

# Conciliação Medicamentosa em Cuidados Paliativos Oncológicos

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.1360>

## Medication Reconciliation in Oncologic Palliative Care

## Conciliación de la Medicación en Cuidados Paliativos Oncológicos

Maria Carolina Peçanha Fernandes<sup>1</sup>; Luciana Favoreto Vieira Mattos<sup>2</sup>; Maria Fernanda Barbosa<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A ausência de informações a respeito dos medicamentos utilizados pelos pacientes pode causar erros de medicações. Assim, a comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares é primordial para a segurança do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde. Os farmacêuticos clínicos podem realizar a conciliação de medicamentos e atuar em colaboração com outros profissionais, objetivando otimizar a farmacoterapia e melhorar a segurança do paciente. As pessoas sob Cuidados Paliativos costumam fazer uso de polifarmácia e, quando não acompanhadas pelos profissionais de saúde, estão susceptíveis a potenciais discrepâncias não intencionais causadas por comunicação inadequada. **Objetivo:** Analisar o perfil das conciliações medicamentosas em pacientes que estão sob Cuidados Paliativos Oncológicos. **Método:** Estudo transversal, analítico e descritivo. Foram analisadas todas as visitas de conciliações realizadas na admissão dos pacientes, na unidade IV do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (HCIV/INCA), no período de junho a novembro de 2018. **Resultados:** Realizaram-se 194 visitas, nas quais foram identificadas 1.770 discrepâncias (78,2%), sendo 93,8% intencionais, 0,7% intencionais documentadas e 5,4% não intencionais. Todas as prescrições apresentaram pelo menos uma discrepância e 34,6% foram totalmente modificadas pelo prescritor no ato da admissão. Foram realizadas 112 intervenções farmacêuticas relacionadas à conciliação medicamentosa. **Conclusão:** As principais discrepâncias encontradas, inclusão de medicamentos e ajustes de dose ressaltam a importância da presença de farmacêuticos clínicos no momento da admissão do paciente, em que foi possível ajustar a farmacoterapia, em conjunto com corpo clínico, contribuindo para a melhoria do perfil de prescrição.

**Palavras-chave:** Reconciliação de Medicamentos; Cuidados Paliativos; Institutos de Câncer; Segurança do Paciente; Brasil.

### ABSTRACT

**Introduction:** The lack of information about the medications used by the patient can cause medication errors, so communication between health professionals, patients and family members is paramount for patient safety at different levels of attention to health. Clinical pharmacists can perform drug reconciliation and work in collaboration with other professionals to optimize pharmacotherapy and improve the patient's safety. Patients in Palliative Care tend to use polypharmacy, and when not accompanied by health professionals are susceptible to potential unintentional discrepancies caused by poor communication. **Objective:** To analyze the characteristics of the profile of drug reconciliations in patients who are under Oncologic Palliative Care. **Method:** Cross-sectional, analytical, and descriptive study. All the reconciliation visits performed at the admission of the patients were analyzed in the hospitalization unit of the National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva (HCIV/INCA), from June to November 2018. **Results:** A total of 194 visits were conducted, where 1,770 discrepancies (78.2%) were found, 93.8% intentional, 0.7% intentional documented and 5.4% unintentional. All the prescriptions presented at least one discrepancy and 34.5% were totally modified by the prescriber on admission. There were 112 pharmaceutical interventions related to medication reconciliation. **Conclusion:** The main discrepancies found, inclusion of drugs and dose adjustments, highlights the importance of the presence of clinical pharmacists at the time of the patient's admission, when it was possible to adjust pharmacotherapy, together with the clinical staff and contributing to the improvement of the prescription profile.

**Key words:** Medication Reconciliation; Palliative Care; Cancer Care Facilities; Patient Safety; Brazil.

### RESUMEN

**Introducción:** La falta de información sobre los medicamentos utilizados por el paciente puede generar errores de medicación, por lo que la comunicación entre los profesionales de la salud, los pacientes y los familiares es fundamental para la seguridad del paciente en los diferentes niveles de atención. Los farmacéuticos clínicos pueden realizar la conciliación de fármacos y trabajar en colaboración con otros profesionales para optimizar la farmacoterapia y mejorar la seguridad del paciente. Las personas que reciben Cuidados Paliativos suelen utilizar la polifarmacia y, cuando no están acompañadas de profesionales de la salud, son susceptibles a posibles discrepancias no intencionadas provocadas por una comunicación inadecuada. **Objetivo:** Analizar el perfil de las conciliaciones de fármacos en pacientes que se encuentran en Cuidados Oncológicos Paliativos. **Método:** Estudio transversal, analítico y descriptivo. Se analizaron todas las visitas de conciliación realizadas al ingreso de pacientes en la unidad de internación del Instituto Nacional del Cáncer José Alencar Gomes da Silva (HCIV/INCA), de junio a noviembre de 2018. **Resultados:** Se realizaron 194 visitas, durante las cuales se identificaron 1.770 discrepancias (78,2%), de las cuales 93,8% fueron intencionales, 0,7% fueron documentadas y 5,4% fueron no intencionales. Todas las prescripciones mostraron al menos una discrepancia y el 34,5% se modificó por completo por el prescriptor al ingreso. Se realizaron 112 intervenciones farmacéuticas relacionadas con la conciliación de fármacos. **Conclusión:** Las principales discrepancias encontradas, inclusión de medicamentos y ajustes de dosis, resaltan la importancia de la presencia de farmacéuticos clínicos en el momento del ingreso del paciente, donde fue posible ajustar la farmacoterapia, junto con el personal clínico y contribuyendo a la mejora clínica de la prescripción.

**Palabras claves:** Conciliación de Medicamentos; Cuidados Paliativos; Instituciones Oncológicas; Seguridad del Paciente; Brasil.

<sup>1-3</sup>Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Unidade de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mails: carolina.pecanha@hotmail.com; luciana.mattos@inca.gov.br; mbarbosa@inca.gov.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-8899-1421>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-2772-9697>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2018-6151>

**Endereço para correspondência:** Maria Carolina Peçanha Fernandes. Rua da Passagem, 7, apto. 1204 - Botafogo. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 22290-030. E-mail: carolina.pecanha@hotmail.com



## INTRODUÇÃO

Sabe-se que aproximadamente 60% dos erros de medicação ocorrem durante a transição de nível de assistência à saúde, mais especificamente em prescrições médicas feitas na internação ou na alta hospitalar. A conciliação de medicamentos é um serviço realizado pelo farmacêutico, em que há a comparação dos medicamentos utilizados previamente e dos medicamentos prescritos. Tem grande importância clínica para os pacientes, uma vez que aumenta a segurança por promover redução considerável de potenciais erros de medicação e diminuir as divergências encontradas entre os medicamentos já utilizados e as prescrições hospitalares realizadas no ato da internação<sup>1</sup>.

A *The Joint Commission* (TJC) entende que a conciliação pode reduzir erros e eventos adversos relacionados a medicamentos por evitar omissões, duplicidades e erros de dose<sup>2,3</sup>. Por esse motivo, a TJC propôs, em 2003, pela primeira vez, incluir a conciliação medicamentosa nos parâmetros de qualidade avaliados com o objetivo principal de melhorar a segurança do paciente. Em 2006, todas as organizações de saúde credenciadas por esse órgão tiveram que desenvolver procedimentos de conciliação medicamentosa<sup>4</sup>.

Os principais erros de medicação que ocorrem nos pontos de transição do paciente, pelos níveis assistenciais de saúde, relacionam-se a: (i) informações incorretas ou incompletas dos medicamentos utilizados, como: omissão de dose, duplicidade terapêutica; (ii) interações medicamentosas; e (iii) erros quanto à dose, à posologia, a medicamentos não justificados e à via de administração<sup>5,6</sup>. No contexto do paciente oncológico, prescrever os medicamentos, evitando a polifarmácia e as interações medicamentosas, é a grande dificuldade. Essa dificuldade é ainda mais evidente no âmbito dos Cuidados Paliativos, em que os pacientes requerem o controle de sete a dez sintomas, sendo a dor o mais comum deles<sup>7-9</sup>. Sendo assim, este estudo teve por objetivo analisar o perfil da conciliação de medicamentos em pacientes que estão sob Cuidados Paliativos Oncológicos, em um hospital de referência do Sistema Único de Saúde.

## MÉTODO

Estudo transversal, analítico e descritivo, realizado de junho a novembro de 2018, com pacientes em Cuidados Paliativos no Hospital do Câncer IV do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (HCIV/INCA), cuja conciliação de medicamentos já era uma rotina do Serviço de Farmácia.

O Serviço da Farmácia Clínica é ofertado em 28 leitos da unidade de Cuidados Paliativos do INCA.

Diariamente, os pacientes são visitados na admissão da internação pela farmacêutica responsável nas primeiras 24 horas de internação. Os pacientes admitidos em feriados ou finais de semana são visitados no primeiro dia útil seguinte. Foram incluídos no estudo todos os pacientes que internaram nesses leitos no referido período, totalizando 194 pacientes. Pacientes menores de 18 anos, que não utilizavam nenhum medicamento regularmente, que estavam sem acompanhante e/ou com impossibilidade de se comunicar verbalmente, foram excluídos do estudo.

Durante o processo de conciliação, as novas prescrições foram acompanhadas e comparadas com a lista de medicamentos que o paciente utilizava anteriormente. Quando necessário, as evoluções descritas em prontuários foram analisadas. Após a avaliação dos dados, foram realizadas intervenções junto aos médicos, quando encontradas discrepâncias não justificadas. Os dados foram coletados por meio de entrevista com os pacientes e/ou acompanhantes, bem como nos prontuários físicos e eletrônicos. O formulário preenchido pelo farmacêutico apresentava as seguintes variáveis relacionadas ao paciente: idade, diagnósticos, sintomas e Pontuação de Desempenho de Karnofsky (KPS)<sup>10</sup>, que classifica a funcionalidade do paciente (quanto menor, menos funções consegue desempenhar). Quanto ao tratamento instituído ao paciente, foram avaliados: (a) medicamentos prescritos, nome do fármaco na denominação comum brasileira (DCB), dose, via de administração e disponibilidade na instituição; (b) se os medicamentos em uso pelo paciente antes da internação constavam nas prescrições durante a internação hospitalar; (c) se existiam justificativas nas alterações dos medicamentos; (d) aceitação pelo corpo clínico das intervenções farmacêuticas.

Toda diferença observada entre a lista de medicamentos, que o paciente fazia uso antes da internação, e a prescrição hospitalar vigente foi classificada como discrepância; nesta, se incluem alterações de via de administração, forma farmacêutica, dose ou posologia e inclusão, exclusão ou substituição de medicamento. Foram consideradas discrepâncias intencionais aquelas em que houve decisão médica justificada quanto à alteração dos medicamentos. Além disso, quando estas tinham registro em prontuário eletrônico, ou físico, foram classificadas como discrepâncias intencionais documentadas. Discrepâncias não intencionais foram aquelas em que ocorreram omissão de medicamento prescrito anteriormente, alteração na dose, frequência ou via de administração diferente de um medicamento já utilizado pelo paciente, sem justificativa, bem como terapia duplicada<sup>11,12</sup>. Nesses casos, avaliaram-se as intervenções realizadas e se estas foram ou não aceitas. As classes terapêuticas dos medicamentos envolvidos

nas discrepâncias foram categorizadas de acordo com a Classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC)<sup>13</sup>.

Os dados foram transcritos para uma planilha eletrônica e analisados com auxílio do *software* Microsoft Office Excel®.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, sob o número de parecer 2683715 e CAAE: 89429118.5.0000.5274, e desenvolvida em consonância com as Diretrizes preconizadas pelas Resoluções números 466/2012<sup>14</sup> e 510/2016<sup>15</sup> do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Foram realizadas 194 visitas de conciliação de junho a novembro de 2018. A maioria dos participantes era do sexo feminino (58,3%), com mediana de idade 60 e o KPS com mediana de 40, o que significa que o paciente está incapaz, requer cuidados e assistência médica frequente. O câncer de abdômen foi o mais frequente (27,3%), seguido dos cânceres de cabeça e pescoço (16,0%) e ginecológico (17,5%). Sessenta e quatro pacientes (33%) foram encaminhados do HCI, HCII, HCIII e 130 (67,1) já estavam no HCIV, sendo acompanhados pelo Serviço de Assistência Domiciliar (AD) ou pelo Ambulatório (AMB).

Os motivos de internação foram agrupados em oito categorias, sendo que um paciente poderia apresentar mais de um motivo. A maior causa de internação foi o controle de sintomas, totalizando 165 (67%) ocorrências. Os sintomas mais relatados foram dor, vômito, dispneia, confusão e/ou desorientação e fadiga. Trinta pacientes (11,1%) foram admitidos na internação por transferência direta das outras unidades hospitalares do INCA; 23 (8,5%) internaram por alteração nos parâmetros bioquímicos; 14 (5,2%) por problemas com óstios, naqueles portadores de sonda nasogástrica, traqueostomia, gastrostomia, ileostomia e/ou, jejunostomia; oito (3,0%) para a realização de procedimentos; e seis (2,2%) por fragilidade na rede de apoio para os cuidados (Tabela 1).

Na Figura 1, observam-se os 1.616 medicamentos das prescrições anteriores às internações dos participantes, agrupados por classe medicamentosa de acordo com ATC. A mediana de medicamentos antes da internação era de oito, com maior prevalência de analgésicos (21,5%), seguido de antieméticos (13,4%), laxativos (10,6%), protetor gástrico (9,4%), corticoides (7,6%), antiepilépticos (6,6%), anti-hipertensivos (6,5%). Os demais medicamentos, pertencentes a 29 classes diferentes, foram classificados como outros (24,4%).

Do total de 194 prescrições, apenas 41 (21,1%) tiveram menos de 50% dos medicamentos modificados e 67 (34,6%) 100% da receita anterior modificada

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

Sexo	N (=194)	%
Feminino	113	58,3
Masculino	81	41,7
Idade	Mediana	Varição
	60	21 - 89
KPS	Mediana	Varição
	40	10 - 80
Tipo de câncer primário	N (=194)	%
Abdômen	53	27,3
Ginecológico	34	17,5
Cabeça e pescoço	31	16,0
Mama	27	13,9
Pulmão	19	9,8
Pele	9	4,6
TOC	7	3,6
SNC	5	2,6
Próstata	5	2,6
Indefinido	3	1,5
Pênis	1	0,5
Origem da prescrição	N (=194)	%
HCIV AMB	75	38,7
HCIV AD	55	28,3
HCI	37	19,1
HCII	16	8,2
HCIII	11	5,7
Motivos das internações	N (=483)	%
Controle de sintomas	165	61,1
Parâmetros bioquímicos alterados	23	8,5
Transferências entre unidades	30	11,1
Problemas com óstios (sondas, GTT, TQ)	14	5,2
Queda do estado geral	13	4,8
Desidratação	11	4,1
Exame/procedimento	8	3,0
Fragilidade na rede de apoio	6	2,2

Legenda: KPS = Pontuação de desempenho de Karnofsky; TOC = Tumor ósseo e conectivo; SNC = Sistema nervoso central; HCI = Hospital do Câncer I; HCII = Hospital do Câncer II, HCIII = Hospital do Câncer III; HCIV = Hospital do Câncer IV; AMB = Ambulatório; AD = Assistência domiciliar; GTT = gastrostomia; TQ = Traqueostomia.

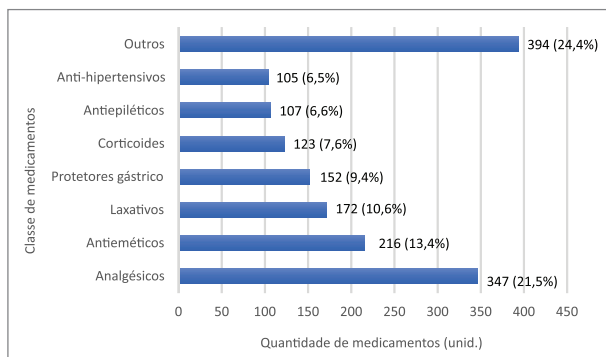


Figura 1. Classe dos medicamentos, segundo a ATC, utilizados pelos pacientes antes da conciliação medicamentosa

pelos prescritores no ato da admissão (Tabela 2). Foram identificadas 1.770 discrepâncias, nas quais 592 (33,4%) medicamentos tiveram alteração na via de administração, 429 (24,2%) foram omitidos, 389 (22,0%) sofreram mudança na dose, 346 (19,6%) discrepâncias na frequência e 14 (0,8%) duplicidades.

Quanto às classificações, 1.661 (93,8%) foram intencionais, 13 (0,8%) destas foram intencionais documentadas e 96 (5,4%) foram discrepâncias não intencionais. No total, foram realizadas 112 intervenções de conciliação e todas foram conciliadas, entretanto 16 não foram aceitas e, portanto, classificadas como discrepâncias intencionais. A partir das intervenções aceitas (96), 41 (42,7%) medicamentos omitidos foram incluídos, 30 (31,3%) tiveram ajuste de posologia, 18 (18,1%) foram excluídos e cinco (5,2%) medicamentos foram substituídos por outro da mesma classe terapêutica, por desabastecimento.

## DISCUSSÃO

Em todas as transições de cuidados, os pacientes devem ser assistidos para garantir a segurança no uso de medicamentos: durante a admissão, com a coleta de informações precisas sobre os medicamentos previamente utilizados, durante as transições ao longo da internação, e posteriormente na alta hospitalar, visando à prevenção de erros de automedicação. Nessa perspectiva, o processo de conciliação medicamentosa contribui para diminuir erros de prescrição, minimizando os riscos para os doentes, em especial aqueles com câncer<sup>16</sup>.

Neste estudo, observa-se que os pacientes sob Cuidados Paliativos Oncológicos utilizam, predominantemente, medicamentos para controle de sintomas, justificados pela própria doença ou pelos efeitos adversos causados pelos medicamentos. Um exemplo disso são os analgésicos opioides, que têm como efeito adverso comum a constipação, e consequentemente a prescrição de laxativos<sup>17-19</sup>. Percebe-se que a dor foi o sintoma mais

Tabela 2. Características dos resultados das conciliações farmacêuticas realizadas no período de junho a novembro de 2018

Medicamentos alterados por prescrição	N (=194)	%
<50%	41	21,1
>50% a 90%	86	44,3
100%	67	34,6
Tipos de discrepâncias	N (=1.770)	%
Via de administração	592	33,4
Omissão	429	24,2
Dose	389	22,0
Frequência	346	19,6
Duplicidade	14	0,8
Classificação das discrepâncias	N (=1.770)	%
Discrepâncias intencionais	1661	93,8
Discrepâncias intencionais documentadas	13	0,8
Discrepâncias não intencionais	96	5,4
Tipos das intervenções aceitas	N (=96)	%
Inclusão de medicamento	41	42,7
Ajuste de dose ou posologia	30	31,3
Exclusão de medicamento	18	18,1
Substituição por medicamento da mesma classe terapêutica	5	5,2
Alteração da forma farmacêutica	1	1,0
Alteração da via de administração	1	1,0

relatado em pacientes oncológicos que estão sob Cuidados Paliativos<sup>20-22</sup>, diferente de outros trabalhos publicados que possuem a maioria dos pacientes utilizando medicamentos de doenças crônicas não transmissíveis<sup>23-25</sup>, por possuírem populações estudadas diferentes.

Os resultados das classificações das discrepâncias se assemelham ao estudo realizado por Lindenmeyer et al.<sup>26</sup>, em um hospital público da Região Sul do Brasil, onde, na admissão hospitalar de pacientes onco-hematológicos, a maior parte das discrepâncias foi identificada como intencional. Esses achados foram justificados pela condição clínica atual dos pacientes, alterações de doses, frequência ou via de administração, e pela substituição por outros medicamentos padronizados na instituição<sup>26</sup>.

Como mostrado anteriormente, 0,7% das discrepâncias foram documentadas; ou seja, estavam

descritas em prontuários, indicando que o número exacerbado de discrepâncias não documentadas pode estar diretamente relacionado às discrepâncias não intencionais pela falta de registro ou da sua qualidade sobre os medicamentos utilizados pelo paciente. Essas informações são fundamentais para garantir sua segurança e a farmacoterapia adequada<sup>27,28</sup>.

Os tipos de discrepâncias mais prevalentes neste estudo – via de administração e omissão de medicamentos – podem ser justificados por uma particularidade dos cuidados de fim de vida, em que há priorização do conforto. Para isso, são realizados a avaliação holística do sofrimento do paciente e o uso da via mais adequada para o manejo dos sintomas e melhora da qualidade de vida<sup>29</sup>. Assim, intervenções, como as que visam à troca de via de administração, podem ser exemplificadas como a alteração da via oral para via intravenosa, uma vez que o paciente não consiga ingerir comprimidos. A discrepância “omissão de medicamentos” viabiliza a intervenção farmacêutica “inclusão de medicamentos”. Ao analisar o motivo dessas intervenções, verifica-se que, do total, 17% eram referentes a medicamentos indisponíveis para dispensação no hospital, e foram trazidos de casa pelos pacientes e seus cuidadores; 36,6% eram medicamentos que os pacientes faziam uso em razão da sua comorbidade, como medicamentos laxativos, analgésicos e antieméticos; e os demais eram medicamentos de uso crônico como anti-hipertensivos e medicamentos de controle especial, como ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos. Além disso, houve um índice elevado na intervenção de alteração na posologia ou dose; neste caso, verifica-se que 46% foram em medicamentos analgésicos e 30% em antieméticos. O que reforça a característica da população estudada, uma população polissintomática.

Segundo Herledan et al.<sup>16</sup>, uma revisão sistemática que avaliou o impacto clínico e econômico da conciliação medicamentosa mostrou que há impacto significativo quando se trata de erros de medicação detectados com a conciliação, e esse benefício pôde ser observado em ambos os ambientes (ambulatoriais e internações), seja na admissão ou alta. Os estudos selecionados nessa revisão também mostraram que a conciliação de medicamentos permite ao farmacêutico clínico realizar intervenções adicionais. Como mostra o presente trabalho, outras intervenções além da conciliação foram aceitas, indicando a importância do olhar do farmacêutico na rotina clínica<sup>16</sup>.

Estudos recentes encontraram resistência por parte da equipe médica acarretando a baixa aceitação das intervenções, que foi justificada pelo reflexo de um serviço ainda em construção e do desconhecimento da ação do profissional farmacêutico nesse âmbito, bem como da importância da conciliação para a segurança do paciente

e o impacto econômico que essa prática pode gerar para o hospital<sup>30,31</sup>. Entretanto, neste trabalho, a participação do farmacêutico no processo se mostrou efetiva e com boa aceitação, ao fazer com que o profissional se aproximasse da equipe de saúde, reforçando a importância da implantação dessa rotina na instituição. No entanto, há que se considerar que este estudo envolveu apenas uma parte da unidade hospitalar, sendo sua principal limitação. Recursos humanos são necessários para implementar o processo de conciliação medicamentosa em toda a unidade. A implementação total marcará a ampliação do Serviço, o qual se tornará mais completo, uma vez que poderá incluir, além da conciliação medicamentosa na alta, o acompanhamento farmacoterapêutico e a orientação na alta.

Durante as primeiras 24 horas após a admissão, a entrevista realizada pelo farmacêutico, de forma detalhada, permitiu resgatar informações importantes quanto ao uso de medicamentos e pôde contribuir para o controle de sintomas e o conforto do paciente. Mais estudos de conciliação de medicamentos em Cuidados Paliativos Oncológicos precisam ser realizados, a fim de incentivar a inserção do farmacêutico na prática clínica, além de contribuir para tratamento do doente.

## CONCLUSÃO

As características dos pacientes em Cuidados Paliativos valorizam a prática da conciliação realizada por farmacêuticos, já que se trata de pacientes polissintomáticos, poliqueixosos e polimedicados. Esses pacientes apresentam estadiamento avançado da doença oncológica e, por isso, internam pela falta de controle de diversos sintomas, contudo, vale ressaltar que, além do câncer, muitas vezes são portadores de outras comorbidades como hipertensão, depressão e ansiedade. O perfil da conciliação não se distancia da literatura e, com as informações coletadas no momento da entrevista, o farmacêutico pode atuar no auxílio do manejo dos sintomas ao realizar outras intervenções que não estão inseridas no processo de conciliação.

## CONTRIBUIÇÕES

As autoras contribuíram substancialmente na concepção ou no planejamento do estudo; na obtenção, análise e/ou interpretação dos dados; na redação e revisão crítica; e aprovaram a versão final a ser publicada.

## AGRADECIMENTOS

À Flávia C. Barcelos, Andréa A. Tofani e Renata R. V. Cataldo, farmacêuticas do INCA, pelo auxílio na interpretação dos dados, assim como na revisão crítica

do estudo; à Prissilla B. Pujatti, amiga e orientadora do Aperfeiçoamento em radiofarmácia, pela ajuda, incentivo e apoio.

### DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

### FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

### REFERÊNCIAS

1. Ketchum K, Grass CA, Padwojski A. Medication reconciliation: verifying medication orders and clarifying discrepancies should be standard practice. *Am J Nurs.* 2005;105(11):78-9, 81-2, 84-5. doi: <https://doi.org/10.1097/00000446-200511000-00033>
2. Rozich JD, Howard RJ, Justeson JM, et al. Standardization as a mechanism to improve safety in health care. *Jt Comm J Qual Saf.* 2004;30(1):5-14. doi: [https://doi.org/10.1016/s1549-3741\(04\)30001-8](https://doi.org/10.1016/s1549-3741(04)30001-8)
3. Joint Commission International. Joint Commission International accreditation standards for hospitals: including standards for Academic Medical Center Hospitals. 7th ed. Oakbrook Terrace, IL: JCI; 2021.
4. Delgado Sánchez O, Martínez López I, Crespí Monjo M, et al. Conciliación de la medicación: asumamos la responsabilidad compartida. *Farm. Hosp.* 2008;32(2):63-4. doi: [https://doi.org/10.1016/S1130-6343\(08\)72815-0](https://doi.org/10.1016/S1130-6343(08)72815-0)
5. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, et al. Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. *J Gen Intern Med.* 2010;25(5):441-7. doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1256-6>
6. Conklin JR, Togami JC, Burnett A, et al. Care transitions service: a pharmacy-driven program for medication reconciliation through the continuum of care. *Am J Health Syst Pharm.* 2014;71(10):802-10. doi: <https://doi.org/10.2146/ajhp130589>
7. Waller A, Caroline NL. Handbook of palliative care in cancer. 2nd. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann; 2000.
8. Koh NY, Koo WH. Polypharmacy in palliative care: can it be reduced? *Singapore Med J.* 2002;43(6):279-83.
9. McNeil MJ, Kamal AH, Kutner JS, et al. The burden of polypharmacy in patients near the end of life. *J Pain Symptom Manage.* 2016;51(2):178-83. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.09.003>
10. Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, et al. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. With particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer.* 1948;1(4):634-56. doi: [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(194811\)1:4<634::AID-CNCR2820010410>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/1097-0142(194811)1:4<634::AID-CNCR2820010410>3.0.CO;2-L)
11. World Health Organization. The high 5s project: interim report. Geneva: WHO; 2013 Dec.
12. Brito AMG. Reconciliação e revisão da medicação na unidade de hospitalização domiciliária [dissertação]. Almada, PT: Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz; 2017.
13. ATC/DDD Index 2021 [Internet]. Oslo, NO: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. [date unknown] - [update 2020 Dec 17; cited 2018 Aug 30]. Available from: <http://www.whocc.no/atcddd>
14. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Seção 1:59.14.
15. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União.* 2016 maio 24; Edição98, Seção I:44.15.
16. Herledan C, Baudouin A, Larbre V, et al. Clinical and economic impact of medication reconciliation in cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer.* 2020;28(8):3557-69. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05400-5>
17. Pappagallo M. Incidence, prevalence, and management of opioid bowel dysfunction. *Am J Surg.* 2001;182(5A Suppl):11S-18S. doi: [https://doi.org/10.1016/s0002-9610\(01\)00782-6](https://doi.org/10.1016/s0002-9610(01)00782-6)
18. De Luca A, Coupar IM. Insights into opioid action in the intestinal tract. *Pharmacol Ther.* 1996;69(2):103-15. doi: [https://doi.org/10.1016/0163-7258\(95\)02053-5](https://doi.org/10.1016/0163-7258(95)02053-5)
19. Herndon CM, Jackson KC, Hallin PA. Management of opioid-induced gastrointestinal effects in patients receiving palliative care. *Pharmacotherapy.* 2002;22(2):240-50. doi: <https://doi.org/10.1592/phco.22.3.240.33552>
20. Mercadante S, Adile C, Caruselli A, et al. The palliative-supportive care unit in a comprehensive cancer center as crossroad for patients' oncological pathway. *PloS One.* 2016;11(6):e0157300. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157300>
21. Bruce CM, Smith J, Price AA. Study of the incidence and management of admissions for cancer-related symptoms in a district general hospital: the potential role of an acute oncology service. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2017;29(9):e148-e155. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clon.2017.03.012>

22. Mercadante S, Marchetti P, Adile C, et al. Characteristics and care pathways of advanced cancer patients in a palliative-supportive care unit and an oncological ward. *Support Care Cancer*. 2018;26(6):1961-6. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-017-4037-5>
23. Riechelmann RP, Tannock IF, Wang L, et al. Potential drug interactions and duplicate prescriptions among cancer patients. *J Natl Cancer Inst*. 2007;99(8):592-600. doi: <https://doi.org/10.1093/jnci/djk130>
24. Spalla LR, Castilho SR. Medication reconciliation as a strategy for preventing medication errors. *Braz J Pharm Sci*. 2016;52(1):143-50. doi: <https://doi.org/10.1590/S1984-82502016000100016>
25. Santos FN. Avaliação do cuidado farmacêutico na conciliação de medicamentos em pacientes idosos com câncer [tese na Internet]. Ribeirão Preto, SP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2018. doi: <https://doi.org/10.11606/T.17.2018.tde-23072018-135825>
26. Lindenmeyer LP, Goulart VP, Hegele V. Reconciliação medicamentosa como estratégia para a segurança do paciente oncológico - resultados de um estudo piloto. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde São Paulo [Internet]*. 2013 [acesso 2019 jan 11];4(4):51-5. Disponível em: <http://www.v1.sbrafh.org.br/public/artigos/2013040408000469BR.pdf>
27. Alvim BA. Importância da implantação e desenvolvimento da reconciliação medicamentosa em hospitais [monografia]. Palmas, TO: Universidade Luterana do Brasil; 2015.
28. Vega TG, Sierra-Sánchez JF, Martínez-Bautista MJ, et al. Medication reconciliation in oncological patients: a randomized clinical trial. *J Manag Care Spec Pharm*. 2016;22(6):734-40. doi: <https://doi.org/10.18553/jmcp.2016.15248>
29. Visser C, Hadley G, Wee B. Reality of evidence-based practice in palliative care. *Cancer Biol Med*. 2015;12(3):193-200. doi: <https://doi.org/10.7497/j.issn.2095-3941.2015.0041>
30. Oliveira LDB. Análise econômica da conciliação de medicamentos em uma unidade de internação de um hospital de ensino [monografia]. Lagarto, SE: Universidade Federal de Sergipe; 2018.
31. Pimenta PA, Santos KFS, Silva CML, et al. Conciliação de medicamentos em um hospital de ensino de Sergipe: lições aprendidas na implementação de um serviço. *Sci Plena*. 2020;16(8):084501. doi: <https://doi.org/10.14808/sci.plena.2020.084501>

Recebido em 16/12/2020  
Aprovado em 1/3/2021