

Universidade de Lisboa

Faculdade de Farmácia



**Consulta farmacêutica hospitalar:
Caracterização da comunicação sobre
segurança da terapêutica oncológica**

Sara Sofia Botelho Valério

Trabalho de Campo orientado pelo Doutor Afonso Miguel das Neves Cavaco, Professor
Associado

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

2021

**Universidade de Lisboa
Faculdade de Farmácia**



**Consulta farmacêutica hospitalar:
Caracterização da comunicação sobre
segurança da terapêutica oncológica**

Sara Sofia Botelho Valério

**Trabalho Final de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas apresentado à
Universidade de Lisboa através da Faculdade de Farmácia**

Trabalho de Campo orientado pelo Doutor Afonso Miguel das Neves Cavaco, Professor
Associado

2021

Resumo

Os doentes oncológicos apresentam um maior risco para o desenvolvimento de problemas relacionados com os fármacos. A consulta farmacêutica hospitalar tem demonstrado melhorar significativamente a segurança no uso da terapêutica oncológica. Contudo, estão por caracterizar os conteúdos que são comunicados ao doente durante a consulta. O objetivo deste estudo é analisar o conteúdo da comunicação farmacêutico-doente na consulta farmacêutica em oncologia. Em particular, o relacionado com a segurança no uso do medicamento oncológico, nomeadamente, no que diz respeito aos parâmetros: advertências e precauções, interações e reações adversas.

Seguiu-se um desenho transversal, observacional e descritivo. Foi avaliado o conteúdo da comunicação farmacêutico-doente em 13 consultas que decorreram no Hospital de São Francisco Xavier, entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020. As gravações áudio obtidas das consultas foram transcritas literalmente e importadas para o software QSR NVivo 12, sendo codificadas as passagens mais relevantes para o estudo e assinalada a frequência da sua presença na comunicação. Esta informação foi comparada com a informação standartizada presente nos folhetos informativos/ resumos de características dos medicamentos e foi avaliada a discrepância entre ambos.

Por consulta, as advertências e precauções foram mencionadas em média 4 e 1,5 vezes para os antineoplásicos e coadjuvantes, as interações foram mencionadas em média 2 e 4 vezes, e as reações adversas 4,7 e 1 vez nos mesmos grupos, respetivamente. A comunicação sobre advertências e precauções ocorreu em apenas 5 consultas e para 2 fármacos, num total de 17. Foram mencionadas nas consultas 7 interações e identificadas mais 6 potenciais interações. Sobre reações adversas falou-se em apenas 7 consultas e para 5 fármacos, num total de 17.

Nestas consultas, foi observado que a farmacêutica forneceu diversas informações relevantes ao doente e que este também teve uma participação ativa no relato de sintomas. Considerando a informação standartizada, concluiu-se que a comunicação relativa aos parâmetros relacionados com a segurança no uso do medicamento oncológico foi maioritariamente correta do ponto de vista científico. No entanto, concluiu-se igualmente que esta poderia ter sido mais abrangente, embora não sejam conhecidas outras variáveis que possam determinar a extensão da informação que o doente já tem *à priori*.

Palavras-chave: comunicação; consulta farmacêutica; oncologia; segurança no uso do medicamento

Abstract

Cancer patients are at a higher risk of developing drug-related problems. The hospital pharmaceutical consultation has been shown to significantly improve safety in the use of cancer therapy. However, the contents that are communicated to the patient during the consultation are yet to be characterized. The aim of this study is to analyze the content of the pharmacist-patient communication in the pharmaceutical consultation in oncology. In particular, the ones related to safety in the use of cancer medicine, such as the parameters: warnings and precautions, interactions and adverse reactions.

A cross-sectional, observational and descriptive design was followed. The content of the pharmacist-patient communication of 13 consultations at “São Francisco Xavier” hospital, between September 2019 and February 2020 was evaluated. The audio recordings obtained from the consultations were literally transcribed and imported into the QSR NVivo 12 software, the most relevant passages for the study were coded and the frequency of their presence in the communication was marked. This information was compared with the standardized information contained in the information leaflets/ summaries of drug characteristics and the discrepancy between them was assessed.

By consultation, warnings and precautions were mentioned on average 4 and 1.5 times for antineoplastic and supporting agents, interactions were mentioned on average 2 and 4 times, and adverse reactions 4.7 and 1 time in the same groups, respectively. The communication on warnings and precautions occurred in only 5 consultations and for 2 drugs out of 17. 7 interactions were mentioned in the consultations and 6 more potential interactions were identified. Adverse reactions were discussed in just 7 consultations and for 5 drugs out of 17.

In these consultations it was observed that the pharmacist provided several relevant information to the patient and that the patient also had an active participation in the reporting of symptoms. Considering the standardized information, it was concluded that communication related to the parameters related to the safety in the use of cancer medicine was mostly correct from a scientific point of view. However, it was also concluded that this communication could have been done more in-depth, although other variables that can determine the extent of the information that the patient already has *à priori* are not known.

Keywords: communication; pharmacist consultation; oncology; safety in the use of medicine

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao Professor Doutor Afonso Cavaco, pela orientação e toda a disponibilidade demonstrada ao longo da realização deste estudo desafiante.

Gostaria principalmente de agradecer à minha companheira de trabalho, Leonor. Agradeço o seu trabalho, resiliência e apoio, tenho a certeza de que sem ela nada disto seria possível.

Também gostaria de agradecer à minha família, principalmente à minha mãe pela motivação que me deu, à minha irmã pelos seus conselhos sábios e ao meu namorado pela ajuda incondicional na escrita deste trabalho.

Gostaria ainda de agradecer à Vanessa, minha revisora de texto, como prometido desde que entrei na faculdade.

Por último, mas não menos importante, queria agradecer às minhas amigas da FFUL, em particular, à Ângela, à Diana e à Inês, por todo o apoio que me deram durante estes 5 anos, em geral, e durante a realização deste trabalho, em particular.

Abreviaturas

OMS – Organização Mundial de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

IV – Intravenosa

FI – Folheto Informativo

RCM – Resumo das Características do Medicamento

IBM – International Business Machines Corporation

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Índice

1	Introdução.....	9
1.1	O papel do farmacêutico nos cuidados de saúde.....	9
1.2	Comunicação clínica.....	10
1.3	Desafios em oncologia.....	11
1.3.1	Segurança no uso da terapêutica oncológica.....	12
1.3.2	O papel do farmacêutico na segurança do uso do medicamento oncológico.....	16
1.4	Consulta farmacêutica em oncologia.....	17
2	Objetivo.....	20
3	Materiais e Métodos.....	21
3.1	Materiais.....	21
3.2	Métodos.....	21
3.2.1	Transcrição das gravações das consultas.....	21
3.2.2	Seleção da informação de base relativa aos fármacos presentes na consulta.....	21
3.2.3	Análise qualitativa das consultas.....	22
3.2.4	Cruzamento da informação de base com a recolhida das consultas.....	24
3.2.5	Análise estatística.....	25
4	Resultados.....	26
4.1	Análise da população de doentes.....	26
4.2	Análise das consultas farmacêuticas.....	31
4.2.1	Análise de fatores não farmacoterapêuticos.....	31
4.2.2	Análise da presença dos medicamentos nas consultas.....	32
4.2.3	Análise das elocuições relativas aos parâmetros dos FI/RCM: advertências e precauções, interações e reações adversas.....	33
5	Discussão.....	38
6	Conclusão.....	44
	Referências Bibliográficas.....	45

Índice de tabelas

Tabela 1:	Árvore de codificação fechada usada no programa NVivo12.....	23
Tabela 2.1:	Análise da população de doentes – sexo, idade, tipo de cancro.....	27
Tabela 2.2:	Análise da população de doentes – comorbilidades.....	27
Tabela 3:	Intervenções da farmacêutica acerca de: idade, alergias, dieta, suplementos alimentares e chás.....	29
Tabela 4:	Análise descritiva da presença de medicamentos por grupo terapêutico nas listas terapêuticas e nas consultas.....	31
Tabela 5:	Análise descritiva da presença de elocuições relativas aos parâmetros Advertências e Precauções, Interações e Reações Adversas.....	35

1 Introdução

1.1 O papel do farmacêutico nos cuidados de saúde

Ao longo das últimas quatro décadas, o papel do farmacêutico nos cuidados de saúde tem evoluído muito para além da sua tradicional função de dispensa de medicamentos (1–5), tendo em conta que esta demonstrou ser insuficiente para atingir os melhores resultados terapêuticos (6). Deste modo, o farmacêutico começou a ter um papel mais ativo na prestação de serviços de informação no que toca à gestão da terapêutica medicamentosa, alterando o seu foco do produto para o doente (1–5). Esta nova abordagem tomou o nome de “cuidados farmacêuticos”, um conceito que define a contribuição do farmacêutico para os cuidados do doente (7). A sua definição mais comumente aceite é a de Hepler e Sandler, em 1990, que afirma que “Cuidados farmacêuticos são a dispensa responsável de medicamentos com o objetivo de alcançar determinados resultados terapêuticos que melhorem a qualidade de vida do doente”. A esta definição, a Federação Farmacêutica Internacional (FIP) acrescentou que, para além de melhorar a qualidade de vida, o objetivo dos cuidados farmacêuticos também poderia ser o de manter essa mesma qualidade de vida (1).

Os serviços de farmácia clínica são essenciais para a distribuição dos cuidados farmacêuticos (7). O conceito de farmácia clínica foi primeiramente mencionado na literatura em 1950 e presumivelmente iniciado em 1960 nos Estados Unidos e no Reino Unido (8). As definições mais comuns mencionam o papel do farmacêutico nos cuidados ao doente, a garantia do uso racional e apropriado dos medicamentos e o facto da farmácia clínica poder ser praticada numa grande variedade de locais e em diferentes níveis de cuidados de saúde, como os componentes mais importantes deste conceito (9). As principais funções do farmacêutico clínico são interagir tanto com a equipa de cuidados de saúde, como com o doente, realizar recomendações terapêuticas específicas, monitorizar a resposta do doente à terapêutica e providenciar informação acerca dos medicamentos (1,10). Em alguns países, a profissão farmacêutica evoluiu de tal forma que a farmácia clínica não é a exceção, mas sim a regra para a maior parte dos farmacêuticos (1).

Deste modo, o objetivo da prática farmacêutica passou a focar-se nos cuidados de saúde centrados no doente. Esta abordagem engloba cuidados coordenados, personalizados e compassivos, ao mesmo tempo que reconhece os pontos fortes do doente e promove a sua

independência (11). Estes cuidados abrangem as funções de aconselhamento acerca da prevenção de doenças e modificação de estilos de vida, o fornecimento de informação baseada na evidência acerca de medicamentos e a monitorização e gestão da terapêutica, onde se inclui a reconciliação da medicação. Os mesmos possibilitam ainda envolver ativamente o doente nos seus próprios cuidados de saúde, o que permite otimizar os resultados em saúde, reduzir o número de efeitos adversos relacionados com o uso de medicamentos, diminuir o número de medicamentos desperdiçados e melhorar a adesão à terapêutica (1,11).

Não há dúvidas de que o envolvimento do farmacêutico nos cuidados de saúde está relacionado com o aumento da qualidade dos mesmos, melhoria da relação custo-efetividade dos sistemas de saúde, redução de eventos adversos associados ao uso de medicamentos, melhoria da qualidade de vida dos doentes e diminuição das taxas de morbidade e mortalidade (1,5). Um estudo australiano, cujo objetivo foi determinar o impacto da intervenção clínica no âmbito da farmácia comunitária, concluiu que, farmacêuticos adequadamente instruídos e remunerados, poupariam ao sistema de saúde 15 milhões de dólares australianos por ano. Foram encontrados resultados semelhantes noutro estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) (1). Num artigo português, que analisou os resultados de serviços de informação sobre medicamentos, monitorização do estado de saúde, rastreio de diversas doenças, revisão da medicação e acompanhamento farmacoterapêutico, concluiu-se que a integração do farmacêutico e das farmácias comunitárias na rede de Cuidados de Saúde Primários constitui uma mais valia para o doente e para os sistemas de saúde (12).

O farmacêutico é um profissional de saúde com conhecimentos sólidos e reconhecidos acerca do medicamento (6,13) que está unicamente posicionado nos sistemas de saúde de forma a poder realizar a gestão da doença através da gestão adequada da terapêutica (4,14). Este tem o potencial de melhorar resultados terapêuticos e a qualidade de vida dos doentes, pelo que deve posicionar-se na linha da frente dos cuidados de saúde, colaborando com médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, o doente e o seu cuidador, se for o caso, de forma multidisciplinar (1,3-5,14-16).

1.2 Comunicação clínica

O papel do farmacêutico nos cuidados de saúde centrados no doente evidenciou a importância da comunicação clínica nesta área (17-22). A comunicação clínica diz respeito à utilização de

estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões dos indivíduos no sentido de promover a sua saúde (23). É através da comunicação que as necessidades dos doentes podem ser avaliadas e a informação, educação e aconselhamento podem ser dados, trabalhando-se desta forma para o uso racional do medicamento (20).

Para além dos conhecimentos farmacoterapêuticos, o farmacêutico deve possuir também conhecimentos na área social-emocional, de forma a providenciar a melhor educação e aconselhamento ao doente (9,17,24). Boas capacidades comunicativas são particularmente importantes para o desempenho de atividades mais complexas como a revisão da medicação, a motivação da adesão à terapêutica e a promoção da saúde (19). O farmacêutico deve procurar compreender as atitudes do doente acerca da sua medicação e potenciais comportamentos que influenciem o uso dos medicamentos. O seu papel é verificar que os doentes têm conhecimentos suficientes para seguir os seus regimes terapêuticos e planos de monitorização (24,25). Este deve também procurar maneiras de motivar o doente a aprender mais sobre o seu tratamento e a ser um parceiro ativo nele (20,21,24–26). O farmacêutico deve estar atento à linguagem verbal e não verbal dos doentes, usar linguagem que estes compreendam e questões em aberto, ouvi-los ativamente, demonstrar empatia, competência e confiança para encorajar a abertura dos doentes e para respeitar a sua diversidade (17,27).

A comunicação entre o farmacêutico e o doente tem demonstrado melhorar os resultados em saúde (17–19,21,25,28) através da melhoria do uso da medicação pelos doentes e da consequente otimização dos resultados terapêuticos (29). Existem diversos benefícios de uma boa comunicação farmacêutico-doente, nomeadamente: a melhoria da relação farmacêutico-doente (28); uma maior compreensão do tratamento por parte do doente (17,25); o aumento da adesão à terapêutica (17,18,25,28–31); o aumento da satisfação dos doentes com os cuidados fornecidos (18,25,28); a melhoria da sua saúde emocional (18,28) e a melhoria na resolução de sintomas (28).

1.3 Desafios em oncologia

Cancro é um termo genérico que designa um grande grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. A principal característica que define o cancro é o rápido crescimento de células anormais que podem invadir outras partes do corpo e espalhar-se para outros órgãos. Esse fenómeno tem o nome de metastização e é a principal causa de morte por cancro (32).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a doença oncológica foi a maior causa de morte do mundo no passado ano de 2020, contando com cerca de 10 milhões de mortes (32). Em Portugal, o número de novos casos de cancro em 2020 foi de 60.467 e esta doença foi responsável por 30.168 mortes no mesmo ano (33).

O seu tratamento usualmente envolve radioterapia, quimioterapia e/ou cirurgia. Alguns dos tipos mais comuns de cancro, como o cancro da mama, cancro do colo do útero, cancro oral e colorretal, têm altas taxas de cura quando tratados com o tratamento adequado (32).

1.3.1 Segurança no uso da terapêutica oncológica

A segurança no uso do medicamento é reconhecida como uma importante componente da segurança do doente, sendo que, até 50% de todos os incidentes reportados que envolvem a segurança do doente, estão relacionados com a medicação. Este conceito pode ser definido como a “ausência de danos passíveis de serem prevenidos resultantes do uso de medicamentos” e refere-se à prevenção e gestão de erros medicamentosos. Em cerca de 1% dos casos, os erros medicamentosos resultam em danos para o doente. É estimado que, em Inglaterra, ocorram cerca de 237 milhões de erros medicamentosos anualmente. Em hospitais nos EUA, mais de 700.000 visitas ao serviço de urgência e 120.000 de hospitalizações resultam de eventos adversos associados ao uso de medicamentos. Os erros medicamentosos têm uma elevada carga clínica, humanística e económica (5).

A quimioterapia é o principal tratamento para o cancro e é também um dos tratamentos que mais se encontra associado a problemas relacionados com a medicação, quer relacionados com efeitos adversos medicamentosos, quer relacionados com erros medicamentosos (7). Deste modo, a segurança no uso do medicamento é uma preocupação premente nesta área (34).

Os doentes oncológicos têm um risco mais elevado para o desenvolvimento de problemas relacionados com os fármacos por diversas razões:

- a) A saúde dos doentes com cancro pode estar comprometida pela natureza da doença e os seus efeitos nos órgãos vitais, imunidade e estado funcional de alguns órgãos, bem como pela presença simultânea de outras comorbilidades (13,34,35).
- b) A maioria dos medicamentos antineoplásicos são altamente tóxicos, têm estreitas margens terapêuticas e vários efeitos secundários (13,34–37). Estes são considerados

medicamentos de alerta máximo e podem ser definidos como aqueles que, ocorrendo um erro, têm maior potencial de causar dano (14).

- c) Os regimes de quimioterapia são complexos, envolvendo, muitas vezes, múltiplos medicamentos com diferentes horários de toma, sendo a gestão da polifarmácia na área da oncologia muitas vezes desafiante (13,34–36). A polifarmácia é definida como o uso rotineiro de quatro ou mais medicamentos, em simultâneo, por um doente, quer sejam eles não sujeitos a receita médica e/ou prescritos pelo médico. Esta tem-se tornado cada vez mais uma realidade devido ao aumento da esperança média de vida e ao conseqüente aumento da população idosa que vive com diversas comorbilidades, para além da doença oncológica (5,38). Sabe-se que a polifarmácia pode levar a piores resultados clínicos em doentes oncológicos (39), o que se deve a vários fatores. Em primeiro lugar, a polifarmácia leva ao aumento da probabilidade de efeitos adversos e de interações entre medicamentos. Para além disso, a complexidade dos regimes medicamentosos torna a autogestão da medicação mais desafiante, o que, por sua vez, pode influenciar negativamente a adesão à terapêutica. A OMS realça a importância da (des)prescrição, da revisão da medicação, o papel do doente na autogestão da sua medicação e a importância de uma equipa multidisciplinar nos cuidados de saúde, como técnicas para aumentar a segurança do doente com polifarmácia (5,38). A revisão da medicação, na qual o farmacêutico tem um papel muito importante, é a examinação estruturada e crítica dos medicamentos do doente com o objetivo de chegar a um acordo com o mesmo sobre o tratamento, otimizando o impacto dos medicamentos, minimizando os problemas relacionados com a medicação e diminuindo o desperdício (8). Esta gestão global da medicação assegura que cada medicamento do doente (incluindo fármacos não sujeitos a receita médica, tradicionais e alternativas terapêuticas e suplementos) é avaliado individualmente, de forma a determinar se cada um é apropriado, eficaz para a sua condição de saúde, seguro, tendo em conta as suas comorbilidades e outros medicamentos tomados, e passível de ser tomado pelo doente conforme o suposto (40). De acordo com Schepel et al, uma revisão da medicação conduzida pelo farmacêutico, em contacto próximo com o médico, pode levar a um menor número de admissões hospitalares e à diminuição da morbidade (8);

- d) A necessidade de cálculos de dose complexos, de acordo com a superfície corporal e frequentes ajustes de acordo com a função renal, toxicidade do fármaco e outros parâmetros clínicos, complica a gestão da quimioterapia (34–36);
- e) Os cuidados são prestados por equipas interprofissionais que trabalham em diferentes contextos, o que pode aumentar o risco de falhas de comunicação entres os diversos profissionais (35). Como estratégias para combater este problema, a OMS destaca a importância da reconciliação da medicação e do envolvimento dos doentes nesse processo (5,38). Os doentes oncológicos são parceiros muito capazes, pelo facto de estarem altamente sensibilizados para com as suas patologias e tratamentos de alto risco, e devido ao maior envolvimento por parte dos seus familiares e amigos. A reconciliação da medicação ocorre quando uma lista completa dos medicamentos do doente, incluindo o nome do fármaco, a dosagem, a frequência e a via de administração, é comunicada ao próximo profissional de saúde, assim que este é transferido para outro local, serviço, médico ou diferente nível de cuidados, podendo essa lista ser usada para guiar decisões terapêuticas (41). Este processo envolve três passos, recolher o historial terapêutico, assegurar que essa medicação e respetivas doses são apropriadas e, por fim, documentar todas as alterações que decorram a partir desse momento. É considerado completo quando cada medicamento que o doente se encontra a tomar é considerado ativamente continuado, descontinuado ou modificado em cada transição de cuidados. Quando bem-sucedido, este processo reduz eventos adversos associados ao uso de medicamentos, erros medicamentosos e a sobreposição de trabalho associada à gestão de pedidos de medicação (8,41).

Os erros em quimioterapia representam um potencial risco de elevada gravidade no que toca à segurança do doente. Os erros em quimioterapia ocorrem a uma taxa de cerca de quatro erros por cada 1000 prescrições, afetando 1-3% dos doentes oncológicos durante um único ciclo de tratamentos, e podem ocorrer em todas as fases do processo de uso dos medicamentos (35).

A taxa de erros medicamentosos decorrentes de tratamentos com quimioterapia tende a ser inferior do que com outra medicação em geral, o que reflete o maior cuidado que os profissionais de saúde têm com estes doentes, o facto destes serem mais monitorizados, principalmente quando se encontram a realizar terapêutica de infusão a nível hospitalar, e também a maior colaboração entre médicos, farmacêuticos e enfermeiros nesta área. É importante frisar que, apesar da frequência dos erros ser mais baixa, o seu impacto, caso

ocorram, é maior. Outro fator interessante de analisar é que há maior risco de erros medicamentosos relacionados com medicamentos de suporte não-quimioterápicos e medicação habitual do doente do que com a própria quimioterapia. Em diversos estudos, os erros relacionados com medicamentos não-quimioterápicos foram pelo menos tão comuns como os relacionados com a quimioterapia. O que reforça a importância da reconciliação da medicação, dos registos de prescrição eletrónicos e da colaboração entre oncologistas e médicos de outras áreas durante o tratamento oncológico (35).

1.3.1.1 Quimioterapia oral: um novo desafio

O uso de quimioterapia oral aumentou drasticamente nos últimos anos (34). Mais de metade dos novos agentes de quimioterapia aprovados desde 2010 são medicamentos orais (42). Esta terapêutica inclui agentes citotóxicos, agentes alvo-específico e agentes hormonais (34). A quimioterapia oral aumenta a autonomia e conveniência do doente. Para além disso, elimina os riscos associados à administração intravenosa (IV), como infeções ou efeitos adversos relacionados com a administração. Apesar destas vantagens, os agentes de quimioterapia oral estão incluídos na lista de Medicamentos de Alto Risco segundo o Instituto para as Práticas de Medicação Seguras (43). Os regimes de quimioterapia oral normalmente requerem a autoadministração pelos doentes ou pelos seus cuidadores, em casa (34,43). Tipicamente, os doentes que recebem quimioterapia IV são mais monitorizados, visto que realizam as suas infusões em meio hospitalar. Para além disso, os agentes de quimioterapia oral são percecionados como menos tóxicos, o que leva a uma monitorização menos frequente (34).

As características dos regimes de quimioterapia oral e do seu local de administração aumentam o risco de não adesão, interações medicamentosas e efeitos adversos, o que pode afetar negativamente os resultados terapêuticos e a segurança do doente (34,36,43).

O aumento do uso de agentes de quimioterapia oral trouxe novos desafios aos profissionais de saúde (34,35). Os doentes que usam quimioterapia oral precisam de uma maior abordagem educativa acerca dos seus medicamentos, especialmente no que diz respeito a interações farmacológicas e tolerância ao tratamento (reações adversas) (42–45). O aconselhamento dos doentes acerca da sua terapêutica é também essencial para assegurar a adesão ao tratamento (45,46). Em geral, pessoas idosas, nas quais a incidência de cancro é maior, com dificuldades em entender o seu regime terapêutico, que experienciem reações adversas decorrentes do

mesmo e/ou que tenham polifarmácia têm normalmente uma baixa adesão à terapêutica com fármacos antineoplásicos (37).

1.3.2 O papel do farmacêutico na segurança do uso do medicamento oncológico

O farmacêutico tem um papel essencial no que diz respeito à prevenção de potenciais erros medicamentosos e na contribuição para a segurança do doente (13). Este profissional encontra-se numa posição única para minimizar os riscos de segurança relacionados com todo o processo do uso do medicamento, visto que se encontra envolvido nas várias fases do mesmo. Algumas das funções do farmacêutico que mais contribuem para a segurança no uso do medicamento são (5):

- a) garantir a adequação das prescrições no início do tratamento (5);
- b) assegurar transições de cuidados de saúde seguras entre hospitais/outras unidades de saúde e a comunidade, nomeadamente no que diz respeito à recolha da história clínica e reconciliação da medicação (5);
- c) dispensar corretamente os medicamentos (5);
- d) educar os doentes acerca do uso correto e apropriado dos seus medicamentos (5);
- e) instruir os doentes acerca dos potenciais efeitos secundários, podendo aconselhá-los acerca do curso de ação, caso tenham alguma reação adversa expectável (5);
- f) informar o doente acerca de interações medicamento-alimento (5);
- g) identificar e resolver problemas relacionados com a medicação que sejam clinicamente significantes ou potencialmente prejudiciais para o doente, como interações medicamentosas (5).

Todas estas funções são de extrema importância no que diz respeito a assegurar que os doentes usam os seus medicamentos de forma segura e apropriada (5).

O maior objetivo de um serviço de farmácia clínica é não só resolver reações adversas medicamentosas e problemas relacionados com a medicação existentes, mas também prevenir a sua ocorrência futura e otimizar a terapêutica medicamentosa, de forma a atingir a maior segurança no uso do medicamento possível. O farmacêutico tem ainda a capacidade de avaliar a segurança dos processos relacionados com a medicação e de criar e implementar soluções para melhorar os mesmos, de forma a mitigar problemas relacionados com a medicação que possam causar dano ao doente (14).

Como discutido anteriormente, o farmacêutico tem um papel muito importante na detecção, prevenção e resolução de problemas relacionados com os fármacos. Este papel é ainda mais importante na área da oncologia, onde os protocolos de tratamento complexos e a extensa terapêutica de suporte exigem uma maior monitorização (47).

A participação do farmacêutico clínico na equipa multidisciplinar de oncologia é essencial para contribuir para a melhoria dos resultados terapêuticos e da qualidade de vida dos doentes (48) e, em particular, para a segurança dos doentes (2,13,15,36,40). Nesta área, as principais contribuições deste profissional prendem-se com a revisão da prescrição médica e a gestão da administração dos fármacos (13), a detecção e prevenção de interações entre fármacos (40,42), a monitorização do seu uso (13), a gestão e detecção precoce de reações adversas decorrentes do tratamento (7,15,49), a abordagem de complicações relacionadas com o cancro (15), a educação e aconselhamento do doente a iniciar quimioterapia, bem como de outros profissionais de saúde (13,15,37) e a melhoria da adesão à terapêutica (15,37).

1.4 Consulta farmacêutica em oncologia

A comunicação clínica eficaz nos cuidados oncológicos está intimamente ligada com melhores resultados terapêuticos, melhor adesão à terapêutica e aumento da qualidade de vida dos doentes oncológicos (50). A boa comunicação também demonstrou minimizar o stress psicológico, um problema com bastante prevalência entre os doentes oncológicos e os seus familiares/cuidadores (51). A comunicação farmacêutico-doente pode ocorrer em diversos ambientes, dos quais é exemplo a consulta farmacêutica (21).

Oportunidades de encorajar o doente a envolver-se mais nas práticas de segurança no uso do medicamento são extremamente benéficas para a sua segurança global (35). A implementação da consulta farmacêutica em oncologia, na qual o farmacêutico realiza aconselhamento ao doente e/ou gestão da sua terapêutica, tem demonstrado melhorar significativamente a segurança do doente através:

- a) da diminuição dos problemas relacionados com os fármacos no geral (40,45,52);
- b) da menor incidência/severidade de reações adversas medicamentosas (44,49,53);
- c) da redução de interações medicamentosas (42–44);
- d) da diminuição de erros de administração (43) e erros medicamentosos no geral (44);
- e) da melhoria da adesão à terapêutica (43,44,54,55);

- f) do aumento do conhecimento dos doentes acerca dos seus medicamentos (55,56), sendo que, para além da informação unidirecional transmitida ao doente, esta consulta permite que o doente coloque questões ao farmacêutico de forma livre (42);
- g) da prevenção e gestão de efeitos adversos e de potenciais interações com fármacos, produtos à base de plantas e alimentos (45,52,56);
- h) da redução dos custos com os cuidados de saúde dos doentes envolvidos (57).

A consulta farmacêutica em oncologia foi recomendada pela Sociedade Farmacêutica de Farmácia Oncológica. Esta organização produziu uma série de recomendações destinadas à consulta farmacêutica oncológica em doentes tratados com quimioterapia oral (terapêutica hormonal, agentes citotóxicos e fármacos alvo-específicos), entre as quais se encontram (52):

- a) Os objetivos da consulta farmacêutica em oncologia são:
 - i) determinar os conhecimentos do doente e/ou cuidador (acerca de, por exemplo: modalidades de administração, efeitos adversos, etc.) e a sua adesão ao tratamento
 - ii) assegurar que as modalidades do tratamento foram compreendidas apropriadamente
 - iii) fornecer informação ao doente no que diz respeito a identificar, prevenir e limitar efeitos adversos e sobre o que fazer no caso de surgir um efeito adverso grave
 - iv) executar uma análise da terapêutica farmacológica (medicamentos concomitantes, fitoterapia, suplementos alimentares, terapêuticas alternativas e complementares)
 - v) participar na avaliação e melhoria da adesão à terapêutica

Entre os objetivos da consulta farmacêutica em oncologia encontram-se ainda a realização da reconciliação da medicação e o desenho de uma estratégia farmacológica personalizada que vá ao encontro das necessidades do doente (52).

- b) A consulta farmacêutica em oncologia deverá fazer parte de um processo de tratamento multidisciplinar (52).
- c) Os farmacêuticos que realizem estas consultas devem ter formação na condução de entrevistas e conhecimentos vastos na área da oncologia. Estas qualificações podem ser obtidas através da experiência ou de formação específica (52).
- d) Deve ser realizada uma consulta antes do início do tratamento ou logo que possível após este ser iniciado; deve ser realizada uma consulta de acompanhamento 1 mês após o início do tratamento; devem ser realizadas consultas ou entrevistas de acompanhamento regularmente (52).

- e) As intervenções realizadas durante a consulta farmacêutica devem ser registadas, medidas e monitorizadas. Os indicadores a medir podem incluir, por exemplo, o número de doentes que recebeu a consulta farmacêutica quando comparado com o número total de doentes a receber quimioterapia oral, o número de consultas iniciais e de seguimento, alterações na adesão à terapêutica, o número de intervenções farmacêuticas e a sua identificação (ex: deteção de interações), duração média das consultas e avaliação da satisfação dos doentes, acompanhantes e outros profissionais de saúde da equipa multidisciplinar (52).

A análise, caracterização e quantificação das intervenções farmacêuticas realizadas durante a consulta são extremamente importantes para documentar as atividades do farmacêutico hospitalar nesta área e realçar a importância do seu papel na equipa multidisciplinar de oncologia (47,52).

2 Objetivo

Este trabalho tem como objetivo geral analisar o conteúdo da comunicação entre o farmacêutico e o doente na consulta farmacêutica em oncologia, no que respeita à segurança no uso da terapêutica oncológica.

Os seus objetivos secundários são:

- Analisar o conteúdo relativo a advertências e precauções relacionadas com a toma de medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores e seus coadjuvantes, interações entre fármacos e entre fármacos e suplementos alimentares/ preparações à base de plantas e reações adversas potenciais decorrentes da toma destes medicamentos;
- Descrever as principais reações adversas decorrentes da toma de medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores e seus coadjuvantes;
- Identificar os pontos de potencial melhoria do papel do farmacêutico hospitalar na prestação de informações com relevância para a terapêutica de doentes em ambulatório.

3 Materiais e Métodos

3.1 Materiais

O material de estudo consiste em gravações obtidas de 13 consultas farmacêuticas hospitalares realizadas a doentes oncológicos ambulatoriais (ou representantes dos mesmos). Todas as gravações foram autorizadas pelos doentes ou representantes através da assinatura de um consentimento informado no início da consulta. Estas consultas decorreram entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020 no Hospital de São Francisco Xavier, em Lisboa.

3.2 Métodos

Este estudo seguiu um desenho transversal, observacional e descritivo.

3.2.1 Transcrição das gravações das consultas

Inicialmente, foram transcritas, na íntegra, todas as 13 gravações das consultas, sendo que sempre que surgiram elocuições não perceptíveis estas foram classificadas como “[intel]”. Em cada elocução foi também identificado o interlocutor (farmacêutica, doente e/ou familiar), assim como o tempo (minuto e segundo) a que a mesma foi proferida.

3.2.2 Seleção da informação de base relativa aos fármacos presentes na consulta

Elaborou-se uma lista com toda a terapêutica farmacológica associada a cada consulta. Esta lista terapêutica incluiu os medicamentos presentes no registo farmacoterapêutico do doente, assim como todos os referidos durante a consulta.

Selecionaram-se os FI de todos os medicamentos em causa, tendo em conta que a informação presente nos FI é destinada à consulta independente pelo doente ou cuidador. Quando isso não foi possível ou a sua informação estava incompleta, foram utilizados os RCM.

Quer o FI quer o RCM foram obtidos através da base de dados do medicamento do Infarmed (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.), o *Infomed* (58). A pesquisa foi realizada por substância ativa ou, quando presente em consulta, pela marca comercial do

medicamento e foi tida ainda em consideração, quando presente em consulta, a via de administração dos medicamentos. Para além disso, foram selecionados sempre os FI/RCM mais recentes ou com a revisão mais recente à data da pesquisa.

Para este estudo, foram considerados como mais relevantes os seguintes parâmetros dos FI/RCM: indicação(s) terapêutica(s); advertências e precauções; interações; posologia; instruções de administração; e reações adversas.

Esta informação é, do ponto de vista teórico, aquela que pode ser comunicada pelo farmacêutico aos doentes que utilizem os medicamentos em questão. Deste modo, a informação vinda do FI/RCM funcionou como um comparador padrão para os conteúdos trocados entre o farmacêutico e o doente durante a consulta farmacêutica hospitalar. Estes documentos foram escolhidos como referência, uma vez que o seu conteúdo se destina à leitura por parte dos doentes (FI) e dos profissionais de saúde (RCM), e também pelo facto destes documentos serem revistos periodicamente, o que garante o seu rigor científico.

Utilizou-se um documento Excel (Excel T) para organizar toda a informação pelos seis parâmetros referidos anteriormente.

A informação retirada dos FI/RCM para cada parâmetro foi selecionada com base na relevância tendo em conta o perfil clínico de cada doente (comorbilidades discutidas em consulta e perfil farmacoterapêutico). Para o parâmetro Reações Adversas foram selecionadas só as Muito Frequentes e/ou Frequentes com base na classificação do próprio FI/RCM e, dentro dessas, as mais facilmente identificáveis pelo doente. Para além do FI/RCM foi ainda usado o site “Medscape – Drug Interaction Checker” (59) no parâmetro Interações. Foram selecionadas, dentro das interações mencionadas nos FI/RCM, as consideradas como “serious – use alternative” ou “monitor closely” pelo site.

3.2.3 Análise qualitativa das consultas

Foi criado um esquema de codificação fechado, no qual os códigos pré-definidos corresponderam às informações que se pretendiam localizar nas transcrições das consultas, tendo em conta os parâmetros identificados previamente. Este esquema pode ser consultado na tabela 1 apresentada em seguida. Através do software NVivo12 foram codificadas as elocuições consideradas relevantes para cada código.

A análise qualitativa na área da saúde tem aumentado exponencialmente nos últimos 20 anos. Esta permite tratar dados que não são passíveis de analisar através de métodos quantitativos, por exemplo transcrições de entrevistas, como é o caso. A codificação ou categorização é o passo mais importante do processo de análise qualitativa. Atualmente, essa codificação é realizada com recurso a softwares como o NVivo, muito usado pelos investigadores. O NVivo é um software de análise qualitativa assistido por computador desenvolvido pela QRS International (Melbourne, Austrália). O uso de softwares como o NVivo facilita o processo de análise e permite mecanizar o processo de codificação, assim como o de pesquisa e de recolha de dados (60). Assim, o NVivo permite trabalhar de forma mais metódica, acrescentando rigor ao trabalho (61).

Tabela 1: Árvore de codificação fechada usada no programa NVivo12

Nó	Sub-nó	Sub-sub-nó	Sub-sub-sub-nó
Consentimento informado	-	-	-
Doente	Idade	-	-
	Alergias	-	-
	Comorbilidades	-	-
	Dieta	-	-
	Hábitos tabágicos	-	-
	Adesão à terapêutica	-	-
	Tipo de cancro	-	-
	Peso	-	-
Suplementos	-	-	-
Chás	Chá de hipericão	-	-
Terapêutica	Medicamentos		Indicações Terapêuticas

		Nome do medicamento	Advertências e Precauções
			Interações
			Posologia
			Instruções de administração
			Reações adversas
Radioterapia	-	-	

3.2.4 Cruzamento da informação de base com a recolhida das consultas

De forma a relatar quais as informações terapêuticas que foram abordadas durante a consulta farmacêutica, foi desenvolvido um outro documento em Excel (Excel P) com todas as informações relevantes previamente codificadas. Estas informações incluíram dados relativos às comorbilidades dos doentes, à utilização de terapêuticas não-farmacológicas (suplementos alimentares e chás) e sobre os próprios medicamentos.

As informações sobre medicamentos mencionados durante as consultas foram divididas pelos mesmos parâmetros do Excel anterior. Uma vez identificados, estes foram classificados também como:

- a) L – quando o medicamento constava no registo farmacoterapêutico dos doentes;
- b) M – quando o medicamento foi mencionado nas consultas;
- c) TI – quando este era uma terapêutica inativa, não constando naturalmente no registo farmacoterapêutico do doente.

Os diferentes parâmetros foram ainda classificados de acordo com o interlocutor que proferiu a elocução correspondente (farmacêutica-Ph, doente-P e acompanhante-R). Tendo sido ainda classificados pelo tipo de elocução produzida (questão-Q ou afirmação-A).

Para cada consulta, os parâmetros ausentes foram pontuados com zero (0) e os presentes com a frequência com que foram mencionados. Nos resultados, são apresentados alguns excertos da

comunicação através da qual foram obtidos os códigos relativos à presença dos vários parâmetros.

Quando detetada uma informação sem correspondência com a informação de base presente no primeiro Excel criado (Excel T), esta foi classificada como “sem correspondência” com a sigla WC (“without correspondence”).

3.2.5 Análise estatística

Para avaliar os dados obtidos, recorreu-se ao programa *IBM SPSS Statistics 27*, um software de análise estatística robusto que contém um conjunto de ferramentas que auxilia a análise de dados de forma a permitir extrair resultados quantitativos. (62)

Através da introdução dos dados da tabela de Excel anterior (Excel P), foi possível medir frequências e médias de elocuições proferidas para cada parâmetro e cruzar dados importantes para a obtenção de resultados. Sendo que os medicamentos presentes eram mais de 100 foi necessário nesta fase agrupá-los por grupos terapêuticos, tendo sido criados 15 grupos de medicamentos com o auxílio do “Índice ATC/DDD 2021” da WHO (63).

4 Resultados

4.1 Análise da população de doentes

Foram obtidos dados de comunicação para 13 entrevistas (69,2% homens e 30,8% mulheres, com uma média de idades de 77,3 anos). O tipo de cancro mais comumente encontrado nesta população de doentes foi o cancro da próstata (46,2%), seguido do cancro retal (23,1%) e do cancro da mama (15,4%). Há ainda dois doentes com duas neoplasias em simultâneo, um deles tem cancro da próstata e do pénis e outro tem adenocarcinoma gástrico e cancro da língua. Em média, cada doente apresenta 3,8 comorbilidades, sendo que todos os doentes têm pelo menos uma. As mais frequentes para esta população de doentes são a hipertensão (61,5%), a diabetes mellitus tipo 2 (38,5%) e a dislipidemia (30,8%). A média de medicamentos presentes na lista terapêutica foi de 11,7, variando entre os 8 e os 16 medicamentos para cada doente.

Tabela 1.1: Análise da população de doentes – sexo, idade, tipo de cancro

Sexo		Idade (Média±SD)	Tipo de cancro (%)						
Masculino (%)	Feminino (%)		Cancro da próstata	Cancro da mama	Cancro espinocelular peniano	Adenocarcinoma gástrico do corpo/antro	Cancro da língua	Adenocarcinoma retal baixo	Cancro retal
69,2	30,8	77,3 ± 7,8	46,2	15,4	7,7	7,7	7,7	7,7	23,1

Tabela 2.2: Análise da população de doentes – comorbilidades

Co-morbilidades (%)	Hipertensão arterial	Dislipidémia	Trombose venosa profunda	Trombose venosa femoro popliteal	Rinite alérgica	Doença cardiovascular	Diabetes Mellitus Tipo 1	Diabetes Mellitus Tipo 2	Rinofimosa
	61,5	30,8	15,4	7,7	30,8	7,7	7,7	38,5	7,7
	Queratose seborreica e angiomas de rubi	Hiperuricémia	Doença osteoarticular degenerativa	Perda de audição bilateral	Bradycardia sinusal	Hérnia de hiato	Doença do refluxo gastroesofágico	Estado pós-bypass	Estado pós-enfarte

			da coluna vertebral						
	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7
	Arritmia	Fibrilhação auricular	Transplante renal	Hepatite B	Tiroidectomia total	Ansiedade	Osteopenia	Dor neuropática na região peitoral esquerda	/
	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	/

4.2 Análise das consultas farmacêuticas

O tempo médio de cada consulta foi de 22,71 minutos. É importante referir também que, na maioria dos casos (46,2%), os doentes vieram acompanhados à consulta, em 30,8% dos casos vieram sozinhos e em 23,1% dos casos os familiares dos doentes vieram à consulta sozinhos, em sua representação.

4.2.1 Análise de fatores não farmacoterapêuticos

Neste estudo, a farmacêutica nunca questionou o doente acerca da sua idade, questionou o doente acerca de alergias em 30,8% das consultas (em média 1 questão por consulta), realizou questões e aconselhamento acerca de dieta/alimentação em 61,5% das consultas (em média 3 vezes por consulta), realizou questões e aconselhamento acerca de suplementos alimentares em 69,2% das consultas (em média 4,1 vezes por consulta) e realizou questões e aconselhamento acerca de produtos à base de plantas em 76,9% das consultas (em média 4,7 vezes por consulta)

Tabela 2: Intervenções da farmaceutica acerca de: idade, alergias, dieta, suplementos alimentares e chás

Intervenções da farmacêutica sobre:	Idade	Alergias	Dieta	Suplementos Alimentares	Produtos à base de plantas
% nas 13 consultas	0	30,8	61,5	69,2	76,9
Média de citações ± SD	-	1 ± 0	3 ± 2,3	4,1 ± 4,5	4,7 ± 5,5

4.2.2 Análise da presença dos medicamentos nas consultas

Na tabela seguinte podemos verificar que os grupos farmacoterapêuticos mais citados foram “agentes antineoplásicos e imunomoduladores” (em média 10 vezes por consulta) e “coadjuvantes de quimioterapia” (em média 9 vezes por consulta), sendo que os restantes grupos farmacoterapêuticos foram mencionados em média 5,1 vezes por entrevista. Dentro destes, o grupo mais mencionado foi “sistema genitourinário” (em média 8,6 vezes por consulta) e os menos mencionados foram “imunomoduladores” (em média 1 vez por consulta) e “suplementos” (em média 2 vezes por consulta).

Na mesma tabela podemos ainda analisar se os medicamentos presentes no registo farmacoterapêutico foram ou não mencionados nas consultas e constatar a presença de determinados medicamentos mencionados nas consultas que não se encontravam no registo farmacoterapêutico. Os grupos “suplementos” (66,7%), “hormonas tiróideias e anti-tiroideus” (50%) e “imunomoduladores” (50%) foram aqueles nos quais mais se verificou a falta de menção durante a consulta, apesar dos medicamentos em causa constarem no registo farmacoterapêutico. Em determinados grupos como “insulinas, antidiabéticos e glucagon”, “antibacterianos” e “sistema digestivo” não se verificou esta relação, o que significa que esses medicamentos foram sempre mencionados durante a consulta. O grupo “antibacterianos” foi sempre mencionado em consulta sem nunca constar no registo farmacoterapêutico, seguido do grupo “coadjuvantes de quimioterapia”, onde esta relação também se verificou de forma elevada (40,1%). Por fim, os grupos onde mais se verificou que os medicamentos presentes no registo farmacoterapêutico foram mencionados nas consultas foram os “antidiabéticos” (100%), “analgésicos” (84,6%), “antidislipídicos” (83,3%), “sistema genitourinário” (75%), “sistema respiratório” (70%) e “outros” (70%). O grupo “agentes antineoplásicos e imunomoduladores” apresentou uma relação de 63,3% de medicamentos mencionados na consulta, que se encontravam igualmente presentes na lista terapêutica.

Tabela 3: Análise descritiva da presença de medicamentos por grupo terapêutico nas listas terapêuticas e nas consultas

Grupos Terapêuticos	Elocação média por consulta (média)	R e/o C (%)		
		R e/o C (%)	C e/o R (%)	R e C (%)
Agentes antineoplásicos e imunomoduladores (n=10)	10,0	20	16,7	63,3
Coadjuvantes de quimioterapia (n=7)	9,0	36,7	40,1	23,1
Sistema cardiovascular e sangue (n=30)	6,2	19,7	12,8	67,5
Insulinas, antidiabéticos e glucagon (n=7)	4,6	-	-	100
Antidislipídemicos (n=6)	4,7	16,7	-	83,3
Suplementos (n=3)	2,0	66,7	-	33,3
Sistema respiratório (n=5)	7,0	10	20	70
Sistema genito-urinário (n=6)	8,6	8,3	16,7	75
Sistema nervosa central (n=11)	3,4	22,7	9,1	68,2
Analgésicos (n=6)	5,7	7,8	7,8	84,6
Antibacterianos (n=2)	7,0	-	100	-

Hormonas tireóideas e anti-tiroideus (n=2)	7,0	50	-	50
Imunomoduladores (n=2)	1,0	50	-	50
Sistema digestivo (n=4)	5,1	-	35	65
Outros (n=5)	4,1	20	10	70

Elocação média por consulta (média): número médio de citações de cada medicamento, em todas as consultas em que este foi citado pelo menos 1 vez; **R e/or C (%)**: medicamentos registados na lista terapêutica e/ou citados, pelo menos uma vez; **R e/o C (%)**: medicamentos registados na lista terapêutica, mas não mencionados; **C e/o R (%)**: medicamentos citados, pelo menos uma vez, mas não registados na lista terapêutica; **R e C (%)**: medicamentos registados na lista terapêutica e citados, pelo menos uma vez.

4.2.3 Análise das elocuições relativas aos parâmetros dos FI/RCM: advertências e precauções, interações e reações adversas

Analisaram-se os parâmetros advertências e precauções, interações e reações adversas, os mais relevantes para o estudo da segurança no uso da terapêutica oncológica. Para cada parâmetro em estudo avaliaram-se o número médio de elocuições, quais os autores de cada elocução e a tipologia de cada elocução, ou seja, se esta se tratou de uma afirmação ou de uma questão.

Para o parâmetro advertências e precauções, verificou-se mais comunicação para o grupo “agentes antineoplásicos e imunomoduladores” em uma consulta (4 elocuições) e para o grupo “analgésicos” em uma consulta (11 elocuições). Retira-se ainda que a maioria da comunicação foram afirmações por parte da farmacêutica, ou seja, informações dadas ao doente. É importante ainda realçar que para os grupos “insulinas, antidiabéticos e glucagon”, “suplementos”, “sistema respiratório”, “sistema nervoso central”, “antibacterianos”, “hormonas tiróideias e anti-tiroideus”, “imunomoduladores” e “outros” não se verificou qualquer tipo de comunicação relacionada com o parâmetro advertências e precauções.

Para o parâmetro interações, verificou-se mais comunicação para o grupo “sistema genitourinário” em uma consulta (9 elocuições), “coadjuvantes de quimioterapia” em uma consulta (4 elocuições) e “sistema cardiovascular” em uma consulta (4 elocuições). Para o grupo “agentes antineoplásicos e imunomoduladores” verificaram-se em média 2 elocuições por consulta em 4 consultas. Retira-se ainda que todas as elocuições foram afirmações da farmacêutica, ou seja, informações dadas ao doente sobre interações previamente detetadas (por exemplo, “*É que aqueles comprimidos que está a fazer, a capecitabina com o alopurinol, os dois juntos não dá*” (farmacêutica); “*Pois não. Ele parou...*” (acompanhante)) ou detetadas durante a consulta (por exemplo, “*ai o hipericão é que não pode*” (...) “*é que esse chá é um dos chás que pode interagir*” (...) “*com alguns medicamentos*” (...) “*nomeadamente um que está a fazer agora, que é o irinotecano*”). É importante ainda realçar que não foram mencionadas quaisquer interações para os seguintes grupos: “insulinas, antidiabéticos e glucagon”, “antidislipídicos”, “suplementos”, “sistema respiratório”, “sistema nervoso central”, “analgésicos”, “antibacterianos”, “hormonas da tiroide e antitiroideus” e “imunomoduladores”.

Para o parâmetro reações adversas, só se verificou comunicação para o grupo “agentes antineoplásicos e imunomoduladores” em 7 consultas (em média 4,7 intervenções por consulta), para o grupo “coadjuvantes de quimioterapia” em uma consulta (1 intervenção) e para o grupo

“sistema cardiovascular e sangue” em uma consulta (3 intervenções). Neste parâmetro, apesar da maior intervenção continuar a ser a da farmacêutica (informações acerca de potenciais efeitos adversos), pode verificar-se uma maior participação do doente e/ou do familiar, tanto na forma de questões como de afirmações (reações adversas reportadas pelo doente), pelo que foi feita uma distinção entre as reações adversas potenciais e detetadas. Desta diferenciação resultou que no grupo “agentes antineoplásicos e imunomoduladores” foram reportadas reações adversas pelo doente e/ou familiar em 2 consultas (em média 2 elocuições por consulta) para os medicamentos capecitabina, fluorouracil e irinotecano e dadas informações acerca de potenciais efeitos adversos pela farmacêutica em 6 consultas (em média 2,5 elocuições por consulta) para os medicamentos abiraterona, capecitabina, enzalutamida, fluorouracil e irinotecano. As reações adversas reportadas pelo doente foram os vômitos (75%) e a diarreia (25%). As reações adversas mencionadas pela farmacêutica foram a hipocaliemia (23%), as infeções do trato urinário (15,4%), a diarreia (15,4%), a elevação das enzimas hepáticas (7,7%), a hipertensão (7,7%), a alopecia (7,7%), a inflamação dos pés e das mãos (7,7%), as náuseas e vômitos (7,7%) e a fadiga (7,7%). No grupo dos “coadjuvantes de quimioterapia” foi mencionada uma reação adversa pela farmacêutica numa entrevista (1 elocução), a diminuição do sódio, para a prednisolona. No grupo “sistema cardiovascular e sangue” foram reportadas 2 reações adversas pelo doente, a hipotensão (66,6%) e as tonturas (33,3%), numa consulta (3 elocuições), para a furosemida.

Tabela 4: Análise descritiva da presença de elocuições relativas aos parâmetros Advertências e Precauções, Interações e Reações Adversas.

Fármacos	Advertências e Precauções (C)			Interações (C)			Reações Adversas (C)		
	N	Elocução média por consulta (média±SD)	Tipo de elocução por interlocutor (%)	N	Elocução média por consulta (média±SD)	Tipo de elocução por interlocutor (%)	N	Elocução média por entrevista (média±SD)	Tipo de elocução por interlocutor (%)
Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	4	4,0±4,7	87,5% PhA; 6,25% PA_R; 6,25% PQ_RQ	4	2,0±1,4	100% PhA	7	4,7±3,5	66,7% PhA; 18,2% PhQ; 12,1% PA_RA; 3,0% PQ_RQ
Coadjuvantes de quimioterapia	1	1,5±0,7	100% PhA	1	4,0±0,0	100% PhA	1	1,0±0,0	100% PhA
Sistema cardiovascular e sangue	1	1,5±0,7	100% PhA	1	4,0±0,0	100% PhA	1	3,0±3,5	66,7% PhA; 33,3% PA_RA
Insulinas, antidiabéticos e glucagon	0	-	-	0	-	-	0	-	-
Antidislipídicos	2	1,0±0,0	100% PhQ	0	-	-	0	-	-

Suplementos	0	-	-	0	-	-	0	-	-
Sistema respiratório	0	-	-	0	-	-	0	-	-
Sistema genitourinário	2	1,0±0,0	50%PhA; 50%PA_RA	1	9,0±0,0	100%PhA	0	-	-
Sistema nervoso central	0	-	-	0	-	-	0	-	-
Analgésicos	1	11,0±0,0	81,8%PhA; 9,1%PhQ; 9,1%PA	0	-	-	0	-	-
Antibacterianos	0	-	-	0	-	-	0	-	-
Hormonas da tiróide e antitiróideus	0	-	-	0	-	-	0	-	-
Imunomoduladores	0	-	-	0	-	-	0	-	-
Sistema digestive	2	1,5±0,7	100%PhA	2	1,0±0,0	100%PhA	0	-	-
Outros	0	-	-	1	2,0±0,0	100%PhA	0	-	-

N: número de casos no qual cada parâmetro foi citado; **PhA:** afirmações proferidas pela farmacêutica; **PhQ:** questões realizadas pela farmacêutica; **PA_RA:** afirmações proferidas pelo doente e/ou acompanhante; **PQ_RQ:** Questões realizadas pelo doente e/ou acompanhante.

4.2.3.1 Análise da discrepância entre a informação prestada pela farmacêutica e a presente no FI/RCM

Relativamente aos grupos farmacoterapêuticos “agentes antineoplásicos e imunomoduladores” e “coadjuvantes de quimioterapia”, os mais relevantes para a consulta farmacêutica em oncologia, foi realizada uma análise da discrepância entre a informação prestada pela farmacêutica e a presente no FI/RCM, relativamente aos mesmos 3 parâmetros analisados anteriormente. É importante clarificar que a não correspondência com o FI/RCM não significa que a informação prestada pela farmacêutica esteja errada, visto que esta pode ter consultado outras fontes, igualmente fidedignas, para providenciar as suas intervenções.

Para o parâmetro advertências e precauções todas as elocuições da farmacêutica corresponderam ao descrito no FI/RCM, exceto a elevação da tensão arterial descrita para a capecitabina (“convém agora o que eu lhe ia dizer era nestes primeiros tempos medir a tensão com mais regularidade”).

Para o mesmo parâmetro foram selecionadas várias informações que deveriam ter sido referidas pela farmacêutica segundo o descrito no FI/RCM. Apenas foram escolhidas advertências e precauções relacionadas com as comorbilidades que a maioria dos doentes apresentava e com informações mais direcionadas ao doente, como beber mais água ou evitar a exposição solar, por exemplo. Pode afirmar-se que, em 60% das consultas em que o doente tomava abiraterona, em 33,3% das consultas em que o doente tomava capecitabina e em 50% das consultas em que o doente tomava loperamida, não foram mencionadas quaisquer advertências e precauções. Pode ainda constatar-se que este parâmetro não foi mencionado para 5 medicamentos do grupo “agentes antineoplásicos e imunomoduladores” e para outros 5 do grupo “coadjuvantes de quimioterapia” e que nunca foram mencionadas todas as advertências e precauções consideradas relevantes.

Para o parâmetro interações, todas as elocuições da farmacêutica corresponderam ao descrito no FI/RCM, exceto as interações da capecitabina com o omeprazol (“o *omeprazol* não”; “é, porque

este medicamento com este aqui pode diminuir”(...)”o efeito deste”) e o pantoprazol (“ele interage com a capecitabina”) e da prednisolona com a desmopressina (“porque os corticóides podem aumentar o efeito a diminuição do sódio que já faz a *desmopressina*”; “o que eles dizem aqui neste programa que vê as interações é que é só p(a)ra uma marca que eu acho que até nem temos que é uma *Noctiva* que existe nos Estados Unidos e que é para *desmopressina* intra-nasal não é este o caso”; “vou só alertar a doutora Ana”; “p(a)ra ela pedir só aquilo a questão é mesmo só do sódio”).

Para o mesmo parâmetro foram selecionadas várias interações que deveriam ter sido referidas pela farmacêutica segundo o descrito no FI/RCM do medicamento e que, através da ferramenta Medscape – Drug Interaction Checker, foram consideradas como “serious – use alternative” ou “monitor closely”. Detetaram-se, portanto, mais 6 potenciais interações (cisplatina-furosemida, leuprorelina-omeprazol, metotrexato-omeprazol, aprepitant-prednisolone, metoclopramida-fluoxetina, prednisolona-diclofenac) para estes grupos farmacoterapêuticos que não foram mencionadas pela farmacêutica.

Para o parâmetro reações adversas, todas as intervenções da farmacêutica corresponderam ao descrito no FI/RCM.

Para o mesmo parâmetro, foram selecionadas várias informações que deveriam ter sido referidas pela farmacêutica segundo o descrito no FI/RCM como frequente/ muito frequente e, dentro dessas, as que seriam mais facilmente detetadas pelo doente. Pode afirmar-se que, em 40% das consultas em que o doente tomava abiraterona, 33,3% das consultas em que o doente tomava capecitabina e 83,3% das consultas em que o doente tomava prednisolona, não foram referidas quaisquer potenciais reações adversas. É importante realçar que não foi mencionada qualquer reação adversa para 4 “agentes antineoplásicos e imunomoduladores” (cisplatina, ciclofosfamida, leuprorelina e metotrexato) e para 6 “coadjuvantes de quimioterapia” (aprepitant, metoclopramida, ondansetrom, loperamida, dexametasona e folinato de cálcio) e que nunca foram mencionadas todas as reações adversas consideradas relevantes.

5 Discussão

Os doentes oncológicos encontram-se em maior risco para o desenvolvimento de problemas relacionados com os fármacos (13,34–36). Para além disso, a população presente neste estudo também constitui uma população de alto risco pelo facto de ser uma população idosa (a idade média dos doentes ronda os 77,3 anos), que apresenta muitas comorbilidades (em média, cada doente apresenta 3,8 comorbilidades) e possui polifarmácia (no presente estudo todos os doentes têm polifarmácia segundo a definição da OMS (38)) (5,38). Estes fatores tornam-na prioritária para o desenvolvimento de intervenções (38) que, como a consulta farmacêutica, contribuam para o aumento da segurança do doente (40,45,52). Mais ainda, a maioria destes doentes (84,6%) tem um regime de quimioterapia oral, ou seja, de medicamentos que são administrados em casa sem qualquer vigilância médica (34,43) e com uma monitorização menos frequente (34). Estes doentes precisam de uma maior abordagem educativa acerca dos seus medicamentos (43–45), que pode ser igualmente conseguida através da consulta farmacêutica (55,56).

Neste estudo, a farmacêutica focou-se mais no grupo “antineoplásicos e imunomoduladores” (falado em média 10 vezes por consulta) e “coadjuvantes de quimioterapia” (falado em média 9 vezes por consulta), tendo em conta que esse era o tema central da consulta. Apesar disso, falou também dos medicamentos da terapêutica crónica dos doentes (em média 5,1 vezes por consulta), de forma a poder realizar a revisão global da medicação, essencial, por exemplo, para a deteção de interações medicamentosas (44). Deste modo, os resultados que irão ser discutidos em seguida centram-se na terapêutica oncológica e coadjuvante.

Em primeiro lugar, é importante realçar que houve comunicação acerca da maioria dos “agentes antineoplásicos e imunomoduladores” e “coadjuvantes de quimioterapia”, sendo que apenas em 20% das consultas a comunicação não incluiu os “agentes antineoplásicos e imunomoduladores” e em 36,7% das consultas não incluiu os “coadjuvantes de quimioterapia” presentes na lista terapêutica dos doentes, o que é um indicador positivo do cumprimento do objetivo central destas consultas.

De forma a permitir o uso correto e otimizado dos fármacos e a prevenção de efeitos adversos, é necessário que a farmacêutica faça referência a algumas advertências e precauções relacionadas com o uso dos medicamentos. Neste estudo, a farmacêutica falou apenas em 5 consultas acerca de advertências e precauções relacionadas com a toma dos “agentes

antineoplásicos e imunomoduladores” e dos “coadjuvantes de quimioterapia”. Foram mencionadas advertências e precauções em média $4,0\pm 4,7$ vezes para dois “agentes antineoplásicos e imunomoduladores”, a abiraterona e a capecitabina, o que é justificado pelo facto destes estarem mais presentes na terapêutica desta população de doentes (abiraterona em 5 doentes e capecitabina em 3) e de serem medicamentos de quimioterapia oral, sobre os quais a farmacêutica deve dar mais informações, de modo a que o doente saiba como gerir melhor a sua medicação (43–45). Foram também mencionadas advertências e precauções em média $1,5\pm 0,7$ vezes para um “co-adjuvante de quimioterapia”, a loperamida. Podemos concluir que a intervenção da farmacêutica a este nível deveria ter sido mais completa, tendo em conta que nunca foram mencionadas todas as advertências e precauções consideradas relevantes e que houve medicamentos, nomeadamente 5 “agentes antineoplásicos e imunomoduladores” e 5 “coadjuvantes de quimioterapia” sobre os quais não se falou sequer deste parâmetro.

Os antineoplásicos e imunomoduladores podem interferir com outros fármacos, alimentos e suplementos alimentares, e preparações à base de plantas (42–45). As interações podem diminuir a eficácia dos fármacos, aumentar a sua toxicidade ou requerer uma monitorização do doente mais apertada (45). A abordagem da dieta e suplementos alimentares foi bastante completa (foram falados em 61,5% e 69,2% das consultas, respetivamente). Esta abordagem incluiu não só questões acerca dos mesmos, muito importantes para a deteção de interações (43–45), mas também o aconselhamento essencial, tanto para o bem estar nutricional do doente oncológico, uma preocupação premente em oncologia (64), como para o uso correto dos suplementos alimentares. Acerca dos produtos à base de plantas, também essenciais no que diz respeito à deteção de interações (42–45), a sua abordagem foi ainda mais completa (foram falados em 76,9% das consultas). Neste estudo foram mencionadas no total 7 interações. Foram mencionadas interações em média $2,0\pm 1,4$ vezes para “agentes antineoplásicos e imunomoduladores”, a abiraterona, a capecitabina, a enzalutamida e o fluorouracil e 4,0 vezes para um dos “coadjuvantes de quimioterapia”, a prednisolona. É também importante realçar que 6 das interações foram entre “agentes antineoplásicos e imunomoduladores” e “coadjuvantes de quimioterapia” e medicamentos que o doente se encontrava a tomar para outras patologias e 1 entre um “agente antineoplásico e imunomodulador” e uma preparação à base de plantas, nomeadamente o chá de Hipericão (*Hypericum perforatum*). Segundo o estudo de Lachuer et al., 15% das potenciais interações detetadas pelo farmacêutico durante a consulta são relativas a preparações à base de plantas (42). Tendo em conta que, muitas vezes, as interações com preparações à base de plantas não são corretamente investigadas ou não são

sequer consideradas durante as consultas médicas, a intervenção farmacêutica é crucial (42), como comprovado no presente estudo. É de realçar que das 7 interações mencionadas na consulta farmacêutica, parte foram esclarecimentos dados acerca de interações previamente detetadas e intervencionadas, e parte foram interações detetadas durante a consulta. Pelo que podemos concluir que, no que diz respeito às interações, para além de esclarecedora e informativa para o doente, a consulta farmacêutica também pode ser uma ferramenta útil para a deteção de interações não previamente detetadas pelo médico oncologista, o que realça a importância da integração do farmacêutico na equipa multidisciplinar de oncologia, já comprovada na revisão sistemática de Segal et al (2). Estes resultados confirmam que as consultas farmacêuticas em oncologia, nas quais se realiza a revisão da terapêutica dos doentes, são cruciais para detetar interações medicamentosas, como descrito por Lachuer et al. (42) e, conseqüentemente, prevenir problemas relacionados com a medicação, tal como concluído no estudo de Streicher et al. (45). Para além das interações discutidas em consulta, foram detetadas mais 6 potenciais interações que não foram mencionadas pela farmacêutica. Esta falta de menção pode estar relacionada com a relação benefício-risco que está sempre envolvida no uso de qualquer medicamento. No entanto, o farmacêutico deve estar atento a sinais e sintomas que possam decorrer do uso simultâneo destes medicamentos e, juntamente com o médico oncologista, monitorizar os mesmos.

A informação acerca de potenciais reações adversas que possam decorrer da terapêutica oncológica e de como as gerir, caso ocorram, é essencial para o doente oncológico (43–45), principalmente porque contribui para a melhoria da adesão à terapêutica (45,46). Neste estudo, foram reportados efeitos adversos derivados dos “agentes antineoplásicos e imunomoduladores” em duas das consultas analisadas e relativamente a 3 fármacos (capecitabina, fluorouracil e irinotecano), sendo que os efeitos adversos reportados foram a emese (75%) e a diarreia (25%), o que vai ao encontro do estudo recente de Patel et al. (49) que concluiu que esses efeitos adversos, juntamente com a alopecia e a mielosupressão, são os mais comuns decorrentes da quimioterapia. Para além disso, a farmacêutica falou em 7 consultas acerca de possíveis reações adversas derivadas da toma de “agentes antineoplásicos e imunomoduladores” e “coadjuvantes de quimioterapia”. Foram mencionadas possíveis reações adversas para 5 “agentes antineoplásicos e imunomoduladores”, a abiraterona, a capecitabina, a enzalutamida, o fluorouracil e o irinotecano. Os medicamentos sobre os quais mais se falou de possíveis reações adversas foram a abiraterona e a capecitabina, o que é mais uma vez justificado pelo facto destes estarem mais presentes na terapêutica desta população de doentes

(abiraterona em 5 doentes e capecitabina em 3) e de serem medicamentos de quimioterapia oral, sobre a qual a farmacêutica deve dar mais informações (43–45) de modo a que o doente saiba como gerir esses efeitos adversos, caso ocorram, e para que estes não se tornem uma razão para a diminuição da adesão à terapêutica. O efeito secundário mais mencionado pela farmacêutica foi a hipocaliemia (23,0%). Apesar de não ser um efeito facilmente detetável pelo doente, é um dos que o clínico deve monitorizar, visto que ocorre principalmente devido à perda excessiva deste ião pelo trato digestivo devido a vómitos e diarreia, duas das reações adversas mais comuns decorrentes da quimioterapia (49) e que pode ter consequências muito graves para o doente, como ritmos cardíacos anormais (65), o que justifica a importância da advertência pois esta permite consciencializar para a importância dessa monitorização. Como estes fármacos têm geralmente bastantes (em média 3,5) efeitos adversos que podem ser preocupantes para os doentes, podemos concluir que a intervenção da farmacêutica a este nível deveria ter sido mais completa, tendo em conta que nunca foram mencionadas todas as reações adversas consideradas relevantes e que houve medicamentos, nomeadamente 4 “agentes antineoplásicos e imunomoduladores” e 6 “coadjuvantes de quimioterapia” sobre os quais não se falou sequer deste parâmetro.

No geral, a falta de comunicação verificada acerca destes parâmetros pode ser justificada por vários fatores. Pelo facto de o tempo de consulta ser limitado, da terapêutica em causa não ser nova para os doentes em questão, ou pelo facto de ser administrada em meio hospitalar. No entanto, este pode também ser um ponto a melhorar em futuras consultas farmacêuticas.

Para este estudo devem ser consideradas algumas limitações. Em primeiro lugar, este é um estudo realizado com base num único centro de ensaio (Hospital São Francisco Xavier) e numa população de doentes muito reduzida (13 consultas farmacêuticas), pelo que esta amostra pode não ser representativa da população em geral. Para além disso, não são conhecidas todas as variáveis que possam determinar a extensão da informação que o doente e o farmacêutico têm *à priori*, pelo que é difícil avaliar objetivamente os resultados. Para isso, os conhecimentos do doente acerca da sua terapêutica deveriam ser avaliados antes da consulta, por exemplo através de um questionário. De igual forma, deveriam ser tidos em conta os registos clínicos do doente, aos quais a farmacêutica tenha acesso antes da consulta e as gravações de consultas prévias para o mesmo doente, caso estas tenham ocorrido. Por último, este trata-se de um estudo descritivo sem seguimento dos doentes, no qual não se avaliou a evolução da comunicação em pelo menos

dois momentos para cada doente. O ideal seria avaliar a consulta em várias alturas, antes do doente iniciar a terapêutica oncológica e durante o tratamento, em vários momentos.

6 Conclusão

A segurança no uso dos medicamentos é uma preocupação premente nos cuidados de saúde em geral e, especialmente, na área da oncologia. A consulta farmacêutica hospitalar tem demonstrado melhorar significativamente a segurança do doente. A análise da comunicação realizada durante estas consultas é importante, de forma a permitir a sua melhoria contínua.

Nestas consultas foi observado que a farmacêutica forneceu diversas informações relevantes ao doente no que diz respeito à comunicação relativa à segurança no uso do medicamento oncológico e seus coadjuvantes, mais especificamente, a advertências e precauções, interações e reações adversas. Foi igualmente observada a participação ativa por parte do doente no relato de sintomas relevantes. Considerando a informação contida nos FI/RCM, conclui-se que a comunicação foi maioritariamente correta do ponto de vista científico. No entanto, concluiu-se igualmente que esta poderia ter sido mais abrangente, embora não sejam conhecidas outras variáveis que possam determinar a extensão da informação que o doente já tem *à priori*.

Este estudo realça a importância da comunicação do farmacêutico clínico e da própria consulta farmacêutica hospitalar na área da oncologia e na segurança da terapêutica oncológica. Embora muito relevante, esta é, ainda, uma área pouco estudada que requer mais investigação.

Referências Bibliográficas

1. Wiedenmayer KRSSC a. MAGSGME. Developing pharmacy practice: a focus on patient care: handbook [Internet]. 2006. 87 p. Available from: <http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeEN.pdf>
2. M Segal E, Bates J, Fleszar SL, Holle LM, Kennerly-Shah J, Rockey M, et al. Demonstrating the value of the oncology pharmacist within the healthcare team. *J Oncol Pharm Pract* [Internet]. 2019 Dec 9;25(8):1945–67. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1078155219859424>
3. Bhattacharjee B, Dave S, Sondhi S. Relevance of efficient market hypothesis: a study of present scenario in India. *J Manag Res Anal* [Internet]. 2016;3(2):82. Available from: <http://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:jmra&volume=3&issue=2&article=004>
4. Blouin RA, Adams ML. The Role of the Pharmacist in Health Care. *N C Med J* [Internet]. 2017 May 2;78(3):165–7. Available from: <http://www.ncmedicaljournal.com/lookup/doi/10.18043/nmc.78.3.165>
5. International IPF (FIP). Patient safety Pharmacists ' role in “ Medication without harm ” Colophon. Pharm role “Medication without harm.” 2020;105.
6. Federation IP. Joint FIP / WHO guidelines on good pharmacy practice : standards for quality of pharmacy services.
7. Boşnak AS, Birand N, Diker Ö, Abdi A, Başgut B. The role of the pharmacist in the multidisciplinary approach to the prevention and resolution of drug-related problems in cancer chemotherapy. *J Oncol Pharm Pract* [Internet]. 2019 Sep 9;25(6):1312–20. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1078155218786048>
8. Schepel L. Strategies for Medication Safety: An Organization-Based Approach Focusing on High-Alert Medications and Clinical Pharmacy Services in Helsinki University Hospital. 2018. 1–148 p.
9. Almarsdóttir AB, Granas AG, Blondal AB. Clinical and Social Perspectives on Pharmacy Services. In: *Clinical Pharmacy Education, Practice and Research* [Internet]. Elsevier; 2019. p. 31–40. Available from:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128142769000039>

10. Zhang J, Li X, Xie J, Zheng W. Evaluation of a clinical pharmacist consultation service for patients with infectious diseases in China: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Hosp Pharm* [Internet]. 2020 May;27(3):131–6. Available from: <https://ejhp.bmj.com/lookup/doi/10.1136/ejhpharm-2018-001815>
11. Barnett NL, Leader I, Easthall C. Developing person-centred consultation skills within a UK hospital pharmacy service: evaluation of a pilot practice-based support package for pharmacy staff. *Eur J Hosp Pharm* [Internet]. 2017 Dec 6;ejhpharm-2017-001416. Available from: <https://ejhp.bmj.com/lookup/doi/10.1136/ejhpharm-2017-001416>
12. Figueiredo I V, Caramona MM, Fernandez-Llimos F, Castel-Branco MM. Resultados de serviços farmacêuticos centrados no doente implementados em Portugal Results of the patient-centered pharmacy services implemented in Portugal. *Acta Farm Port*. 2014;3(1):15–22.
13. Duarte NC, Barbosa CR, Tavares MG, Dias LP, Souza RN, Moriel P. Clinical oncology pharmacist: Effective contribution to patient safety. *J Oncol Pharm Pract* [Internet]. 2019 Oct 22;25(7):1665–74. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1078155218807748>
14. Mansur JM. Medication Safety Systems and the Important Role of Pharmacists. *Drugs Aging* [Internet]. 2016 Mar 1;33(3):213–21. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40266-016-0358-1>
15. Gatwood J, Gatwood K, Gabre E, Alexander M. Impact of clinical pharmacists in outpatient oncology practices: A review. *Am J Heal Pharm* [Internet]. 2017 Oct 1;74(19):1549–57. Available from: <https://academic.oup.com/ajhp/article/74/19/1549/5103323>
16. Niznik JD, He H, Kane-Gill SL. Impact of clinical pharmacist services delivered via telemedicine in the outpatient or ambulatory care setting: A systematic review. *Res Soc Adm Pharm* [Internet]. 2018 Aug;14(8):707–17. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S155174111730236X>
17. Mulyono IKA, Irawati S, Susilo AP, Claramita M. Pharmacist-patient communication in Indonesia: The roter interaction analysis system (RIAS) in a socio-hierarchical context. *Pharm Educ*. 2019;19(1):359–69.

18. Zill JM, Christalle E, Müller E, Härter M, Dirmaier J, Scholl I. Measurement of Physician-Patient Communication—A Systematic Review. Ozakinci G, editor. PLoS One [Internet]. 2014 Dec 22;9(12):e112637. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0112637>
19. Kerr A, Strawbridge J, Kelleher C, Mertens F, Pype P, Deveugele M, et al. How can pharmacists develop patient-pharmacist communication skills? A realist review protocol. Syst Rev [Internet]. 2017 Dec 23;6(1):14. Available from: <http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0396-0>
20. Källemark Sporrang S, Kaae S. Trends in Pharmacy Practice Communication Research. Pharmacy [Internet]. 2018 Dec 5;6(4):127. Available from: <http://www.mdpi.com/2226-4787/6/4/127>
21. Cavaco AN, Roter D. Pharmaceutical consultations in community pharmacies: Utility of the Roter Interaction System Analysis System to study pharmacist-patient communication. Int J Pharm Pract. 2010;141–8.
22. Wallman A, Vaudan C, Sporrang SK. Communications Training in Pharmacy Education, 1995-2010. Am J Pharm Educ [Internet]. 2013 Mar 12;77(2):36. Available from: <http://www.ajpe.org/lookup/doi/10.5688/ajpe77236>
23. Teixeira JC. Comunicação em Saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. Análise Psicológica. 2004;615–20.
24. ASHP. ASHP Guidelines on Pharmacist-Conducted Patient Education and Counseling. In: Best Practices [Internet]. American Society of Health-System Pharmacists; 2019. p. 340–2. Available from: <https://publications.ashp.org/view/book/9781585286560/ch228.xml>
25. Haskard Zolnierok KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment. Med Care [Internet]. 2009 Aug;47(8):826–34. Available from: <https://journals.lww.com/00005650-200908000-00002>
26. Guirguis LM, Nusair MB. Standardized patients' preferences for pharmacist interactive communication style: A mixed method approach. J Am Pharm Assoc [Internet]. 2016 Mar;56(2):123–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1544319115000564>

27. International Pharmaceutical Federation. Counselling, Concordance and Communication - Innovative Education for Pharmacists. 2012;145.
28. Aina B, Ogunbiyi O. Assessment of communication skills among pharmacy students of the university of Lagos, Lagos, Nigeria. *J Basic Clin Pharm* [Internet]. 2012;3(1):215. Available from: <http://www.jbclinpharm.org/text.asp?2012/3/1/215/103826>
29. McDonough RP, Bennett MS. Improving Communication Skills of Pharmacy Students Through Effective Precepting. *Am J Pharm Educ* [Internet]. 2006 Sep;70(3):58. Available from: <http://www.ajpe.org/doi/abs/10.5688/aj700358>
30. Popa-Velea O, Purcărea VL. Issues of therapeutic communication relevant for improving quality of care. *J Med Life* [Internet]. 2014;7 Spec No.:39–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27057247>
31. Penn C, Watermeyer J, Evans M. Why don't patients take their drugs? The role of communication, context and culture in patient adherence and the work of the pharmacist in HIV/AIDS. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2011 Jun;83(3):310–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399111001303>
32. WHO. Cancer [Internet]. [cited 2021 May 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
33. IARC. The Global Cancer Observatory: Portugal [Internet]. [cited 2021 May 7]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/home>
34. Gandhi TK, Bartel SB, Shulman LN, Verrier D, Burdick E, Cleary A, et al. Medication safety in the ambulatory chemotherapy setting. *Cancer* [Internet]. 2005 Dec 1;104(11):2477–83. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/cncr.21442>
35. Weingart SN, Zhang L, Sweeney M, Hassett M. Chemotherapy medication errors. *Lancet Oncol* [Internet]. 2018 Apr;19(4):e191–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1470204518300949>
36. Goldspiel B, Hoffman JM, Griffith NL, Goodin S, DeChristoforo R, Montello CM, et al. ASHP Guidelines on Preventing Medication Errors with Chemotherapy and Biotherapy. *Am J Heal Pharm* [Internet]. 2015 Apr 15;72(8):e6–35. Available from: <https://academic.oup.com/ajhp/article/72/8/e6/5111768>
37. Colombo LRP, Aguiar PM, Lima TM, Storpirtis S. The effects of pharmacist

- interventions on adult outpatients with cancer: A systematic review. *J Clin Pharm Ther* [Internet]. 2017 Aug;42(4):414–24. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jcpt.12562>
38. WHO. Medication Without Harm. World Heal Organ [Internet]. 2017;16. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1&ua=1>
 39. Whitman A, Erdeljac P, Jones C, Pillarella N, Nightingale G. Managing Polypharmacy in Older Adults with Cancer Across Different Healthcare Settings. *Drug Healthc Patient Saf* [Internet]. 2021 Apr;Volume 13:101–16. Available from: <https://www.dovepress.com/managing-polypharmacy-in-older-adults-with-cancer-across-different-hea-peer-reviewed-fulltext-article-DHPS>
 40. Umar RM, Apikoglu-Rabus S, Yumuk PF. Significance of a clinical pharmacist-led comprehensive medication management program for hospitalized oncology patients. *Int J Clin Pharm* [Internet]. 2020 Apr 20;42(2):652–61. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11096-020-00992-8>
 41. Weingart SN, Cleary A, Seger A, Eng TK, Saadeh M, Gross A, et al. Medication Reconciliation in Ambulatory Oncology. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2007 Dec;33(12):750–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1553725007330900>
 42. Lachuer C, Perrin G, Chastel A, Aboudagga H, Thibault C, Delanoy N, et al. Pharmaceutical consultation to detect drug interactions in patients treated with oral chemotherapies: A descriptive cross-sectional study. *Eur J Cancer Care (Engl)* [Internet]. 2021 May 19;30(3). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.13396>
 43. Ribed A, Romero-Jiménez RM, Escudero-Vilaplana V, Iglesias-Peinado I, Herranz-Alonso A, Codina C, et al. Pharmaceutical care program for onco-hematologic outpatients: safety, efficiency and patient satisfaction. *Int J Clin Pharm* [Internet]. 2016 Apr 29;38(2):280–8. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11096-015-0235-8>
 44. Wong S-F, Bounthavong M, Nguyen C, Bechtoldt K, Hernandez E. Implementation and preliminary outcomes of a comprehensive oral chemotherapy management clinic. *Am J*

- Heal Pharm [Internet]. 2014 Jun 1;71(11):960–5. Available from: <https://academic.oup.com/ajhp/article/71/11/960/5110895>
45. Streicher C, Daulange A. Implementation of pharmacist consultations as part of a multidisciplinary consultation program for patients with oral anticancer agent. *Eur J Oncol Pharm* [Internet]. 2018 Apr;1(2):e0003. Available from: <https://journals.lww.com/01517119-201806000-00001>
 46. Partridge AH. Adherence to Therapy With Oral Antineoplastic Agents. *CancerSpectrum Knowl Environ* [Internet]. 2002 May 1;94(9):652–61. Available from: <https://academic.oup.com/jnci/article-lookup/doi/10.1093/jnci/94.9.652>
 47. Cavaco P, Dias S, Ornelas S, Ribeiro N, Falcão F. Pharmacotherapeutic follow-up in oncology. *Eur J Hosp Pharm* [Internet]. 2012 Apr 12;19(2):225.2-225. Available from: <https://ejhp.bmj.com/lookup/doi/10.1136/ejhpharm-2012-000074.366>
 48. Vulaj V, Hough S, Bedard L, Farris K, Mackler E. Oncology Pharmacist Opportunities: Closing the Gap in Quality Care. *J Oncol Pract* [Internet]. 2018 Jun;14(6):e403–11. Available from: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JOP.2017.026666>
 49. Patel H, Gurumurthy P. Improving medication safety in oncology care: impact of clinical pharmacy interventions on optimizing patient safety. *Int J Clin Pharm* [Internet]. 2019 Aug 25;41(4):981–92. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11096-019-00860-0>
 50. Prip A, Pii KH, Møller KA, Nielsen DL, Thorne SE, Jarden M. Observations of the communication practices between nurses and patients in an oncology outpatient clinic. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2019 Jun;40:120–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1462388919300390>
 51. Moore PM, Rivera S, Bravo-Soto GA, Olivares C, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 Jul 24; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003751.pub4>
 52. Petit-Jean E, Correard F, Maillan G, de Crozals F, Bertrand B, Regnier V, et al. Pharmaceutical consultations in oncology: French Society for Oncology Pharmacy (Société Française de Pharmacie Oncologique – SFPO) guidelines. *Eur J Oncol Pharm* [Internet]. 2019 Apr;2(2):e11. Available from: <https://journals.lww.com/01517119->

201906000-00001

53. Hansen EA, Pietkiewicz JM, Blum BL. Evaluation of the Feasibility and Utility of a Pharmacist-Centered Collaborative Drug Therapy Management Program for Oncology-Based Symptom Management. *J Pharm Pract* [Internet]. 2016 Jun 15;29(3):206–11. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0897190014557626>
54. Lam MS, Cheung N. Impact of oncology pharmacist-managed oral anticancer therapy in patients with chronic myelogenous leukemia. *J Oncol Pharm Pract* [Internet]. 2016 Dec 23;22(6):741–8. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1078155215608523>
55. Ryan R, Santesso N, Lowe D, Hill S, Grimshaw JM, Prictor M, et al. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 Apr 29; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007768.pub3>
56. Park D, Patel S, Yum K, Smith CB, Tsao C-K, Kim S. Impact of Pharmacist-Led Patient Education in an Ambulatory Cancer Center: A Pilot Quality Improvement Project. *J Pharm Pract* [Internet]. 2020 Nov 6;089719002097077. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0897190020970770>
57. Ruder AD, Smith DL, Madsen MT, Kass FH. Is there a benefit to having a clinical oncology pharmacist on staff at a community oncology clinic? *J Oncol Pharm Pract* [Internet]. 2011 Dec 19;17(4):425–32. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1078155210389216>
58. Infarmed. Infomed [Internet]. [cited 2021 Mar 31]. Available from: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>
59. Medscape. Drug Interaction Checker [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>
60. Wong L. Data analysis in qualitative research: a brief guide to using nvivo. *Malaysian Fam physician Off J Acad Fam Physicians Malaysia* [Internet]. 2008;3(1):14–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25606106>
61. Jackson K, Bazeley P. *Qualitative Data Analysis with NVivo* [Internet]. 3rd ed. SAGE Publications; 2019. 376 p. Available from:

<https://books.google.pt/books?id=GbZzDwAAQBAJ>

62. IBM. IBM SPSS Statistics [Internet]. [cited 2021 May 7]. Available from: <https://www.ibm.com/products/spss-statistics>
63. WHO. ATC/DDD Index 2021 [Internet]. Available from: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/
64. Ravasco P. Nutrition in Cancer Patients. J Clin Med [Internet]. 2019 Aug 14;8(8). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31416154>
65. Lewis III JL. Hipocalemia (níveis baixos de potássio no sangue) [Internet]. [cited 2021 May 1]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/casa/distúrbios-hormonais-e-metabólicos/equilíbrio-eletrolítico/hipocalemia-níveis-baixos-de-potássio-no-sangue>