

## O PAPEL DO FARMACÊUTICO NOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS

### THE ROLE OF PHARMACEUTICAL IN PALLIATIVE CARE TO ONCOLOGICAL PATIENTS

DAIANE ALVES DA SILVA<sup>1</sup>, DEIVID NOGUEIRA ARRIEL<sup>2</sup>, INGRID DOS SANTOS BARROS<sup>3</sup>, JULIANA ALVES SOUTO<sup>4</sup>, NATHALIA CAROLLINE LACERDA DA CUNHA<sup>5</sup>, ARISSA FELIPE BORGES<sup>6</sup>

#### RESUMO

Considera-se que o farmacêutico exerce as funções de formuladores das propostas que beneficiam o desenvolvimento das melhores técnicas para o alcance dos objetivos desejados. O presente estudo objetivou evidenciar os cuidados e as intervenções adequadas no controle das dores, no monitoramento, na avaliação e no auxílio emocional e psicológico ao paciente durante o período do tratamento do câncer pretendendo entender os cuidados paliativos e a importância do farmacêutico nesse estágio da vida humana. O controle adequado dos sintomas advindos das doenças ou de seus tratamentos é uma estratégia fundamental em Cuidados Paliativos em todas as da doença crítica, seja de maneira complementar ao plano terapêutico (permitindo que seja melhor tolerado), seja como foco principal do cuidado. A metodologia utilizada nesse presente estudo se caracterizou por uma pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo, realizada através de livros, artigos, periódicos e sites especializados quanto ao tema escolhido. Nesse contexto, pode-se concluir que a dor é o sintoma mais comum em pacientes com câncer e o farmacêutico desempenha um papel importante no tratamento medicamentoso do paciente em cuidados paliativos.

**Palavras-chave:** Cuidados. Paliativos. Farmácia. Pacientes. Oncológicos.

#### ABSTRACT:

*It is considered that the pharmacist exercises the functions of formulators of proposals that benefit the development of the best techniques to achieve the desired objectives. This study aimed to highlight the care and appropriate interventions in pain control, monitoring, evaluation and monitoring, emotional and psychological assistance to the patient during the cancer treatment period, aiming to understand palliative care and the importance of the pharmacist at this stage of human life. Adequate control of symptoms arising from diseases or their treatments is a fundamental strategy in Palliative Care in all critical illnesses, either in a complementary way to the therapeutic plan (allowing it to be better tolerated), or as the main focus of care. The methodology used in this study was characterized by a qualitative bibliographic search, carried out through books, articles, periodicals and specialized websites regarding the chosen theme. In this context, it can be concluded that pain is the most common symptom in cancer patients and the pharmacist plays an important role in the patient's drug treatment in palliative care.*

**Keywords:** Care. Palliative. Drugstore. Patients. Oncology.

<sup>1</sup> Daiane Alves da Silva – Discente do Curso de Farmácia – E-mail: daianealves0000@gmail.com

<sup>2</sup> Deivid Nogueira Arriel – Discente do Curso de Farmácia – E-mail: deividnogueiranegoh@gmail.com

<sup>3</sup> Ingrid dos Santos Barros – Discente do Curso de Farmácia – E-mail: Ingridasantosbarros84@gmail.com

<sup>4</sup> Juliana Alves Souto – Discente do Curso de Farmácia – E-mail: juliasouto\_07@hotmail.com

<sup>5</sup> Nathalia Caroline Lacerda da Cunha – Discente do curso de Farmácia – E-mail: nathaliacerde92@gmail.com

<sup>6</sup> Arissa Felipe Borges – Docente do Curso de Farmácia – E-mail: arissafb@gmail.com

## 1 INTRODUÇÃO

O termo “paliativo” tem origem do latim, da palavra ‘*pallium*’, que remete não somente a encobrir, mas também manto e aos verbos abrigar e proteger, por isso a importância de não conferir um significado pejorativo ao termo, mas sim uma denominação acolhedora e afetiva (PEREZIM, 2018).

A fase final da vida ocorre envolta por sentimentos dolorosos e, por vezes, conflituosos, quando se fala em Cuidados Paliativos. Esta modalidade de cuidado constitui uma abordagem aos pacientes que estão enfrentando doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Isso requer a identificação da doença com seus agravos, avaliação e tratamento da dor e de outros sintomas de natureza física, psicossocial e espiritual, bem como o acompanhamento das ações de familiares e cuidadores (VALADARES; MOTA; OLIVEIRA, 2013).

Atualmente, o câncer é responsável por 12% de todas as mortes no mundo. Em aproximadamente vinte anos, o número de mortes anuais por câncer irá quase que duplicar, com mais de 60% dos casos novos e mortes ocorrendo nos países menos desenvolvidos economicamente. Em todo o mundo, a maioria dos indivíduos diagnosticados com câncer apresenta doença avançada e incurável no momento do diagnóstico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O farmacêutico, nesse processo, é responsável por avaliar as prescrições, garantindo que os medicamentos controlem os sintomas e também orienta os cuidadores em relação às medicações que serão usadas, como: a forma de administração, o modo de utilizar, explicando e desmistificando o uso de alguns medicamentos que serão necessários (O’NEIL; FALLON, 1998).

A ocupação especializada em farmácia, assim como as várias outras profissões, tem passado por evoluções ao longo do tempo. Atenção Farmacêutica é hoje um dos temas mais discutidos entre os profissionais farmacêuticos em nosso país, sendo uma prática que destaca como principal finalidade melhorar a qualidade de vida do paciente que faz uso de medicamentos prolongados.

Desse modo, o farmacêutico nos cuidados paliativos desempenha um papel importante no tratamento medicamentoso do paciente em cuidados paliativos. Sendo fundamental para o monitoramento e a detecção de problemas, seja de toxicidade ou falta de efetividade dos medicamentos à luz da atenção farmacêutica ao paciente em cuidados paliativos. Assim, o

objetivo do estudo é entender os cuidados paliativos e a importância do farmacêutico nesse estágio da vida humana, visando oferecer uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

## **2 METODOLOGIA**

Este trabalho trata-se de uma revisão sistemática integrativa, mediante conteúdo de artigos científicos nas bases de dados eletrônicas: Pubmed, Scielo e Google Acadêmico, a partir de 2000. A busca bibliográfica será realizada mediante as palavras-chave, são elas: “cuidados paliativos” cruzados com “paciente oncológico” e/ou “farmácia clínica” e os respectivos termos em inglês. Os critérios de inclusão serão os artigos publicados a partir de 2000, originais (desde relatos de casos como estudos prospectivos e transversais) e revisões analíticas críticas, sistemáticas e/ou meta-análises usados na construção dos resultados e discussão que vão fazer parte da contextualização desse trabalho. Os critérios de exclusão foram considerados os artigos onde somente o resumo foram publicados e os que não guardavam similaridade com o objetivo do estudo desenvolvido.

## **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **3.1 O Paciente Oncológico**

Câncer ou neoplasia são palavras usadas para se referir a tumores malignos localizados em diferentes tecidos e partes do corpo. É uma importante causa de doença e morte no Brasil, tornando-se um problema de saúde pública, tornando-se, desde 2003, a segunda causa de morte na população, respondendo por quase 17% das mortes por causas conhecidas (BRASIL, 2019).

Das 56 milhões de mortes que ocorrem anualmente no mundo, 85% são nos países menos desenvolvidos economicamente e cerca de 10% destas mortes são por câncer. Apesar desses dados apontarem para uma maior necessidade de cuidados paliativos nos países economicamente menos desenvolvidos, a maioria das pesquisas e das iniciativas em cuidados paliativos tem ocorrido nos países economicamente desenvolvidos. Essa situação pode se caracterizar como um paradoxo, uma vez que a aplicação de estratégias e conceitos dos países economicamente mais desenvolvidos nos países menos desenvolvidos leva a distorções e inadequações organizacionais (SINGER, 2002).

De acordo com o Brasil (Instituto Nacional do Câncer, 2019), o câncer é o termo usado para designar mais de 100 doenças. A característica comum dessas doenças é o crescimento

desordenado e maligno de células que invadem tecidos e órgãos. Essas células podem se espalhar para outras partes do corpo o que se denomina como metástase. Quando se dividem rapidamente, essas células costumam ser muito agressivas e incontroláveis, levando à formação de tumores, acúmulo de células cancerosas ou tumores malignos. Caso contrário, os tumores benignos significam apenas que as massas de células locais proliferam lentamente e se assemelham aos seus tecidos originais, e raramente são fatais. Diferentes tipos de câncer correspondem a vários tipos de células do corpo humano. Por exemplo, como a pele é composta por mais de um tipo de célula, existem vários tipos de câncer de pele. Se o câncer começa em tecidos epiteliais, como pele ou membranas mucosas, é chamado de câncer. Se começar no tecido conjuntivo, como osso, músculo ou cartilagem, é chamado de sarcoma.

Outras características que diferenciam os diferentes tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir os tecidos e os órgãos vizinhos ou distantes sendo classificados por metástases (BRASIL, 2019).

O câncer afeta todas as faixas etárias, e é uma doença multifatorial, e está especialmente relacionada a fatores externos, como ocupação, ambiente, alimentação, estresse e hábitos de vida. Trata-se de uma doença complexa, que pode existir por muito tempo e prejudicar gravemente a vida do indivíduo do ponto de vista biológico, social e emocional, requerendo atendimento especializado de diversos profissionais. (SOUZA; LEONICA, 2003). O Instituto Nacional do Câncer mencionou que, em uma população específica, os fatores de risco do câncer dependem diretamente das características biológicas e comportamentais da população oncológica, bem como das condições sociais, ambientais, políticas e econômicas que envolvem essas populações ou da cultura do grupo a que pertencem (MUNIZ; ZAGO, 2009).

A OMS, Organização Mundial de Saúde, estima para o ano 2030, aproximadamente 27 milhões de novos casos de câncer, com 17 milhões de mortes por esse agravo e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. Ainda destaca que esse aumento vai incidir em países com renda baixa e média (BRASIL, 2012).

Desde o diagnóstico da doença, o paciente passa por diversos procedimentos para identificação da doença e sua classificação. O tratamento selecionado tem como objetivo prolongar a sobrevivência e inibir o crescimento de células malignas ou reduzir os sintomas relacionados aos tumores. Os tratamentos mais comumente usados são cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea. De acordo com a situação específica, é necessário usar vários modos de combinação (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

Os profissionais da oncologia estão expostos, em seu dia a dia de trabalho, a situações geradoras de conflitos. Os fatores predispostos aos conflitos são as frequentes perdas por morte,

pressões que expõem o modelo médico tradicional de responsabilidade com relação à cura e à longevidade, o trabalho frequente com doenças graves e com a tristeza dos familiares, o contato constante com os familiares e paciente, levando à criação de um vínculo maior de envolvimento com o problema vivido, entre outros (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

Diante deste cenário, faz-se necessário que a equipe multiprofissional apresente conhecimento e formação acerca desta modalidade de cuidado, através de uma prática multidisciplinar, com a implementação de uma proposta intervencionista que exige competência, maturidade, decisão, capacidade de trabalhar em equipe e compromisso humanitário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

### **3.2 Dor Oncológica**

Dor é uma sensação sensorial e emocional desagradável que ocorre em lesões teciduais, reais ou potenciais, sendo a verdadeira experiência individual, complexa, subjetiva e multidimensional (SMELTZER, C. S; BARE, 2005).

A dor é o sintoma mais comum em pacientes com câncer. Pode ser causada pelo tumor primário, suas metástases ou terapias anticâncer (como radioterapia, quimioterapia e métodos de diagnóstico da doença). Em pacientes com câncer, a dor pode levar à depressão, isolamento social e familiar e até mesmo medo de agravar a doença. (CAMARGO, 2000).

Pode-se entender que a dor oncológica é o processo esperado e fisiopatológico da doença, denominado dor intolerável e incontrolável, que pode ser causada direta ou indiretamente por tumores e tratamento do câncer, sendo classificada em dor crônica ou dor aguda. A duração da dor crônica está diretamente relacionada ao tumor, pois pode causar inflamação contínua do tecido, perda tecidual ou dano neurológico, refletindo diretamente nas alterações no sistema nervoso periférico ou central e na manutenção do mecanismo de dor (BONICA; LOESER, 2001). A dor aguda comumente tem duração limitada, sendo esta facilmente diagnosticada. Acontece com mais frequência após procedimentos cirúrgicos ou o tratamento com quimioterapia ou radioterapia (CHERNY; PORTENOY, 2002).

Não existe teste específico para avaliação da dor, depende apenas do relato do paciente. Vale ressaltar que a dor é subjetiva e varia de pessoa para pessoa. O instrumento que pode ajudar a avaliar a dor é a escala visual analógica, que pode ajudar a avaliar a intensidade da dor (PAIVA; LINDOZO, 2004).

A dor é uma experiência, sensitiva e emocional desagradável, decorrente ou descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais. A prevalência da dor acresce com a progressão da doença, sendo que a dor moderada ou intensa acontece em 30% dos pacientes com câncer recebendo tratamento e 60% a 90% dos pacientes com câncer avançado (BRASIL, 2001).

Para monitoramento e tratamento para alívio da dor, as drogas mais adequadas são aquelas a fim de proporcionar um melhor cuidado como forma de terapêutica paliativa. A importância da dor é um problema de saúde pública, por isso a assistência aos pacientes com dor inclui a sensibilização e treinamento dos profissionais de saúde (BRASIL, 2001)

A intensidade da dor não está diretamente relacionada à quantidade de tecido lesado, diversos fatores podem afetar a percepção dos sintomas, como raiva, fadiga, depressão, medo do diagnóstico, sensação de desesperança e proteção. A dor limita o estilo de vida, as viagens, a vida social e a paciência. Essas limitações ou alterações são geralmente interpretadas como sintomas de progressão da doença. E por causa desse mal-entendido, esses sintomas não podem ser aliviados, e a atenção necessária não é dada (BRASIL, 2001).

Frequentemente, os profissionais de enfermagem avaliam a dor e propõem estratégias não farmacológicas para abordar questões sensíveis, culturais e emocionais. Boas memórias e histórico de enfermagem coletado ajudam no diagnóstico clínico, exames laboratoriais e evidências de exames de imagem para ajudar no diagnóstico da dor. A dor é uma experiência pessoal única na qual cada paciente descreve o grau de sua dor. Essa dor é subjetiva e não é avaliada por profissionais, mas deve-se prestar os cuidados adequados para aliviar a dor do paciente. Todavia, a intervenção do profissional farmacêutico é primordial para fins do tratamento da dor oncológica (BRASIL, 2001).

### **3.3 Cuidados Paliativos**

Prestar assistência a indivíduos que apresentam doenças avançadas e potencialmente fatais, as denominadas doenças terminais, e seus familiares e cuidadores em um dos momentos mais cruciais de suas vidas é uma atividade ou um modelo de atenção à saúde que vem sendo denominado como cuidados paliativos (SILVA; HORTALE, 2006). Cuidados Paliativos são necessariamente interdisciplinares. É incoerente esperar que apenas um profissional possua qualificação e suporte adequado ao atendimento. Os cuidados paliativos devem ser realizados pela equipe multidisciplinar com o objetivo de aliviar a dor e os demais sintomas observados (OMS, Organização Mundial da Saúde, 2003).

O objetivo dos cuidados paliativos é controlar os sintomas quando não há cura, afim de manter a qualidade de vida até o fim. A equipe de saúde tem como objetivo melhorar o conforto e tem como foco principal a higiene, alimentação, curativos e higiene bucal, além de focar na analgesia, havendo necessidade de diminuir a dor e aumentar o conforto (BRASIL, 2001). Segundo a OMS (2014), o controle efetivo da dor oncológica em cuidados paliativos requer uma equipe multidisciplinar, que deve seguir o protocolo proposto pela OMS e tomar medicamentos orais. De acordo com a escada analgésica, pode reduzir a dor de 70% a 90% dos pacientes, preservando o tratamento intervencionista em circunstâncias especiais.

A OMS (2014) classifica os países em quatro grupos, de acordo com seu nível de desenvolvimento em Cuidados Paliativos: Segundo dados de 2014, o Brasil está incluído no nível 3<sup>a</sup>, juntamente com Rússia, México, países do sudeste Asiático, entre outros:

Nível 1: Nenhuma atividade detectada;

Nível 2: Em capacitação;

Nível 3a: Provisão isolada;

Nível 3b: Provisão generalizada;

Nível 4a: Integração preliminar;

Nível 4b: Integração avançada.

No Brasil, a prática dos cuidados paliativos é emergente desde o final da década de 1990. Dados oficiais da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), publicados em 2006, apontam cerca de 40 equipes atuantes e 300 leitos hospitalares destinados a esses cuidados. Por estar bastante desatualizado, referimo-nos aqui a dois Encontros Brasileiros de Serviços de Cuidados Paliativos, organizados pelo Hospital Premier nos anos 2012 e 2014 e que geraram as primeiras publicações científicas sobre o perfil de serviços no Brasil. O primeiro estudo foi apresentado no 13º Congresso da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, na cidade de Praga, República Checa, em 2013, e o segundo no 14º Congresso da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, na cidade de Copenhagen, Dinamarca, em 2015 (OTHERO *et al.*, 2015).

Em setembro de 1998, a Associação Médica da Alemanha publicou novos princípios no que concerne aos cuidados médicos dos pacientes terminais. Segundo esse documento, a missão do médico é preservar a vida, proteger e restaurar a saúde, aliviar o sofrimento e apoiar o doente terminal até a morte, respeitando o direito de autodeterminação dele. Contudo, a obrigação médica de preservar a vida não se aplica em todas as circunstâncias. Existem situações em que

medidas diagnósticas e terapêuticas não são mais indicadas e se faz necessário limitar. Os cuidados médicos paliativos sobressaem-se nessas circunstâncias. Esta decisão não deve ser feita a partir de considerações econômicas (PESSINI, 2007).

São deveres do médico, ajudar pessoas doentes ou acometidas com falhas irreversíveis em uma ou mais funções vitais, em que a morte é esperada num curto período de tempo, de tal forma que ele seja capaz de morrer com dignidade. Além dos Cuidados Paliativos, essa ajuda inclui apoio emocional e provisão de cuidados básicos. As medidas de prolongamento de vida poderão ser descontinuadas, de acordo com a vontade do paciente, caso essas medidas adiem o início da morte e a prorrogação da doença que não pode mais ser vencida. O alívio do sofrimento no paciente pode ser priorizado de tal forma que a possibilidade de, mesmo sem querer, abreviar a vida, pode ser aceita. Abreviar a vida deliberadamente por meio de medidas que induzem ou acelerem a morte não é permitido e é punível pela lei (PESSINI, 2007).

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde, por meio da Aliança Mundial de Cuidados Paliativos, publicou um Atlas Global para Cuidados Paliativos no Fim da Vida. Este documento abrangente define prevalência, incidência, demografia e considerações de recursos sobre cuidados paliativos em todo o mundo, colocando o emergir de cuidados de fim de vida na UTI em perspectiva (CONNOR; BERMEDO, 2014).

De acordo com o *The Economist Intelligence Unit* (2015), o Índice de Qualidade de Morte foi desenvolvido para avaliar a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos cuidados paliativos e no fim de vida. Em 2015, 80 países foram avaliados, constituindo 85% da população mundial e 91% da população acima de 65 anos. As categorias avaliadas foram ambientes de saúde e cuidados paliativos, recursos humanos, acessibilidade ao cuidado, qualidade do cuidado e participação da sociedade. O Brasil ficou na 42ª posição.

No curso de uma doença que não pode ser curada e, quando a morte está próxima e inevitável, existem situações em que prolongar a vida não é aconselhável. Prolongar a vida a todo custo pode ser desumano para os pacientes. Dessa forma são pontuados: a unanimidade em relação à necessidade de proteção dos direitos e da dignidade dos doentes incuráveis e terminais. Respeitar a pessoa doente em estado terminal é cessar todo e qualquer tratamento fútil e inútil; recomenda-se a implantação da filosofia de cuidados paliativos (cuidado da dor e do sofrimento) no sistema de saúde, evitando-se, assim, a obstinação terapêutica; os problemas da terapia fútil e inútil são mais agudos nas duas extremidades da vida, neonatos problemáticos de um lado e, de outro, os muito idosos e doentes em estado vegetativo persistente; existe a consciência de limites em termos de investimento terapêutico. Nesse contexto, ajudar as pessoas a apropriar-se da própria morte torna-se uma tarefa imperiosa; diferentemente, por exemplo, da



abordagem anglo-americana em que se procura a mensuração objetiva de quando um determinado tratamento se torna fútil e inútil, no contexto europeu existe uma postura humanista, sem obsessão da quantificação e definição de limites. Enfatiza-se mais o senso da competência solidária, do ouvir, estar junto, acompanhar e dialogar (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015).

Os Cuidados Paliativos pressupõem as ações de uma equipe multiprofissional, para que o cuidado ocorra em todos os aspectos: físico, psicológico, social e espiritual. Dessa maneira, as decisões referentes a indicação e implementação dos cuidados necessários devem contar com a participação da equipe multiprofissional. O Cuidado Paliativo no Brasil teve seu início na década de 1980 e teve crescimento significativo a partir do ano 2000, com a consolidação de serviços já existentes, pioneiros, e a criação de outros. A legislação referente a Cuidados Paliativos no Brasil pode ser discutida sob o aspecto operacional, através das diversas portarias e documentos emitidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Ministério da Saúde versando sobre a criação da Política Nacional de Cuidados Paliativos e normas de funcionamento (MATSUMOTO, 2012).

As portarias de 1998, 1999 e 2001 tratam de internação domiciliar, estruturação de hospital-dia geriátrico e para outras especialidades, criando condições para procedimentos diagnósticos e terapêuticos na área de Cuidados Paliativos. Essas portarias se complementam e, às vezes, se contradizem, numa tentativa clara de preencher lacunas deixadas por algumas delas anteriormente. Nesse aspecto, a Portaria no 2.416 - 23/3/1998, que inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e grupo de procedimentos de internação domiciliar, estabelecendo critérios para sua indicação, critérios de prioridade entre pacientes, tempo de permanência e imposição de responsabilidades e estruturação hospitalar de apoio a essa internação. As portarias de 2002 se iniciam com a criação, no âmbito do SUS, do Programa Nacional de Assistência a Dor e Cuidados Paliativos (Portaria no 19/GM de 03/01/2002) e são voltadas, preferencialmente, para o tratamento de Dor Crônica. A Portaria número 19/GM versa sobre a articulação de iniciativas governamentais e não governamentais para a criação da assistência a Dor Crônica e Cuidados Paliativos, estimulando a organização de equipes multidisciplinares e uma rede de assistência descentralizada e regionalizada. Com isso, visa incrementar a cultura desse tipo de assistência com iniciativas de educação continuada e disseminação do conhecimento. Para tanto, passa-se a contar com a assessoria de um grupo técnico nomeado. A Resolução da Diretoria Colegiada no 202/02 (Anvisa 18/07/2002) determina a não-obrigatoriedade do uso de “Receita A” (amarela) para a dispensação de medicamentos à base de substâncias opiáceas a pacientes em tratamento ambulatorial

cadastrados no Programa Nacional de Assistência a Dor e Cuidados Paliativos do SUS. Estabelece ainda um Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para o uso dessas drogas, a quantidade a ser fornecida e a forma de devolução caso o uso seja interrompido.

Em 2005 foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica, para Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos nessa área, hierarquizados em níveis a partir da atenção básica até centros de alta complexidade (Portaria MS/ GM nº 2439 – 08/12/2005). A Portaria MS/GM 2571 – 27/12/2005, considerando a anterior (nº 2439), revoga uma série de outras portarias anteriores por inadequação à nova realidade.

Os cuidados paliativos inserem-se como uma medida extremamente necessária. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, publicada em 1990 e revista em 2002, o cuidado paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças ameaçadoras da continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento (MATSUMOTO, 2012).

Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. Cuidados Paliativos não se baseiam em protocolos, mas sim em princípios, como: promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado do paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; garantir abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; iniciar o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas terapêuticas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Destaca-se que os Cuidados Paliativos resgatam a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, focando o cuidado na pessoa e não na doença, centrado na biografia e no respeito à autonomia, com ênfase na vida que ainda pode ser vivida (MATSUMOTO, 2012).

### **3.4 O Papel Do Farmacêutico No Cuidado Paliativo Ao Paciente Oncológico**

O controle adequado dos sintomas advindos das doenças ou de seus tratamentos é uma estratégia fundamental em Cuidados Paliativos em todas as fases da doença, seja de maneira

complementar ao plano terapêutico (permitindo que seja melhor tolerado), seja como foco principal do cuidado. O plano de controle de sintomas deve ser individualizado, baseado nas necessidades de cada paciente. O controle de sintomas deve ser uma abordagem multidisciplinar, baseada em medidas farmacológicas e não farmacológicas (apoio psicológico e social, fisioterapia, apoio religioso), considerando o contexto biopsicossocial e espiritual e promovendo educação constante de pacientes e cuidadores. O treinamento da equipe para a abordagem de sintomas deve levar em conta a diminuição da capacidade comunicativa dos pacientes, seja por alteração do nível de consciência, seja pela presença de tubos endotraqueais ou traqueostomias (KRETZER, 2012).

A equipe deve levar em consideração, ainda, os riscos e os benefícios de procedimentos de rotina que possam levar algum desconforto ao paciente, como coleta de exames, aspiração de secreções, presença de cateteres e tubos, monitorização e manipulação para procedimentos. A coleta de exames, por exemplo, pode ser dispensável quando o plano de cuidados estiver menos sujeito a mudanças guiadas por seus resultados, como nos pacientes em cuidados paliativos exclusivos (WIERMANN *et al.*, 2014).

Os farmacêuticos desempenham um papel de suma importância na atuação em Cuidados Paliativos, destacando-se como principais responsabilidades : a avaliação da prescrição médica relacionada a medicamentos para que possam realizar a seleção; programação e aquisição garantindo disponibilidade dos medicamentos, os quais, sejam eficazes no controle da dor e sintomas; participar das reuniões e programar orientações bem como educação continuada aos profissionais participantes da equipe de assistência ao paciente fora do provisão de tratamento curativo, alertando quanto ao potencial de toxicidade, possíveis interações medicamentosas e até mesmo as interações com suplementação alimentar; intervenções complementares e alternativas; orientar e desenvolver métodos alternativos para pacientes e cuidadores compreenderem e respeitarem as indicação relacionadas aos fármacos prescritos. Deve elucidar a diferença entre adição, dependência e tolerância e esclarecer conceitos imprecisos sobre agonistas opioides. Realizar visitas a cada paciente para interagir diretamente com ele e seus cuidadores, coletando dados importantes relacionados à terapia medicamentosa; buscar alternativas que ajudem em uma melhor adesão ao tratamento como composições medicamentosas fora de apresentações e dosagens padrão, muitas vezes manipulando fórmulas que facilitem a administração, melhorando o sabor, informando sobre vias de administração alternativas caso as rotas tradicionais não sejam viáveis buscando alcançar o objetivo esperado; comunicar a existência de programas que forneçam a assistência necessária caso os seguros de saúde não cubram a terapia indicada pela equipe paliativista; garantir que ocorra o descarte

seguro dos medicamentos após a morte ou após a mudança de protocolos, obedecendo os dispositivos legais; realizar a retirada de fármacos excedentes no caso de pacientes em atendimento domiciliar, seguindo as orientações prevista na lei estabelecendo comunicação efetiva com agências reguladoras de substâncias controladas e, desta forma, cumprir com leis e regulamentações, tanto estaduais quanto federais, pertinentes a estes medicamentos (AMERICAN SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACISTS, 2002).

As atividades e responsabilidades descritas do farmacêutico em participar ativamente da terapia medicamentosa do paciente em Cuidados Paliativos, em conjunto com os demais membros da equipe especializada em saúde do indivíduo fora da perspectiva de cura, vêm de encontro com a sua missão ao atuar seguindo a Atenção Farmacêutica (HEPLER; STRAND, 1990). Esta atuação pode ser definida como a realização de um monitoramento sistemático e documentado do uso de medicamentos pelos pacientes, com o objetivo de identificar problemas, sejam de toxicidade ou falta de efetividade e, nestes casos, resolvê-los dentro das equipes multiprofissionais (IVAMA *et al.*, 2002).

As ações do farmacêutico nessa revisão do processo assistencial consta: a coleta de dados em uma entrevista inicial, tendo como objetivo obter informações para registro da história do uso de medicamentos pelo paciente anotando os dados importantes quanto as atitudes e conhecimentos que ele e seus cuidadores possuem sobre os fármacos, realizar visita com frequência buscando fazer uma análise da situação farmacoterápica buscando identificar problemas como falta de adesão ou toxicidade para realizar as intervenções necessária com relação a terapêutica bem como documentar com o objetivo de buscar uma melhor qualidade de vida e obter os resultados esperados. Intervenção farmacêutica é a documentação realizada junto ao cliente e profissionais de saúde, que objetiva resolver ou prevenir problemas que venham interferir ou alterar a farmacoterapia, sendo parte integrante do processo de acompanhamento terapêutico; também se estabelece, diante do paciente, os limites e as vantagens deste novo serviço de acompanhamento farmacêutico. (RIERA *et al.*, 1999).

A adesão ao tratamento proposto é uma ação de extrema importância para o sucesso da terapia medicamentosa. Para uma adesão eficiente o primeiro passo acontece no momento em que cuidador e paciente são informados sobre os fármacos, quanto a posologia correta de utilização, os eventos adversos esperados e quanto aos cuidados no manejo. A dor é um sintoma comum entre os pacientes oncológicos que são encaminhados aos cuidados paliativos, porém a falta de conhecimento é uma barreira importante, pois apresentam dificuldade de reportar sua dor, caso a terapia não esteja sendo eficaz como o esperado (OMS, 2003). Os principais fatores que influenciam a adesão são: os fatores socioeconômicos, idade, cultura e de conhecimento

teológico (todos relacionados ao paciente); o tempo de duração, o grande número de fármacos, vias de administração, o alto custo do tratamento e reações adversas, a qualidade do atendimento nos níveis ambulatorial, hospitalar e domicílio bem como as características da enfermidade (VALLE *et al.*, 2000).

Existe um consenso sobre a importância da boa relação entre o paciente e o profissional de saúde no nível de cumprimento dos tratamentos. É fundamental que o profissional desenvolva habilidades na hora de apresentar as orientações, de forma que facilite a compreensão para o paciente, aliás, é indispensável (SPAGNOLI *et al.*, 1989). Disponibilizar meios de comunicação nos quais ajam o fornecimento de informações por escrito e até mesmo com outros métodos que ajudem o entendimento sobre os fármacos tendo objetivo de esclarecer dúvidas frequentes como, onde deve ser armazenado; qual a ação esperada; o que pode interferir na terapia; como tomar e o que fazer caso esquecer de uma dose; quais os eventos adversos podem ocorrer e o que fazer caso apareçam; quais informações meu médico deve saber antes de indicar a terapia medicamentosa (GOLD STANDARD MULTIMEDIA, 2002).

Os pacientes que mais necessitam de fármacos para melhorar sua qualidade de vida, normalmente, são os que mais apresentam dificuldades em seguir corretamente as orientações de acordo com a prescrição médica. Há diversos modelos de organizadores de medicamentos disponíveis no mercado que podem facilitar a administração de fármacos sólidos pela via oral na posologia e horários corretos (ELSAYEM; DRIVER; BRUERA, 2002).

Não existe procedimento padrão que permita avaliar a adesão ao tratamento. Porém, na literatura existe quatro possibilidades: dados informados pelo paciente (autorrelato), a realização de teste laboratoriais para se verificar as concentrações plasmática dos fármacos por meio de fluídos biológicos (urina, sangue), avaliação do comportamento e análise dos resultados clínicos. Apesar de mais utilizado, a coleta de dados junto ao paciente por meio do autorrelato nem sempre apresenta precisão, pois o medo das represálias, caso haja constatação de uso incorreto dentre outros, pode interferir na coleta de informações essenciais para ajuste do tratamento. Normalmente, os pacientes internados apresentam melhor adesão que os atendidos em ambulatórios ou no domicílio isso se dá por conta da constante supervisão de profissionais especializados (PIMENTA; KURITA; 2000).

Em relação às interações medicamentosas, muitos programas informatizados têm sido desenvolvidos e são apontados como ferramenta na revisão de prescrições médicas. Hospitais que fazem uso destes programas, têm apresentado resultados satisfatórios, visto que se apresentam capazes de minimizar as interações medicamentosas, agilizando a análise de prescrições, reduzindo assim erros de medicação, bem como a redução do tempo de internação

e gastos. Assim, a *American Society of Hospital Pharmacists* (2002) acredita que a Atenção Farmacêutica consiste em uma ferramenta fundamental na proposta da profissão em auxiliar as pessoas a otimizarem o uso dos fármacos.

### 3.5 Avaliação Das Terapias Paliativas Farmacológicas Na Terapia Do Câncer

Em 1986, a OMS reuniu especialistas que elaboraram o Guia para Tratamento da Dor no Câncer. Este protocolo preconiza o uso preferencial da via oral, a administração dos fármacos em horários pré-estabelecidos e não mais "se necessário" e, escalonamento progressivo de analgésicos, conhecido como Escada Analgésica da OMS (Figura 1) que foi testada em diversos centros de diferentes países comprovando sua eficácia.

**Figura 1.** Escada analgésica da OMS.



**Fonte:** BRASIL, 2001.

Recentemente, foi sugerido adicionar um degrau na escada da analgesia, onde são colocados procedimentos invasivos, como anestésicos e cirurgia. O protocolo para o tratamento da dor oncológica é baseado em três etapas principais, em termos de dor moderada, intensa e em termos de eficácia, essas etapas incluem um aumento da sequência de analgésicos não opioides e progressão para opioides. Recomenda-se o uso de analgésicos anti-inflamatórios não esteroides, opioides fracos e fortes, nesta ordem (JUVER; VERCOSA, 2008; OLIVEIRA; TORRES, 2003). Esses analgésicos podem ser associados a fármacos auxiliares, como

antidepressivos e anticonvulsivantes. As mudanças de uma etapa para a outra geralmente são devido à analgesia ineficiente (causada pelo aumento da dor) e à progressão da doença. O ácido acetilsalicílico, a codeína e a morfina são os analgésicos padrão neste regime. Se o nível de dor relatado pelo paciente for consistente com a eficácia do analgésico prescrito, o tratamento é considerado adequado (DÍAZ, 2005).

O uso seguro desses medicamentos é uma das atribuições básicas do profissional farmacêutico, principalmente porque o contato com o paciente pode levar à prevenção e detecção precoce de reações adversas a medicamentos, portanto, a atuação do farmacêutico não deve se limitar às atividades burocráticas. No entanto, o profissional também deve garantir que a prescrição seja o mais segura possível com base no conhecimento do medicamento e nos fatores relevantes do paciente (CARVALHO; PEREIRA JÚNIOR; NEGREIROS, 2009).

A inserção do profissional farmacêutico proposto também é atribuída à comparação dos critérios propostos pela OMS com as prescrições e medidas de dor. O farmacêutico classificará esta parte como compatível, limitada ou incompatível. Compatível refere-se ao plano de tratamento incluído nas recomendações de analgésicos da OMS. Compatível com a restrição refere-se a um plano de tratamento que se desvia da recomendação da escada analgésica e é diferente da recomendação da OMS. Se necessário, o médico prescritor deve ser lembrado da limitação observada na prescrição para dor em pacientes com câncer (SILVA; HORTALE, 2006).

Quando o paciente se encontra fora de possibilidade terapêutica, fazem-se presentes os Cuidados Paliativos (PCs), uma abordagem que aprimora a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, por meio da prevenção e identificação precoce e alívio do sofrimento e da avaliação correta do tratamento da dor e demais problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (FALLER *et al.*, 2016)

O opioide ou opiáceo na realidade é uma droga derivada ou sintetizada em laboratório, advinda da papoula, como por exemplo, a morfina, analgésico utilizado com a finalidade de alívio das dores em pacientes terminais. Dito isso, o termo opioide inclui droga semissintética ou sintética que agem combinando-se com receptores opioides para produzir seus efeitos. O analgésico não opiáceo é útil, principalmente, nos casos de dor causada por infiltração nos músculos e tecidos conjuntivos (BRASIL, 2001).

Existem dosagens diferentes de opiáceos que variam de acordo com a dor, que pode ser de leve a moderada, como de moderada a intensa. Portanto, os opiáceos são mediados por meio de receptores centrais e não há uma base para a máxima ação da dose em relação à dor, ou seja, sem limite, vai respeitar a tolerância e os efeitos adversos em cada paciente (BRASIL, 2001).

Em pacientes terminais, existe a necessidade rápida de uma ação terapêutica, para que possam ser realizado o manejo adequado da dor, com a administração dos fármacos prescritos pelos médicos, pois a dor nesses pacientes é intensa. Os pacientes devem ser primeiramente medicados de acordo com o nível e intensidade, a fim desses fármacos não causarem dependência, e não diminuïrem seus efeitos.

A OMS (2014) divulgou, uma nova edição das Listas de Medicamentos Essenciais para Adultos e Crianças onde constam os medicamentos considerados mais eficazes e seguros para responder às necessidades de um sistema de saúde. A nova listagem contém 17 medicamentos essenciais e apresenta algumas mudanças, duas das quais são muito importantes para os Cuidados Paliativos: os medicamentos para Cuidados Paliativos estavam, originalmente, alocados na área oncológica (seção 8.4). Agora, foram listados em uma nova seção; e passou a ser intitulada “Medicamentos para Dor e Cuidados Paliativos”. A nova seção inclui três subitens: drogas não opioides e anti-inflamatórios não esteroides; opioides analgésicos; e remédios para outros sintomas comuns em Cuidados Paliativos.

A lista de Cuidados Paliativos também é uma novidade. A edição anterior não elencava medicamentos para adultos em assistência paliativa. São listadas para medicação para a dor e cuidados paliativos:

A lista de medicamentos essenciais da OMS (2014) informa que nos tratamentos para câncer embora vários novos tratamentos contra doença tenham sido comercializados nos últimos anos, apenas alguns deles fornecem benefícios terapêuticos suficientes para serem considerados essenciais. As cinco terapias contra câncer adicionadas pela OMS na nova lista de medicamentos são consideradas as melhores em termos de taxas de sobrevivência para tratar câncer de pele melanoma, pulmão, sangue e próstata. Duas imunoterapias recentemente desenvolvidas (nivolumab e pembrolizumab), por exemplo, forneceram até 50 % de sobrevida para melanoma avançado, um câncer que até recentemente era incurável. O comitê de Medicamentos Essenciais reforçou o aconselhamento sobre uso de antibióticos, atualizando as categorias do AWARE, que indicam quais desses medicamentos usar para infecções comuns e graves com vista a alcançar melhores resultados de tratamento e reduzir o risco de resistência antimicrobiana. O comitê recomendou que três novos antibióticos para tratamento de infecções resistentes a múltiplas drogas sejam adicionados como essenciais. Também são anotadas outras atualizações na lista tais como: novos anticoagulantes orais para prevenir Acidente Vascular Encefálico (AVE) como uma alternativa à varfarina para fibrilação atrial e tratamento de trombose venosa profunda. Estas são particularmente vantajosas para os países de baixa renda, ao contrário da varfarina, não requer monitoramento regular;



Biológicos e seus respectivos biossimilares para condição inflamatória crônicas, como artrite reumatoide e doenças inflamatórias intestinais;

Carbetoxina termoestável para a prevenção da hemorragia pós-parto. A nova formulação tem efeitos semelhantes aos da ocitocina, terapia padrão atual, mas oferece vantagens para os países tropicais, já que não requer refrigeração.

- Anti-inflamatórios não esteroides e não opiáceos: (fórmula esquelética da estrutura química da aspirina), Ácido acetilsalicílico (aspirina), ibuprofeno e paracetamol (acetaminofeno).

- Analgésicos opioides: codeína, fentanil, morfina e metadona.

- Medicação para outros sintomas comuns em cuidados paliativos: amitriptilina, ciclizina, dexametasona, diazepam, docusato de sódio, fluoxetina, haloperidol, brometo de butilescopolamina, hidrobrometo de escopolamina, lactulose, loperamida, metoclopramida, midazolam, ondansetrona e senósidos.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o desenvolvimento do presente estudo concluímos que os pacientes oncológicos encaminhados ao grupo de assistência ao indivíduo fora da perspectiva de cura, apresentam dificuldade de adesão ao tratamento o que dificulta a promoção da melhor qualidade de vida na fase final. Contudo, com as inovações tecnológicas e a especialização dos profissionais da área da saúde vem facilitando a atenção a esses pacientes.

Nesse contexto, concluímos que o profissional farmacêutico é um componente essencial no auxílio aos pacientes com relação a terapia medicamentosa, pois são capacitados a orientar e desenvolver métodos que facilitam a compreensão e adesão aos fármacos utilizados no alívio da dor e sintomas recorrentes das terapias e até mesmo sintomas provocados pela evolução patológica. Portanto, a prática da farmácia clínica aplicada pelos farmacêuticos nos cuidados paliativos auxilia na prevenção de efeitos colaterais e na identificação da falta de eficácia dos medicamentos utilizados bem como interações com alimentos e medicamentos administrado devido a outras patologias, assim ajustando para que haja um melhor alívio da dor e sintomas promovendo conforto e qualidade no estágio final da vida.

#### **5 REFERÊNCIAS**

AMERICAN SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACISTS. **ASHP statement on the pharmacist's role in hospice and palliative care.** American Journal of Health-System Pharmacists. 2002.

BONICA J.J.; LOESER J.D. Medical Evaluation of the Patient with Pain. In: **The Management of Pain.** 2. ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 2001.

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. **Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.** 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm)>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor.** Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **O que é câncer?** Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer#:~:text=Se%20o%20ponto%20de%20partida,ou%20distantes%2C%20conhecida%20como%20met%20C3%A1stase>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

CAMARGO, T.C. **O ex-sistir feminino enfrentando a quimioterapia para o câncer de mama: um estudo de enfermagem na ótica de Martin Heidegger.** Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 2000.

CARVALHO, P.A.G.; PEREIRA JÚNIOR J.A.; NEGREIROS W.A. Avaliação da dor causada pela mucosite oral em pacientes oncológicos. **Revista Dor**, São Paulo, v. 13 n. 2, 2009.

CHERNY, N.I.; PORTENOY R.K. Sedation in the management of refractory symptoms: guideline for evaluation and treatment. **Journal Palliat Care.** Nova York, 1 jun. 2002.

CONNOR S.R.; BERMEDO M.C.S. (Ed.). **Worldwide Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life.** Londres: WHO, 2014.

DÍAZ, F.P. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogênico. **Oncología**, Barcelona, v. 28, n. 3, 2005.

ELSAYEM, A.; DRIVER, L.; BRUERA, E. **The M.D. Anderson symptom control and palliative care handbook.** 2. ed. Houston: The University of Texas-Houston health Science Center, 2002.

FALLER, J.; ZILLY, A.; MOURA, C. B.; BRUSNICKI P. E. Escala multidimensional na avaliação da dor e sintomas de idosos em cuidados paliativos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 2, 2016.

GOLD STANDARD MULTIMEDIA. [S.l.]: Clinical Pharmacology, 2002.

HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacists.** Londres: 1 mar. 1990.

IVAMA, A.M. *et al.* **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica**: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

JUVER J.P.S.; VERCOSA N. Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, 2008.

KRETZER L.P. Cuidados Paliativos – identificação e controle dos sintomas. In: Moritz R.D. **Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

MATSUMOTO D.Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho R.T.; Parsons H.A. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado**. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. São Paulo: ANCP, 2012.

MUNIZ, R. M.; ZAGO, M. M. F. A perspectiva cultural no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 8, n. 3, 2009.

O'NEILL, B.; FALLON, M. Principles of palliative care and pain control. In: **ABC of Cancer**. Londres: BMJ Books, 1998.

OLIVEIRA A.S.; TORRES H.P. O papel dos bloqueios anestésicos no tratamento da dor de origem cancerosa. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Rio de Janeiro, v.53, n. 5, 2003.

OMS. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: OMS, 2014.

OMS. **Alivio del dolor en el cáncer**. Ginebra: OMS, 1986.

OTHERO, M. B. *et al.* Profiles of palliative care services and teams composition in Brazil: First steps to the Brazilian Atlas of Palliative Care. **European Journal of Palliative Care**. 14th World Congress of the European Association of Palliative Care. Copenhague, 25 mai. 2015.

PAIVA S.S.; LINDOZO M.A.P. Dor em queimaduras. In: Chaves L.D.; Leão E.R. **Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. Curitiba: 2004.

PEREZIM, I. M. A.; CAMARGO, L. O. L. Hospitalidade e Morte: Análise da Produção Científica em Dissertações e Teses. Brasil. **Rosa dos Ventos - Turismo e Hospitalidade**, São Paulo, v. 10, n. 4, 2018.

PESSINI, L. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

PIMENTA, C.A.M.; KURITA, G.P. **Dor crônica e adesão ao tratamento**. [S.l.]: Simbidor, 2000.

RIERA, M.T.E. *et al.* **Actividades del proceso de Atención Farmacéutica**: la entrevista inicial con el paciente. [S.l.]: Pharmaceutical Care España, 1999.

SILVA R.C.F.; HORTALE V.A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, 2006.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BOEMER, M. R. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns des-velamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n.4, 2007.

SMELTZER, C. S.; BARE, G. B. **Brunner e Suddarth. Tratado de Enfermagem médico – cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA M.T.M.; LEMONICA L. Paciente terminal e médico capacitado: Parceria pela qualidade de vida. **Revista Bioética**. Brasília, v. 11, n. 1, 2003.

SPAGNOLI, A. *et al.* Drug compliance and unreported drugs in the elderly. **Journal of American Geriatric Society**. Nova York: 5 jul. 2000.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. [S.l.]: The EIU, 2015. Disponível em: <<https://eiperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2020.

VALADARES, M. T.; MOTA, J. A.; OLIVEIRA, B. M. Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. **Revista Bioética**. Brasília, v. 21, n. 3, 2013.

VALLE, E.V. *et al.* A adesão ao tratamento. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**. São Paulo, v. 13, n. 1, 2000.

WIERMANN, E.G. *et al.* Consenso brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**. Belo Horizonte, v. 10, N. 14, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Lista de Medicamentos Essenciais**. [S.l.]: 2002. Disponível em: <<https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>>. Acesso em: 11 nov. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. [S.l.]: 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer>>. Acesso em: 11 nov. 2020.

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

Eu Juliano A. Assunto RA 29603  
Declaro, com o aval de todos os componentes do grupo a:

AUTORIZAÇÃO (X)  
NÃO AUTORIZAÇÃO ( )

Da submissão e eventual publicação na íntegra e/ou em partes no Repositório Institucional da Faculdade Unida de Campinas – FACUNICAMPS e da Revista Científica da FacUnicamps, do artigo intitulado: O papel do farmacêutico nos cuidados relativos a pacientes oncológicos  
De autoria única e exclusivamente dos participantes do grupo constado em Ata com supervisão e orientação do (a) Prof. (a): Arissa Felipe Borges

O presente artigo apresenta dados válidos e exclui-se de plágio.

Curso: farmácia, Modalidade afim graduação

Juliano A. Assunto  
Assinatura do representante do grupo

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador (a):

Obs: O aval do orientador poderá ser representado pelo envio desta declaração pelo email pessoal do mesmo.

Goiânia, 18 de dezembro de 2020