

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**ESTUDO PILOTO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA UNIDADE
DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO
ALEGRE**

Ester Duk Schwarz

Porto Alegre, Dezembro de 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**ESTUDO PILOTO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA UNIDADE
DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO
ALEGRE.**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito para obtenção de título de
farmacêutico pelo curso de Farmácia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.**

Ester Duk Schwarz

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Bueno

Co-orientadora: Farm^a. Stéphanie Oliveira Baggio

Porto Alegre, Dezembro de 2015.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus por todas as oportunidades que Ele me deu cursando esta universidade além de saúde e força para aguentar firme todos estes anos passando por altos e baixos.

Também nada disto teria sido alcançado sem minha família apoiando cada decisão tomada durante minha formação, suportando meu mau gênio, principalmente antes de provas, com muita paciência, além de me tranquilizar todo final de semestre quando pensava que teria de repedir alguma cadeira. Pai e mãe, obrigada por tanto amor que têm por mim. Filipe e Debora, apesar de algumas briguinhas sei que posso contar com vocês. Meus avós, sempre dispostos a tudo pelos netinhos, sempre serão um grande exemplo para mim.

A minha orientadora Prof^a. Dr^a. Denise Bueno, muito obrigada a me aceitar no grupo de pesquisa e rapidamente me encaixar em um projeto e, juntamente com minha co-orientadora Farm^a Stéphanie Baggio, estarem sempre disponíveis para ajudar e tirar dúvidas.

Aos demais colegas do grupo de pesquisa, obrigada por todas as sugestões feitas ao longo da realização deste trabalho.

Aos membros da banca, Ricardo Gioda e Ivana Karl obrigada por aceitar o convite.

Aos amigos que fiz na UFRGS, em especial algumas que entraram comigo e ainda me aturam até hoje, Anna, Lola e Grazi, sou muito agradecida a todas.

À Faculdade de Farmácia da UFRGS por me permitir incríveis oportunidades tanto dentro quanto fora, como o intercâmbio com a Irlanda pelo Ciência sem Fronteiras pela CAPES. Às agências de fomento à pesquisa por seu apoio financeiro durante minha iniciação científica através de bolsas CNPq e FAPERGS.

Ao HCPA por me permitir a realização deste trabalho.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho apresenta-se sob a forma de artigo original, com o intuito de ser submetido à publicação na *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. As normas técnicas de instrução aos autores encontram-se disponíveis ao fim da apresentação (Anexo 1) para facilitar a avaliação pela Banca Examinadora.

SUMÁRIO:

ARTIGO.....	06
RESUMO.....	07
ABSTRACT.....	08
INTRODUÇÃO	09
MÉTODOS.....	12
RESULTADOS.....	14
DISCUSSÃO.....	18
REFERÊNCIAS.....	22
APENDICE	
A.INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	24
ANEXOS	
1.NORMAS TÉCNICAS DA REVISTA.....	28
2. PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	36

ARTIGO

ESTUDO PILOTO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE.

PILOT STUDY OF MEDICATIONS IN A PALLIATIVE CARE UNIT OF A UNIVERSITY HOSPITAL OF PORTO ALEGRE.

Ester Duk Schwarz ¹, Stéphanie Oliveira Baggio ², Denise Bueno³

¹ Acadêmica de Farmácia - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

² Farmacêutica, aluna de mestrado do Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica- UFRGS

³ Professora Associada do Departamento de Produção e Controle de Medicamentos e do Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica - UFRGS - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço para correspondência:

Denise Bueno, Prof^a. Dr^a.

Departamento de Produção e Controle de Medicamentos

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Farmácia

Avenida Ipiranga, 2752

Porto Alegre, RS – Brasil

CEP: 90.610-000

Telefone: (51) 3308-5767

e-mail: denise.bueno@ufrgs.br

RESUMO

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho 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 dos 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 desfecho principal do trabalho foi o de descrever o perfil de utilização de medicamentos em pacientes sob cuidados paliativos internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O estudo piloto foi exploratório a fim de determinar o perfil da população em estudo, realizado com 30 pacientes. As prescrições levantadas totalizaram 76 medicamentos diferentes, dentre estes os mais prescritos foram morfina, dipirona, lactulose, heparina, metoclopramida, paracetamol, cloreto de sódio, ondansetron, ipratróprio, 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. Conhecer o perfil de uso de medicamentos utilizados em uma unidade de cuidados paliativos 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.

ABSTRACT

In less than 40 years, Brazil went from a typical mortality profile of a young population to a design 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 individuals and even their families. The use of appropriate drugs for therapy of these patients is critical to successful treatment, which in this case is adequate control of symptoms. The main outcome of the work was to describe drug use profile in patients under palliative care admitted to the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. The pilot study was exploratory in order to determine the profile of the population under study, conducted with 30 patients. The prescriptions raised a total of 76 different drugs, among these, the most commonly prescribed were morphine, dipyron, lactulose, heparin, metoclopramide, acetaminophen, sodium chloride, ondansetron, ipratropium, dexamethasone and omeprazole. With the possibility of accumulation of chronic pathologies, the polypharmacy is inevitable. The evaluation of the use of drugs becomes very important in to patient safety in palliative care and the rational use of drugs. Knowing the drug usage profile used in a palliative care unit is an important indicator of quality of care and health enabling comprehensive care effectively and with joint efforts of professionals of the multidisciplinary team.

1. Introdução

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 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, que afetam adultos e idosos, que tem maior impacto na saúde mundial. Mudanças na estrutura familiar e envelhecimento populacional significa 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 ¹.

Estudos do IBGE mostram que entre 1901 e 2010, a população brasileira passou de 17,4 para 190,8 milhões de pessoas, onde 84% vive em área urbana, e a expectativa de vida do brasileiro subiu dos 33,4 anos em 1910 para os 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 desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. Os grandes centros urbanos, embora já apresentem um perfil demográfico semelhante ao dos países mais desenvolvidos, ainda não dispõem de uma infraestrutura de serviços que dê conta das demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes ^{2,3}. Junto com o prolongamento da vida, os profissionais de saúde começaram a perceber que mesmo sem cura, há uma possibilidade de atendimento, com ênfase na qualidade de vida e cuidados aos pacientes, por meio de assistência interdisciplinar, e da abordagem aos familiares - os cuidados paliativos (CP) ^{4,5}.

Falar sobre morte foi sempre um tema evitado pela sociedade, tendo em vista os tabus que envolvem o assunto, mas o “morrer” vem se transformando ao longo do tempo. A morte na idade média era vista como natural e justa. Durante os séculos XVI, XVII e XVIII, a morte começa a ser encarada como inimiga, como uma violação que arranca o indivíduo do seu seio familiar. Já no século XX a morte deve ser escondida a qualquer custo. O indivíduo que antes morria junto aos seus

familiares, passa a morrer em centros médicos, compreendidos como os locais mais apropriados⁴. No modelo da *morte moderna*, "a morte é, tanto para o médico como para o hospital, antes de tudo, um fracasso"⁴; a filosofia da *morte contemporânea* é marcada pelo empenho dos profissionais em tornar o fim da vida do paciente em um momento digno, em assisti-lo até seu último suspiro, dar voz ao mesmo, permitir escolhas, principalmente do lugar onde deseja morrer⁴.

Com a evolução da forma de vida e morte na sociedade, a OMS em 1990 introduz 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". 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 luto⁶.

Na Europa se desenvolve o modelo de CP a partir de 1960, inicialmente para cuidado de pacientes oncológicos. Órgãos internacionais começam o debate nesta temática em 1980. Na década de 90, os primeiros estudos europeus com dados comparativos de cuidados paliativos começam a ser publicados, possibilitando a percepção de que os cuidados paliativos apresentam diferenças relacionadas a particularidades do sistema de saúde, aspectos culturais e formação profissional⁷.

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos Research Network (EAPC RN) fundada em 1996 reconhece que as redes de cuidado em saúde são essenciais para a pesquisa de cuidados paliativos. Grupos de trabalho foram criados para elaborar diretrizes clínicas baseadas em evidências disponíveis. Essas diretrizes

geralmente têm sido úteis na identificação de lacunas na base de evidências e nas áreas prioritárias de investigação ⁸.

No Brasil, iniciativas isoladas e discussões a respeito dos CP são encontradas desde os anos 1970. O movimento dos CP, como filosofia de trabalho, deu-se no início na década de 1980 com os primeiros serviços instituídos no Rio Grande do Sul, São Paulo e 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 surge nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação hospitalar e assistência domiciliar e é referência nacional no ensino e capacitação de profissionais para o atendimento em cuidados paliativos. 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 (ANCP), cujo mote principal foi o esclarecimento, a divulgação e a promoção dos CP no Brasil. Este movimento foi crescendo e se ampliando, levando o Conselho Federal de Medicina (CFM) 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 2011⁹.

O alívio do sofrimento é universalmente reconhecido como um objetivo fundamental da assistência em saúde. O controle dos sintomas de pacientes em cuidados paliativos pode melhorar a qualidade de vida dos 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; que acaba refletindo na quantidade de literatura disponível sobre o assunto. Segundo Hermes e Lamarca, a categoria que mais publica 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, currículos que carecem de disciplinas voltadas para a tanatologia ⁴.

Estudos de utilização de medicamentos permitem avaliar como os medicamentos são utilizados e identificar problemas relacionados a sua utilização. Podem possibilitar ações educativas para a equipe e auxiliar em planejamento de ações futuras. São poucos os estudos de utilização de medicamentos em pacientes sob cuidados paliativos e o maior conhecimento sobre esses aspectos pode auxiliar os profissionais de saúde atuantes nessa área. O objetivo deste estudo foi analisar os medicamentos utilizados em pacientes sob cuidados paliativos internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), para que dados de acompanhamento desta população sejam relatados e contribuam para melhor qualidade de vida destes pacientes.

2. Metodologia

2.1. Revisão bibliográfica

A revisão sobre o tema foi realizada nas bases de dados Pubmed, Science Direct e SciELO, através das seguintes *keywords*: “palliative care”, “palliative medication”, “palliative drugs” “palliative medicine”. Foram selecionados ensaios clínicos, artigos de revisão e metanálises sobre o tema, publicados nos últimos dez anos e de relevância para o estudo em questão.

2.2. Instrumento padronizado de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado o instrumento padronizado de coleta de dados (Apêndice A). As informações foram obtidas por meio de prontuários *online* no sistema AGH (Aplicativo de Gestão Hospitalar). Dados como sexo, idade, cidade de residência, internações anteriores, tratamentos realizados e duração da internação do paciente foram coletados do cadastro do usuário no hospital. Outros dados como dieta, frequência respiratória, Escore Morse, Escala de Braden e o Escore de dor, assim como outros sintomas ou intercorrências foram obtidos na evolução do paciente registrada diariamente também no prontuário *online* no

sistema AGH. Os medicamentos utilizados durante a internação estudada foram coletados a partir da prescrição eletrônica.

O objetivo principal do trabalho foi o de descrever o perfil de utilização de medicamentos em pacientes sob cuidados paliativos internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Os objetivos secundários foram: descrever as características demográficas, clínicas, escores e desfecho clínico dos pacientes.

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador envolvido no projeto sob supervisão do farmacêutico co-orientador responsável, durante um mês.

2.3. Tamanho amostral

O presente trabalho foi um estudo piloto 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 cuidado paliativo e a qualidade de vida envolvida neste desfecho. A diversidade cultural e as diferentes políticas públicas de saúde, assim como os diferentes sistemas de saúde internacionais, determinam o tratamento diferenciado e manejo do paciente sob cuidados paliativos e por isso não seria adequado a utilização de dados internacionais para a determinação do tamanho amostral. O estudo piloto foi exploratório a fim de 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 a população em estudo, fazendo com que o cálculo do tamanho amostral seja adequado. Este estudo foi realizado com 30 pacientes.

O delineamento deste estudo foi 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.

Foram incluídos no estudo pacientes internados no Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram excluídos do estudo

indivíduos menores de 18 anos e pacientes que internaram no período anterior à implantação do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) ou ainda internados na unidade durante o período de coleta de dados.

2.4. Análise de dados

Os dados obtidos a partir do instrumento padronizado de coleta de dados foram armazenados no programa Excel e cruzados de maneira a gerar as tabelas e figuras presentes neste trabalho.

2.5. 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.

5. Resultados

A Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do HCPA conta com 7 leitos. Em agosto houveram 19 internações e 24 em julho. Destes foram selecionados aleatoriamente 30 pacientes, totalizando 34 internações (dois pacientes com duas internações e um com três internações no período analisado).

Foi encontrada uma média de 5,4 internações anteriores, independente da especialidade, entre os pacientes, menor número sendo uma internação e o maior 15 internações no HCPA (mediana = 4 e DP = 3,71). A média de dias internação no HCPA foi de 13,7 dias, sendo que a internação mais longa foi de 59 dias e a mais curta de dois dias (mediana = 6,5 e DP = 15,26). Há uma pequena diminuição nos valores dos dias de internação da Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) onde a média foi de 7,0 dias, a internação mais longa foi de 23 dias e a mais curta de um dia (mediana = 5, DP = 6,14). Características demográficas dos pacientes encontram-se na Tabela 1, características clínicas na Tabela 2 e dados e escores estão na Tabela 3.

Tabela 1 – Características demográficas dos pacientes

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

Tabela 2 – Características clínicas dos pacientes

	Valor bruto	%
IMC		
Baixo	22	73
Normal	7	23
Sobrepeso	0	0
Obesidade	1	4
Tratamento prévio		
Cirurgia	13	43
Quimioterapia	14	48
Radioterapia	12	40
Motivo internação		
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
Neoplasia*		
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

*um paciente estava internado por hepatite viral crônica

Tabela 3 – Dados e escores dos pacientes:

	Valor bruto	%
Dieta		
VO	21	62
SNE	6	18
Npo	7	20
Respiração		
E	18	56
D	4	13
D/E	9	28
E/D/B/T	1	3
Morse		
Risco baixo	0	0
Risco médio	11	32
Risco alto	23	68
Braden		
Risco médio ou baixo	14	41
Risco moderado	8	24

Risco alto	10	29
Risco altíssimo	2	6

Dieta: VO – Via oral, SNE – Sonda nasoenteral, NPT – Nutrição Parenteral
 Respiração: E – Eupneico, D – Dispneico, B – Bradpneico, T – Taquipneico

Dentre os pacientes pesquisados, 8 eram fumantes ativos, 13 ex-tabagistas e 11 não-tabagistas, 20%, 43%, 37% respectivamente. Apenas 3 pacientes relataram dor nos escores. 11 pacientes relataram fadiga, 3 relataram cansaço aos esforços e 20 não relataram, 32%, 9% e 59% respectivamente. O desfecho das internações pode ser visto na Figura 1 e os medicamentos mais prescritos se encontram na Figura 2.

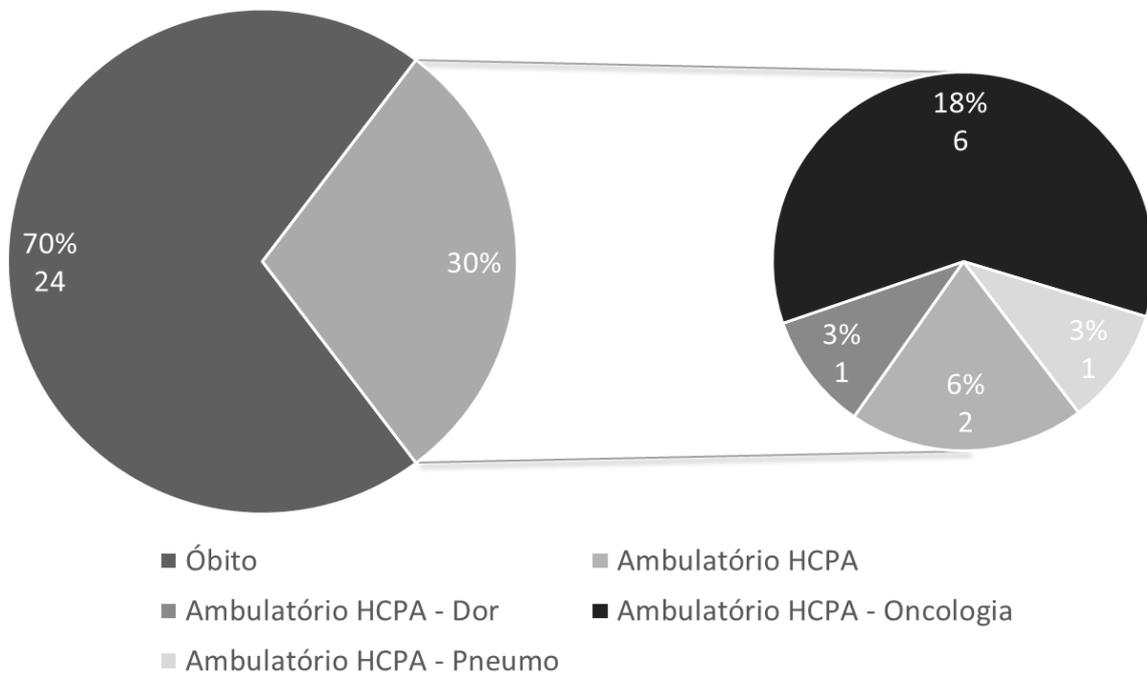


Figura 1 – Motivo de alta hospitalar

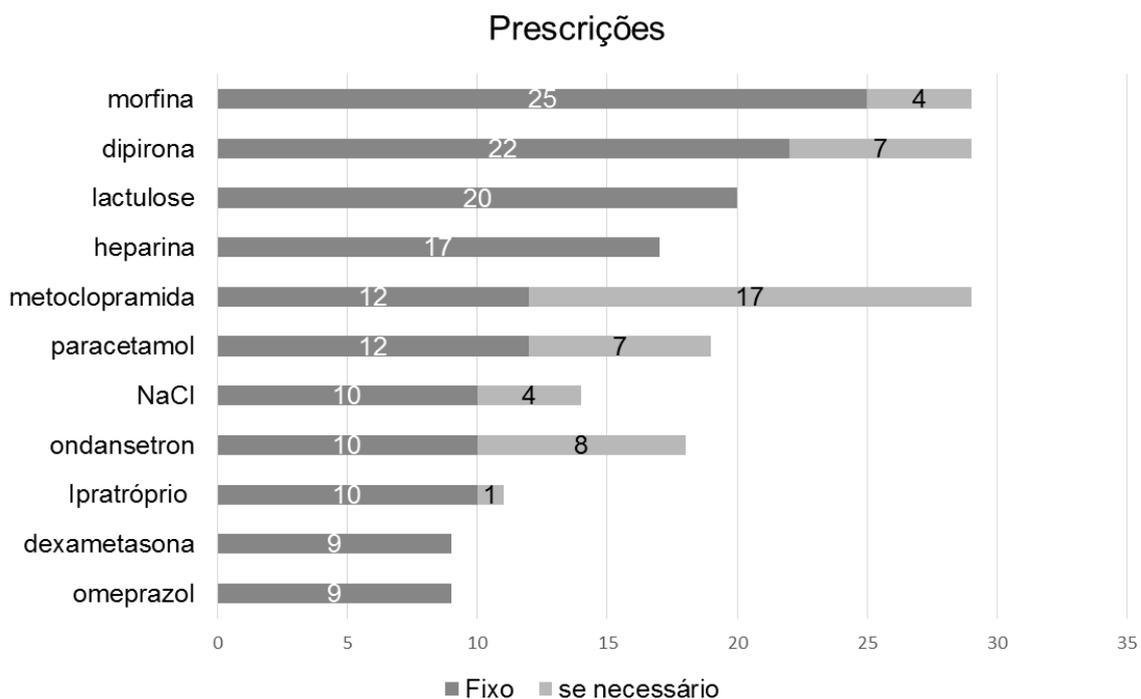


Figura 2 – Medicamentos mais prescritos durante internação na NCP

6. Discussão:

A grande diversidade étnica e cultural oriunda de várias regiões do mundo deu início ao processo de miscigenação que constitui o atual povo gaúcho. Segundo o IBGE a população gaúcha é composta por 82,3% de brancos, 11,4% de pardos, 5,9% de negros e 0,4% de amarelos ou indígenas em 2008. Em 2010 a região sul do país possuía 27 386 891 habitantes, destes, 84,9% moram em regiões urbanas e 15,1% em área rural. Com relação a homens e mulheres na região, também em 2010, havia 49,1% de homens e 50,9% de mulheres ². Dados estes que podem ser comparados com a Tabela 1.

Nos resultados obtidos houve uma boa correlação entre a porcentagem de homens e mulheres internados na unidade. Também há correlação dos valores de caucasianos entre a população do estado e a população do HCPA, mas talvez negros e pardos não possuam a mesma correlação devido ao número reduzido de pacientes neste trabalho. Somando a região metropolitana à capital, obtemos 83% de população urbana e 17% rural no hospital; novamente há uma possibilidade de alterações de resultados pelo tamanho amostral, mas outra possibilidade poderia

ser o sistema primário ser precário no interior do estado, conforme relatado aos assistentes sociais pelos próprios pacientes. A qualidade do atendimento primário também refletiu 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.

A causa de internação hospitalar mais frequente entre os idosos, no Brasil, é a insuficiência cardíaca, 12,1‰ para mulheres e 14,7‰ para os homens. Pneumonia, bronquite e acidente vascular cerebral estão entre as principais causas de internação, tanto para homens quanto para mulheres. 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 ³. No caso da amostra coletada, foram observados motivos de internação tanto pelos motivos comuns da faixa etária citados acima, como decorrentes da neoplasia em estado avançado e a medicação paliativa, 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 e colaboradores, 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 ¹⁰.

Com relação ao tratamento prévio, há diversas combinações de tratamento entre cirurgia, quimioterapia e radioterapia, onde 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). No hospital em estudo também são utilizadas terapias hormonais e anticorpos monoclonais para o tratamento de neoplasias, mas não foram levadas em consideração neste estudo.

Tabela 4 – Detalhamento do tratamento prévio

Tratamento prévio	Pacientes:
Quimioterapia + Cirurgia + Radioterapia	2
Quimioterapia + Cirurgia	7
Quimioterapia + Radioterapia	1
Cirurgia + Radioterapia	4

Qumioterapia	5
Cirurgia	4
Radioterapia	1
Nenhum	5

O tempo entre a descoberta da neoplasia, progressão natural da patologia e tratamento também leva ao Índice de Massa Corporal (IMC) reduzido encontrado na maioria dos pacientes, visto que aceleração de metabolismo, anorexia e caquexia neoplásicas são esperados de pacientes terminais ¹¹. 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 obtidos da respiração.

Nos valores das escalas Morse e Braden, pode ser observado uma melhora nos pacientes que passaram da emergência para a UCP, traduzindo-se em uma redução de risco de quedas e formação de úlceras de pressão. Nessa transferência de unidades também é observada uma melhor adaptação da dieta (preferencialmente oral) e redução de medicamentos prescritos (deprescrição) ou sua passagem gradativa para via oral para preparar o paciente para alta e continuação do tratamento em domicílio, com visitas regulares ao ambulatório do hospital para ajuste do tratamento.

As prescrições analisadas para os 30 pacientes totalizam 76 medicamentos diferentes, dentre estes os mais prescritos encontram-se na Figura 1. 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, onde a maior receita apresentou 25 medicamentos diferentes durante a internação, sem levar em consideração mudanças na posologia ou via de administração.

Um dos riscos associados ao cuidado paliativo é a utilização de medicamentos para indicações não descritas pelo fabricante ou com vias de administração ou

doses não preconizadas pela literatura, o que é comum na dor e na gestão dos sintomas. Um quarto das receitas dos pacientes internados em unidades especializadas de cuidados paliativos no Reino Unido, se enquadram nesta categoria ¹². Entre os medicamentos *off-label* mais prescritos no Reino Unido temos: amitriptilina, cetamina, gabapentina, clonazepam, valproato de sódio para nevralgia; haloperidol, levomeprazina como antieméticos; octreotida como antissecretor; metilfenidato em casos de fadiga e dexametasona para anorexia neoplásica ¹³.

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, 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 desta compreensão pelo paciente e familiares. O farmacêutico se insere neste 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 ¹⁴. Em estudo realizado por Hussainy e colaboradores na Austrália, a inclusão de farmacêuticos nas equipes aumentou o conhecimento relacionado a medicamentos de equipe e pacientes, melhorando o manejo das prescrições e reduzindo erros relacionados ¹⁵. Na transição do cuidado paliativo quando o paciente faz a escolha do ambiente domiciliar, o reconhecimento da forma como esta terapia será manejada faz com que haja êxito ou não da alta hospitalar ¹⁶.

A realização de estudos na área de cuidados paliativos, avaliando a eficácia e segurança de medicamentos pode garantir uma melhor qualidade de atendimento, qualificando a unidade hospitalar ou o cuidado domiciliar. Reconhecer o momento onde paciente necessita ficar internado ou ir para casa com autonomia de desfecho de vida é fundamental para garantir o êxito do cuidado paliativo.

Conhecer o perfil de uso de medicamentos utilizados em uma unidade de cuidados paliativos 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

Referências:

01. Suzman R, Beard J. Global Health and Aging 2011[acesso 2015 out 30]. Disponível em: <https://www.nia.nih.gov/research/publication/global-health-and-aging/preface>
02. IBGE. Indicadores sociais municipais [tabela] 2010 [acesso 2015 out 31]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/tabelas_pdf/tab1.pdf
03. IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil [catálogo] 2009 [acesso 2015 out 30] Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>
04. Hermes HR, Lamarca ICA. Palliative care: an approach based on the professional health categories. Ciênc. saúde coletiva. 2013 Set [acesso 2015 out 22]; 18 (9): 2577-2588. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=pt.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>.
05. PAHO. Health in the Americas, Country Volume – Brazil [Catálogo] 2012 [acesso 2015 out 30] Disponível em: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=118&Itemid=
06. WHO. Global atlas of palliative care at the end of life. 2014 [acesso 2015 out 27]. Disponível em: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
07. Clark D, Centeno C. Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis. Clin Med. 2006;6(2):197-201
08. Blumhuber H, Kaasa S, De Conno F. The European Association for Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 2002 Aug;24(2):124-7
09. ANCP. O que são os Cuidados Paliativos? [Internet] 2009 [acesso 2015 out 26]. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados>
10. Hallal ALC, Gotlieb SLD, Latorre MdRDdO. Evolução da mortalidade por neoplasias malignas no Rio Grande do Sul, 1979-1995. Rev. bras. epidemiol.. [acesso 2015 nov 1] 2001;4(3): 168-177. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2001000300004&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2001000300004>.
11. Argilés JM., Busquets S, López-Soriano FJ, Figueras M. Fisiopatología de la caquexia neoplásica. Nutr. Hosp.. [acesso 2015 nov 1]. 2006;21(3): 4-9 Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000600002&lng=es.
12. Atkinson CV, Kirkham SR. Unlicensed uses for medication in a palliative care unit. Palliative Medicine, 1999;13, 145–52.

13. Culshaw J, Kendall D, Wilcock A. Off-label prescribing in palliative care: a survey of independent prescribers. *Palliat Med.* [acesso 2015 nov 1] 2013;27(4):314-9. Disponível em: <http://pmj.sagepub.com/content/27/4/314.long#cited-by> doi: 10.1177/0269216312465664
14. Cortis LJ, McKinnon RA, Anderson C. Palliative care is everyone's business, including pharmacists. *Am J Pharm Educ.* [acesso 2015 out 22] 2013 Mar 12;77(2):21. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3602845/> doi: 10.5688/ajpe77221.
15. Hussainy SY, Box M, Scholes S. Piloting the role of a pharmacist in a community palliative care multidisciplinary team: an Australian experience. *BMC Palliat Care.* [acesso 2015 out 22] 2011 Oct 31;10:16. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3215169/> doi: 10.1186/1472-684X-10-16.
16. Edwards SJ, Abbott R, Edwards J, LeBlanc M, Dranitsaris G, Donnan J, Laing K, Whelan MA, MacKinnon NJ. Outcomes assessment of a pharmacist-directed seamless care program in an ambulatory oncology clinic. *J Pharm Pract.* [acesso 2015 out 22] 2014 Feb;27(1):46-52. Disponível em: <http://jpp.sagepub.com/content/27/1/46.long> doi: 10.1177/0897190013504954.

APÊNDICE A

Instrumento Padronizado de Coleta de Dados.

. Número 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. Peso: _____

5. Cidade de residência

6. Financiamento utilizado na internação

(1) Público (2) Privado Qual? _____

7. É a primeira internação do paciente?

(1) Sim (2) Não

8. Quantas internações anteriores o paciente teve?

9. Qual foi a duração das internações anteriores?

|__|__|__| dias

10. O paciente fez uso de algum medicamento antineoplásico nas internações anteriores?

(1) Sim (2) Não

11. O paciente fez uso de outro tratamento para o câncer?

(1) Sim → (1.1) Cirurgia (1.2) Radioterapia (2) Não

12. Causa da internação hospitalar CID_____

13. Principal doença associada à internação hospitalar

CID _____

14. Tabagismo

() Sim () Não

15. 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

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?

ANEXO 1:

Normas técnicas da revista

Instruções aos Autores

Escopo e política

A Clinical and Biomedical Research (CBR), antiga Revista HCPA, é uma publicação científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS). É um periódico científico de acesso livre que tem a finalidade de publicar trabalhos de todas as áreas relevantes das Ciências da Saúde, incluindo pesquisa clínica e básica. Os critérios de seleção para publicação incluem: originalidade, relevância do tema, qualidade metodológica e adequação às normas editoriais da revista.

A CBR apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) [<http://www.who.int/ictrp/en/>] e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) [http://www.icmje.org/clin_trial.pdf]. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido número de identificação do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) [<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>] ou de outro banco de dados oficial dedicados ao registro de ensaios clínicos.

Todos os artigos publicados são revisados por pares anônimos. Uma vez que o artigo seja aceito para publicação, os seus direitos autorais são automaticamente transferidos para a revista. O conteúdo do material enviado para publicação na CBR implica que o mesmo não tenha sido publicado e não esteja submetido a outra revista. Artigos publicados na CBR, para serem publicados em outras revistas, ainda que parcialmente, necessitarão de aprovação por escrito dos editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores. Os artigos podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol. As submissões em inglês são fortemente encorajadas pelos editores.

O manuscrito deve enquadrar-se em uma das diferentes categorias de artigos publicados pela revista, conforme a seguir:

Forma e preparação de artigos

SERÃO CONSIDERADOS PARA PUBLICAÇÃO

Editorial

Comentário crítico e aprofundado, preparado a convite dos editores e submetido por pessoa com notório saber sobre o assunto abordado. Os editoriais podem conter até 1000 palavras. Esta seção pode incluir o editorial de apresentação da Revista, assinado pelo Editor, além de editoriais especiais, que compreendem colaborações solicitadas sobre temas atuais ou artigos publicados na Revista.

Instruções aos Autores

Artigos de Revisão

Artigos que objetivam sintetizar e avaliar criticamente os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema. Devem conter até 6.000 palavras. Esses artigos devem apresentar resumo, não estruturado com número não superior a 200 palavras (exceto revisões sistemáticas – ver estrutura de resumo em 'Artigos Originais') e uma lista abrangente, mas preferencialmente não superior a 80 referências.

Tabelas devem ser incluídas no mesmo arquivo do manuscrito (após as referências) e as figuras devem ser enviadas como documento suplementar em arquivos individuais.

Artigos Especiais

Manuscritos exclusivamente solicitados pelos editores, sobre tema de relevância científica, a autores com reconhecida expertise na área e que não se enquadrem nos critérios de Editorial.

Artigos Originais

Artigos com resultados inéditos de pesquisa, constituindo trabalhos completos que contêm todas as informações relevantes que o leitor possa avaliar seus resultados e conclusões, bem como replicar a pesquisa. A sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. A(s) conclusão(ões) deve(m) estar no último parágrafo da Discussão, não sendo necessária uma seção específica. Implicações clínicas e limitações do estudo devem ser apontadas. Para os artigos originais, deve-se apresentar um resumo estruturado (Introdução, Métodos, Resultados e Conclusões) em português e em inglês (Abstract), nos casos em que o artigo não for escrito na sua totalidade na língua inglesa. O Resumo e o Abstract não devem exceder 250 palavras.

Os artigos submetidos nesta categoria não devem exceder 3.000 palavras. Tabelas devem ser incluídas no mesmo arquivo do manuscrito (após as referências) e as figuras devem ser enviadas como documento suplementar em arquivos individuais.

Relatos de Casos (escritos na sua totalidade na língua inglesa)

São artigos baseados em casos peculiares e comentários sucintos sobre a importância do caso em relação ao conhecimento atual na área. Devem conter até 1.000 palavras, com um total de, no máximo, duas tabelas ou figuras e 15 referências, já que o objetivo dos relatos não é apresentar uma revisão bibliográfica.

A sua estrutura deve apresentar os seguintes tópicos: Introdução, explicando a relevância do caso; Apresentação do caso (Relato do Caso) e Discussão. Os relatos de casos devem descrever achados novos ou pouco usuais, ou oferecer novas percepções sobre um problema estabelecido. O conteúdo deve

Instruções aos Autores

limitar-se a fatos pertinentes aos casos. O sigilo em relação à identificação dos pacientes é fundamental, não devendo ser relatadas datas precisas, iniciais ou qualquer outra informação não relevante ao caso, mas que eventualmente possa identificar o paciente. Os Relatos de Caso devem ter Resumo não estruturado com no máximo 150 palavras.

Tabelas devem ser incluídas no mesmo arquivo do manuscrito (após as referências) e as figuras devem ser enviadas como documento suplementar em arquivos individuais.

Relatos de Casos: Imagens em Medicina (escritos na sua totalidade na língua inglesa)

Seção destinada à publicação de Imagens elucidativas, não usuais e/ou de amplo interesse de situações médicas. Deve conter até 500 palavras e um total de 5 referências. Duas a três imagens (resolução mínima de 300 dpi).

Cartas

Opiniões e comentários sobre artigo publicado na Revista, sobre temas de relevância científica e/ou observações clínicas preliminares. O texto deve ser breve com, no máximo, 500 palavras. Apenas uma tabela e uma figura são permitidas e, no máximo, cinco referências. Não devem ter resumo.

Comunicações Breves

Comunicações breves são resultados preliminares de pesquisas originais ou estudos mais pontuais que contêm todas as informações relevantes para que o leitor possa avaliar os seus resultados e conclusões, bem como replicar a pesquisa. A estrutura é semelhante a artigos originais; no entanto, o resumo (Português, Espanhol, ou Inglês) não deve exceder 150 palavras e o texto não deve exceder 1.200 palavras. Ter no máximo duas Tabelas ou Figuras.

Suplementos

Além dos números regulares, a CBR publica o suplemento da Semana Científica do HCPA.

CONFLITOS DE INTERESSE

Conflitos de interesse surgem quando o autor tem relações pessoais ou financeiras que influenciam seu julgamento. Estas relações podem criar tendências favoráveis ou desfavoráveis a um trabalho e prejudicar a objetividade da análise. Os autores devem informar sobre possíveis conflitos de interesse. Isso se estende para editoriais e artigos de revisão, e deve ser feito na ocasião do envio do manuscrito. Cabe ao editor decidir se esta informação deve ou não ser publicada e usá-la para tomar decisões editoriais. Uma forma comum de conflito de interesse é o financiamento de trabalhos de pesquisa por

Instruções aos Autores

terceiros, que podem ser empresas, órgãos públicos ou outros. Esta obrigação para com a entidade financiadora pode levar o pesquisador a obter resultados que a satisfaçam, tornando o estudo tendencioso. Autores devem descrever a interferência do financiador em qualquer etapa do estudo, bem como a forma de financiamento e o tipo de relacionamento estabelecido entre patrocinador e autor. Os autores podem optar por informar nomes de pareceristas para os quais seu artigo não deva ser enviado, justificando-se.

PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE

Informações e imagens de pacientes que permitam sua identificação só devem ser publicadas com autorização formal e por escrito do paciente, e apenas quando necessárias ao objetivo do estudo. Para a autorização formal, o paciente deve conhecer o conteúdo do artigo e ter ciência de que este artigo poderá ser disponibilizado na internet. Em caso de dúvida sobre a possibilidade de identificação de um paciente, como fotos com tarjas sobre os olhos, deve ser obtida a autorização formal. No caso de distorção de dados para evitar identificação, autores e editores devem assegurar-se de que tais distorções não comprometam os resultados do estudo.

EXPERIÊNCIAS COM SERES HUMANOS E ANIMAIS

Toda matéria relacionada com pesquisa em seres humanos e pesquisa em animais deve ter aprovação prévia de Comitê de Ética em Pesquisa ou Comissão de Ética no uso de animais, respectivamente. Os trabalhos deverão estar de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinque (vigente ou atualizada), das Resoluções CNS 196/96 e complementares e da Lei 11.794/2008 para estudos em animais. É importante indicar o número do registro do projeto no respectivo Comitê ou Comissão de Ética, bem como da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, se aplicável.

PREPARO DO ARTIGO

O cadastro no sistema e posterior acesso ou login são obrigatórios para submissão e verificação do estágio das submissões.

Identificação: devem constar: a) Título do artigo, que deve ser claro e conciso. Não usar abreviaturas. Deve-se apresentar a versão do título reduzido para constar no cabeçalho e título no idioma inglês; b) nome completo dos autores; c) instituição e o setor ou unidade da instituição a que cada autor está filiado (títulos pessoais e cargos ocupados não deverão ser indicados); d) nome da instituição onde o trabalho foi realizado; e) indicação do autor responsável pela correspondência, acompanhada do endereço completo;

Instruções aos Autores

e f) se tiver sido apresentado em reunião científica, deve-se indicar o nome do evento, o local e a data da realização.

TODOS OS NOMES DOS AUTORES INCLUÍDOS NO MANUSCRITO DEVEM SER CADASTRADOS NO SISTEMA

Resumo e Palavras-chave: os artigos devem conter o resumo em português e em inglês. Verificar a estrutura e o número máximo de palavras conforme descrito para cada tipo de artigo específico (ver anteriormente). Os resumos estruturados, exigidos apenas para os artigos originais, devem apresentar, no início de cada parágrafo, o nome das subdivisões que compõem a estrutura formal do artigo (Introdução, Métodos, Resultados e Conclusões). As palavras-chave, expressões que representam o assunto tratado no trabalho, devem ser em número de 3 a 10, fornecidas pelo autor, baseando-se no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (*Medical Subject Headings*) da *National Library of Medicine*, disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>. As palavras-chave devem ser apresentados em português e em inglês.

Manuscrito: deverá obedecer à estrutura exigida para cada categoria de artigo. Citações no texto e as referências citadas nas legendas das tabelas e das figuras devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, com algarismos arábicos.

As referências devem ser citadas no texto sobrescritas, conforme o exemplo: Texto¹, texto¹⁻³, texto^{4,8,9}.

Tabelas: devem ser numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e encabeçadas por um título apropriado. Devem ser citadas no texto, mas deve-se evitar a duplicação de informação. As tabelas, com seus títulos e rodapés, devem ser autoexplicativas. As abreviações devem ser especificadas como nota de rodapé sem indicação numérica. As demais notas de rodapé deverão ser feitas em algarismos arábicos e sobrescritas.

Figuras e gráficos: as ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, etc.) devem ser enviadas em arquivos separados, em formato JPG (em alta resolução – no mínimo, 300 dpi). Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e serem suficientemente claras para permitir sua reprodução e estarem no mesmo idioma do texto. Não serão aceitas fotocópias. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar a permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. As figuras devem possuir um título e legenda (se necessário). Ambos devem preceder a figura propriamente dita.

Instruções aos Autores

Abreviações: as abreviações devem ser indicadas no texto no momento de sua primeira utilização. No restante do artigo, não é necessário repetir o nome por extenso.

Nome de medicamentos: deve-se usar o nome genérico.

Havendo citação de aparelhos/equipamentos: todos os aparelhos/equipamentos citados devem incluir modelo, nome do fabricante, estado e país de fabricação.

Agradecimentos: devem incluir a colaboração de pessoas, grupos ou instituições que tenham colaborado para a realização do estudo, mas cuja contribuição não justifique suas inclusões como autores; neste item devem ser incluídos também os agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc. Devem vir antes das referências bibliográficas.

Conflitos de interesse: Caso haja algum conflito de interesse (ver anteriormente) o mesmo deve ser declarado. Caso não haja, colocar nesta seção: "Os autores dedaram não haver conflito de interesse"

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com algarismos arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>. Os autores devem certificar-se de que as referências citadas no texto constam da lista de referências com datas exatas e nomes de autores corretamente grafados. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências e apenas citados no texto. Caso entendam necessário, os editores podem solicitar a apresentação de trabalhos não publicados citados no manuscrito.

Exemplos de citação de referências:

Artigos de periódicos (de um até seis autores)

Almeida OP. A autoria de artigos científicos: o que fazem os tais autores? *Rev Bras Psiquiatr.* 1998;20:113-6.

Artigos de periódicos (mais de seis autores)

Slatopolsky E, Weerts C, Lopez-Hilker S, Norwood K, Zink M, Windus D, et al. Calcium carbonate as a phosphate binder in patients with chronic renal failure undergoing dialysis. *N Engl J Med.* 1986;315:157-61.

Instruções aos Autores

Artigos sem nome do autor

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994;84: 15.

Livros no todo

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Capítulos de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Livros em que editores (organizadores) são autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Teses

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Trabalhos apresentados em congressos

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland;1992. p. 1561-5.

Artigo de periódico em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1)[24 screens]. Available from: URL:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Outros tipos de referência deverão seguir o documento

International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Sample References (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

Requisitos técnicos

Arquivo word (doc ou .rtf), digitado em espaço simples, fonte tamanho 10, margem de 2 cm de cada lado, página de título, resumo e descritores, texto, agradecimentos, referências, tabelas e legendas e as imagens enviadas em formato jpg ou tiff com resolução mínima de 300dpi.

jun/2015

ANEXO 2:

Parecer Consubstanciado do CEP

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_BÁSICAS_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	projetofinalINCP2015.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