma rotina do Serviço de Farmácia.

A unidade de Cuidados Paliativos do INCA conta atualmente com 56 leitos de internação hospitalar. Diariamente, os pacientes são visitados pela farmacêutica responsável nas primeiras 24 horas de internação, nos dois andares onde o serviço é ofertado, totalizando cobertura de 28 leitos. Os pacientes admitidos em feriados ou finais de semana são visitados no primeiro dia útil seguinte.

Os dados foram coletados no ato da internação e nos dias subsequentes, utilizando-se entrevista com os pacientes e/ou acompanhantes, os prontuários físicos e eletrônicos e o formulário preenchido pelo farmacêutico (anexo 1).

Durante o processo de conciliação as novas prescrições são acompanhadas e comparadas com a lista de medicamentos que o paciente utilizava anteriormente; quando necessário é analisada a evolução clínica descrita em prontuário. Após a avaliação dos dados são realizadas intervenções junto aos médicos, quando encontradas discrepâncias não justificadas.

Toda diferença observada entre a lista de medicamentos que o paciente fazia uso antes da internação e a prescrição hospitalar vigente é classificada como discrepância. São consideradas discrepâncias intencionais aquelas em que há clara decisão médica quanto a

alteração dos medicamentos, podendo ser justificada pelos sinais e sintomas apresentados pelo paciente no momento da internação. Além disso, quando essas têm registro em prontuário eletrônico, ou físico, são classificadas como discrepâncias intencionais documentadas. Discrepâncias não intencionais são aquelas em que há omissão de medicamento prescrito anteriormente, alteração na dose, frequência ou via de administração diferente de um medicamento já utilizado pelo paciente, bem como terapia duplicada, e neste caso, as intervenções analisadas podendo ou não serem aceitas.

As classes terapêuticas dos medicamentos envolvidos nas discrepâncias são classificadas de acordo com a classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC).

As variáveis relacionadas ao paciente, coletadas neste estudo, foram: idade, diagnósticos, sintomas e Pontuação de Desempenho de Karnofsky (KPS). Quanto ao tratamento instituído ao paciente foram avaliados: (a) se os medicamentos em uso pelo paciente antes da internação constavam nas prescrições durante a internação hospitalar; (b) se haviam justificativas nas alterações dos medicamentos; (c) aceitação das intervenções farmacêuticas; (d) medicamentos prescritos quanto a: nome do fármaco na denominação comum brasileira (DCB), dose prescrita, via de administração e se o medicamento era padronizado ou não na instituição.

Foram incluídos no estudo os pacientes que internaram, em dois andares da unidade de internação do HCVI-INCA, no período de junho a novembro de 2018 e que faziam uso prévio de pelo menos um medicamento. Pacientes menores de 18 anos, ou que não utilizavam nenhum medicamento regularmente ou que estavam sem acompanhante e sem possibilidade de se comunicar verbalmente foram excluídos do estudo.

Os dados foram analisados e interpretados com auxílio do *software* Microsoft Office Excel®.

Todos os problemas relacionados a medicamentos encontrados foram discutidos com a equipe multiprofissional. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, CAAE: 89429118.5.0000.5274, em consonância com as diretrizes preconizadas pelas resoluções nº 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

3 RESULTADOS

Foram realizadas 194 visitas de conciliação, de junho a novembro de 2018. Quanto ao gênero, 113 (58,3%) participantes eram do gênero feminino e 81 (41,7%) eram do gênero masculino. A maioria dos participantes tinham 60 anos de idade e o KPS variou de 10 – 80, obtendo uma mediana de 40, o que significa que o paciente está incapaz, requer cuidados e assistência médica frequente. O câncer (CA) de abdômen foi o mais incidente (26,8%) nesse grupo, seguido do CA de cabeça e pescoço (17,5%) e CA ginecológico (15,9%). Contudo, verifica-se que 3 participantes não tinham o câncer primário definido. Quanto a origem dos pacientes, observa-se que foram encaminhados para a unidade de cuidados paliativos 64 (33%) ao todo, oriundos dos Hospitais do Câncer I (HC I), II (HC III) e III (HC III) Além disso, foram realizadas 75 (38,7%) conciliações medicamentosas com prescrições de origem ambulatorial do Hospital de Câncer IV (HCIV AMB) e 55 (28,4%) com pacientes de oriundos do Serviço de Assistência Domiciliar do HC IV (HCIV AD) (tabela 1).

Tabela 1: Características dos 194 participantes visitados, no período de junho a novembro de 2018.

Gênero	N (=194)	%
Feminino	113	58,3
Masculino	81	41,7

Idade	Mediana	Variacão
	60	21 - 89
KPS	Mediana	Variacão
	40	10 - 80
Tipo de câncer primário	N (=194)	%
ABDOMEN	52	26,8
GINECOLOGICO	34	17,5
CABEÇA E PESCOÇO	31	15,9
MAMA	27	13,9
PULMÃO	19	9,7
PELE	9	4,6
TOC	7	3,6
SNC	5	2,6
PRÓSTATA	5	2,6
INDEFINIDO	3	1,5
PENIS	1	0,5
Origem da prescrio	N (=194)	%
HC4 AMB	75	38,7
HC4 AD	55	28,4
HC1	37	19,6
HC2	16	8,5
HC3	11	5,8

Legenda: *KPS= Pontuao de desempenho de Karnofsky; HCI= Hospital do Câncer I; HCII= Hospital do Câncer II, HCIII= Hospital do Câncer III; HCIV AMB= Hospital do Câncer IV ambulatório; HCIV AD= Hospital do Câncer IV Assitencia Domiciliar*

A tabela 2 apresenta oito motivos de internaco dos pacientes desse estudo. Sabendo que um paciente pode apresentar mais de um motivo de internaco, a maior causa teve como motivo o controle de sintomas, totalizando 165 (63,2%) ocorrências. Os sintomas mais relatados foram dor, vmito, dispneia, confusão e/ou desorientaco e fadiga. Nessa tabela, percebe-se também que 23 pacientes (8,8%) internaram por alteraco nos parâmetros

bioquímicos, 30 (8,0%) foram admitidos na internação por transferência direta das outras unidades hospitalares do INCA, 14 (5,4%) internaram por problemas com óstios, naqueles portadores de sonda nasogástrica, traqueostomia, gastrostomia, ileostomia e/ou jejunostomia, 8 (3,1%) para a realização de exames ou algum tipo de procedimento, como toracocentese, e 6 (2,3%) internaram por fragilidade na rede de apoio para os cuidados.

Tabela 2: Sintomas relatados pelos 194 pacientes e/ou observados pelo prescritor no momento da internação.

Motivos das internações	N (=483)	%
Controle de Sintomas	165	63,2
Parâmetros bioquímicos alterados	23	8,8
Transferências entre unidades	30	8,0
Problemas com óstios (sondas, GTT, TQ)	14	5,4
Queda do estado geral	13	5,0
Desidratação	11	4,2
Exame / procedimento	8	3,1
Fragilidade na rede de apoio	6	2,3

Legenda: *GTT = gastrostomia, TQ = traqueostomia*

Na figura 1 observa-se os 1616 medicamentos, das prescrições anteriores às internações dos participantes, agrupados por classe medicamentosa de acordo com ATC. A mediana de medicamentos utilizada por esses pacientes antes da internação era de 8 medicamentos. Entre esses medicamentos, os analgésicos (21%) são os medicamentos mais utilizados, seguido de antieméticos (13%), laxativos (11%), protetor gástrico (9%), corticoides (8%), antiepilépticos (7%), anti-hipertensivos (7%). Os demais medicamentos analisados, referente a 29 classes farmacêuticas, que obtiveram frequência inferior a 3% foram classificados como outros (24%).

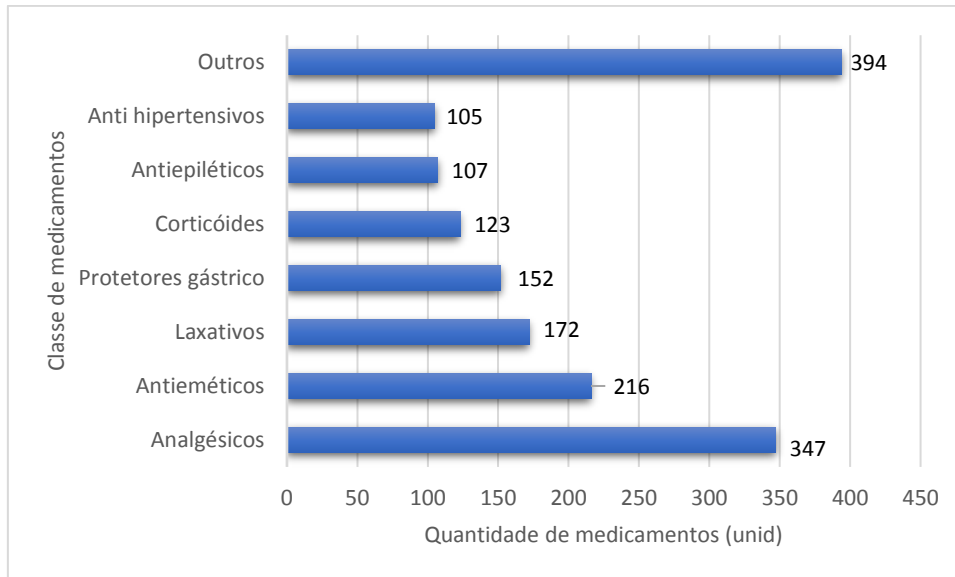


Figura 1: Classe dos medicamentos, segundo a ATC, utilizados pelos pacientes antes da conciliação medicamentosa.

Ao analisar as prescrições pode-se observar que, do total de 194 visitas, apenas 41 (21,1%) dessas tiveram menos de 50% dos medicamentos prescritos modificados seja por omissão, dose, frequência, ou via de administração, e 67 (34,5%) tiveram 100% da receita anterior modificada (tabela 3).

Todas as prescrições vigentes foram analisadas e comparadas com as prescrições anteriores. Pode-se observar 1770 (78,2%) discrepâncias, nas quais 592 (33,4%) medicamentos tiveram alteração na via de administração, 429 (24,2%) foram medicamentos omitidos, 389 (22,0%) sofreram mudança na dose, 346 (19,5%) discrepâncias na frequência e 14 (0,8%) duplicidades. Quanto às classificações, 1661 (93,8%) foram intencionais, 13 (0,7%) destas foram intencionais documentadas e 96 (5,4%) foram discrepâncias não intencionais.

Tabela 3: Características dos resultados das conciliações farmacêuticas realizadas no período de junho a novembro de 2018.

Medicamentos alterados por prescrição	N (=194)	%
<50%	41	21,1
>50% a 90%	86	44,3
100%	67	34,5
Tipos de discrepâncias	N (=1770)	%
Via de administração	592	33,4
Omissão	429	24,2
Dose	389	22,0
Frequência	346	19,5
Duplicidade	14	0,8
Classificação das discrepâncias	N (=1770)	%
Discrepâncias intencionais	1661	93,8
Discrepâncias intencionais documentadas	13	0,7
Discrepâncias não intencionais	96	5,4
Tipos das intervenções	N (=96)	%
Inclusão de medicamento	34	30,4
Ajuste de dose ou posologia	30	26,8
Exclusão de medicamento	18	16,1
Inclusão de medicamento não padrão	7	6,3
Substituição por medicamento da mesma classe terapêutica	5	4,5
Alteração da forma farmacêutica	1	0,9
Alteração da via de administração	1	0,9

No total, foram realizadas 112 intervenções de conciliação e todas foram conciliadas. A partir das intervenções aceitas (96), nota-se que 34 (30,4%) medicamentos omitidos foram incluídos, 30 (26,8%) tiveram ajuste de dose ou posologia, 18 (16,1%) foram excluídos, 7 (7,5%) medicamentos que não eram padronizados no hospital foram incluídos na prescrição vigente e 5 (5,2%) medicamentos foram substituídos por outro da mesma classe terapêutica, devido ao desabastecimento no hospital.

4 DISCUSSÃO

Em todas as transições de cuidados os pacientes devem ser assistidos para que a sua segurança quanto aos medicamentos seja garantida. Inicialmente, na admissão e na coleta de informações precisas sobre medicamentos e posteriormente, na prevenção dos erros no momento da alta hospitalar. Nessa perspectiva, o processo de conciliação medicamentosa contribui para diminuir erros de prescrição minimizando os riscos para o doente, já que inclui checagem dos medicamentos utilizados, entrevista com paciente e acompanhantes, a comparação das prescrições médicas e a discussão de casos com a equipe¹⁵.

No estudo piloto realizado por Lindenmeyer e colaboradores (2013), em um hospital público da região sul do Brasil, na admissão hospitalar de pacientes onco-hematológicos, foram identificados em torno de 53% discrepâncias, sendo que 83% destas foi intencional. Esses achados foram justificados pela condição clínica atual dos pacientes, alterações de doses, frequência ou via de administração e pela substituição por outros medicamentos padronizados na instituição, aproximando-se dos resultados encontrados nesse estudo¹⁵.

Um estudo de 2015, que tinha como objetivo implantar e desenvolver a conciliação medicamentosa, relatou que no Brasil o número exacerbado de discrepâncias não documentadas pode estar diretamente relacionado com registros incompletos em prontuários, pois a qualidade das informações sobre os medicamentos utilizados pelo paciente é fundamental para garantir sua segurança. Esse relato foi claramente observado nesse estudo uma vez que, apenas, 0,7% das discrepâncias foram documentadas, ou seja, estavam descritas em prontuários¹⁶.

Em um estudo randomizado cujo o objetivo foi avaliar a efetividade e a viabilidade da conciliação medicamentosa em pacientes geriátricos, foram obtidas 116 discrepâncias identificadas pelos farmacêuticos, sendo o tipo mais prevalente foi a omissão de medicamentos

prescritos (40,5%) e a prescrição de dose, via de administração ou frequência incorretas (35,3%)¹⁷. Os dados relatados pela literatura podem ser justificados pelo número inferior de medicamentos utilizados previamente pelos pacientes (em média 2,4) e pelas características diferentes da população estudada. Porém os dados se assemelham com esse estudo, com exceção da via de administração que é uma particularidade dos cuidados de fim de vida, considerando que nesse momento o conforto é prioridade. Para isso é realizada a avaliação holística do sofrimento do paciente e o uso da via mais adequada para o manejo dos sintomas e melhora a qualidade de vida¹⁸.

Diferente de outros trabalhos publicados que possuem a maioria dos pacientes utilizando medicamentos de doenças crônicas não transmissíveis¹⁹⁻²¹, por possuírem populações estudadas diferentes, nesse estudo verifica-se que os pacientes sob cuidados paliativos oncológicos utilizam, predominantemente, medicamentos para controle de sintomas, justificado pela própria doença ou pelos efeitos adversos causados pelos medicamentos. Um exemplo disso são os analgésicos opióides, que tem como efeito adverso comum a constipação, e conseqüentemente a prescrição de laxativos²²⁻²⁴. No presente estudo, a dor é o sintoma mais relatado em pacientes oncológicos que estão sob Cuidados Paliativos²⁵⁻²⁷.

Segundo Kwan J. e colaboradores (2013), o fundamento sobre a efetividade das intervenções de conciliação medicamentosa na admissão hospitalar concluiu que somente essa prática provavelmente não diminui as reinternações após a alta, porém quando aplicada a outras intervenções como participação diária do farmacêutico na equipe multidisciplinar e planejamento adequado da alta hospitalar, pode melhorar os desfechos no pós-alta²⁸. Como mostra o presente trabalho, outras intervenções além da conciliação foram aceitas, indicando a importância do olhar do farmacêutico na rotina clínica.

5 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nesse estudo demonstraram que a conciliação medicamentosa em pacientes que estão sob os Cuidados Paliativos é capaz de identificar discrepâncias não intencionais e com isso evitar erros, considerando que em todas as prescrições foi observada pelo menos uma discrepância. O farmacêutico clínico realiza as intervenções necessárias e se aproxima da equipe de saúde reforçando a importância da implantação desta rotina na instituição. A prática de registrar em prontuário os motivos das alterações dos medicamentos, devem ser rotinas para a segurança do paciente e entendimento da equipe.

A promoção da segurança do paciente é decisiva em todas as transições de atendimento, e é especialmente importante no final da vida, quando a prioridade é promover o conforto do indivíduo. Para isso, a conciliação de medicamentos contribui na otimização da farmacoterapia evitando discrepâncias que comprometam o tratamento proposto, tornando-se uma ferramenta útil nos Cuidados Paliativos. Além disso, com as informações coletadas no momento da entrevista, o farmacêutico pode atuar no auxílio do manejo dos sintomas ao realizar outras intervenções, que não estão inseridas no processo de conciliação.

6 REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). **Definition of Palliative Care**. Geneva: WHO, 2002. Acesso em fevereiro de 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>>
2. Maciel, MGS. **Indicação de cuidados paliativos**. Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 1ª. Parte, pag. 20 - 37. 1ª. Edição, Editora Diagraphic, Rio de Janeiro. 2008.
3. Blinderman, C. **Palliative care, public health and justice: setting priorities in resource poor countries**. *Developing World Bioethics*. 2009; 9(3):105-110.

4. J. Stjernswärd & D. Clark. 2004. **Palliative Medicine: A Global Perspective.** In **Oxford Textbook of Palliative Medicine.** D. Doyle, et al. eds. Oxford, UK: Oxford: 1197–1224.
5. Siqueira-batista R. e Schramm, F.R. **A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da saúde pública.** Cadernos de Saúde Pública. 2004; 20(3):855-865.
6. Waller, A.; Caroline, N. L. **Handbook of Palliative care in Cancer.** British Library Cataloguing – in- Publication Data. 2a. edição, 2000.
7. Koh, N.Y., Koo, W.H. **Polypharmacy in Palliative Care: Can it be reduced?** Singapore Med.J. 2002; 43(6): 279-283.
8. Ketchum, K., Grass, C.A., Padwojski, A. **Medication reconciliation: verifying medication orders and clarifying discrepancies should be a standard practice.** American Journal of Nursing 2005; 105(1):78-85.
9. Conselho Federal de Farmácia (2006) - **Projeto de Lei Nº 2803/2017.** Disponível em: <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro1519.nsf/1061f759d97a6b24832566ec0018d832/9bdacb094b1fee6e8325811c00690c11?OpenDocument>> Acesso em: 26 de fevereiro de 2018.
10. Rozich, M.D. **Standardization as a Mechanism to Improve Safety in Health care.** Joint Commission Journal on Quality and Safety 2004; 30(1):5-14.
11. Joint Commission International. **Padrões de Acreditação Hospitalar** [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA) – Rio de Janeiro 2010.
12. Sánchez, O.D. et al. **Conciliación de la medicación: assumamos la responsabilidad compartida.** Farmacia Hospitalaria 2008; 32(2):63-4.
13. Gleason KM, Mcdaniel MR, Feinglass J, et al. **Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission.** J Gen Intern Med. 2010; 25(5):441-47.
14. Conklin JR, Togami JC, Burnett A, et al. **Care transitions service: a pharmacy-driven program for medication reconciliation through the continuum of care.** Am J Health Syst Pharm. 2014; 71(10):802-10.
15. Lindenmeyer, LP; Goulart, VP; Hegele V. **Reconciliação medicamentosa como estratégia para a segurança do paciente oncológico - Resultados de um estudo piloto.** Rev. Bras. Farm., 2013; 4(4):51-55.
16. Alvim, BA. **Importância da implantação e desenvolvimento da reconciliação medicamentosa em hospitais.** Palmas, 2015.

17. Beckett RD, Crank CW, Wehmeyer A. **Effectiveness and Feasibility of Pharmacist-Led Admission Medication Reconciliation for Geriatric Patients.** *Journal of Pharmacy Practice*, 2011.
18. C. Visser, G. Hadley, B. Wee **Reality of evidence-based practice in palliative care.** *Cancer Biol Med*, 2015; 12 (3):193-200.
19. Riechelmann, RP et al. **Potential Drug Interactions and Duplicate Prescriptions Among Cancer Patients.** *Journal of the national cancer institute, Cary*, 2007; 99(8): 592 – 600.
20. Spalla LR, Castilho SR. **Medication reconciliation as a strategy for preventing medication errors** *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 2016; 52(1).
21. Santos FN, **Avaliação do Cuidado Farmacêutico na conciliação de medicamentos em pacientes idosos com câncer.** Ribeirão Preto, 2017.
22. De Luca A, Coupar IM. **Insights into opioid action in the intestinal tract.** *Pharmacol Ther.* 1996; 69:103–15.
23. Pappagallo M. **Incidence, prevalence, and management of opioid bowel dysfunction.** *Am J Surg.* 2001;182(5A suppl):11S–8S.
24. Herndon CM, Jackson KC II, Hallin PA. **Management of opioid-induced gastrointestinal effects in patients receiving palliative care.** *Pharmacotherapy*, 2002; 22:240–50.
25. Mercadante S, Marchett P, Adile C, et al. **Characteristics and care pathways of advanced cancer patients in a palliative-supportive care unit and an oncological ward.** *Supportive Care in Cancer*, 2018; 26(6):1961-1966.
26. Mercadante S, Adile C, Caruselli A et al. **The Palliative-Supportive Care Unit in a Comprehensive Cancer Center as Crossroad for Patients' Oncological Pathway** *PLoS One.* 2016; 11(6): e0157300.
27. Bruce CM, Smith J, Price A. **A Study of the Incidence and Management of Admissions for Cancer-related Symptoms in a District General Hospital: the Potential Role of an Acute Oncology Service.** *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2017 ;29(9):e148-e155.
28. Kwan J, et al. **Medication Reconciliation During Transitions of Care as Patient Safety Strategy.** *Ann intern Med.* 2013; 158: 397-403.