

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE FARMÁCIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Perfil Clínico e Caracterização do Uso de Medicamentos  
em Cuidados Paliativos**

STÉPHANIE OLIVEIRA BAGGIO

PORTO ALEGRE, 2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE FARMÁCIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Perfil Clínico e Caracterização do Uso de Medicamentos  
em Cuidados Paliativos**

Dissertação apresentada por  
**Stéphanie Oliveira Baggio** para a  
obtenção do GRAU DE MESTRE  
em Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Prof. Dra. Denise Bueno

PORTO ALEGRE, 2017

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, em nível de Mestrado Acadêmico da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 20 de março de 2017, pela Banca Examinadora constituída por:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Keila Maria Mendes Ceresér

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Marcello Ávila Mascarenhas

Centro Universitário Metodista IPA

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Henriqueta Luce Kruse

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

#### CIP - Catalogação na Publicação

Baggio, Stéphanie Oliveira  
Perfil clínico e caracterização do uso de  
medicamentos em cuidados paliativos / Stéphanie  
Oliveira Baggio. -- 2017.  
90 f.

Orientadora: Denise Bueno.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Programa  
de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Porto  
Alegre, BR-RS, 2017.

1. cuidados paliativos. 2. prescrições de  
medicamentos. 3. assistência farmacêutica. I. Bueno,  
Denise, orient. II. Título.

*Dedico esse trabalho aos pacientes da Unidade de Cuidados Paliativos. Espero que o estudo agregue informações relevantes que resultem em benefícios na qualidade de vida desses pacientes.*



## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Rozilaine e Luiz Antônio por todo o apoio incondicional.

À minha orientadora Professora Dr<sup>a</sup>. Denise Bueno pelo conhecimento transmitido por meio da maravilhosa orientação prestada, pela confiança e pelo apoio durante esses últimos dois anos.

Ao Programa de Pós-Graduação pela oportunidade de realização do mestrado e ampliação do conhecimento.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em especial à Unidade de Cuidados Paliativos, pela possibilidade de desenvolvimento desse trabalho.

Ao farmacêutico Ricardo Soares Gioda por todas as contribuições enriquecedoras e por todo auxílio que facilitou a realização desse trabalho.

À Ester Duk Schwarz pela parceira na realização de um dos artigos desse trabalho.

Aos colegas do grupo de pesquisa da professora Denise pelas contribuições que aperfeiçoaram o trabalho.

A todos que contribuíram de uma forma ou de outra para o engrandecimento desse trabalho.

Muito obrigada!



*“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”*

*(José de Alencar)*



## RESUMO

Cuidados paliativos podem ser vistos como uma prioridade de saúde pública diante da transição demográfica que vem ocorrendo a nível mundial. Estudos preliminares indicam que o acesso precoce a esses cuidados pode melhorar o controle dos sintomas e a qualidade de vida dos pacientes, sendo que a compreensão da forma como os medicamentos estão sendo utilizados é imprescindível para atingir o alívio do sofrimento. **Objetivo:** diante da escassez de referenciais bibliográficos nesta temática, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil de utilização dos medicamentos mais utilizados por pacientes em cuidados paliativos internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e relatar as características demográficas e clínicas destes pacientes. **Métodos:** estudo observacional, transversal, retrospectivo realizado com uma amostra de 267 pacientes internados na unidade de cuidados paliativos de um hospital universitário geral de grande porte com capacidade instalada de 843 leitos. **Resultados:** as prescrições totalizaram 178 medicamentos diferentes; dentre estes, os mais prescritos foram: dipirona, morfina, metoclopramida, ondansetron, heparina sódica, paracetamol, lactulose, omeprazol, cloreto de sódio 0,9%, clonazepam, dexametasona, docusato + bisacodil, amitriptilina, enema de glicerina 12%, metadona, haloperidol, cefepime, codeína, escopolamina, dimenidrinato, glicose 50%, óleo mineral líquido, furosemida, ranitidina, amoxicilina + ácido clavulânico e clorpromazina. O percentual de polifarmácia foi de 94,5%. **Conclusões:** conhecer a terapia medicamentosa e compreender a forma de utilização desta é fundamental para proporcionar o alívio dos diversos sintomas que impactam na qualidade de vida dos pacientes internados em cuidados paliativos.

**Palavras-chave:** *Cuidados paliativos, prescrições de medicamentos, assistência farmacêutica*



## **ABSTRACT**

### **Clinical profile and characterization of the use of drugs in palliative care**

Palliative care can be seen as a public health priority in the face of the demographic transition that is happening at a global level. Preliminary studies indicate that early access to these care can improve the control of symptoms and the quality of life of patients, therefore, understanding how drugs are used is essential to achieve the relief of suffering. **Aim:** in the face of the scarcity of bibliographic references on this topic, the aim of the present research is to describe the profile of use of drugs most often adopted by patients in palliative care admitted to Hospital de Clínicas de Porto Alegre and to report the demographic and clinical characteristics of these patients. **Methods:** observational, transversal, retrospective study was conducted with a sample of 267 patients admitted to palliative care of a large general university hospital with an installed capacity of 843 beds. **Results:** the prescriptions totaled 178 different drugs; among these, the most frequently prescribed ones were: dipyron, morphine, metoclopramide, ondansetron, sodium heparin, paracetamol, lactulose, omeprazole, sodium chloride 0.9%, clonazepam, dexamethasone, docusate + bisacodyl, amitriptyline, glycerin enema (12%), methadone, haloperidol, cefepime, codeine, scopolamine, dimenhydrinate, glucose (50%), mineral oil liquid, furosemide, ranitidine, amoxicillin + clavulanic acid and chlorpromazine. The percentage of polypharmacy was 94.5%. **Conclusions:** it is essential to gain knowledge of drug therapies and to understand how to use them in order to provide the relief of several symptoms that impact the quality of life of hospitalized patients in palliative care.

**Keywords:** Palliative care, drug prescriptions, pharmaceutical services



## **LISTA DE FIGURAS**

### **ARTIGO 1**

Figura 1 – Desfecho das internações..... **31**

Figura 2 – Medicamentos mais prescritos durante internação na UCP.... **32**

### **ARTIGO 3**

Figura 1 – Desfecho das internações..... **57**



## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 - Características demográficas da amostra.....  | 30 |
| Tabela 2 - Características clínicas da amostra.....  | 31 |
| Tabela 3 - Características da dieta e da respiração e valores dos escores de Morse e de Braden da amostra..... | 31 |
| Tabela 4 - Detalhamento do tratamento prévio.....  | 31 |

### ARTIGO 2

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 – Características demográficas da amostra.....  | 40 |
| Tabela 2 – Características clínicas da amostra.....  | 41 |
| Tabela 3 – Características da dieta e da respiração e valores das escalas Morse e Braden da amostra..... | 42 |
| Tabela 4 – Motivo da internação.....   | 43 |

### ARTIGO 3

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 – Valores da escala de dor e sintomas apresentados durante os dias de internação na UCP..... | 55 |
| Tabela 2 – Medicamentos mais prescritos durante as internações na UCP.....                            | 55 |
| Tabela 3 – Soluções prescritas durante as internações na UCP.....                                     | 56 |



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGH - Aplicativo de Gestão Hospitalar

ATC - *Anatomical Therapeutic Chemical*

CID - Classificação Internacional de Doenças

CP - Cuidados Paliativos

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

GPPG - Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IAHPC - *International Association for Hospice and Palliative Care*

IMC - Índice de massa corporal

INCA - Instituto Nacional de Câncer

OMS - Organização Mundial de Saúde

RS - Rio Grande do Sul

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos



## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO GERAL</b> .....  | <b>23</b> |
| <b>OBJETIVOS</b>   |           |
| 1.1 Objetivo Geral.....  | <b>25</b> |
| 1.2 Objetivos Específicos.....   | <b>25</b> |
| <b>ARTIGO 1</b> - Prescrições de Medicamentos em Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário de Porto Alegre.....              | <b>27</b> |
| <b>ARTIGO 2</b> -. Perfil Clínico de Pacientes Internados na Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário do Sul do Brasil..... | <b>37</b> |
| <b>ARTIGO 3</b> - Caracterização do Uso de Medicamentos na Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário do Sul do Brasil.....   | <b>51</b> |
| <b>DISCUSSÃO GERAL</b> .....   | <b>67</b> |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | <b>71</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>73</b> |
| <b>APÊNDICES</b>   |           |
| APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados .....  | <b>75</b> |
| APÊNDICE B – Publicação do Artigo 1.....   | <b>77</b> |
| APÊNDICE C – Comprovante de Submissão do Artigo 2.....   | <b>79</b> |
| APÊNDICE D – Comprovante de Submissão do Artigo 3.....   | <b>81</b> |
| <b>ANEXOS</b>  |           |
| ANEXO 1 - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa referente ao Artigo 1.....  | <b>83</b> |
| ANEXO 2 - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa referente ao Artigo 2 e 3.....  | <b>87</b> |



## INTRODUÇÃO GERAL

No Estado do Rio Grande do Sul (RS), assim como no restante do Brasil, o envelhecimento populacional tem se tornado relevante, devido ao decréscimo progressivo das taxas de natalidade e ao aumento gradual da longevidade <sup>1</sup>. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam um aumento considerável desta população com mais de 60 anos de idade para as décadas seguintes, sendo que no ano de 2025, em todo o mundo, poderá haver mais de 800 milhões de pessoas com idade superior a 65 anos <sup>2</sup>.

As doenças crônicas não transmissíveis estão se tornando cada vez mais prevalentes no país. No RS há alta prevalência e mortalidade por estas doenças, como câncer de mama, próstata e doenças cardiovasculares <sup>1</sup>.

Apesar da ocorrência dos avanços tecnológicos e científicos na área da saúde, não há cura para todas as doenças existentes. Diante dessa situação, os cuidados paliativos (CP) surgiram como uma forma de prestar assistência aos pacientes portadores de doenças graves, progressivas e sem possibilidade de cura <sup>3,5</sup>.

O conceito de Cuidados Paliativos foi definido pela primeira vez no ano de 1990 e ampliado no ano de 2002, quando foi realizada sua atualização pela OMS. Anteriormente, o conceito de CP estava voltado somente para os pacientes que não apresentavam possibilidade de cura. Atualmente, apresenta uma perspectiva mais abrangente e está relacionado com doenças que ameaçam a vida e não exclusivamente às incuráveis <sup>4</sup>.

Doenças de evolução crônica ou degenerativa e neoplasias são responsáveis por aproximadamente 70% dos óbitos que ocorrem no país, o que presume que há sofrimento por considerável parcela da população brasileira. Grande parte de CP são destinados a pacientes com câncer, mesmo que as indicações sejam também para doença cardíaca, pulmonar, renal, hepática e neurológica; acidente vascular cerebral; síndrome da imunodeficiência adquirida; demência; entre outras. Diante dessas outras indicações, os CP não-oncológicos estão sendo gradativamente reconhecidos <sup>5,6</sup>.

No ano de 2014, segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 1.227.039 brasileiros faleceram; desses, aproximadamente 16% faleceram devido a neoplasias. Ao avaliar os dados do

estado do Rio Grande do Sul, esse percentual se eleva para aproximadamente 20%, sendo que a grande parte dos óbitos por neoplasias ocorre no hospital (cerca de 88%) e os demais acontecem no domicílio (cerca de 12%)<sup>7</sup>.

O percentual de 20% é relativamente alto ao contrastar com a incipiência de CP no Brasil, onde estes serviços ainda não estão organizados adequadamente de forma a conseguir suprir a demanda existente, visto que a oferta de leitos especializados é pequena e restrita às grandes cidades<sup>3</sup>. No Brasil, os CP iniciaram na década de 1980, mas foi a partir dos anos 2000 que ocorreu uma propagação expressiva<sup>8</sup>.

Como os CP ainda estão voltados principalmente aos pacientes oncológicos que, em sua maioria, são idosos com comorbidades, torna-se frequente a presença de polifarmácia nos CP. Esta condição, apesar de estar descrita nos pacientes idosos, ainda não está bem especificada nos pacientes oncológicos em fase de doença avançada<sup>9</sup>.

O conceito de polifarmácia ainda é controverso. Podemos definir como a prescrição de cinco ou mais associações de medicamentos ou o uso de medicamentos para corrigir efeitos adversos de outro<sup>10</sup>.

A polifarmácia ao ser uma prática comum nos CP destaca a relevância da realização de estudos nesta área que auxiliem na compreensão da maneira que os medicamentos estão sendo utilizados nos CP, sendo que os medicamentos, quando utilizados de forma adequada, contribuem para o alívio do sofrimento que é um dos objetivos da assistência em saúde.

## **OBJETIVOS**

### **1.1 Objetivo Geral**

Analisar os medicamentos utilizados em pacientes sob cuidados paliativos internados em um hospital universitário geral de grande porte em Porto Alegre.

### **1.2 Objetivos Específicos**

- Conhecer o perfil clínico dos pacientes da unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).
- Verificar o padrão de prescrição dos medicamentos na UCP do HCPA.



## ARTIGO 1

<http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730.61148>

Artigo Original

PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS EM UNIDADE DE CUIDADOS  
PALIATIVOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE

*DRUG PRESCRIPTIONS IN A PALLIATIVE CARE UNIT OF A  
UNIVERSITY HOSPITAL IN PORTO ALEGRE*

Ester Duk Schwarz<sup>1</sup>, Stéphanie Oliveira Baggio<sup>2</sup>, Denise Bueno<sup>2,3</sup>

RESUMO

**Introdução:** Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um perfil caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. O controle dos sintomas de pacientes em cuidados paliativos pode melhorar a qualidade de vida desses indivíduos e até mesmo de suas famílias. A utilização de medicamentos adequados para a terapia desses pacientes é fundamental para o sucesso do tratamento, que nesse caso é o controle adequado dos sintomas. O objetivo principal do trabalho foi descrever o perfil de utilização de medicamentos em pacientes em cuidados paliativos internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

**Métodos:** O presente estudo descritivo, exploratório tem por objetivo determinar o perfil de uma amostra de 30 pacientes internados na unidade de cuidados paliativos do HCPA com enfoque na utilização de medicamentos e também nas características demográficas e clínicas e o desfecho clínico dos pacientes.

**Resultados:** As prescrições levantadas totalizaram 76 medicamentos diferentes; dentre estes, os mais prescritos foram morfina, dipirona, lactulose, heparina, metoclopramida, paracetamol, cloreto de sódio, ondansetron, ipratrópio, dexametasona e omeprazol. Com a possibilidade de acúmulo de patologias crônicas, a polifarmácia é inevitável. A avaliação do uso dos fármacos torna-se de grande importância para que se garanta a segurança do paciente em cuidado paliativo e o uso racional de medicamentos.

**Conclusão:** A construção metodológica deste estudo possibilitou descrever o perfil da população de interesse, além de gerar conhecimento sobre os medicamentos utilizados na unidade de cuidados paliativos e sobre variáveis demográficas e clínicas de pacientes internados nessa unidade.

**Palavras-chave:** *Cuidados paliativos; assistência farmacêutica; preparações farmacêuticas*

ABSTRACT

**Introduction:** In less than 40 years, Brazil changed from a mortality profile typical of a young population to one characterized by complex and more costly diseases, typical of older ages. The control of the symptoms of patients in palliative care can improve the quality of life of these individuals and even of their families. The use of appropriate drugs for the treatment of these patients is critical to therapeutic success, which in this case is adequate control of symptoms. The main objective of this study was to describe drug use profile in patients under palliative care admitted to Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

*Clin Biomed Res.* 2016;36(1):27-36

1 Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

2 Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

3 Departamento de Produção e Controle de Medicamentos, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Denise Bueno  
denise.bueno@ufrgs.br  
Departamento de Produção e Controle de Medicamentos, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)  
Avenida Ipiranga, 2752.  
90610-000, Porto Alegre, RS, Brasil.

**Methods:** The present descriptive, exploratory study aimed to determine the profile of a sample of 30 patients admitted to the palliative care unit of HCPA focusing on drug use and also on patients' demographic and clinical characteristics and clinical outcomes.

**Results:** The prescriptions included a total of 76 different drugs, most commonly prescribed of which were morphine, dipyrrone, lactulose, heparin, metoclopramide, acetaminophen, sodium chloride, ondansetron, ipratropium, dexamethasone and omeprazole. With the possibility of accumulation of chronic pathologies, polypharmacy is inevitable. The evaluation of drug use becomes very important to ensure patient safety in palliative care and the rational use of drugs.

**Conclusions:** The methodological construction of this study made it possible to describe profile of the population of interest and provided knowledge about the drugs used in the palliative care unit and about demographic and clinical variables of patients admitted to this unit.

**Keywords:** *Palliative care; pharmaceutical services; pharmaceutical preparations*

Há uma tendência mundial para o envelhecimento populacional. Diminuição da fertilidade e aumento significativo da expectativa de vida no último século levaram a uma mudança das causas de doenças e de morte. No início do século XX, a maior ameaça à saúde eram doenças infecciosas e parasitárias que geralmente acometiam crianças. Atualmente são as doenças não transmissíveis, as quais afetam adultos e idosos, que têm maior impacto na saúde mundial. Mudanças na estrutura familiar e envelhecimento populacional significam uma maior população idosa com pouco apoio familiar, que deve ser acolhida por uma sociedade que ainda precisa aprender a lidar com esse novo problema<sup>1</sup>.

Estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que, entre 1901 e 2010, a população brasileira passou de 17,4 para 190,8 milhões de pessoas, 84% das quais vivem em área urbana; além disso, a expectativa de vida do brasileiro subiu de 33,4 anos em 1910 para 73,17 anos em 2009 (77,0 anos para mulheres e 69,4 para homens). A população de brasileiros acima de 65 anos passou de 4,9% em 1995 para 6,1% em 2005 e 7,4% em 2010. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um perfil caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. Os grandes centros urbanos, embora já apresentem um perfil demográfico semelhante aos países mais desenvolvidos, ainda não dispõem de uma infraestrutura de serviços que dê conta das demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes<sup>2,3</sup>. Junto com o prolongamento da vida, os profissionais de saúde começaram a perceber que, mesmo no caso de doenças sem cura, há uma possibilidade de atendimento, com ênfase na qualidade de vida e nos cuidados aos pacientes, por meio de assistência interdisciplinar, e na abordagem aos familiares – os cuidados paliativos (CP)<sup>4,5</sup>.

Com a evolução da forma de vida e morte na sociedade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) introduz em 1990 o conceito de CP, atualizado em 2002:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO)<sup>6</sup>.

Os princípios preconizados são:

[...] fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como fadiga, anorexia, dispneia e outras emergências oncológicas; reafirmar a vida e a morte como processos naturais; integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente; não apressar ou adiar a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente; oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte; usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto (WHO)<sup>6</sup>.

Na Europa se desenvolve o modelo de CP a partir de 1960, inicialmente voltado ao cuidado de pacientes oncológicos. Órgãos internacionais começam o debate sobre essa temática em 1980. Na década de 90, os primeiros estudos europeus com dados comparativos de CP começam a ser publicados, possibilitando a percepção de que os CP apresentam diferenças relacionadas a particularidades do sistema de saúde, aspectos culturais e formação profissional<sup>7</sup>.

A Rede de Pesquisa da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (*European Association of Palliative Care Research Network*), fundada em

1988, reconhece que as redes de cuidado em saúde são essenciais para a pesquisa sobre CP. Grupos de trabalho foram criados para elaborar diretrizes clínicas baseadas nas evidências disponíveis. Essas diretrizes geralmente têm sido úteis na identificação de lacunas na base de evidências e nas áreas prioritárias de investigação<sup>3</sup>.

No Brasil, iniciativas isoladas e discussões a respeito dos CP são encontradas desde os anos 1970. O movimento dos CP, como filosofia de trabalho, começou no início na década de 1980, com os primeiros serviços instituídos no Rio Grande do Sul, em São Paulo e em Santa Catarina. Foi nos anos 1990 que começaram a aparecer os primeiros serviços organizados, ainda de forma experimental. No Rio de Janeiro, a partir de 1998, CP são prestados nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação

hospitalar e assistência domiciliar, levando esse estado a tornar-se referência nacional no ensino e capacitação de profissionais para o atendimento em CP. Em 2005, um grupo de médicos de diferentes áreas de atuação, como Geriatria, Pediatria, Oncologia e Medicina de Família, fundou a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, cujo mote principal foi o esclarecimento, a divulgação e a promoção dos CP no Brasil. Esse movimento foi crescendo e se ampliando, levando o Conselho Federal de Medicina a criar a Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida. Em 2006, foi criada a Resolução nº 1.805/2006, então polêmica e ao mesmo tempo um marco em relação à legislação dos CP no Brasil, contribuindo decisivamente para a aprovação da medicina paliativa como especialidade médica em dezembro de 2011<sup>3</sup>.

O alívio do sofrimento é universalmente reconhecido como um objetivo fundamental da assistência em saúde. O controle dos sintomas de pacientes em CP pode melhorar a qualidade de vida desses indivíduos e até mesmo de suas famílias. A utilização de medicamentos de maneira adequada para a terapia desses pacientes é fundamental para o sucesso do tratamento, que nesse caso é o controle adequado dos sintomas.

A composição da equipe multiprofissional clássica de CP está centrada nos profissionais que lidam diretamente com o paciente (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais), o que acaba refletindo na quantidade de literatura disponível sobre o assunto. Segundo Hermes & Lamarca, a categoria que mais publica sobre a temática é a enfermagem, devido à própria formação baseada na arte de cuidar. Os aspectos mais comuns levantados nos artigos foram: humanização do atendimento, despreparo profissional em relação à morte, eutanásia, distanásia, ortotanásia, mistanásia e currículos que carecem de disciplinas voltadas para a tanatologia<sup>4</sup>.

Estudos de utilização de medicamentos permitem avaliar como os medicamentos são utilizados e identificar problemas relacionados à sua utilização, podendo possibilitar ações educativas para a equipe e auxiliar no planejamento de ações futuras. São poucos os estudos de utilização de medicamentos em pacientes sob CP; portanto, o maior conhecimento sobre esses aspectos pode auxiliar os profissionais de saúde atuantes nessa área. O objetivo principal deste estudo foi analisar os medicamentos utilizados em pacientes sob CP internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), para que dados de acompanhamento dessa população sejam relatados e contribuam para melhorar a qualidade de vida desses pacientes. O objetivo secundário foi descrever as características demográficas e clínicas e o desfecho clínico dos pacientes.

## MÉTODOS

### *Instrumento de Coleta de Dados*

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento padronizado de coleta de dados (Apêndice 1). As informações foram obtidas por meio de prontuários *on-line* no sistema AGH (Aplicativo de Gestão Hospitalar, implantado no ano 2000). Dados como sexo, idade, cidade de residência, internações anteriores, tratamentos realizados e duração da internação do paciente foram coletados a partir do cadastro do usuário no hospital. Outros dados como dieta, frequência respiratória, Escala de Morse (avalia risco de quedas – sendo risco baixo até 24 pontos na escala, moderado de 25 a 44, e alto igual ou maior de 45<sup>10</sup>), Escala de Braden (avalia risco de formação de úlceras de pressão – sendo risco médio de 15 a 18 pontos, moderado de 13 a 14, alto de 10 a 12, e altíssimo de 9 a 6<sup>11</sup>) e o escore de dor (escala de 1 a 10 – sendo dor leve de 1 a 3, moderada de 4 a 6, intensa de 7 a 9, e insuportável é de 10<sup>12</sup>), assim como outros sintomas ou intercorrências, foram obtidos na evolução do paciente registrada diariamente também no prontuário *on-line* no sistema AGH. Os medicamentos utilizados durante a internação estudada foram coletados a partir da prescrição eletrônica. A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador envolvido no projeto sob supervisão do farmacêutico co-orientador responsável, durante 2 meses.

### *Amostra*

O presente trabalho foi um estudo exploratório para possibilitar o cálculo de tamanho amostral para o desenvolvimento de pesquisas posteriores, visto que não há dados suficientes para a determinação da amostra. Os dados existentes no atual momento não

possibilitam cálculo estatístico de tamanho amostral para possíveis inferências que possam relacionar a utilização de medicamentos no CP e a qualidade de vida envolvida nesse desfecho. A diversidade cultural e as diferentes políticas públicas de saúde, assim como os diferentes sistemas de saúde internacionais, podem ocasionar diferenças no tratamento e no manejo do paciente sob CP; portanto, não seria adequada a utilização de dados internacionais para a determinação do tamanho amostral. O estudo objetivou determinar o perfil da população em estudo, bem como os medicamentos utilizados e os escores registrados pela equipe de enfermagem, para que se obtenham dados mais fiéis sobre essa população. Este estudo foi realizado com 30 pacientes, os quais foram selecionados aleatoriamente por conveniência, totalizando 34 internações (dois pacientes com duas internações e um com três internações no período analisado), ou seja, foram consideradas todas as internações (de cada um dos 30 pacientes) na unidade de cuidados paliativos (UCP).

#### **Delimitação**

O delineamento deste estudo foi transversal, retrospectivo, descritivo, com análise de prontuários eletrônicos de pacientes sob CP internados no HCPA, obtidos através do sistema informatizado AGH.

Foram incluídos no estudo pacientes internados no Núcleo de Cuidados Paliativos do HCPA. Foram excluídos do estudo indivíduos menores de 18 anos, pacientes que internaram no período anterior à implantação do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) e pacientes que ainda não haviam recebido alta hospitalar.

#### **Análise de Dados**

Os dados obtidos a partir do instrumento padronizado de coleta de dados foram armazenados no programa Excel.

#### **Aspectos Éticos**

Este projeto foi aprovado pela Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA. Os pesquisadores participantes assinaram o Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais.

### **RESULTADOS**

A UCP do HCPA foi implantada em 2007, conta com sete leitos e atende pacientes portadores de doença que ameace a vida, com o objetivo de promover alívio dos sintomas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes<sup>6</sup>. No ano de realização deste estudo (2015), houve 24 internações em julho e 19 em agosto.

Foi encontrada uma média de 5,4 internações anteriores, independente da especialidade, entre os pacientes, com mínimo de uma internação e máximo de 15 internações no HCPA [mediana = 4 e desvio padrão (DP) = 3,71]. A média de dias de internação no HCPA foi de 13,7 dias, sendo que a internação mais longa foi de 59 dias e a mais curta de 2 dias (mediana = 6,5 e DP = 15,26). O número de dias de internação na UCP foi ligeiramente menor, com média de 7,0 dias, sendo que a internação mais longa foi de 23 dias e a mais curta de 1 dia (mediana = 5, DP = 6,14). Características demográficas dos pacientes encontram-se na Tabela 1, características clínicas na Tabela 2, características da dieta e da respiração e valores dos escores de Morse e de Braden na Tabela 3, e detalhamento do tratamento prévio na Tabela 4.

Dentre os pacientes pesquisados (n = 30), 6 (20%) eram fumantes ativos, 13 (43%) eram ex-tabagistas e 11 (37%) eram não tabagistas. Três pacientes relataram dor diferente de zero nas escalas analisadas. Nos prontuários foram relatados fraqueza em 11 (32%) pacientes e cansaço aos esforços em 3 (9%) pacientes, enquanto que 20 (59%) pacientes não apresentaram queixas. O desfecho das internações encontra-se na Figura 1, sendo que 70% dos pacientes foi a óbito e os demais foram encaminhados para acompanhamento ambulatorial; destes, 6% foram encaminhados para o ambulatório sem especialidade especificada, 3% para equipe da dor, 18% para o setor de oncologia e 3% para o setor de pneumologia. Os medicamentos mais prescritos se encontram na Figura 2.

**Tabela 1:** Características demográficas da amostra (n = 30).

|                             | Valor bruto | %  |
|-----------------------------|-------------|----|
| <b>Gênero</b>               |             |    |
| Feminino                    | 16          | 53 |
| Masculino                   | 14          | 47 |
| <b>Idade</b>                |             |    |
| < 50                        | 2           | 7  |
| 50-59                       | 8           | 27 |
| 60-69                       | 7           | 23 |
| 70-79                       | 9           | 30 |
| > 80                        | 4           | 13 |
| <b>Cor autodeclarada</b>    |             |    |
| Branca                      | 26          | 87 |
| Preta                       | 3           | 10 |
| Parda                       | 1           | 3  |
| <b>Cidade de residência</b> |             |    |
| Porto Alegre                | 15          | 50 |
| Região metropolitana        | 10          | 33 |
| Interior                    | 5           | 17 |

## Prescrições de medicamentos em unidade de cuidados paliativos

Tabela 2: Características clínicas da amostra (n = 30).

|  | Valor bruto | %    |
|--|-------------|------|
| <b>IMC</b>                               |             |      |
| Baixo                                    | 22          | 73   |
| Normal                                   | 7           | 23   |
| Sobrepeso                                | 0           | 0    |
| Obesidade                                | 1           | 4    |
| <b>Tratamento prévio</b>                 |             |      |
| Cirurgia                                 | 13          | 43   |
| Quimioterapia                            | 14          | 48   |
| Radioterapia                             | 12          | 40   |
| <b>Motivo da internação <sup>1</sup></b> |             |      |
| CID A                                    | 1           | 3    |
| CID C                                    | 20          | 59   |
| CID E                                    | 1           | 3    |
| CID J                                    | 5           | 14,5 |
| CID K                                    | 1           | 3    |
| CID N                                    | 1           | 3    |
| CID R                                    | 5           | 14,5 |
| <b>Neoplasia <sup>2</sup></b>            |             |      |
| Esôfago                                  | 5           | 18   |
| Sistema respiratório                     | 5           | 18   |
| Cavidade peritoneal                      | 1           | 3    |
| Cólon/reto                               | 2           | 7    |
| Estômago                                 | 4           | 14   |
| Leucemia                                 | 1           | 3    |
| Mama                                     | 3           | 11   |
| Melanoma                                 | 2           | 7    |
| Pâncreas                                 | 1           | 3    |
| Rim                                      | 2           | 7    |
| Útero                                    | 2           | 7    |

IMC - Índice de massa corporal; CID A - Algumas doenças infecciosas e parasitárias; CID C - Neoplasias; CID E - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; CID J - Doenças do aparelho respiratório; CID K - Doenças do aparelho digestivo; CID N - Doenças do aparelho geniturinário; CID R - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte. <sup>1</sup> n = 34. <sup>2</sup> um paciente estava internado por hepatite viral crônica.

Tabela 3: Características da dieta e da respiração e valores dos escores de Morse e de Braden da amostra (n = 34).

|                                | Valor bruto | %  |
|--------------------------------|-------------|----|
| <b>Dieta <sup>1</sup></b>      |             |    |
| VO                             | 21          | 62 |
| SNE                            | 6           | 18 |
| NPO                            | 7           | 20 |
| <b>Respiração <sup>2</sup></b> |             |    |
| E                              | 18          | 53 |
| D                              | 4           | 12 |
| D/E                            | 11          | 32 |
| E/D/B/T                        | 1           | 3  |
| <b>Morse</b>                   |             |    |
| Risco baixo                    | 0           | 0  |
| Risco médio                    | 11          | 32 |
| Risco alto                     | 23          | 68 |
| <b>Braden</b>                  |             |    |
| Risco médio ou baixo           | 14          | 41 |
| Risco moderado                 | 8           | 24 |
| Risco alto                     | 10          | 29 |
| Risco altíssimo                | 2           | 6  |

<sup>1</sup> Dieta: VO - Via oral, SNE - Sonda nasoenteral, Npo - Nada por via oral. <sup>2</sup> Respiração: E - Eupneico, D - Dispneico, B - Bradpneico, T - Taquipneico.

Tabela 4: Detalhamento do tratamento prévio.

| Tratamento prévio                       | Pacientes |
|---|-----------|
| Quimioterapia + Cirurgia + Radioterapia | 2         |
| Quimioterapia + Cirurgia                | 7         |
| Quimioterapia + Radioterapia            | 1         |
| Cirurgia + Radioterapia                 | 4         |
| Quimioterapia                           | 5         |
| Cirurgia                                | 4         |
| Radioterapia                            | 1         |
| Nenhum                                  | 5         |

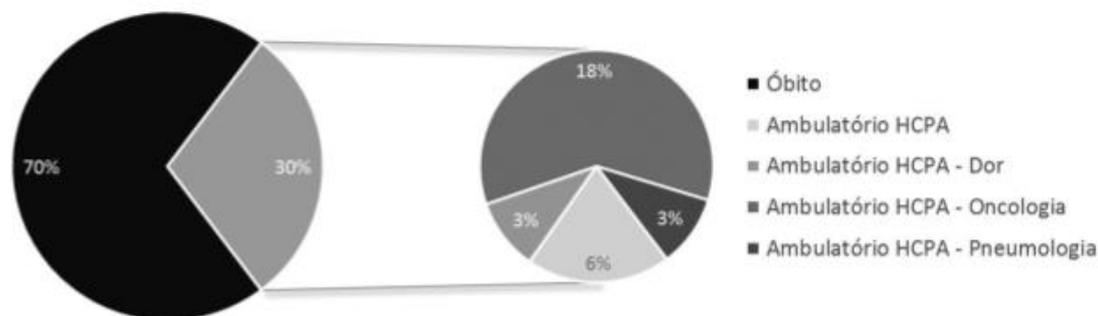


Figura 1: Desfecho das Internações.

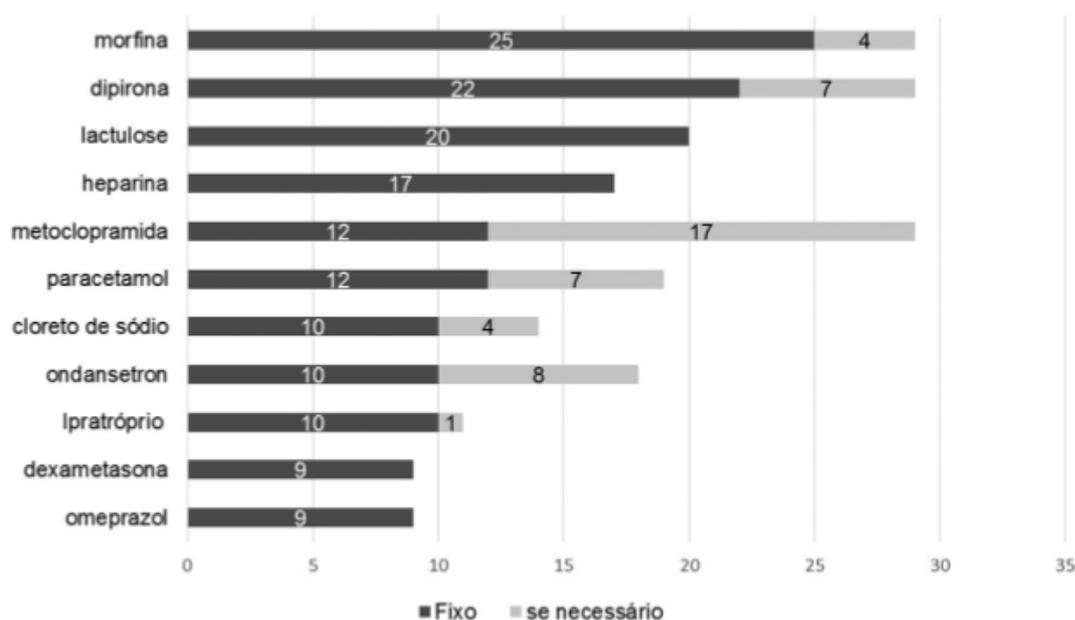


Figura 2: Medicamentos mais prescritos durante internação na UCP.

## DISCUSSÃO

A grande diversidade étnica e cultural de várias regiões do mundo deu início ao processo de miscigenação que constitui o atual povo gaúcho. Segundo o IBGE, em 2008 a população gaúcha era composta por 82,3% de brancos, 11,4% de pardos, 5,9% de negros e 0,4% de amarelos ou indígenas. Em 2010 a Região Sul do país possuía 27.386.891 habitantes; destes, 84,9% moravam em regiões urbanas e 15,1% em área rural. Quanto à proporção entre homens e mulheres na região, também em 2010, havia 49,1% de homens e 50,9% de mulheres<sup>2</sup>. Todos esses dados podem ser comparados aos da Tabela 1.

A porcentagem de homens e mulheres internados na UCP do HCPA foi semelhante à da população geral do Rio Grande do Sul. A qualidade do atendimento primário também pode refletir nos dias de internação dos pacientes: pacientes da capital e região metropolitana eram mais propensos a aceitar a alta hospitalar, já os familiares de pacientes do interior possuíam maior receio de levar o paciente para casa, mesmo tendo uma maior dificuldade de acompanhá-lo no hospital, conforme relatos da equipe de saúde registrados nos prontuários desses pacientes.

A causa de internação hospitalar mais frequente entre os idosos no Brasil é a insuficiência cardíaca, 12,1% para as mulheres e 14,7% para os homens.

Pneumonia, bronquite e acidente vascular cerebral também estão entre as principais causas de internação, tanto para homens quanto para mulheres<sup>3</sup>. O idoso consome mais os serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior, devido à multiplicidade de patologias<sup>3</sup>. No caso da amostra coletada, observou-se que as internações foram causadas tanto pelos motivos comuns da faixa etária citados acima como por neoplasia em estado avançado, o que pode ser observado nos diversos CID presentes na Tabela 2. Também nessa tabela observa-se uma maior prevalência de neoplasias de esôfago, sistema respiratório e estômago. Segundo Hallal et al., em um levantamento de dados históricos do Rio Grande do Sul, as localizações anatômicas mais frequentes nos tumores do sexo masculino foram pulmão, esôfago, próstata, estômago e cólon/reto; entre as mulheres foram mama, colo do útero/útero não especificado, pulmão, cólon/reto e estômago<sup>13</sup>.

Com relação ao tratamento prévio, há diversas combinações de tratamento entre cirurgia, quimioterapia e radioterapia, sendo que apenas dois pacientes foram submetidos aos três tratamentos ao longo da evolução da patologia, além de cinco pacientes que não passaram por nenhum tratamento (tabela 4).

O tempo entre a descoberta da neoplasia, progressão natural da patologia e tratamento também leva ao índice de massa corporal reduzido encontrado na maioria dos pacientes, visto que aceleração de metabolismo, anorexia e caquexia neoplásicas são esperados em pacientes terminais<sup>14</sup>. Fadiga pode ser observada principalmente nesses pacientes mais debilitados.

Tabagismo entre os pacientes traz outro agravante à qualidade de vida: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Mesmo com pequeno número amostral foi possível observar cinco pacientes com DPOC, três deles ex-tabagistas e dois fumantes ativos, mas não foi possível correlacionar estatisticamente esses valores com os dados respiratórios.

As prescrições analisadas para os 30 pacientes totalizaram 76 medicamentos diferentes; dentre estes, os mais prescritos encontram-se na Figura 2. Com a possibilidade de acúmulo de patologias crônicas, a polifarmácia é inevitável. A média de medicamentos prescritos para um paciente na UCP foi de cerca de 13 medicamentos por prescrição, sendo que a maior receita apresentou 25 medicamentos diferentes durante a internação, sem levar em consideração mudanças na posologia ou via de administração.

A avaliação do uso dos fármacos torna-se de grande importância para que se garanta a segurança do paciente em CP e o uso racional de medicamentos, ou seja, para que os pacientes recebam os medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade. O sucesso terapêutico depende dessa compreensão por parte do paciente e seus familiares. O farmacêutico se insere nesse cuidado quando realiza revisão de prescrição, capacitação da equipe de saúde e dos cuidadores, faz ajuste e conversão de dosagens e

participa das equipes multidisciplinares<sup>15</sup>. Em estudo realizado por Hussainy et al. na Austrália, a inclusão de farmacêuticos nas equipes aumentou o conhecimento relacionado a medicamentos por parte da equipe de CP e dos pacientes, melhorando o manejo das prescrições e reduzindo erros relacionados<sup>16</sup>. Quando o paciente faz a escolha de receber CP no ambiente domiciliar, o reconhecimento da forma como essa terapia será manejada faz com que a alta hospitalar tenha êxito ou não<sup>17</sup>.

A realização de estudos na área de CP que avaliem a eficácia e segurança de medicamentos pode garantir uma melhor qualidade de atendimento, qualificando a unidade hospitalar ou o cuidado domiciliar. Reconhecer o momento em que o paciente necessita ficar internado ou ir para casa é fundamental para garantir o êxito do CP.

As limitações deste estudo podem ser atribuídas ao estudo ser retrospectivo, o que pode limitar a qualidade de análise dos dados em relação ao seu registro, pois não se consegue voltar ao caso para confirmar a veracidade.

A construção metodológica deste estudo possibilitou descrever o perfil da população, além de gerar conhecimento sobre os medicamentos utilizados na UCP e sobre variáveis demográficas e clínicas de pacientes internados nessa unidade. Conhecer o perfil de uso de medicamentos utilizados em uma UCP é um importante indicador de qualidade de assistência e saúde, possibilitando a assistência integral de forma efetiva e com atuação conjunta dos profissionais da equipe multidisciplinar.

### Agradecimentos

À Equipe dos Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e ao Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica – UFRGS pelo apoio acadêmico.

### REFERÊNCIAS

1. Suzman R, Beard J. *Global health and aging*. Bethesda: National Institute of Aging; 2011 [citado em 2015 Out 30]. Disponível em: <https://www.nia.nih.gov/research/publication/global-health-and-aging/preface>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Indicadores sociais municipais*. Brasília: IBGE; 2010 [citado em 2015 Out 31]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores\\_sociais\\_municipais/tabelas\\_pdf/tab1.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/tabelas_pdf/tab1.pdf)
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil*. Brasília: IBGE; 2009 [acesso 2015 Out 30]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>
4. Hermes HR, Lamarca IC. Palliative care: an approach based on the professional health categories. *Cien Saude Colet*. 2013;18(9):2577-88. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>. PMID:23989564.
5. Pan American Health Organization – PAHO. *Health in the Americas, Country volume: Brazil*. Washington: PAHO; 2012 [citado em 2015 Out 30]. Disponível em: [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=118&Itemid=](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=118&Itemid=)
6. World Health Organization – WHO. Introduction. In: World Health Organization – WHO. *Global atlas of palliative care at the end of life*. WHO; 2014. p. 4-9 [citado em 2015 Out 27]. Disponível em: <http://www.thewhpc.a>

- org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care
7. Clark D, Centeno C. Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis. *Clin Med*. 2006;6(2):197-201. <http://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.6-2-197>. PMID:16688982.
  8. Blumhuber H, Kaasa S, De Conno F. The European Association for Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(2):124-7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00454-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00454-2). PMID:12231128.
  9. Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. *O que são cuidados paliativos?* São Paulo: ANCP; 2009 [citado em 2015 Out 26]. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/anpc.php?p=oqueecuidados>
  10. Costa-Dias MJM, Ferreira PL, Oliveira AS. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Rev Enf Ref*. 2014;IV(2):7-17. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1382>.
  11. Cidral S, Silva WF, Visentin A, Borghi AC, Mantovani MF, Hey AP. Assessment of the risk of pressure ulcer development among hospitalized HIV/AIDS patients. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):96-101. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690113i>. PMID:26871221.
  12. Wells N, Pasero C, McCaffery M. Improving the quality of care through pain assessment and management. In: Hughes RG, editor. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. Chapter 17.
  13. Hallal ALC, Gottlieb SLD, Latorre MRDO. Evolução da mortalidade por neoplasias malignas no Rio Grande do Sul, 1979-1995. *Rev Bras Epidemiol*. 2001;4(3):168-77. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2001000300004>.
  14. Argilés JM, Busquets S, López-Soriano FJ, Figueras M. Fisiopatología de la caquexia neoplásica. *Nutr Hosp*. 2006;21(Suppl 3):4-9. PMID:16768025.
  15. Cortis LJ, McKinnon RA, Anderson C. Palliative care is everyone's business, including pharmacists. *Am J Pharm Educ*. 2013;77(2):21. <http://dx.doi.org/10.5688/ajpe77221>. PMID:23520403.
  16. Hussaini SY, Box M, Scholes S. Piloting the role of a pharmacist in a community palliative care multidisciplinary team: an Australian experience. *BMC Palliat Care*. 2011;10(1):16. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-684X-10-16>. PMID:22035160.
  17. Edwards SJ, Abbott R, Edwards J, LeBlanc M, Dranitsaris G, Donnan J, et al. Outcomes assessment of a pharmacist-directed seamless care program in an ambulatory oncology clinic. *J Pharm Pract*. 2014;27(1):46-52. <http://dx.doi.org/10.1177/0897190013504954>. PMID:24065784.

Recebido: Dez 23, 2015  
Aceito: Abr 21, 2016



Preencher utilizando as seguintes siglas e dados:

- Dieta: VO – Via oral  
 SNE – Sonda nasoenteral  
 NPO – Nada por via oral  
 Respiração: E – Eupneico  
 D – Dispneico  
 B – Bradpneico  
 T – Taquipneico  
 Morse: Escore a partir de 0  
 Braden: Escala a partir de 0  
 Dor: Escala de 0 a 10

16. O paciente apresentou

- Náuseas  
 Vômitos  
 Diarreia  
 Constipação

17. Houve relato de fadiga?

- Sim  Não

18. Quais medicamentos o paciente utilizou durante a internação?

| Medicamento | Dose (mg) | Posologia | Via de administração | Início | Fim |
|-------------|-----------|-----------|----------------------|--------|-----|
|             |           |           |                      |        |     |
|             |           |           |                      |        |     |
|             |           |           |                      |        |     |
|             |           |           |                      |        |     |
|             |           |           |                      |        |     |

19. Quantos dias o paciente ficou internado na unidade?

|\_|\_|\_|\_| dias

20. Qual a condição do paciente na alta da unidade?

- (1) Alta melhorando  
 (2) Óbito  
 (3) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

21. Qual o encaminhamento pós-alta hospitalar?

- (1) Ambulatório HCPA  
 (2) Médico externo ao HCPA  
 (3) Outro hospital em Porto Alegre  
 (4) Hospital em outra cidade  
 (5) Outro Qual? \_\_\_\_\_

22. Houve alguma intercorrência durante a internação? Qual?

\_\_\_\_\_

## ARTIGO 2

### **Perfil Clínico de Pacientes Internados na Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário do Sul do Brasil**

*Clinical Profile of Admitted Patients in a Palliative Care Unit of a University  
Hospital of the South of Brazil*

Stéphanie Oliveira Baggio <sup>1</sup>, Ricardo Soares Gioda <sup>2</sup>, Denise Bueno <sup>1,3</sup>

1 Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica. Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

2 Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

3 Departamento de Produção e Controle de Medicamentos. Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

#### **Resumo**

O objetivo do estudo foi descrever as características demográficas e clínicas dos pacientes da unidade de cuidados paliativos de um hospital universitário. O delineamento do estudo foi observacional, transversal e retrospectivo. Foram avaliados 267 pacientes que totalizou 308 internações. As principais prevalências foram: faixa etária de 60 a 69 anos (25,1%) e neoplasias malignas dos órgãos digestivos (39,3%). O conhecimento do perfil clínico é imprescindível para que a qualidade da assistência hospitalar esteja assegurada.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, assistência farmacêutica, envelhecimento

#### **Abstract**

The aim of the study was to describe the demographic and clinical characteristics of patients in a palliative care unit of a university hospital. This study was designed as observational, transversal and retrospective. This study was carried out with 267 patients in a total of 308 hospitalizations. The main prevalences were: age group of 60 at 69 years old and malignant neoplasms affected the digestive organs (39.3%). The knowledge of the clinical profile is essential for the quality of hospital care to be ensured.

Keywords: Palliative care, pharmaceutical services, aging

## **Introdução**

O envelhecimento populacional mundial é uma realidade presente como consequência da diminuição das taxas de natalidade e aumento progressivo da longevidade. Essa transição demográfica está diretamente relacionada com a transição epidemiológica, na qual as doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações se tornam mais prevalentes que as doenças infecciosas agudas <sup>1</sup>.

Os Cuidados Paliativos (CP) surgiram como forma de prestar assistência aos pacientes portadores de doenças graves, progressivas e sem possibilidade de cura. No ano de 1990, foi definido pela Organização Mundial de Saúde, o conceito de Cuidados Paliativos e no ano de 2002, foi realizada sua atualização. O conceito foi ampliado e, hoje, está relacionado com doenças que ameaçam a vida e não, exclusivamente as incuráveis <sup>2</sup>.

Estudos preliminares indicam que o acesso precoce aos CP pode prolongar a sobrevivência, melhorar o controle dos sintomas e a qualidade de vida dos pacientes, além de diminuir os custos hospitalares com a redução do período de dias da internação e na inexecução de tratamentos desnecessários que não tragam benefício aos pacientes <sup>3</sup>.

O presente estudo teve como objetivo descrever as características demográficas e clínicas dos pacientes internados na unidade de cuidados paliativos de um hospital universitário do sul do Brasil.

## **Metodologia**

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento padronizado de coleta de dados. Dados como dieta, frequência respiratória, Escala de Morse (avalia risco de quedas – sendo risco baixo até 24 pontos na escala, moderado de 25 a 44, e alto igual ou maior de 45 <sup>4</sup>) e Escala de Braden (avalia risco de formação de úlceras de pressão – sendo sem risco de 19 a 23 pontos, risco baixo de 15 a 18, moderado de 13 a 14, alto de 10 a 12, e muito alto de 9 a 6 <sup>5</sup>) foram coletados durante o terceiro dia de internação na unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A escolha desse dia de coleta

obedeceu aos critérios observados no estudo piloto <sup>6</sup> onde o terceiro dia reproduziu de forma adequada essas variáveis.

A definição do tamanho amostral foi realizada por meio de dados obtidos do estudo piloto realizado com 30 pacientes na UCP do HCPA <sup>6</sup>. O tamanho amostral foi de 267 pacientes, este  $n$  foi obtido ao estimar uma proporção de 50%, um nível de confiança de 95% e um erro de 6%, por meio do programa computacional *Winpepi* 11.43. Por meio de seleção aleatória por conveniência, totalizou-se 308 internações, ou seja, foram consideradas todas as internações (de cada um dos pacientes) na UCP. Desta forma, algumas variáveis foram analisadas por pacientes ( $n=267$ ) e outras por internação ( $n=308$ ).

O delineamento deste estudo foi observacional, transversal e retrospectivo com análise de prontuários eletrônicos de pacientes sob cuidados paliativos, através do sistema informatizado AGH (Aplicativo de Gestão Hospitalar, implantado no ano 2000), internados no HCPA.

Foram incluídos no estudo pacientes que já haviam recebido alta na UCP do HCPA. Foram excluídos do estudo indivíduos menores de 18 anos, pacientes que ficaram internados por menos de 3 dias na UCP e pacientes que internaram no período anterior à implantação do AGH.

As variáveis analisadas por paciente foram: idade, gênero, cor autodeclarada, cidade de residência, índice de massa corporal (IMC), tratamento, principal doença associada e tabagismo. As variáveis analisadas por internação foram: dias de internação total e na UCP, motivo da internação, dieta, respiração e escalas Morse e Braden.

Na fase de coleta de dados nos prontuários eletrônicos, em alguns casos havia classificação por CID (Classificação Internacional de Doenças) para a variável motivo da internação, e em outros, não. Desta forma, foi necessário realizar a classificação por CID dos que não possuíam para ser possível a padronização dos resultados.

Para realizar a análise de dados, utilizou-se instrumento padronizado de coleta de dados sendo os mesmos armazenados no programa Excel. A análise estatística foi realizada por meio do programa *Statistical Package for the Social*

*Sciences* (SPSS) 18. Análises descritivas e teste estatístico (qui-quadrado) foram realizados, sendo consideradas estatisticamente significativas as diferenças com valor de  $p < 0,05$ .

Este estudo foi aprovado pela Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA, sob número 15-0629. Os pesquisadores participantes assinaram o Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais.

## Resultados

Como internação total foi considerado todos os dias de permanência do paciente no HCPA, considerando todas as unidades, inclusive a UCP. A média das internações totais foi de 16,70 dias, sendo que a internação mais curta foi de 3 dias e a mais longa de 193 dias (mediana = 12). O número de dias de internação na UCP foi menor, com média de 9,96 dias, sendo que a internação mais curta foi de 3 dias e a mais longa de 67 dias (mediana = 7). O percentual de reinternação na UCP foi 15,36%.

As características demográficas (tabela 1) que prevaleceram foram as seguintes: gênero masculino (54,7%), faixa etária de 60 a 69 anos (25,1%), cor autodeclarada branca (87,6%) e Porto Alegre como cidade de residência (47,6%).

Tabela 1 – Características demográficas da amostra (n = 267)

|                             | Valor bruto | %    |
|-----------------------------|-------------|------|
| <b>Gênero</b>               |             |      |
| Feminino                    | 121         | 45,3 |
| Masculino                   | 146         | 54,7 |
| <b>Idade</b>                |             |      |
| < 50                        | 50          | 18,7 |
| 50-59                       | 60          | 22,5 |
| 60-69                       | 67          | 25,1 |
| 70-79                       | 57          | 21,3 |
| ≥ 80                        | 33          | 12,4 |
| <b>Cor autodeclarada</b>    |             |      |
| Branca                      | 234         | 87,6 |
| Preta                       | 19          | 7,1  |
| Parda                       | 14          | 5,2  |
| <b>Cidade de residência</b> |             |      |

|                      |     |      |
|----------------------|-----|------|
| Porto Alegre         | 127 | 47,6 |
| Região metropolitana | 104 | 39,0 |
| Interior             | 36  | 13,5 |

Em relação às características clínicas (tabela 2), índice de massa corporal (IMC) normal (35,2%), associação de quimioterapia, radioterapia e cirurgia como tratamento prévio (29,2%), neoplasias malignas dos órgãos digestivos como principal doença associada (39,3%) foram as mais prevalentes.

Tabela 2 – Características clínicas da amostra (n =267)

|  | Valor bruto | %    |
|--|-------------|------|
| <b>IMC</b>                                 |             |      |
| Baixo                                      | 59          | 22,1 |
| Normal                                     | 94          | 35,2 |
| Sobrepeso                                  | 33          | 12,4 |
| Obesidade grau I                           | 8           | 3,0  |
| Obesidade grau II                          | 4           | 1,5  |
| Obesidade grau III                         | 1           | 0,4  |
| Sem registro                               | 68          | 25,5 |
| <b>Tratamento prévio</b>                   |             |      |
| Quimioterapia                              | 14          | 5,2  |
| Radioterapia                               | 10          | 3,7  |
| Cirurgia                                   | 32          | 12,0 |
| Quimioterapia + Radioterapia               | 16          | 6,0  |
| Quimioterapia + Cirurgia                   | 52          | 19,5 |
| Radioterapia + Cirurgia                    | 25          | 9,4  |
| Quimioterapia + Radioterapia + Cirurgia    | 78          | 29,2 |
| Radioterapia + Cirurgia + Terapia hormonal | 1           | 0,4  |
| Sem registro                               | 39          | 14,6 |
| <b>Principal doença associada</b>          |             |      |
| CID C 00 – 14                              | 14          | 5,2  |
| CID C 15 – 26                              | 105         | 39,3 |
| CID C 30 – 39                              | 45          | 16,9 |
| CID C 43 – 44                              | 16          | 6,0  |
| CID C 45 – 49                              | 3           | 1,1  |
| CID C 50                                   | 19          | 7,1  |
| CID C 51 – 58                              | 16          | 6,0  |
| CID C 60 – 63                              | 7           | 2,6  |
| CID C 64 – 68                              | 12          | 4,5  |

|               |   |     |
|---------------|---|-----|
| CID C 69 – 72 | 6 | 2,2 |
| CID C 73 – 75 | 1 | 0,4 |
| CID C 76 – 80 | 7 | 2,6 |
| CID C 81 – 96 | 9 | 3,4 |
| CID I         | 4 | 1,5 |
| CID K         | 2 | 0,7 |
| CID A – B     | 1 | 0,4 |

IMC - Índice de massa corporal. CID C 00 – 14: Neoplasias malignas (n. m.) lábio, cavidade oral e faringe, CID C 15 – 26: n. m. órgãos digestivos, CID C 30-39: n. m. do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos, CID C 43 – 44: Melanoma e outras n. m. da pele, CID C 45 – 49: n. m. do tecido mesotelial e tecidos moles, CID C 50: n. m. da mama, CID C 51 – 58: n. m. dos órgãos genitais femininos, CID C 60 – 63: n. m. dos órgãos genitais masculinos, CID C 64 – 68: n. m. do trato urinário, CID C 69 – 72: n. m. dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central, CID C 73 – 75: n. m. da tireoide e de outras glândulas endócrinas, CID C 76 – 80: n. m. de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas, CID C 81 – 96: n. m., declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoiético e tecidos correlatos, CID I: Doenças do aparelho circulatório, CID K: Doenças do aparelho digestivo, CID A – B: Algumas doenças infecciosas e parasitárias.

Quanto às características da dieta e da respiração e valores das escalas Morse e Braden (tabela 3), observou-se os seguintes predomínios: dieta via oral (65,6%), frequência respiratória normal - eupneico (58,8%), risco alto na Escala Morse (59,4%) e risco baixo na Escala Braden (35,1%).

Tabela 3 – Características da dieta e da respiração e valores das escalas Morse e Braden da amostra (n = 308)

|                                | Valor bruto | %    |
|--------------------------------|-------------|------|
| <b>Dieta</b>                   |             |      |
| Via oral                       | 202         | 65,6 |
| Via enteral                    | 80          | 26   |
| Nada por via oral              | 26          | 8,4  |
| <b>Respiração <sup>1</sup></b> |             |      |
| E                              | 181         | 58,8 |
| E/D                            | 62          | 20,1 |
| E/D/T                          | 26          | 8,4  |
| E/T                            | 21          | 6,8  |
| D                              | 9           | 2,9  |
| D/T                            | 4           | 1,3  |
| E/B                            | 2           | 0,6  |
| E/B/D                          | 1           | 0,3  |
| T                              | 1           | 0,3  |
| D/B                            | 1           | 0,3  |
| <b>Morse</b>                   |             |      |
| Risco baixo                    | 8           | 2,6  |

|                  |     |      |
|------------------|-----|------|
| Risco médio      | 117 | 38,0 |
| Risco alto       | 183 | 59,4 |
| <b>Braden</b>    |     |      |
| Sem risco        | 42  | 13,6 |
| Risco baixo      | 108 | 35,1 |
| Risco moderado   | 70  | 22,7 |
| Risco alto       | 72  | 23,4 |
| Risco muito alto | 16  | 5,2  |

1 Respiração: E - Eupneico, D - Dispneico, B - Bradpneico, T - Taquipneico

Em relação ao motivo da internação (tabela 4), o CID R (sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte) foi o mais frequente (58,8%).

Tabela 4 – Motivo da internação (n = 308)

|                             | Valor bruto | %    |
|-----------------------------|-------------|------|
| <b>Motivo da internação</b> |             |      |
| CID A – B                   | 13          | 4,2  |
| CID D                       | 5           | 1,6  |
| CID E                       | 2           | 0,6  |
| CID F                       | 1           | 0,3  |
| CID G                       | 2           | 0,6  |
| CID I                       | 8           | 2,6  |
| CID J                       | 50          | 16,2 |
| CID K                       | 22          | 7,1  |
| CID M                       | 5           | 1,6  |
| CID N                       | 9           | 2,9  |
| CID R                       | 181         | 58,8 |
| CID T                       | 1           | 0,3  |
| CID Z                       | 7           | 2,3  |

CID A – B: Algumas doenças infecciosas e parasitárias, CID D: Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários, CID E - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, CID F: Transtornos mentais e comportamentais, CID G: Doenças do sistema nervoso, CID I: Doenças do aparelho circulatório, CID J - Doenças do aparelho respiratório, CID K - Doenças do aparelho digestivo, CID M: Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, CID N - Doenças do aparelho geniturinário, CID R - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, CID T: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, CID Z: Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

Dentre os pacientes pesquisados (n = 267), 111 (41,6%) eram ex-tabagistas, 91 (34,1%) eram não tabagistas, 35 (13,1%) eram fumantes ativos e o restante (11,2%) não havia registro no prontuário.

## **Discussão**

Estudo brasileiro de Roncarati e colaboradores que caracterizou pacientes fora de possibilidades terapêuticas internados em hospital universitário da cidade Rio de Janeiro encontrou uma média de internação de 14,3 dias <sup>7</sup>. Essa média foi próxima à encontrada por um estudo de Nauck e colaboradores realizado na Alemanha, que encontrou média de 14,7 dias na unidade de internação de cuidados paliativos <sup>8</sup>. A média desses estudos foram maiores que a média de dias de internação na UCP do presente estudo que foi de 10 dias. A unidade analisada possui sete leitos o que pode influenciar no menor número de dias de internação devido ao pequeno número de leitos na unidade hospitalar.

A média de idade encontrada pelo estudo brasileiro de Roncarati e colaboradores foi de, aproximadamente, 64 anos, próxima à de 62,31 anos do presente estudo. Estudos indicam que diante do panorama de envelhecimento populacional, existe um aumento progressivo de idosos que apresentam sequelas de doenças crônico-degenerativas, sendo esperado que essa faixa etária de idosos seja a mais prevalente nas unidades de CP <sup>1</sup>.

Em relação às características demográficas dos pacientes internados na UCP, o gênero masculino e a cor autodeclarada branca prevaleceram sobre as demais. Porto Alegre foi a cidade de residência mais frequente (47,6%), seguida por região metropolitana (39,0%) e interior (13,5%). Garcia e colaboradores relatam que os serviços de CP estão distribuídos nas grandes cidades e regiões metropolitanas havendo escassez de oferta nas cidades de difícil acesso <sup>9</sup>.

Quanto às características clínicas, o índice de massa corporal (IMC) normal foi o mais predominante (35,2%) seguido pelo IMC baixo (22,1%). Em pacientes oncológicos, a perda de massa muscular é esperada frente ao quadro da patologia, o que está de acordo com o que é descrito nos prontuários analisados que indicam que mesmo em pacientes com IMC normal se relata uma perda de peso significativa nos últimos meses <sup>10</sup>.

Em relação ao tratamento prévio prevalece a associação de quimioterapia, radioterapia e cirurgia (29,2% dos casos), como forma de tornar o tratamento oncológico mais eficaz, sendo ele curativo ou paliativo <sup>11</sup>. Foi encontrada associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre: uso de quimioterapia, radioterapia e cirurgia em pacientes com idade inferior a 50 anos, uso de quimioterapia e cirurgia em pacientes entre 50 a 59 anos, uso de apenas cirurgia ou de nenhum tratamento (ou sem registro) em pacientes com idade igual ou superior a 80 anos. A avaliação precisa do prognóstico e possibilidades terapêuticas deve ser realizada a fim de evitar exposição do paciente à tratamentos que comprometam sua qualidade de vida, o que justifica o fato de se utilizar um maior número de tratamentos em pacientes mais jovens. Estudo realizado na Itália indicou que a redução de quimioterapia nas últimas semanas de vida melhora a qualidade de vida dos pacientes <sup>12</sup>.

A principal doença associada destes pacientes são as neoplasias com 97,4% dos casos, o que está de acordo com a literatura que indica que apesar dos CP não serem apenas para pacientes oncológicos ainda está voltado, principalmente, para estes pacientes <sup>13</sup>. As neoplasias malignas mais frequentes foram: dos órgãos digestivos (39,3%), do aparelho respiratório e órgãos intratorácicos (16,9%) e da mama (7,1%). Ao realizar a estratificação dessas neoplasias, observou-se a prevalência de neoplasias do estômago (19%), cólon (16,2%), esôfago (15,2%), pâncreas (14,3%), fígado (14,3%) e outros (21%) no grupo dos órgãos digestivos e no grupo do aparelho respiratório a mais prevalente foi de brônquios e pulmões (88,9%) seguida por laringe (11,1%).

Ao analisar a prevalência da principal doença associada por gênero, as neoplasias malignas dos órgãos digestivos foram as mais frequentes tanto no gênero masculino quanto feminino. As neoplasias malignas do aparelho respiratório e órgãos intratorácicos permaneceram como as segundas mais frequentes no gênero masculino, enquanto que para o gênero feminino foram a quarta mais prevalente. A neoplasia maligna da mama foi a segunda mais frequente em mulheres, sendo que apenas um homem apresentou essa neoplasia. Estimativas de neoplasias mais frequentes do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para o biênio 2016-2017, indicam as neoplasias da próstata, traqueia, brônquio e pulmão, cólon e reto, estômago e esôfago como as mais

frequentes no gênero masculino; e neoplasias da mama, cólon e reto, traqueia, brônquio e pulmão, colo do útero e estômago como as mais prevalentes no gênero feminino <sup>14</sup>.

Estudo brasileiro de Salamonde e colaboradores que avaliou o perfil dos pacientes oncológicos de um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro, encontrou a neoplasia do aparelho respiratório e órgãos intratorácicos como a mais frequente <sup>15</sup>. Essa variação encontrada pode estar relacionada com os hábitos culturais, como o consumo frequente de chimarrão no estado do Rio Grande do Sul, o que pode colaborar com o aumento na frequência de casos de neoplasias do aparelho digestivo. Estudo de Lubin e colaboradores sugeriu que o principal mecanismo carcinogênico para o desenvolvimento do carcinoma escamoso esofágico é o consumo cumulativo do chimarrão. A lesão térmica ocasionada pela ingestão repetida e em alta temperatura da bebida (não apenas de chimarrão, mas também de café e chás quentes) e a exposição à hidrocarbonetos aromáticos policíclicos presentes na erva mate também podem contribuir para o desencadeamento dessa neoplasia <sup>16</sup>.

Quanto às características da dieta e da respiração e valores das escalas Morse e Braden, observou-se os seguintes predomínios: dieta via oral (65,6%), frequência respiratória normal - eupneico (58,8%), risco alto no Escore Morse (59,4%) e risco baixo no Escore Braden (35,1%).

A dieta por via oral é preconizada com o propósito de evitar procedimentos agressivos que prejudiquem a qualidade de vida, porém quando os pacientes se encontram debilitados outras alternativas, como por exemplo, dieta por via enteral, são utilizadas. *Guidelines* sobre terapia nutricional para pacientes com doença avançada indicam que a escolha da terapia nutricional adequada é complexa e engloba diversos fatores como: condição clínica, expectativa de vida, funcionalidade do trato gastrintestinal, desidratação, entre outros. Em fase de doença avançada, recomenda-se não iniciar ou manter terapia nutricional devido à ausência de benefícios, tanto na sobrevida como na qualidade de vida <sup>17</sup>.

No presente estudo, a nutrição parenteral não foi utilizada por nenhum paciente indicando que está de acordo com o que é preconizado na literatura de

ser utilizada de forma cautelosa e como última alternativa visto que não há evidências sobre seus benefícios em pacientes que se encontram sob CP <sup>18</sup>.

Estudo brasileiro realizado em Curitiba encontrou percentuais próximos aos do presente estudo com a prevalência da dieta por via oral (78%) seguida por dieta enteral (22%) via sonda nasogástrica ou jejunostomia <sup>19</sup>.

Dentre os sintomas respiratórios em pacientes sob CP, a dispneia é o mais frequente (prevalência de 21% a 90% em pacientes oncológicos) devido às diversas causas que podem originá-la, desta forma o manejo para o controle desse sintoma é complexo e envolve o fator emocional <sup>20</sup>. Apresentação de frequência respiratória dispneica durante os dias de internação na UCP ocorreu em 2,9% dos pacientes, enquanto que a variação na frequência respiratória (incluindo a dispneia) foi de 30,4%.

Na Escala Morse, a predominância do risco alto (59,4%) indica a necessidade de atenção especial visto que a avaliação do risco de queda está relacionada com a segurança e a qualidade do processo assistencial hospitalar<sup>21</sup>. A elevação da proporção de tecido adiposo ocorre, à medida que acontece o envelhecimento, nos idosos. Com isso, efeitos colaterais como sedação leve são mais recorrentes, elevando o risco de quedas e fraturas <sup>1</sup>.

Em relação ao risco de formação de úlceras de pressão, encontrou-se a prevalência de risco baixo na Escala Braden (35,1%). Apesar disso, em 23,4% das internações houve risco alto, indicando que é necessário ter um cuidado especial com a integridade da pele a fim de evitar lesões por fricção e úlceras de pressão, com uso de um colchão adequado e de loção de ácidos graxos essenciais, além de outros cuidados, sempre com objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente <sup>22</sup>.

Em relação ao tabagismo, a prevalência foi de ex-tabagistas (41,6%). Ao “correlacionar” tabagismo com principal doença associada foi encontrado associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre: ex-tabagistas com neoplasias malignas lábio, cavidade oral e faringe e neoplasias malignas do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos, não tabagistas com neoplasias malignas do tecido mesotelial e tecidos moles e neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos. Artigo de revisão realizado por Goulart e colaboradores indica

que o tabagismo é responsável por 90% dos casos de neoplasias pulmonares e também está relacionado com a origem de neoplasias nos seguintes órgãos: boca, laringe, pâncreas, colo do útero, rins, bexiga, pulmão e esôfago <sup>23</sup>. Ao comparar os dados dessa revisão com o presente estudo, a divergência encontrada foi em relação às neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos (colo do útero) que foram associados com o não tabagismo.

Em relação ao motivo da internação, o CID R (sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte) foi o mais frequente (58,8%) visto que grande parte destes pacientes internavam por dor não controlada, piora clínica do estado geral, dispneia, entre outros. O segundo motivo de internação mais prevalente foi o CID J (doenças do aparelho respiratório). Roncarati e colaboradores, também encontraram o mesmo padrão de distribuição de motivos de internação <sup>7</sup>. Sintomas que desencadearam a internação, em sua maioria, foram inespecíficos e necessitam de uma avaliação completa a fim de conseguir desvendar suas respectivas causas.

O estudo retrospectivo possui limitações inerentes, como: dificuldade na obtenção dos dados e conferência da veracidade das informações registradas nos prontuários. Como forma de compensar estas limitações, a coleta de dados foi realizada por um único pesquisador, o que auxilia na minimização de vieses.

## **Conclusões**

A descrição das características demográficas e clínicas dos pacientes internados na unidade de cuidados paliativos de uma instituição hospitalar referência da região sul do Brasil ampliou o conhecimento sobre o perfil desses pacientes nessa temática que carece de estudos nacionais recentes. O conhecimento do perfil clínico desses pacientes é imprescindível para que a qualidade de assistência hospitalar e a segurança do paciente sejam asseguradas por meio da atuação de uma equipe hospitalar interprofissional. A assistência prestada deve integrar os diversos aspectos (psicológicos, físicos e espirituais) envolvidos no cuidado ao paciente e também aos seus familiares, como forma de melhorar a qualidade de vida.

## Referências

- 1- Chaimowicz F. *Saúde do Idoso*.2009. Belo Horizonte: Coopmed.
- 2- Connor SR, Bermedo MCS. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. [acessado 2016 dez 8]. Disponível em: <http://www.thewhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
- 3- Bruera E, Yennurajalingam S. Palliative Care in Advanced Cancer Patients: How and When? *The Oncologist* 2012; 17(2): 267–273.
- 4- Costa-Dias MJM, Ferreira PL, Oliveira AS. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Rev Enf Ref*. 2014; (2):7-17.
- 5- Cidral S, Silva WF, Visentin A, Borghi AC, Mantovani MF, Hey AP. Assessment of the risk of pressure ulcer development among hospitalized HIV/Aids patients. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):96-101.
- 6- Schwarz ED, Baggio SO, Bueno D. Prescrições de medicamentos em unidade de cuidados paliativos de um hospital universitário de Porto Alegre. *Clin Biomed Res*.2016; 36(1):27-36.
- 7- Roncarati R, Camargo RMP, Rossetto EG, Matsuo T. Cuidados Paliativos num Hospital Universitário de Assistência Terciária: uma necessidade? *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde* 2003; 24: 37-48.
- 8- Nauck F, Ostgathe C, Klaschik E, Bausewein C, Fuchs M, Lindena G, Neuwöhner K, Schulenberg D, Radbruch L, Working Group on the Core Documentation for Palliative Care Units in Germany. Drugs in palliative care: results from a representative survey in Germany. *Palliat Med*. 2004; 18(2):100-107.
- 9- Garcia JBS, Rodrigues RF, Lima SF. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. *Rev Bras de Anestesiol* 2014; 64(4):286-291.
- 10- Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HC, Voest EE, de Graeff, A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34(1):94-104.
- 11- Reis TCS. Procedimentos invasivos em cuidados paliativos. Em: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos*, ANCP, 2ª edição. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 270- 285.
- 12- Magarotto R, Lunardi G, Coati F, Cassandrini P, Picece V, Ferrighi S, Oliosi L, Venturini M. Reduced use of chemotherapy at the end of life in an integrated-care model of oncology and palliative care. *Tumori* 2011; 97: 573-577.
- 13- Arantes ACLQ. Indicações de cuidados paliativos. Em: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos*, ANCP, 2ª edição. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 56-74.

- 14- Inca - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. [acessado 2017 jan 7]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
- 15- Salomonde GLF, Verçosa N, Barrucand L, Costa AFC. Análise Clínica e Terapêutica dos Pacientes Oncológicos Atendidos no Programa de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no Ano de 2003. *Rev Bras Anesthesiol* 2006; 56 (6): 602-618.
- 16- Lubin JH, De Stefani E, Abnet CC, Acosta G, Boffetta P, Victora C, Graubard BI, Muñoz N, Deneo-Pellegrini H, Franceschi S, Castellsagué X, Ronco AL, Dawsey, SM. Maté drinking and esophageal squamous cell carcinoma in South America: pooled results from two large multicenter case-control studies. *Cancer Epidemiol Biomarkers* 2014; 23(1):107-116.
- 17- Corrêa PH, Shibuya E. Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2007; 53(3): 317-323.
- 18- Waitzberg D. (Coordenador Geral) & Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. Consenso Brasileiro de Caquexia/Anorexia em Cuidados Paliativos. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos* 2011, 3 (3-suplemento 1), 3-41.
- 19- Silva PB, Lopes M, Trindade LCT, Yamanouchi CN. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Rev Dor* 2010; 11(4):282-288.
- 20- Carvalho RT. Dispneia, tosse e hipersecreção das vias aéreas. Em: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos*, ANCP, 2ª edição. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 151- 167.
- 21- Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Laurino PS, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(1):67-74.
- 22- Burlá C, Azevedo D.L. Cuidados paliativos nas demências. Em: Carvalho, RT, Parsons, HA, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos*, ANCP, 2ª edição. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 474- 482.
- 23- Goulart D, Engroff P, Ely LS, Sgnaolin V, Santos EF, Terra NL, De Carli GA. Tabagismo em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2010; 13(2):313-320.

## ARTIGO 3

### **Caracterização do Uso de Medicamentos na Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário do Sul do Brasil**

*Characterization of the Use of Drugs in a Palliative Care Unit of a University Hospital of the South of Brazil*

Stéphanie Oliveira Baggio<sup>1</sup>, Ricardo Soares Gioda<sup>2</sup>, Denise Bueno<sup>1,3</sup>

1 Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica. Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

2 Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, RS, Brasil.

3 Departamento de Produção e Controle de Medicamentos. Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

#### **Resumo**

Os cuidados paliativos se tornam de fundamental importância como política pública de saúde, diante da transição demográfica da população. O objetivo do estudo foi verificar o perfil de utilização dos medicamentos mais utilizados por pacientes que internaram na unidade de cuidados paliativos de um hospital universitário. O delineamento do estudo foi observacional, transversal e retrospectivo. Foram avaliados 267 pacientes o que totalizou 308 internações. A prevalência superior a 10% totalizou 26 medicamentos mais prescritos, sendo que destes 42,3% agem no trato alimentar e metabolismo; 34,6% no sistema nervoso central; 11,5% no sangue e órgãos hematopoiéticos; 7,7% são anti-infecciosos para uso sistêmico e 3,9% agem no sistema cardiovascular. Compreender a forma de utilização dos medicamentos é imprescindível para atingir o alívio do sofrimento.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, prescrições de medicamentos, assistência farmacêutica

#### **Abstract**

Palliative care becomes of essential significance as a public health policy, in the face of the demographic transition. The aim of the study was to verify the profile of use of drugs most often adopted by patients admitted in a palliative care unit of a university hospital. The study design was observational, transversal and

retrospective. This study was carried out with 267 patients in total of 308 hospitalizations. The prevalence above 10% totaled 26 drugs most frequently prescribed, of which 42.3% act on the digestive system and metabolism; 34.6%, on the central nervous system; 11.5%, on the blood and blood-forming organs; 7.7% are anti-infective for systemic use and 3.9% act on the cardiovascular system. Understanding how drugs are used is essential to achieve the relief of suffering.

Keywords: Palliative care, drug prescriptions, pharmaceutical services

## **Introdução**

Doenças crônicas não transmissíveis, no contexto do crescente envelhecimento da população mundial, são prevalentes. Os cuidados paliativos (CP) tornam-se de fundamental importância como política pública de saúde considerando essa transição demográfica da população <sup>1</sup>. Quanto mais breve for iniciado o cuidado por meio do alívio da dor e demais sintomas, quanto antes utilizarmos uma abordagem multiprofissional e disponibilizarmos suporte ao paciente e seus familiares, melhor o prognóstico e desfecho da patologia. Estes são alguns dos princípios dos CP preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) <sup>2</sup>.

No ano de 2015 foi divulgado pela *Economist Intelligence Unit*, o Índice de Qualidade de Morte que apresentou a classificação de 80 países em relação à qualidade de prestação dos CP para a população. Essa avaliação considerou cinco categorias: ambiente do cuidado paliativo e de saúde, acessibilidade do cuidado, recursos humanos, qualidade do cuidado e engajamento da comunidade. O país que apresenta a melhor qualidade de morte é o Reino Unido, possivelmente, devido à integração dos CP nos serviços de saúde e à ampla disponibilidade de analgésicos opioides <sup>3</sup>.

Além da disponibilidade de medicamentos opioides, a OMS enfatiza que para o desenvolvimento dos CP é imprescindível a presença de políticas públicas que apoiem a implementação dos serviços e treinamento contínuo aos profissionais de saúde <sup>4</sup>.

No Brasil, os CP ainda são incipientes <sup>5</sup>, o que ficou evidenciado no referido índice, no qual o Brasil se encontra na 42ª posição. Essa classificação foi inferior à obtida por países da América do Sul, como: Chile, Argentina, Uruguai e Equador; e de países com menor índice de desenvolvimento econômico como: Uganda e Mongólia <sup>3</sup>.

Apesar de apresentar outras indicações, os CP estão sendo mais utilizados em pacientes oncológicos que, geralmente, são idosos e que possuem comorbidades <sup>6</sup>. A presença de vários medicamentos prescritos nestes casos é frequente <sup>7</sup>. Nessa situação, o tratamento deve estar voltado para o controle dos diversos sintomas que afligem esses pacientes e para a não exposição deles a tratamentos desnecessários que não tragam benefícios e os exponham a situações de desgaste físico e emocional <sup>8</sup>.

Por meio da terapia medicamentosa adequada é possível alcançar o alívio da dor e de outros sintomas, contribuindo para o alívio do sofrimento que é um dos objetivos da assistência em saúde.

Diante da relevância do tema, o presente estudo teve como objetivo verificar o padrão de prescrição dos medicamentos e soluções utilizados em pacientes que internaram na unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), identificar a prevalência de sintomas e valores da escala de dor durante a internação nessa unidade e constatar o motivo da alta hospitalar e o encaminhamento pós alta hospitalar.

## **Metodologia**

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento padronizado de coleta de dados. Dados sobre a escala de dor (valor mínimo e máximo da escala de dor eram registrados) e sintomas (um paciente podia apresentar até 5 sintomas) foram coletados durante todos os dias de internação na UCP. Dados sobre medicamentos e soluções utilizados foram coletados durante o terceiro dia de internação na UCP a partir da prescrição eletrônica. A escolha do dia de coleta obedeceu aos critérios observados no estudo piloto onde o terceiro dia reproduziu de forma adequada o plano terapêutico prescrito aos pacientes em CP <sup>9</sup>. Também foram analisadas outras variáveis, como: motivo da alta hospitalar e encaminhamento pós alta hospitalar.

Por meio do referido estudo piloto realizado com 30 pacientes na UCP do HCPA foi possível definir o tamanho amostral ao estimar uma proporção de 50%, um nível de confiança de 95% e um erro de 6%, por meio do programa computacional *Winpepi* 11.43. A amostra obtida foi de 267 pacientes, os quais foram selecionados aleatoriamente por conveniência, que totalizou 308 internações, ou seja, foram consideradas todas as internações (de cada um dos pacientes) na UCP.

O delineamento deste estudo foi observacional, transversal e retrospectivo com análise de prontuários eletrônicos de pacientes sob CP, através do sistema informatizado AGH (Aplicativo de Gestão Hospitalar, implantado no ano 2000), internados no HCPA.

Foram incluídos no estudo pacientes que internaram na UCP e que já haviam recebido alta, pois o desfecho da internação foi uma das variáveis analisadas. Foram excluídos do estudo indivíduos menores de 18 anos, pacientes que ficaram internados por menos de 3 dias na UCP e pacientes que internaram no período anterior à implantação do AGH.

Para realizar a análise de dados, os dados obtidos a partir do instrumento padronizado de coleta de dados foram armazenados no programa Excel. A análise descritiva foi realizada por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 18.

Este estudo foi aprovado pela Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA, sob número 15-0629. Os pesquisadores participantes assinaram o Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais.

## **Resultados**

Os valores da escala de dor e sintomas apresentados durante os dias de internação na UCP encontram-se na Tabela 1. Em grande parte das internações (61,4%) se teve valor 0 na escala de dor seguido por variação no valor da escala de dor de 0-10, enquanto que o sintoma mais prevalente foi a fadiga (64%).

Tabela 1 – Valores da escala de dor e sintomas apresentados durante os dias de internação na UCP (n = 308)

|                           | Valor bruto | %    |
|---------------------------|-------------|------|
| <b>Escala de Dor</b>      |             |      |
| Valor 0                   | 189         | 61,4 |
| Valor 0-3                 | 10          | 3,2  |
| Valor 0-4                 | 3           | 1,0  |
| Valor 0-5                 | 8           | 2,6  |
| Valor 0-6                 | 9           | 2,9  |
| Valor 0-7                 | 10          | 3,2  |
| Valor 0-8                 | 2           | 0,6  |
| Valor 0-10                | 20          | 6,5  |
| Valor 5-10                | 1           | 0,3  |
| Valor 0-forte             | 2           | 0,6  |
| Gemência                  | 2           | 0,6  |
| Referência à dor          | 19          | 6,2  |
| Sem fácies/queixas de dor | 11          | 3,6  |
| Dor crônica               | 2           | 0,6  |
| <b>Sintomas</b>           |             |      |
| Fadiga                    | 197         | 64,0 |
| Constipação               | 167         | 54,2 |
| Náusea                    | 137         | 44,5 |
| Vômito                    | 127         | 41,2 |
| Diarreia                  | 50          | 16,2 |

Foram prescritos 178 medicamentos no total das 308 internações na UCP sendo que como ponto de corte foi estabelecido a prevalência acima de 10% que totalizou 26 medicamentos mais prescritos (tabela 2) que foram os seguintes: dipirona, morfina, metoclopramida, ondansetron, heparina sódica, paracetamol, lactulose, omeprazol, cloreto de sódio 0,9%, clonazepam, dexametasona, docusato + bisacodil, amitriptilina, enema de glicerina 12%, metadona, haloperidol, cefepime, codeína, escopolamina, dimenidrinato, glicose 50%, óleo mineral líquido, furosemida, ranitidina, amoxicilina + ácido clavulânico e clorpromazina.

Tabela 2 – Medicamentos mais prescritos durante as internações na UCP (n=308)

|                       | Valor bruto | %     |
|-----------------------|-------------|-------|
| Dipirona              | 275         | 89,29 |
| Morfina               | 267         | 86,69 |
| Metoclopramida        | 261         | 84,74 |
| Ondansetron           | 171         | 55,52 |
| Heparina sódica       | 152         | 49,35 |
| Paracetamol           | 124         | 40,26 |
| Lactulose             | 114         | 37,01 |
| Omeprazol             | 90          | 29,22 |
| Cloreto de Sódio 0,9% | 83          | 26,95 |
| Clonazepam            | 73          | 23,70 |
| Dexametasona          | 72          | 23,38 |
| Docusato + Bisacodil  | 72          | 23,38 |

|                                 |    |       |
|---------------------------------|----|-------|
| Amitriptilina                   | 69 | 22,40 |
| Enema de Glicerina 12%          | 69 | 22,40 |
| Metadona                        | 63 | 20,45 |
| Haloperidol                     | 60 | 19,48 |
| Cefepime                        | 57 | 18,51 |
| Codeína                         | 46 | 14,94 |
| Escopolamina                    | 43 | 13,96 |
| Dimenidrinato                   | 39 | 12,66 |
| Glicose 50%                     | 39 | 12,66 |
| Óleo Mineral Líquido            | 38 | 12,34 |
| Furosemida                      | 37 | 12,01 |
| Ranitidina                      | 36 | 11,69 |
| Amoxicilina + Ácido Clavulânico | 34 | 11,04 |
| Clorpromazina                   | 33 | 10,71 |

Dentre as dez soluções mais prescritas (tabela 3), 50% foi de fármaco mais diluente e o restante das soluções foram utilizadas como reposição calórica e/ou eletrolítica.

Tabela 3 – Soluções prescritas durante as internações na UCP (n=308)

|  | Valor bruto | %     |
|--|-------------|-------|
| Fenoterol + Ipratrópio + Cloreto de Sódio 0,9%               | 45          | 14,61 |
| Cloreto de Sódio 20% + Cloreto de Potássio 10% + Glicose 5%  | 39          | 12,66 |
| Cloreto de Sódio 20% + Glicose 5%                            | 33          | 10,71 |
| Morfina + Cloreto de Sódio 0,9% ou Glicose 5%                | 25          | 8,11  |
| Ipratrópio + Salbutamol + Cloreto de Sódio 0,9%              | 13          | 4,22  |
| Cloreto de Potássio 10% + Cloreto de Sódio 0,9%              | 7           | 2,27  |
| Ipratrópio + Cloreto de Sódio 0,9%                           | 6           | 1,94  |
| Cloreto de Sódio 0,9%  | 5           | 1,62  |
| Cloreto de Sódio 20% + Cloreto de Potássio 10% + Glicose 10% | 5           | 1,62  |
| Salbutamol + Cloreto de Sódio 0,9%                           | 5           | 1,62  |
| Outros   | 33          | 10,71 |

O desfecho das internações se encontra na Figura 1, sendo que 68% dos pacientes foi a óbito e os demais foram encaminhados para acompanhamento ambulatorial do HCPA (28%), atendimento domiciliar (2%), médico externo ao HCPA (1%) e rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SUS (1%).

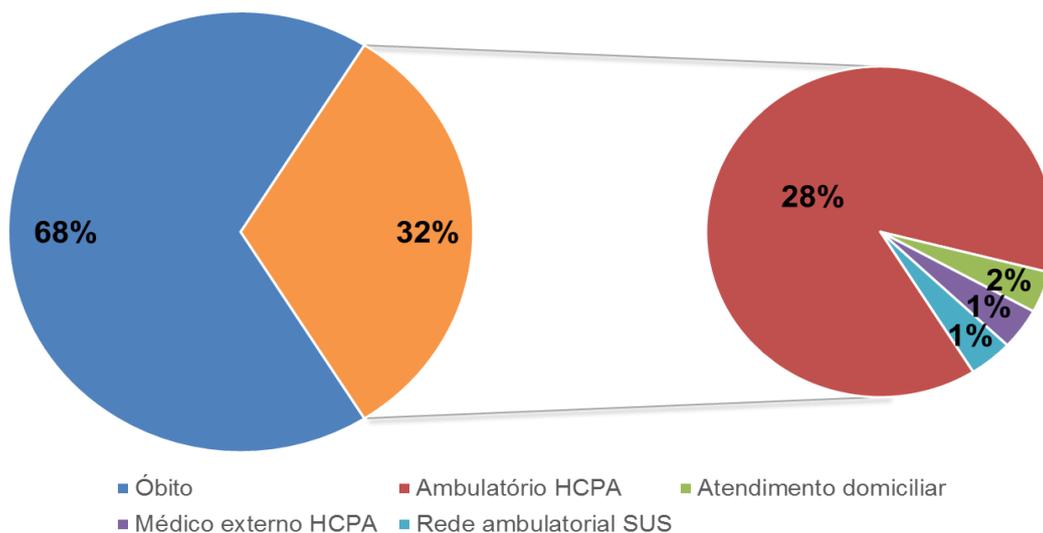


Figura 1: Desfecho das internações

## Discussão

A dificuldade no acesso aos medicamentos opioides é considerada uma das principais barreiras que dificultam o desenvolvimento dos CP, visto que oitenta por cento da população mundial não tem acesso adequado a esses medicamentos para o controle da dor <sup>4</sup>.

No presente estudo, a maioria dos pacientes (61,4%) relatou valor zero para a escala de dor e 3,6% dos pacientes apresentaram-se sem fácies ou queixas de dor, desta forma 65% dos pacientes não apresentaram ou relataram dor durante os dias de internação na UCP. Uma revisão sistemática sobre a prevalência de sintomas em pacientes oncológicos indicou que a dor possui uma frequência de 45%. No presente estudo, encontrou-se uma frequência menor (35%), que pode ser um bom indicativo da busca pela melhora da qualidade de vida por meio do alívio da dor, que é um dos sintomas que mais causam sofrimento aos pacientes <sup>10</sup>.

Conforme o protocolo assistencial de dor em adultos da instituição hospitalar, a escala de dor varia de 0 a 10 – sendo dor ausente 0, dor leve de 1 a 3, moderada de 4 a 6, intensa de 7 a 9, e insuportável é de 10. Em 6,5% dos pacientes a variação da escala de dor foi de zero a dez. Não houve relato de valor numérico da escala em 11% dos casos, sendo que nestes casos havia, apenas, o

registro no prontuário de: gemência, referência à dor, sem queixas de dor ou dor crônica.

A mensuração da dor é complexa devido a diversidade de mecanismos fisiopatológicos que desencadeiam esse sintoma, bem como, a percepção da dor ser uma vivência única de cada paciente que é influenciada diretamente pelos aspectos: físico, mental, social e espiritual <sup>11</sup>.

Em relação aos sintomas, o mais prevalente foi a fadiga (64%), seguido por constipação (54,2%), náusea (44,5%), vômito (41,2%) e diarreia (16,2%). A frequência dos sintomas foi maior que a encontrada no estudo de Salamonde e colaboradores <sup>12</sup>, no qual a constipação ocorreu em 20,45% dos casos. Revisão realizada por Klein e colaboradores indicou que na fase terminal da doença progressiva, a prevalência de fadiga é de, aproximadamente, 80% dos casos e que no início de uma terapia com opioides, a incidência de náuseas e vômitos varia de 25 a 35%. Identificar os sintomas mais frequentes nos pacientes sob CP é fundamental para manter a qualidade de assistência prestada visto que o alívio dos sintomas físicos está diretamente relacionado com a qualidade de vida dos pacientes <sup>8</sup>.

O Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de CP relata que a ocorrência de constipação em pacientes que utilizam opioides varia de 40% a 95% <sup>13</sup>.

Uma possível explicação para o alto percentual de constipação no presente estudo é a hipótese de que o percentual de prevalência de dor ser menor em relação aos demais estudos sugere que estes pacientes estão consumindo um maior número de opioides para auxiliar no controle da dor e conseqüentemente apresentam uma maior frequência de efeitos colaterais, como a constipação. Esse sintoma é frequente e persistente ao iniciar tratamento com opioides, além do mecanismo farmacológico que origina redução na motilidade do trato gastrointestinal, outras causas multifatoriais contribuem com o agravamento do sintoma, como: desidratação, imobilidade física (paciente acamado), compressão tumoral intestinal, entre outros <sup>14</sup>.

Durante as 308 internações na UCP, 178 medicamentos diferentes foram prescritos sendo necessário estabelecer um ponto de corte, que foi a prevalência

acima de 10%, que totalizou em 26 medicamentos mais prescritos. Esses medicamentos mais prescritos foram agrupados de acordo com a classificação ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*), sendo que: 42,3% agem no trato alimentar e metabolismo (grupo A); 34,6% no sistema nervoso central (grupo N); 11,5% no sangue e órgãos hematopoiéticos (grupo B); 7,7% são anti-infecciosos para uso sistêmico (grupo J) e 3,9% agem no sistema cardiovascular (grupo C).

Os fármacos que agem no trato alimentar e metabolismo (grupo A) apresentam maior prevalência devido aos diversos sintomas que atingem os pacientes que estão sob CP, como: constipação, náuseas, vômitos, perda de apetite, entre outros. A prevalência de medicamentos para constipação – A06 (36,4%) corrobora com o fato da constipação ser o segundo sintoma mais frequente, seguido por antieméticos e antinauseantes – A04 (27,3%), medicamentos para distúrbios ácido relacionados – A02 (18,1%), medicamentos para distúrbios gastrointestinais funcionais – A03 (9,1%) e estimulantes do apetite – A15 (9,1%). Em CP, a dexametasona apresenta uso *off label* ao ser utilizada no tratamento da anorexia como um estimulante de apetite <sup>15</sup>.

Os fármacos que agem no sistema nervoso central (grupo N) são o segundo mais frequente sendo que a prevalência de analgésicos – N02 para o controle da dor é de 55,5%, seguido por psicolépticos – N05 (22,3%), psicoanalépticos – N06 (11,1%) e antiepiléticos – N03 (11,1%). Antidepressivos e anticonvulsivantes são considerados analgésicos coadjuvantes que auxiliam no controle da dor neuropática <sup>16</sup>. Revisão sistemática indicou que a associação de analgésicos com analgésicos coadjuvantes causa maior alívio da dor que o uso isolado de analgésicos <sup>17</sup>.

Os fármacos que agem no sangue e órgãos hematopoiéticos (grupo B) foram o terceiro mais prevalente (heparina, cloreto de sódio 0,9% e glicose 50%), seguido pelos anti-infecciosos para uso sistêmico (grupo J) que está constituído pelos antibióticos cefepime e amoxicilina + ácido clavulânico, e por último os fármacos que agem no sistema cardiovascular (grupo C) com a presença da furosemida.

A média de medicamentos prescritos foi de 10,30 (desvio padrão= 3,60), variando de 0 a 26 medicamentos por prescrição. Essa média foi mais elevada

que a encontrada pelo estudo de Masman e colaboradores que foi de seis medicamentos prescritos no dia de admissão e quatro no dia de óbito. Preconiza-se diminuir ou interromper a administração de medicamentos por via oral nos pacientes que se encontram em fase de doença avançada <sup>18</sup>. Foi observado no presente estudo três internações nas quais havia unicamente prescrição de soluções, sendo que o óbito foi o desfecho dessas internações. Para pacientes que apresentam progressão da doença, com expectativa de vida limitada, é aconselhável uma descontinuação progressiva do tratamento a fim de evitar tratamentos supérfluos que não tragam impacto positivo na qualidade de vida <sup>19</sup>.

O percentual de prescrições com a presença de cinco ou mais medicamentos foi de 94,5%. Estudo de Domingues e colaboradores <sup>19</sup> encontrou percentual também elevado de 85,9%. O alto percentual é esperado e está de acordo com a literatura, pois a maioria dos pacientes da UCP são idosos com comorbidades que encontram na terapia medicamentosa a possibilidade de alcançar o alívio de diversos sintomas. No presente estudo, o percentual mais elevado pode ser atribuído à contabilização das prescrições “se necessário”, visto que em CP, o tratamento de resgate é frequentemente prescrito, a fim de que os diversos sintomas apresentados pelos pacientes possam ser controlados adequadamente <sup>8</sup>.

Estudo realizado por Nauck e colaboradores que investigou a frequência dos medicamentos utilizados em unidades de cuidados paliativos na Alemanha encontrou como medicamento mais prescrito a dipirona. Esse medicamento foi encontrado como um dos mais frequentes no presente estudo. Apesar desse medicamento não estar acessível em todos os países, é uma boa alternativa devido suas propriedades espasmolíticas adicionais <sup>20</sup>.

Os 26 medicamentos mais prescritos na UCP foram comparados com estudos internacionais que elencaram os medicamentos mais utilizados em CP e com listas de medicamentos essenciais em CP da OMS e da *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC). Ao realizar essa comparação foi estabelecido o número de medicamentos coincidentes entre o presente estudo e os demais estudos internacionais e listas.

Estudo de Good e colaboradores <sup>21</sup> encontrou doze medicamentos (60%) mais utilizados em CP que foram os seguintes: morfina, haloperidol, dexametasona, metoclopramida, clonazepam, paracetamol, amitriptilina, escopolamina, omeprazol, clorpromazina, ranitidina e furosemida. Estudo de Nauck e colaboradores <sup>20</sup> encontrou nove medicamentos (50%) mais utilizados em CP: dipirona, morfina, dexametasona, metoclopramida, haloperidol, amitriptilina, furosemida, omeprazol e lactulose. Estudo de Masman e colaboradores <sup>18</sup> apresentou seis medicamentos (46,2%) mais utilizados em CP: morfina, haloperidol, escopolamina, lactulose, metoclopramida e dexametasona.

A OMS, em sua 19ª lista (2015) de medicamentos essenciais para dor e cuidados paliativos apresenta dezenove medicamentos que foram distribuídos em três classes: analgésicos não opioides e anti-inflamatórios não esteroidais, analgésicos opioides e medicamentos para outros sintomas comuns em CP <sup>22</sup>. Observou-se onze medicamentos desta lista nos 26 medicamentos mais prescritos do presente estudo: paracetamol, codeína, morfina, amitriptilina, dexametasona, docusato, haloperidol, lactulose, metoclopramida, ondansetron, escopolamina. Seis medicamentos que apresentaram frequência inferior a 10% no presente estudo, estão presentes na lista da OMS e são os seguintes: diazepam, fluoxetina, ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, loperamida e midazolam. Dessa forma, dos dezenove medicamentos presentes na lista da OMS, dezessete (89,5%) foram prescritos para os pacientes que internaram na UCP. A IAHP apresenta trinta e três medicamentos em sua lista sendo que onze medicamentos (33,3%) constavam como os mais frequentes do presente estudo<sup>23</sup>.

Pacientes em fase de doença avançada apresentam dificuldade em utilizar a via oral para a administração dos medicamentos devido às náuseas e vômitos que surgem com maior frequência nessa fase. Processos invasivos, como introdução de cateteres para obter acesso venoso, passam a ser evitados no intuito de preservar a qualidade de vida destes pacientes e devido aos riscos de complicações, como infecções. Desta forma, a hipodermóclise que consiste na utilização da via subcutânea para a administração de medicamentos e fluidos vem ganhando espaço devido às vantagens que apresenta como, por exemplo: menor risco de infecção, baixo custo, possibilidade de realização em ambiente domiciliar, entre outros <sup>24</sup>.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em conjunto com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos elaborou um guia sobre o uso da via subcutânea em geriatria e CP, no qual enfatiza que há baixo nível de evidência científica acerca do assunto, muitas vezes ocorrendo o uso *off-label* e consequentemente, dificultando a prescrição devido à escassez de informações sobre doses, diluições e incompatibilidades <sup>25</sup>.

O HCPA possui uma tabela padronizada de medicamentos que podem ser administrados por hipodermóclise em adultos <sup>26</sup>. Dentre os 26 medicamentos mais utilizados, 18 são injetáveis e destes, 15 (83,3%) podem ser administrados via hipodermóclise, sendo que destes, 12 medicamentos (80%) foram administrados por essa via no presente estudo e o medicamento mais frequente foi a morfina. Dentre as 267 internações que houve prescrição de morfina em 110 (41,2%) houve a prescrição por via subcutânea. Os demais medicamentos apresentaram frequência menor e foram os seguintes: escopolamina (7%), metoclopramida (5,4%), cefepime (5,3%), ondansetron (4,7%), cloreto de sódio 0,9% (3,6%), dipirona (3,3%), haloperidol (3,3%), clorpromazina (3%), dexametasona (2,8%) e furosemida (2,7%). A heparina foi utilizada em todos os casos pela via subcutânea.

Ocorreu prescrição de soluções em 176 das 308 internações o que equivale a 57,1%. Conforme a classificação ATC, 50% das soluções agem no sangue e órgãos hematopoiéticos (grupo B) constituído por substitutos do sangue e soluções de perfusão (B05), 40% no sistema respiratório (grupo R) constituído por medicamentos para doenças obstrutivas das vias respiratórias (R03) e 10% no sistema nervoso central (grupo N) constituído por analgésicos (N02). As prescrições das soluções de ipratrópio, salbutamol e fenoterol, diluídas com cloreto de sódio 0,9%, foram utilizadas nas doenças obstrutivas das vias respiratórias por via inalatória. As demais soluções foram administradas por via intravenosa, sendo utilizadas como reposição calórica e/ou eletrolítica ou para analgesia.

O percentual de ocorrência de óbitos de 68% está de acordo com a literatura nacional, no qual esse percentual é superior a 70% indicando que grande parte das mortes acontecem no hospital <sup>27</sup>. O percentual de reinternação na UCP

foi de 15,36%. Dentre as 41 reinternações, 26 delas o que corresponde a 63,41% das reinternações tiveram como desfecho o óbito.

O estudo de Nauck e colaboradores, realizado na Alemanha, encontrou 40,7% de óbitos no ambiente hospitalar de unidades de CP <sup>20</sup>. Diante dessa situação, políticas públicas nacionais surgiram na tentativa de possibilitar a escolha do paciente pela ocorrência de óbito domiciliar, sempre respeitando a sua autonomia, e também de reduzir os custos hospitalares <sup>28</sup>.

A realização da coleta de dados em prontuários eletrônicos acarretou limitações, como: informações incompletas que dificultam a obtenção de dados fidedignos e ausência de conferência da veracidade das informações registradas. Como forma de compensar essas limitações, pelo fato do estudo ser retrospectivo, a coleta de dados foi realizada por um único pesquisador, o que auxilia na minimização de vieses.

## **Conclusão**

O presente estudo descreveu o perfil de utilização dos medicamentos mais utilizados por pacientes em cuidados paliativos, a fim de ampliar o conhecimento desta temática. Ao conhecer a terapia medicamentosa utilizada por estes pacientes é possível compreender a forma de utilização desta para proporcionar o alívio dos sintomas que impactam na qualidade de vida destes pacientes. A área do cuidado paliativo é nova na realidade da Assistência Farmacêutica e no debate dos profissionais de saúde. Este estudo de forma preliminar apresenta a realidade de uma instituição hospitalar referência da região sul do Brasil na perspectiva de contribuir para a construção teórica na área.

## **Referências**

- 1- Schneider N, Lueckmann SL, Kuehne F, Klindtworth K, Behmann M. Developing targets for public health initiatives to improve palliative care. *BMC Public Health* 2010; 10:222.
- 2- Matsumoto, DY. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. Em: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos*, ANCP, 2ª edição. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 23-30.
- 3- EIU. Economist Intelligence Unit. *The 2015 Quality of Death Index - Ranking palliative care across the world*. The Economist. 2015.

- 4- Connor SR, Bermedo MCS. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. [acessado 2016 dez 8]. Disponível em: <http://www.thewhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
- 5- Garcia JBS, Rodrigues RF, Lima SF. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. *Rev Bras Anesthesiol* 2014; 64(4):286-291.
- 6- Arantes ACLQ. Indicações de cuidados paliativos. Em: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos*, ANCP, 2ª edição. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 56-74.
- 7- Leblanc TW, Mcneil MJ, Kamal AH, Currow DC, Abernethy AP. Polypharmacy in patients with advanced cancer and the role of medication discontinuation. *Lancet Oncology* 2015; 16(7):333-341.
- 8- Klein C, Lang U, Bükki J, Sittl R, Ostgathe C. Pain Management and Symptom-Oriented Drug Therapy in Palliative Care. *Breast Care* 2011; 6(1):27-34.
- 9- Schwarz ED, Baggio SO, Bueno D. Prescrições de medicamentos em unidade de cuidados paliativos de um hospital universitário de Porto Alegre. *Clin Biomed Res.* 2016; 36(1):27-36.
- 10- Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HC, Voest EE, de Graeff, A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34(1):94-104.
- 11- Cardoso MGM. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. Em: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos*, ANCP, 2ª edição. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 113-122.
- 12- Salamonde GLF, Verçosa N, Barrucand L, Costa AFC. Análise Clínica e Terapêutica dos Pacientes Oncológicos Atendidos no Programa de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no Ano de 2003. *Rev Bras Anesthesiol* 2006; 56 (6): 602-618.
- 13- Minson FP, Garcia JBS, Júnior JOO, Siqueira JTT, Júnior LHJ, colaboradores. Opioides - Farmacologia básica. Em: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos*, ANCP, 2ª edição. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 123-142.
- 14- Ghosh A, Berger A. Opioids, adjuvants, and interventional options for pain management of symptomatic metástases. *Ann Palliat Med* 2014; 3(3):172-191.
- 15- Culshaw J, Kendall D, Wilcock A. Off-label prescribing in palliative care: A survey of independent prescribers. *Palliat Med* 2012; 27(4) 314 –319.

16- Américo AFQ, Melo ITV. Analgésicos não opioides. Em: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos*, ANCP, 2ª edição. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 143-150.

17- Bennett MI. Effectiveness of antiepileptic or antidepressant drugs when added to opioids for cancer pain: systematic review. *Palliat Med* 2011; 25:539–53.

18- Masman AD, Dijk MV, Tibboel D, Baar FPM, Mathôt RAA. Medication use during end-of-life care in a palliative care centre. *Int J Clin Pharm* 2015; 37:767–775.

19- Domingues D, Carneiro R, Costa I, Monteiro C, Shvetz Y, Barbosa AC, Azevedo P. Therapeutic futility in cancer patients at the time of palliative care transition: An analysis with a modified version of the Medication Appropriateness Index. *Palliat Med* 2015; 29(7) 643 –651.

20- Nauck F, Ostgathe C, Klaschik E, Bausewein C, Fuchs M, Lindena G, Neuwöhner K, Schulenberg D, Radbruch L, Working Group on the Core Documentation for Palliative Care Units in Germany. Drugs in palliative care: results from a representative survey in Germany. *Palliat Med*. 2004; 18(2):100-107.

21- Good PD, Cavenagh JD, Currow DC, Woods DA, Tuffin PH, Ravenscroft PJ. What are the essential medications in palliative care? - a survey of Australian palliative care doctors. *Aust Fam Physician* 2006; 35(4):261-4.

22- World Health Organization (WHO). Model List of Essential Medicines, 19th list. 2015. [acessado 2016 out 29]. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

23- De Lima L. International Association for Hospice and Palliative Care list of essential medicines for palliative care. *Ann Oncol*. 2007; 18(2):395-9.

24- Bruno VG. Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. *Einstein* 2015; 13(1):122-8.

25- Azevedo DL, organizador. *O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: SBGG; 2016.

26- Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Medicamentos administrados por hipodermóclise em adultos*. 2014.

27- Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB, Machado FO, Piva JP, Dias MD, Verdeal JCR, Rocha E, Viana RAPP, Magalhães AMPB, Azeredo N. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* 2008; 20(4):422-428.

28- Marcucci FCI, Cabrera MAS. Morte no hospital e no domicílio: influências populacionais e das políticas de saúde em Londrina, Paraná, Brasil (1996 a 2010). *Cien Saude Colet* 2015; 20(3):833-840.



## DISCUSSÃO GERAL

O artigo “Prescrições de Medicamentos em Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário de Porto Alegre” (artigo 1) realizado com 30 pacientes que internaram na UCP do HCPA foi um estudo exploratório que possibilitou o cálculo do tamanho amostral e a adequação do instrumento de coleta de dados. Por meio deste artigo foi possível originar mais dois estudos: “Perfil clínico de pacientes internados na unidade de cuidados paliativos de um hospital universitário do sul do Brasil” (artigo 2) que descreveu as características demográficas e clínicas dos pacientes internados na UCP do HCPA e “Caracterização do uso de medicamentos na unidade de cuidados paliativos de um hospital universitário do sul do Brasil” que verificou o padrão de prescrição dos medicamentos utilizados por esses pacientes (artigo 3).

No artigo 2, a prevalência de neoplasias malignas dos órgãos digestivos (39,3%), em ambos os gêneros, pode estar relacionada com o hábito cultural do consumo frequente de chimarrão no Estado do Rio Grande do Sul. Uma metanálise de estudos observacionais realizada por Chen e colaboradores que teve como objetivo estimar a associação entre o consumo de bebidas e comidas quentes com risco de câncer de esôfago encontrou associação significativa na população asiática e da América do Sul, mas não na população europeia. Desta forma, essa metanálise sugeriu a necessidade de mudança nos hábitos alimentares como forma de prevenção do câncer de esôfago <sup>11</sup>. Estudo de Nauck e colaboradores <sup>12</sup> também encontrou as neoplasias malignas dos órgãos digestivos como as mais frequentes (28,6%), porém um dado que chamou a atenção foi em relação às neoplasias malignas da pele e melanomas, nesse estudo realizado na Alemanha a prevalência foi de 1,5% enquanto no presente estudo foi de 6%. O clima tropical do Brasil pode explicar a prevalência quadruplicada devido à alta incidência de radiação solar. O uso contínuo de protetor solar e a realização de campanhas educativas para a população em geral são medidas essenciais para prevenção dessas neoplasias <sup>13</sup>.

Sabe-se que fatores externos, como o tabagismo, podem contribuir para o desencadeamento de diversas neoplasias. No presente estudo, 41,6% dos pacientes eram ex-tabagistas e 13,1% tabagistas ativos, indicando que mais da metade dos pacientes (54,7%) poderiam evitar a exposição a esse fator de risco.

Diante do grande potencial cancerígeno do tabaco, tem-se estudos que relacionam a presença de determinadas neoplasias com o tabagismo passivo <sup>14</sup> o que pode explicar a associação estatisticamente significativa encontrada, no presente estudo, entre não tabagistas com neoplasias malignas do tecido mesotelial e tecidos moles e neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos.

Diante do crescente aumento de neoplasias e demais doenças que ameaçam a vida, os CP surgiram como um modelo de prestação de assistência com uma abordagem holística que abrange os aspectos psicossociais e espirituais de cada paciente com o intuito de proporcionar alívio de dor e sintomas que interferem negativamente em sua qualidade de vida, bem como evitar a obstinação terapêutica, na qual um benefício isolado em determinada parte comprometida do corpo do paciente não resulta em um benefício maior para o todo <sup>15</sup>. Isso ficou evidenciado, no artigo 2, com a associação estatisticamente significativa encontrada entre uso de apenas cirurgia ou de nenhum tratamento em pacientes com idade igual ou superior a 80 anos, enquanto em pacientes mais jovens se utilizou um maior número de tratamentos como forma de tornar o tratamento mais eficaz.

Para possibilitar o controle dos sintomas foi prescrito com frequência o tratamento de resgate, o que contribuiu para a ocorrência de um alto percentual de polifarmácia (considerada como a prescrição de cinco ou mais medicamentos<sup>10</sup>) no estudo, bem como a prescrição de medicamentos para tratar, de forma preventiva, efeitos secundários que já são esperados <sup>16</sup>.

A ocorrência de prescrição de soluções em mais da metade das internações (em três internações, houve apenas prescrição destas) está de acordo com o que é preconizado de diminuir ou interromper a administração de medicamentos por via oral nos pacientes que se encontram em fase de doença avançada <sup>17</sup>.

Estudo de Fede e colaboradores realizado em um hospital na cidade de São Paulo debateu a questão da “futilidade terapêutica” gerada pelo uso de medicamentos desnecessários em pacientes oncológicos (sendo que o critério de classificação considerado para o medicamento foi ser benéfico ao paciente, ou não, além de possuir clara indicação médica) que correspondeu a 24%, sendo que a classe terapêutica mais frequente foi dos protetores gástricos (omeprazol e

ranitidina). Esses medicamentos estão entre os 26 medicamentos mais prescritos do presente estudo o que indica que a conciliação medicamentosa é uma estratégia a ser utilizada nesses pacientes <sup>18</sup>.

Em relação à via de administração de medicamentos, na impossibilidade de utilização da via oral, fica evidenciado que o uso da hipodermóclise em pacientes sob CP possui vantagens que contribuem para a expansão do uso dessa via <sup>19</sup>, como a possibilidade de utilização em ambiente domiciliar o que pode propiciar que os últimos momentos de vida do paciente sejam vivenciados no aconchego do seu lar com a proximidade de seus familiares e amigos <sup>20</sup>.

A preferência pelo ambiente domiciliar acolhedor bem como o custo econômico gerado pelas internações hospitalares longas impulsionaram o surgimento de políticas públicas nacionais que possibilitam aos pacientes que se encontram sob CP o direito de escolha do melhor processo de morrer, procurando respeitar a autonomia desses pacientes e de seus cuidadores <sup>21</sup>.



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Reconhecer que as unidades de cuidados paliativos são uma necessidade emergente diante do panorama atual é um desafio para os serviços de saúde visto que os serviços devem dispor de infraestrutura, recursos e profissionais de saúde capacitados e treinados que assegurem a qualidade de assistência prestada para o atendimento da demanda crescente dos pacientes que necessitam desses cuidados.

Este estudo ao possibilitar a verificação do padrão de prescrição dos medicamentos utilizados por pacientes sob cuidados paliativos e o reconhecimento do perfil clínico destes pacientes espera auxiliar na compreensão da terapia medicamentosa que vem sendo utilizada para possibilitar um maior controle no alívio dos diversos sintomas que afligem esses pacientes. Dessa maneira, torna-se possível melhorar a qualidade de vida e dignificar essa etapa de proximidade de finitude ao reconhecê-la como uma fase da vida tão importante quanto às demais.



## REFERÊNCIAS

- 1- Gottlieb MG, Schwanke CHA, Gomes I, Cruz IBM. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2011; 14 (2):365-380.
- 2- Fachine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Inter Science Place* 2012; (1): 106-132.
- 3- Garcia JBS, Rodrigues RF, Lima SF. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. *Rev Bras Anestesiol* 2014; 64(4):286-291.
- 4- Connor SR, Bermedo MCS. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. [acessado 2016 dez 8]. Disponível em: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
- 5- Arantes ACLQ. Indicações de cuidados paliativos. Em: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos*, ANCP, 2ª edição. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 56-74.
- 6- Armitage M, Mungall I. Palliative care services: meeting the needs of patients. *Clin Med* 2007; (7)436-438.
- 7- DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde) - Dados de mortalidade no Brasil em 2014. [acessado 2016 set 5]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- 8- Hermes HR, Lamarca ICA. Palliative care: an approach based on the professional health categories. *Cien Saude Colet* 2013; (18)9:2577-2588.
- 9- Leblanc TW, Mcneil MJ, Kamal AH, Currow DC, Abernethy AP. Polypharmacy in patients with advanced cancer and the role of medication discontinuation. *Lancet Oncology* 2015; 16(7):333-341.
- 10- Medeiros-Souza P, Santos-Neto LL, Kusano LTE, Pereira MG. Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(6):1049-53.
- 11- Chen Y, Tong Y, Yang C, Gan Y, Sun H, Bi H, Cao S, Yin X, Lu Z. Consumption of hot beverages and foods and the risk of esophageal cancer: a meta-analysis of observational studies. *BMC Cancer* 2015; 15: 449.
- 12- Nauck F, Ostgathe C, Klaschik E, Bausewein C, Fuchs M, Lindena G, Neuwöhner K, Schulenberg D, Radbruch L, Working Group on the Core Documentation for Palliative Care Units in Germany. Drugs in palliative care: results from a representative survey in Germany. *Palliat Med.* 2004; 18(2):100-107.

- 13- Oliveira MMF. Radiação Ultravioleta/ Índice Ultravioleta e Câncer de Pele no Brasil: Condições Ambientais e Vulnerabilidades Sociais. *Revista Brasileira de Climatologia* 2013; 13(9):60-73.
- 14- Filho VW, Mirra AP, López RVM, Antunes LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2): 175-87.
- 15- Floriani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Cien Saude Colet* 2008; 13(2):2123-2132.
- 16- Klein C, Lang U, Bükki J, Sittl R, Ostgathe C. Pain Management and Symptom-Oriented Drug Therapy in Palliative Care. *Breast Care* 2011; 6(1):27-34.
- 17- Masman AD, Dijk MV, Tibboel D, Baar FPM, Mathôt RAA. Medication use during end-of-life care in a palliative care centre. *Int J Clin Pharm* 2015; 37:767–775.
- 18- Fede A, Miranda M, Antonangelo D, Trevizan L, Schaffhausser H, Hamermesz B, Zimmermann C, Del Giglio A, Riechelmann RP. Use of unnecessary medications by patients with advanced cancer: cross-sectional survey. *Support Care Cancer* 2011; 19(9):1313-8.
- 19- Pontalti G, Rodrigues ESA, Firmino F, Fábris M, Stein MR, Longaray VK. Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. *Revista HCPA* 2012; 32(2):199-207.
- 20- Azevedo DL, organizador. *O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: SBGG; 2016.
- 21- Marcucci FCI, Cabrera MAS. Morte no hospital e no domicílio: influências populacionais e das políticas de saúde em Londrina, Paraná, Brasil (1996 a 2010). *Cien Saude Colet* 2015; 20(3):833-840.

## Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados

Número do prontuário |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

1. Data de nascimento: |\_\_|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|/19|\_\_|\_\_|\_\_|

2. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

3. Etnia: (1) Amarela (2) Branca (3) Parda (4) Negra (5) Indígena

4. Índice de Massa Corporal (IMC):

(1) Baixo (IMC= <18,5)

(2) Normal (IMC= 18,5 – 24,9)

(3) Sobrepeso (IMC= 25,0 – 29,9)

(4) Obesidade grau I (IMC= 30,0 – 34,9)

(5) Obesidade grau II (IMC= 35,0 – 39,9)

(6) Obesidade grau III (IMC= ≥ 40)

5. Cidade de residência:

(1) Porto Alegre

(2) Região Metropolitana de Porto Alegre

(3) Interior

6. O paciente fez uso de:

(1) Quimioterapia

(2) Radioterapia

(3) Cirurgia

(4) Hormonoterapia – terapia hormonal

(5) Anticorpos monoclonais

(6) Sem registro de tratamento prévio realizado no HCPA

7. Qual a duração total da internação (incluindo a unidade de cuidados paliativos)?

|\_\_|\_\_|\_\_| dias

8. Qual foi a duração da internação apenas na unidade de cuidados paliativos?

|\_\_|\_\_|\_\_| dias

9. Causa da internação hospitalar: CID \_\_\_\_\_

10. Principal doença associada à internação hospitalar: CID \_\_\_\_\_

11. Tabagismo:

(1) Sim (2) Não

12. Dados e escores do paciente

| Data | Dieta | Respiração | Morse | Braden | Dor |
|------|-------|------------|-------|--------|-----|
|      |       |            |       |        |     |
|      |       |            |       |        |     |

Preencher utilizando as seguintes siglas e dados:

Dieta: VO – Via oral

SNE – Sonda nasoenteral

NPT – Nutrição parenteral

NPO – Nada por via oral

Respiração: E – Eupneico

D – Dispneico

B – Bradpneico  
T – Taquipneico

Morse: Escore a partir de 0

Braden: Escala a partir de 0

Dor: Escala de 0 a 10

13. O paciente apresentou:

- (1) Náuseas
- (2) Vômitos
- (3) Diarreia
- (4) Constipação
- (5) Fadiga
- (6) Nada consta

14. Quais medicamentos o paciente utilizou durante o terceiro dia da internação na unidade de cuidados paliativos?

| Medicamento | Forma Farmacêutica | Dose (mg) | Posologia | Via de administração | Início | Fim |
|-------------|--------------------|-----------|-----------|----------------------|--------|-----|
|             |                    |           |           |                      |        |     |
|             |                    |           |           |                      |        |     |

15. Qual a condição do paciente na alta da unidade de cuidados paliativos?

- (1) Alta – melhorando
- (2) Óbito
- (3) Outra

16. Qual o encaminhamento pós-alta hospitalar?

- (1) Ambulatório HCPA
- (2) Médico externo ao HCPA
- (3) Outro hospital em Porto Alegre
- (4) Hospital em outra cidade
- (5) Outro

## Apêndice B – Publicação do Artigo 1

Artigo publicado na revista *Clinical & Biomedical Research*, Volume 36, número 1, p. 27-36, 2016.

A publicação está disponível no link:

<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/61148/pdf>

<http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730.61148>

Artigo Original

PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS EM UNIDADE DE CUIDADOS  
PALIATIVOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE

*DRUG PRESCRIPTIONS IN A PALLIATIVE CARE UNIT OF A  
UNIVERSITY HOSPITAL IN PORTO ALEGRE*

Ester Duk Schwarz<sup>1</sup>, Stéphanie Oliveira Baggio<sup>2</sup>, Denise Bueno<sup>2,3</sup>



## APÊNDICE C – Comprovante de Submissão do Artigo 2



CAPA   SOBRE   PÁGINA DO USUÁRIO   PESQUISA   ATUAL   ANTERIORES   NOTÍCIAS   PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM GERONTOLOGIA   NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS   PORTAL DO ENVELHECIMENTO

Capa > Usuário > Autor > Submissões > #31899 > **Resumo**

### #31899 Sinopse

**RESUMO**   AVALIAÇÃO   EDIÇÃO

#### Submissão

|                    |  |  |
|--------------------|--|--|
| Autores            | Stéphanie Oliveira Baggio, Ricardo Soares Gioda, Denise Bueno  |  |
| Título             | PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL |  |
| Documento original | <a href="#">31899-85676-1-SM.DOCX</a>  | 2017-02-21   |
| Docs. sup.         | <a href="#">31899-85843-1-SR.DOCX</a>  | 2017-02-26 <a href="#">INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR</a> |
| Submetido por      | Stéphanie Oliveira Baggio             |  |
| Data de submissão  | fevereiro 26, 2017 - 03:59   |  |
| Seção              | Artigos  |  |
| Editor             | Nenhum(a) designado(a)   |  |

---

#### Situação

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| Situação         | Aguardando designação |
| Iniciado         | 2017-02-26            |
| Última alteração | 2017-02-26            |



## APÊNDICE D – Comprovante de Submissão do Artigo 3



Ciência & Saúde Coletiva

[Home](#) [Author](#)

[Author Dashboard](#) / [Submission Confirmation](#)

### Submission Confirmation

---

Thank you for your submission

---

**Submitted to** Ciência & Saúde Coletiva

**Manuscript ID** CSC-2017-0504

**Title** Caracterização do Uso de Medicamentos na Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário do Sul do Brasil

**Authors** Baggio, Stéphanie  
Gioda, Ricardo  
Bueno, Denise

**Date Submitted** 28-Feb-2017



## Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa referente ao Artigo 1

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTUDO PILOTO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

**Pesquisador:** Denise Bueno

**Área Temática:** Área 3. Fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos (fases I, II e III) ou não registrados no país (ainda que fase IV), ou quando a pesquisa for referente a seu uso com modalidades, indicações, doses ou vias de administração diferentes daquelas estabelecidas, incluindo seu emprego em combinações.

**Versão:** 4

**CAAE:** 18410513.0.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.283.757

#### Apresentação do Projeto:

Em 18/09/2015 os pesquisadores adicionaram emenda com a seguinte justificativa:

Estamos solicitando a reativação do Projeto registrado na Plataforma Brasil com o número 18410513.0.0000.5327, intitulado ESTUDO PILOTO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS que foi aprovado em 2013 e que não foi realizado em virtude de afastamento da mestrandia por problemas pessoais. O motivo da reativação é a relevância do tema e inovação de conhecimento acadêmico e institucional, o enfoque objetivado continua atual e pertinente. O projeto será apresentado como dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da UFRGS. A aluna selecionada para este tema tem interesse, ética e motivação para trabalhar os dados relacionados. A aluna de mestrado é Stéphanie Baggio e a bolsista de pesquisa é Ester Duk Schawarz, ambas cadastradas na plataforma Brasil. O farmacêutico do HCPA que irá acompanhar a pesquisa é Ricardo Soares Gioda. Os pesquisadores envolvidos com o Projeto conversaram com o farmacêutico da área que demonstrou interesse em que o trabalho seja reativado.

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.283.757

**Objetivo da Pesquisa:**

Inclusão de novos pesquisadores e substituição de aluna de mestrado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não se aplica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Mantem-se o projeto original, apenas houve substituição e inclusão de pesquisadores.

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

Foram apresentados os documentos necessários.

**Recomendações:**

Nada a recomendar.

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

Não apresenta pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Emenda de 18/09/2015 aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento                            | Arquivo                              | Postagem            | Autor                     | Situação |
|---|--------------------------------------|---------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto            | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_574836 E1.pdf | 18/09/2015 14:44:21 |                           | Aceito   |
| Outros                                    | delegpesquisa.pdf                    | 18/09/2015 07:19:36 | Stéphanie Oliveira Baggio | Aceito   |
| Outros                                    | TCUD.pdf                             | 18/09/2015 07:18:52 | Stéphanie Oliveira Baggio | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projetofinalNCP2015.pdf              | 17/09/2015 22:25:33 | Stéphanie Oliveira Baggio | Aceito   |
| Outros                                    | cartahcpa.pdf                        | 17/09/2015 22:21:37 | Stéphanie Oliveira Baggio | Aceito   |
| Folha de Rosto                            | folhaderosto.jpg                     | 10/06/2013 13:57:12 |                           | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.283.757

PORTO ALEGRE, 16 de Outubro de 2015

---

**Assinado por:**  
**José Roberto Goldim**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br



## Anexo 2 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa referente ao Artigo 2 e 3

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTUDO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**Pesquisador:** Denise Bueno

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 52249715.8.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.458.837

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Mestrado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da UFRGS. O envelhecimento populacional está causando um aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Os cuidados paliativos (CP) surgiram como uma forma de prestar assistência aos pacientes portadores de doenças graves, progressivas e sem possibilidade de cura. Em 2013, segundo dados do DATASUS, 1.210.474 brasileiros faleceram, destes 16% devido a neoplasias. Os dados do estado do Rio Grande do Sul sinalizam um percentual 22%, sendo que a grande parte dos óbitos por neoplasias ocorre no hospital (cerca de 90%) e os demais acontecem no domicílio (cerca de 10%). Este percentual de 22% é relativamente alto ao contrastar com a incipiência de CP no Brasil, onde estes serviços ainda não estão organizados adequadamente de forma a conseguir suprir a demanda existente, visto que a oferta de leitos especializados é pequena e restrita às grandes cidades. Como os CP ainda estão voltados principalmente aos pacientes oncológicos que, geralmente, são idosos com comorbidades, torna-se indispensável a presença de polifarmácia nos CP, esta ainda não está bem especificada nos pacientes oncológicos em fase terminal. Por meio da terapia medicamentosa é possível alcançar o alívio da dor e de outros sintomas, sendo que quando os medicamentos utilizados não conseguem atingir este propósito, torna-se comum o uso off label. A polifarmácia e o uso off label de

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

**Bairro:** Bom Fim

**CEP:** 90.035-903

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3359-7640

**Fax:** (51)3359-7640

**E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.458.837

medicamentos ao serem práticas comuns nos CP destacam a relevância da realização de estudos nesta área que auxiliem na compreensão da maneira que os medicamentos estão sendo utilizados nos CP.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar os medicamentos utilizados em pacientes sob cuidados paliativos internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

**Objetivo Secundário:**

Conhecer o perfil populacional dos pacientes da unidade de Cuidados Paliativos do HCPA e verificar o padrão de prescrição dos medicamentos na unidade de Cuidados Paliativos do HCPA.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Riscos mínimos de quebra de confidencialidade. Os pesquisadores se comprometem a preservar o sigilo e a confidencialidade das informações dos pacientes.

**Benefícios:**

Conhecer o perfil de uso de medicamentos utilizados na unidade de cuidados paliativos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre é um importante indicador de qualidade de assistência e saúde tornando possível a assistência integral de forma efetiva e com atuação conjunta dos profissionais da equipe multidisciplinar, visando o benefício dos pacientes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo será transversal, retrospectivo, descritivo, com análise de prontuários eletrônicos de pacientes sob cuidados paliativos, através do sistema informatizado AGH, internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Foi estimado tamanho amostral de 385 pacientes.

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

Apresenta termo de compromisso para utilização de dados.

**Recomendações:**

Nada a recomendar.

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

As pendências emitidas para o projeto no parecer 1.393.136 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores de acordo com a carta de respostas adicionada em 28/02/2016. Não apresenta novas pendências.

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.458.837

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto de 18/02/2016 e demais documentos submetidos até a presente data, que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Projeto cadastrado no sistema WebGPPG sob número 15-0629.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                            | Arquivo                                      | Postagem               | Autor                     | Situação |
|---|--|------------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto            | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_646731.pdf | 28/02/2016<br>10:17:17 |                           | Aceito   |
| Outros                                    | cartaresposta.pdf                            | 28/02/2016<br>10:16:09 | Stéphanie Oliveira Baggio | Aceito   |
| Outros                                    | delegfun.pdf                                 | 04/01/2016<br>15:38:42 | Stéphanie Oliveira Baggio | Aceito   |
| Folha de Rosto                            | folharosto.pdf                               | 18/12/2015<br>09:00:13 | Stéphanie Oliveira Baggio | Aceito   |
| Outros                                    | instrumentocoletados.pdf                     | 18/12/2015<br>08:59:27 | Stéphanie Oliveira Baggio | Aceito   |
| Outros                                    | tcud.pdf                                     | 18/12/2015<br>08:56:51 | Stéphanie Oliveira Baggio | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projetocp.pdf                                | 18/12/2015<br>08:55:50 | Stéphanie Oliveira Baggio | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.458.837

PORTO ALEGRE, 21 de Março de 2016

---

**Assinado por:**  
**José Roberto Goldim**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br