

O manejo de medicamentos em domicílio para pacientes oncológicos em cuidados paliativos**The management of home medications for cancer patients in palliative care**

DOI:10.34115/basrv4n5-025

Recebimento dos originais:04/09/2020

Aceitação para publicação:19/10/2020

Mariana Ferreira Rodrigues de Souza

Mestre em Gestão e Administração da Assistência Farmacêutica

Instituição: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA

Endereço: Rua Visconde de Santa Isabel 274, Vila Isabel. CEP: 20560-121. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

E-mail: mariana.souza@inca.gov.br

Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui

Doutora em Saúde Coletiva

Instituição: Universidade Federal Fluminense - UFF

Endereço: Rua Marques do Paraná, 303, 3º andar prédio anexo. CEP: 24033-900. Niterói, RJ, Brasil

E-mail: gabrielamosogui@uol.com.br

Benedito Carlos Cordeiro

Doutor em Saúde Pública

Instituição: Universidade Federal Fluminense - UFF

Endereço: Rua Dr. Mario Viana 523, Santa Rosa. CEP: 24241-000. Niterói, RJ, Brasil

E-mail: bcordeiro@id.uff.br

RESUMO

No cenário domiciliar é recorrente a presença de aspectos obstaculizadores para o manejo adequado de medicamentos. Este estudo, de natureza qualitativa, objetivou identificar, descrever e analisar como os cuidadores principais de pacientes em cuidados paliativos oncológicos, compreendem o tratamento medicamentoso e lidam com o manejo dos medicamentos em domicílio. Realizou-se quinze entrevistas semiestruturadas e audiogravadas. A análise do material deu-se segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin e utilizou-se, como referencial teórico, o pensamento complexo de Morin. Como resultados, emergiram três categorias principais: 1) Seguimento da prescrição médica; 2) Práticas de gerenciamento de medicamentos e 3) Conhecimentos para o controle de sintomas. Destaca-se a importância da transdisciplinaridade e da integração do farmacêutico nos serviços de assistência domiciliar.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, Câncer, Assistência domiciliary, Cuidador, Medicamentos.

ABSTRACT

In the home setting, the presence of obstacles to the proper management of medications is recurrent. The qualitative study aimed to identify, describe and analyze how the primary caregivers of patients in palliative oncology care, understand drug treatment and deal with the management of medications at home. There were fifteen semi-structured and audio-recorded interviews. The material was analyzed according to Bardin's content analysis technique and Morin's complex thinking was used as a theoretical

framework. As a result, three main categories emerged: 1) Follow-up of medical prescription; 2) Medication management practices and 3) Knowledge for symptom control. The importance of transdisciplinarity and the integration of the pharmacist in home care services is highlighted.

Keywords: Palliative care, Cancer, Home care, Caregiver, Medicines.

1 INTRODUÇÃO

O enfrentamento da finitude da vida é um processo dolorido e difícil que vem acompanhado de questionamentos existenciais profundos^{1,2}. Neste cenário, é fundamental que os cuidados direcionados aos pacientes sejam estendidos aos seus familiares através de um acolhimento digno, numa relação de corresponsabilidade, humanização e compaixão^{3,4,5}.

Com os avanços tecnológicos no campo da oncologia, um número cada vez maior de indivíduos vem sobrevivendo com o câncer avançado e seus sintomas, além dos efeitos adversos de tratamentos como a radioterapia e a quimioterapia^{6,7}. Conseqüentemente, torna-se crescente a demanda pelo cuidado paliativo (CP) que, por meio de ações multidisciplinares em saúde, visa proporcionar alívio e melhor qualidade de vida a esses pacientes e seus familiares^{8,9}.

A assistência domiciliar (AD) é uma modalidade que objetiva a desospitalização, sempre que possível, e a continuidade da oferta de tratamento a pacientes com doenças avançadas em seus próprios domicílios^{10,11}. Principalmente em países com poucos recursos financeiros destinados à saúde e limitada disponibilidade de leitos hospitalares, os serviços de AD são estratégicos para a implementação e ampliação do CP de forma equitativa¹².

Dentro do contexto da AD em CP, é imprescindível a presença do cuidador. O cuidador principal, normalmente um familiar, é quem recebe as informações da equipe e se responsabiliza pelo paciente perante a instituição de saúde. Cuidadores auxiliam os enfermos executando as atividades que estes não mais conseguem realizar sozinhos, o que inclui a administração de medicamentos¹³.

Pacientes em cuidados paliativos oncológicos podem apresentar diversos sintomas, sendo a farmacoterapia a principal forma de controle¹⁴. Cerca de 55 a 95% dos pacientes em cuidados paliativos sentem dor e necessitam de analgesia. O controle adequado da dor e demais sintomas, além da avaliação contínua do tratamento medicamentoso, são indicadores de qualidade de vida e de uma boa assistência, objetivos dos CP e da AD¹⁵.

Objetivou-se explorar, descrever e analisar como os cuidadores de pacientes oncológicos, em cuidados paliativos domiciliares, compreendem o tratamento medicamentoso e lidam com os medicamentos em sua rotina diária. Verificou-se que poucos estudos foram conduzidos para explorar o tema. Nestes, o papel do cuidador principal aparenta ser difícil devido às complexidades dos regimes terapêuticos e a ausência de informações e treinamento adequado sobre o uso dos medicamentos^{16,17,18}.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo exploratório, descritivo, analítico e de abordagem qualitativa com um universo de quinze participantes. Para análise e interpretação dos dados empregou-se o método de análise de conteúdo (AC), de Laurence Bardin¹⁹ onde, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos significados contidos nas falas dos entrevistados, busca-se uma representação dos fenômenos compartilhados.

O estudo fundamentou-se, em sua análise, na epistemologia da complexidade de Edgar Morin²⁰, que clama pela fuga da racionalização e simplificação, através da permanente exploração e interação dos indivíduos com a complexidade que os cerca, a fim de compor conhecimentos e reorganizar a sociedade.

O serviço de AD da Unidade IV do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) disponibiliza atendimento através dos cuidados de uma equipe multiprofissional. O farmacêutico, apesar de compor a equipe, não realiza visitas domiciliares sendo suas principais atividades centradas no planejamento do fornecimento de medicamentos e materiais médico-hospitalares, conforme demanda.

A seleção dos entrevistados realizou-se de forma aleatória, considerando os critérios de inclusão: cuidadores principais, maiores de dezoito anos e que aceitaram, voluntariamente, participar do estudo. Foram excluídos os cuidadores de pacientes abrigados em instituições filantrópicas. Como na pesquisa qualitativa uma amostra satisfatória é aquela que oportuniza abarcar a completude da questão de interesse em suas múltiplas dimensões, o fechamento amostral deu-se por saturação teórica.

As entrevistas foram realizadas face a face e audiogravadas, após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes escolheram seus nomes fictícios e lhes foi fornecida a garantia do sigilo e anonimato.

A escolha pelo domicílio dos pacientes para a realização das entrevistas deu-se por ser o local onde os cuidadores exercem suas tarefas relacionadas aos medicamentos, além de prover uma maior comodidade para os entrevistados²¹.

Para a condução das entrevistas utilizou-se um roteiro semiestruturado constituído por temas relacionados ao tratamento medicamentoso e gerenciamento dos medicamentos em domicílio. Realizou-se a coleta dos dados durante os meses de maio e junho de 2018.

O banco de dados para análise compôs-se das entrevistas, transcritas na íntegra pela própria pesquisadora, das gravações originais e das anotações do diário de campo. Temas e padrões destacados nas entrevistas foram posteriormente validados pelos demais autores, quanto à relevância e valia no material.

Utilizou-se a técnica de AC na modalidade temática como base processual para a análise dos dados²². Posteriormente, à luz do pensamento complexo, procedeu-se a interpretação.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição recebendo a numeração: 84193418.0.0000.5274 na Plataforma Brasil e parecer consubstanciado e favorável do CEP/INCA sob a numeração 2.571.155 em 29 de março de 2018.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entrevistou-se quinze cuidadores principais. Destes, quatorze (93%) eram informais (cônjuges, filhos ou familiares próximos), sendo doze (80%) do sexo feminino, o que destaca a importância do papel das mulheres na prestação de cuidados no ambiente familiar²³.

Do total de participantes, seis (40%) encontravam-se na faixa etária acima de 60 anos, seis (40%) entre 50 e 60 anos e apenas três (20%) tinham entre 30 a 39 anos. É importante ressaltar que o avanço na idade do cuidador traz um potencial fator de risco para erros de administração de medicamentos devido a perdas sensoriais e cognitivas²⁴.

Observou-se no campo a sobrecarga e o desgaste na saúde física e mental dos cuidadores com as inúmeras tarefas de cuidados dispensadas aos pacientes, reafirmando a necessidade de readaptação desses indivíduos a uma nova rotina diária²⁵.

[...] só toma o meu tempo todo, só isso. Eu fico um pouco estressado às vezes, não posso sair, não posso fazer nada. (André)

Os entrevistados narraram suas vivências, dificuldades, expectativas e temores relacionados à utilização dos medicamentos. No entanto, quando questionados, dez cuidadores (66,6%) afirmaram desconhecer a existência do farmacêutico como parte da equipe. Outros não sabiam poder contatá-lo, mesmo que remotamente. Ainda assim, demonstraram certo entendimento do papel deste profissional.

[...] ah, eu entendo que é relacionado aos remédios, farmacêuticos que fazem os remédios, orientam melhor as pessoas que estão cuidando. Mas não sabia que tinha... (Daniel)

[...] é informar o modo certo de orientar as pessoas, de como tomar os medicamentos, a hora certa, como proceder, como guardar, armazenar... (Verônica)

Cuidadores revelaram buscar esclarecer as dúvidas relacionadas aos medicamentos junto aos profissionais de outras categorias, especialmente enfermeiros, lendo a bula ou procurando na internet. No entanto, demonstraram a necessidade de maiores informações sobre os medicamentos, dentre outros aspectos, os efeitos colaterais.

[...] eu gostaria de saber por que quando ele toma um certo medicamento ele dorme mais. Eu queria saber dos efeitos colaterais dos medicamentos. Achei ele apático ontem, assim, olhando pro céu... (Verônica)

[...] eu gostaria de saber dos efeitos colaterais que às vezes causam e são fortes e aí a gente não sabe se é do remédio, se é de uma junção com outro remédio... (Mara)

Dentre os fatores facilitadores para o cuidador, no manejo dos medicamentos, está a existência de outros indivíduos (familiares, vizinhos e amigos) envolvidos nas tarefas relacionadas aos cuidados e quando o paciente apresenta boa adesão ao tratamento proposto.

[...] mas quanto ao resto está bem porque tem gente me ajudando. (Mariana)

[...] eu pego os remedinhos pra dar e ele ajuda [...] coloco na mãozinha e ele toma. (Neizinha)

Das entrevistas, emergiram três categorias principais: 1) seguimento da prescrição médica; 2) práticas no gerenciamento de medicamentos e 3) conhecimentos para o controle dos sintomas em domicílio, que serão discutidas a seguir, separadamente.

Categoria 1 – Seguimento da prescrição médica

Esta categoria tema revela os fatores que interferem no seguimento correto da prescrição médica. É composta por duas subcategorias: 1.1) polifarmácia e não-adesão ao tratamento medicamentoso e 1.2) prescrição médica institucional e práticas profissionais inadequadas.

1.1) Polifarmácia e não-adesão ao tratamento medicamentoso

Pacientes com câncer avançado são, geralmente, polimedicados, devido aos diversos sintomas que ocorrem em frequência, intensidade e impacto variável. Apesar de justificável em alguns casos, a polifarmácia é indesejada e pode levar ao aumento da mortalidade por intoxicações e interações medicamentosas. Está associada com o aumento do tempo de internação hospitalar e readmissão ao hospital logo após a alta²⁶.

A média de medicamentos prescritos para os pacientes cujos cuidadores foram entrevistados foi de 10,9 itens. A polifarmácia e, conseqüentemente, a complexidade terapêutica, é uma das principais dificuldades para os cuidadores na administração dos medicamentos, sendo um fator de aflição no seguimento da prescrição médica^{27,28}.

[...] só acho que é muita medicação. Muita. Então às vezes acontece de passar quinze minutos e isso me incomoda, não fazer certo [...] (Mariana)

[...] aí eu fiquei um pouco assustada porque eu não sabia como ia administrar aqueles remédios todos... (Sil)

[...] é corrido, é corrido [...] é o dia inteiro dando remédio. (Sara)

Além dos medicamentos prescritos pela AD do NN, outros, prescritos pela saúde suplementar ou em unidades básicas de saúde (UBS) do SUS, também são administrados. Verificou-se duplicidades de indicação terapêutica e prescrições com medicamentos de alto custo.

[...] a cardiologista que a acompanhava falou: — não adianta ficar com o remédio da farmácia popular que é barato e não funciona. Vamos passar para um que é mais moderno e melhor. (Lu)

Apesar das dificuldades com o complexo esquema terapêutico, cuidadores informais apresentam potencialidades, buscam estratégias e esforços que envolvem, principalmente, sua própria organização para a administração dos medicamentos de forma segura. Utilizam o despertador do celular como recurso de memória e adaptam caixas com divisórias para a organização dos medicamentos por horário.

[...] separo os medicamentos, coloco numa caixinha própria, e no celular programo o despertador para os horários em que ela precisa ser medicada. (Lucas)

Com o envelhecimento da população e o aumento dos gastos em saúde, a polifarmácia, especialmente no cenário domiciliar, deve ser considerada e revista caso a caso, uma vez que se traduz em risco ao paciente, além de um problema de saúde pública. Deve-se preconizar sempre o uso racional de medicamentos, a qualidade e a eficiência do cuidado^{29,30}.

A polifarmácia também foi apontada pelos cuidadores como um dos fatores relacionados a não-adesão à farmacoterapia prescrita.

A adesão ao tratamento medicamentoso pode ser definida como a aceitação individual do regime terapêutico; um acordo entre paciente/cuidador e profissional de saúde³¹. No entanto, cuidadores familiares deixam de administrar medicamentos aos pacientes por acharem que são muitos e temerem intoxicações. Utilizam o conhecimento popular substituindo-os por alimentos e ervas medicinais, por acreditarem ser possível alcançar a mesma efetividade de forma mais natural.

[...] eu só dou quando ela reclama. Eu não quero entupir minha mãe de remédios. (Lu)

[...] é, eu dou muito alimento, beterraba [...] evito dar muitos remédios, eu dou mais é comida. (Daniel)

[...] eu não estava usando a prometazina. Uso chá de aroeira. Está funcionando a aroeira. A pele dele está limpinha. (Mariana)

Segundo estudos, a não-adesão e reações adversas também são mais incidentes em pacientes polimedicados^{32,33}. Corroborando a literatura, cuidadores que vivenciaram reações e eventos adversos associados ao uso de um determinado medicamento, relataram ter interrompido sua administração aos pacientes por conta própria, ou por baixa adesão do próprio paciente.

[...] eu mesmo suspendo quando sinto que altera [...] estava dando alteração nela, aí eu fui na internet procurar e estava tudo ali, nos efeitos colaterais, aí eu tirei. (André)

[...] ele toma rivotril mas ele fica muito grogue. Ele fica falando enrolado, a boca entorta. Andou uns dias sem querer tomar também... (Sara)

Uma outra razão relatada para a não-adesão ocorre como resultante da desinformação e insegurança.

[...] eu não dava, tinha um medo sobre a dipirona porque ela tem um sangramento muito forte e eu, por isso, tirei a dipirona, por achar que afinava o sangue e dificultava mais ainda o coágulo.
(Lucas)

[...] eu vou ficar com muito medo de dar essa medicação... estou pedindo a Deus para que ela não tenha o sangramento [...] (Amor)

Os motivos relacionados a não-adesão devem ser constantemente investigados e discutidos em equipe, possibilitando um tratamento eficaz, otimizado e individualizado, que atenda às expectativas da medicina paliativa, dos pacientes e de seus cuidadores, evitando o dispêndio de recursos públicos.

A ausência do farmacêutico nas visitas domiciliares contraria o conceito da atenção à saúde ampliado e pautado na complexidade. Estando afastado do campo assistencial, este profissional é posto em situação de fragilidade dialógica, e impedido, pela obscuridade do contexto que não vivencia, de compartilhar seus saberes com a equipe e auxiliar nas demandas que são específicas e necessárias àqueles que cuidam.

1.2) Prescrição médica institucional e práticas profissionais inadequadas

A prescrição médica eletrônica tem como objetivo reduzir erros de prescrição e de administração seja no momento de gerar a prescrição ou na leitura das informações manuscritas em papel³⁴. No entanto, nem sempre seu modelo idealizado é o mais apropriado para ser utilizado no cenário domiciliar.

Em seu formato atual, com os medicamentos prescritos por seus nomes genéricos e listados em ordem alfabética, a prescrição institucional mostrou-se inadequada para o seguimento pelos cuidadores que relataram transcrevê-la para uma folha de papel ou computador, renomeando e agrupando os medicamentos e suas doses pelos horários em que precisam ser administrados.

[...] aí eu peguei e fiz na minha mão mesmo, fui vendo, pra tirar desse papel aqui... eu botei bem explicado, tal hora: tal, tal... por horário. Fiz no meu esquema. (André)

Dentro de um ambiente hospitalar, a prescrição de medicamentos pela Denominação Comum Brasileira (DCB) é fator de relevância conhecida para a segurança do paciente. No entanto, no cenário domiciliar, verificou-se a dificuldade dos cuidadores na associação dos nomes comerciais das embalagens dos medicamentos com a DCB que consta na prescrição.

[...] e na prescrição vem um nome e na caixa vem outro. Eu acho que deveria botar, de repente, os dois nomes... as pessoas que não entendem, ficam meio... é esse remédio que eu tenho que dar?
(Daniel)

Quanto às práticas profissionais inadequadas, o desconhecimento de especificidades técnicas dos medicamentos por outras categorias e a carência de interlocuções com o farmacêutico pode levar a

orientações inadequadas aos cuidadores induzindo-os a erros no processo de administração de medicamentos e comprometendo a eficácia do tratamento.

[...] eu perguntei à médica sobre quais medicamentos poderiam ser juntados, ir na mesma coisa (sonda nasoenteral). Ela me explicou e eu coloco assim: a dipirona com a morfina. Coloco junto. Dexametasona também. (Mariana)

O preparo inadequado de medicamentos a serem administrados por ostomias e sondas pode causar danos aos pacientes. Frente a indisponibilidade de formas farmacêuticas líquidas, a trituração e diluição de diferentes fármacos em um mesmo recipiente aumenta a superfície de contato entre as partículas podendo gerar reações químicas desconhecidas. Uma das consequências é a obstrução da sonda nasoenteral, comumente vista no ambiente domiciliar e normalmente não registrada nas taxas de eventos adversos com medicamentos^{35,36}.

Outras práticas inadequadas também resultam de uma comunicação deficiente que culmina em processos de trabalho individuais e fragmentados, com prejuízo à qualidade do cuidado.

Com o intuito de fornecer suporte e evitar o deslocamento desnecessário dos pacientes até o hospital, é constante o fornecimento de orientações verbais, por telefone, alterando a terapia medicamentosa em curso. No entanto, quando estas mudanças são feitas sem a devida atualização no sistema de prescrição eletrônica da instituição, erros na dispensação de medicamentos podem ocorrer. Verificou-se incongruências nas orientações da última prescrição dos pacientes com a realidade praticada pelos cuidadores.

[...] mas uma vez veio um (medicamento) que ela não estava mais usando. (Laura)

[...] essa última (prescrição) foi a da médica, mas eu liguei pra emergência três dias depois, né?
[...] (Nanda)

Apesar da demanda de atendimentos em CP ser desproporcional à disponibilidade de recursos humanos, falas dos cuidadores indicam a necessidade de reflexão da equipe sobre a importância de se desconstruir modelos baseados em gestão verticalizada e condutas individualizadas para a reconstrução de um todo constituído por espaços plurais, democráticos e participativos³⁷.

Em conformidade com o pensamento complexo de Morin²⁰, é fundamental que sejam explorados e compartilhados os conhecimentos, as vivências e percepções dos diferentes atores envolvidos na assistência. Não é recomendável que uma única categoria, especialmente a Enfermagem, acumule a maior parte da responsabilidade pelo cuidado, o que traz sobrecarga excessiva além de induzir a falhas graves dentro do modelo assistencial proposto.

A importância da transdisciplinaridade nesta modalidade do cuidado ainda precisa ser descoberta pelas instituições e por muitos profissionais que atuam na área, além de devidamente contemplada nas políticas de saúde pública³⁸.

Categoria 2 – Práticas no gerenciamento de medicamentos

A categoria 2 aborda as práticas dos cuidadores relacionadas ao armazenamento dos medicamentos em domicílio. Esta categoria se divide em duas subcategorias: 2.1) práticas de armazenamento dos medicamentos em domicílio e 2.2) práticas de devolução e descarte frente a suspensão ou vencimento de medicamentos.

Ressalta-se que os medicamentos são produtos desenvolvidos e produzidos com rigoroso controle técnico, de acordo com a legislação sanitária, servindo ao diagnóstico, prevenção, cura ou alívio de sintomas e requerem cuidados específicos quanto ao seu armazenamento e descarte³⁹.

2.1) Práticas de armazenamento dos medicamentos em domicílio

Sobre práticas de armazenamento adequado, doze cuidadores (80%) afirmaram não ter recebido orientações da equipe multiprofissional, exceto quanto ao controle da validade. Dos entrevistados, nove (60%) fizeram referência a “um lugar arejado” como sendo o local adequado para armazená-los.

[...] eu não recebi orientação não, mas eu procuro fazer o que eu acho que deve ser certo. (Mariana)

[...] a única informação que eu recebi, pra não dizer que eu vou negligenciar, é sobre a validade. O que eu faço é manter num ambiente fresco, no arejado, sem áreas com muita umidade nem muito calor, basicamente é o que se faz. (Lucas)

[...] eu acho que tem que deixar na caixa, fechadinho, não ficar no sol, ele fica num lugar fresquinho, entendeu? (Laura)

Outros citaram o “acesso fácil” como prioridade e buscam guardá-los em locais próximos ao paciente, para facilitar a administração.

[...] pra mim, o acesso é melhor... tudo que eu quero é uma coisa mais próxima. (Lu)
[...] e os que eu vou dar pela parte da manhã ficam à mão pra mim... (Amor)

Verificou-se, durante as visitas, medicamentos expostos à luz solar direta, em locais com demasiada umidade, fora de suas embalagens primárias e misturados em um mesmo frasco, sem identificação e ao alcance de crianças.

Maiores informações e treinamento, além de um constante monitoramento do armazenamento destes insumos em domicílio são necessários, a fim de garantir sua eficácia.

2.2) Práticas de devolução e descarte frente e à suspensão ou vencimento de medicamentos.

Quando questionados sobre o que fazem com os medicamentos suspensos pelo médico assistente, sete cuidadores (46,6%) relataram devolver a instituição hospitalar, conforme orientação verbal, não normatizada. Esta orientação objetiva evitar a automedicação e ou desvio de medicamentos controlados

e constantes da Portaria MS nº 344/98. Outros relataram preferir guardar o medicamento, caso volte a ser prescrito novamente, ou que fazem doações.

[...] normalmente a gente guarda separado do que está usando atualmente, numa gaveta lá atrás, porque a gente percebe que tem muita medicação que volta. Entendeu? É pra facilitar isso. (Kate)

[...] então se ela não vai mais usar eu vou doar. Para alguém que esteja precisando. (Lu)

As falas acima revelam comportamentos que favorecem a manutenção de uma “farmácia caseira ou residencial”, ou seja, um pequeno estoque composto por sobras de medicamentos de tratamentos suspensos pelos médicos⁴⁰.

Como consequência dessa prática, verificou-se a automedicação, relatada pelo cuidador André: *[...] e o pouco que ficou aqui da codeína eu acabei tomando...quando minha coluna tá muito ruim, porque eu tenho que pegar ela no colo, aí...*

Quanto aos medicamentos que ultrapassam à data de validade, em domicílio, sete (46%) cuidadores revelaram descartá-los no lixo doméstico.

[...] nós jogamos fora. No lixo. Não serve pra ninguém, nem pra devolver. (Verônica)

[...] eu joga fora. Coloco numa sacolinha a parte e joga no lixo. (Daniel)

Além das questões ambientais, indivíduos em situação de rua podem utilizar os medicamentos descartados no lixo comum, pela simples facilidade de acesso, ou intencionalmente, para fins recreativos, como no caso de medicamentos psicotrópicos e analgésicos opioides, muito utilizados por pacientes em CP.

A importância de recomendações substanciadas e divulgadas pelo Ministério da Saúde em relação às práticas de devolução e descarte de medicamentos deve ser destacada e debatida, não só no espaço político, mas no meio acadêmico e entre equipes, nas instituições de saúde⁴¹.

Segundo Morin²⁰, os saberes, habilidades, capacidades e competências das diferentes categorias profissionais merecem a devida valorização na prática assistencial. No entanto, na atualidade e dentro do campo da saúde coletiva, a articulação das diferentes especializações ainda não é devidamente problematizada e o desenvolvimento de um sistema de trabalho cooperativo permanece sendo um desafio.

Categoria 3 – Conhecimentos para o controle dos sintomas em domicílio

A terceira categoria refere-se ao conhecimento necessário para controle dos sintomas e divide-se em duas subcategorias: 3.1) dificuldade na associação dos medicamentos aos sintomas e 3.2) baixa compreensão da administração de medicamentos em regime SOS.

3.1) Dificuldade na associação dos medicamentos aos sintomas

Solicitou-se aos cuidadores que pegassem os medicamentos e dissessem para qual sintoma cada um é indicado. O estudo revelou que doze cuidadores (80%) não conseguiram fazer a associação correta de pelo menos um dos medicamentos prescritos com o sintoma a ser controlado. Entre as muitas associações incorretas, destacou-se a inferência de analgésico opióide para o tratamento do sangramento, antiespasmódico para a ansiedade, psicoestimulante para analgesia, corticóide para hipertensão e antidepressivo para alergia.

[...] não, não sei. Esse tramadol diz que é pra quando tiver sangramento, mas eu também não usei ainda não. Só uma vez ele usou, mas tem tempo. (Maria)

[...] a escopolamina que seria pra... tipo um diazepam. A metilfenidato é a morfina. (Lucas)

[...] o prednisona eu não sei, mas eu acho que é pra pressão [...] (Sil)

[...] sertralina que ele toma sempre pela manhã também é... antialérgico. (Verônica)

Cuidadores informais assumem as responsabilidades do manejo de medicamentos para o controle dos sintomas de pacientes graves, em domicílio, como uma tarefa que lhes é transferida pelo Estado. Frequentemente, no entanto, não recebem informações suficientes sobre os medicamentos e o que e como devem fazer para executar, com segurança, essa incubência⁴².

Administram os medicamentos e tentam seguir as instruções recebidas da equipe, mas gostariam de ser melhor orientados.

[...] eu fico pensando nas pessoas que talvez não tenham esse tipo de discernimento para poder compreender melhor. [...] é bom explicar pra que serve cada remédio. (Lucas)

[...] pra gente saber o que nós estamos fazendo com cada medicação, pra que serve, entendeu? pra convulsão, pra desânimo, dor... não está escrito na prescrição. (Kate)

3.2) baixa compreensão da administração de medicamentos em regime SOS

Identificou-se certa dificuldade na compreensão da administração de medicamentos “em caso de necessidade” (SOS ou se necessário) pelos cuidadores, o que desfavorece a tomada das decisões clínicas adequadas. Esta falta de conhecimento pode levar a idas aos serviços de emergências e internações desnecessárias, além de colocar em risco a segurança dos pacientes⁴³.

[...] dava o SOS quando ela sentia muitas dores, acabava dando muita morfina, ela ficou com uma superdosagem [...] e ela ficou intoxicada. (Daniel)

[...] mas é assim, tipo SOS como eles falaram... Ela toma, mas não é sempre, entendeu? (Laura)

Apesar de entenderem que determinados medicamentos devem ser utilizados somente quando necessário, cuidadores sentem-se incapazes de prover, em tempo hábil, a intervenção necessária para

controlar os sintomas⁴⁴. Buscam monitorar e intervir; no entanto, poucos são preparados para realizar tal avaliação e tomar decisões corretas⁴⁵.

Prover segurança e competência para o controle de determinados sintomas é o principal benefício que se pode ofertar aos cuidadores e familiares de pacientes em processo de transição entre vida e morte, reduzindo os medos e incertezas e contribuindo para o bem-estar e sensação de normalidade⁴⁶.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou o vislumbre de um grupo de pessoas que enfrentam, diariamente, um mesmo fenômeno ainda pouco estudado: o manejo de medicamentos em domicílio por cuidadores de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos.

Ao dar voz a estes indivíduos, permitiu-se a eles narrar seus medos, dúvidas, expectativas e comportamentos que se relacionam e impactam na utilização dos medicamentos em domicílio e na segurança dos pacientes, além de desvelar as potencialidades destes atores, suas estratégias e esforços para atender, da melhor forma possível, as demandas de seus entes queridos.

O estudo também trouxe à luz as percepções dos cuidadores sobre o papel do profissional farmacêutico e as resultantes práticas da baixa inserção desta categoria na assistência direta, dentro da equipe e no processo do cuidado.

O farmacêutico, como profissional de saúde, e dada sua formação voltada para o medicamento, tem muito a colaborar nos aspectos anteriormente apontados, na reconstrução de um fluxo de cuidado e educação em saúde, de forma que sejam garantidos, aos doentes, seus familiares e à sociedade, a elucidação e a segurança devida, em todos os aspectos que se relacionam com fármacos.

As categorias profissionais da área da saúde devem estar articuladas e envolvidas no processo da assistência dentro de um modelo integrativo de trabalho baseado no diálogo, na compaixão, no aprimoramento científico e humano e na construção de pontes que perpassem e unam seus conhecimentos, com o objetivo de melhor cuidar.

Como contribuição do estudo sugere-se a ampliação da equipe de visita domiciliar com a inclusão de profissionais farmacêuticos que, por vezes subestimados, tem imenso potencial para contribuir no cuidado daqueles que estão cuidando e caminhando por estrada tão árdua e complexa. E que a temática do manejo de medicamentos no âmbito domiciliar em cuidados paliativos seja mais estudada e divulgada por pesquisadores e profissionais que atuam nesse campo da saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Bellato R, Carvalho EC. O jogo existencial e a ritualização da morte. *Rev. latinoam. enferm.* 2005; 13(1):99-104.
2. Boff L. *Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 15. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.
3. Oliveira BRG, Collet N, Vieira CS. A humanização na assistência à saúde. *Rev. latinoam. enferm.* 2006; 14(2):277-84.
4. Gutierrez PL. O que é o paciente terminal. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2001; 47(2):92.
5. Queiroz AHAB, Pontes RJS, Souza AMA, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(9):2615-23.
6. Bird BRJH, Swain SM. Cardiac Toxicity in Breast Cancer Survivors: Review of Potential Cardiac Problems. *Clin Cancer Res.* 2008; 14(1):14-24.
7. Ferris FD, Bruera E, Cherny N, Cummings C, Currow D, Dudgeon D, et al. Palliative cancer care a decade later: Accomplishments, the need, next steps – from the American Society of Clinical Oncology. *J. clin. oncol.* 2009; 27(18):3052-58.
8. Institute of Medicine (IOM). *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*. Committee on Cancer Survivorship: Improving Care and Quality of Life. Washington (DC): The National Academies Press 2006 (US) [acesso em 2017 nov 8]; Disponível em: https://www.georgiacancerinfo.org/articleImages/articlePDF_396.pdf
9. De Paula CC, Mutti CF, Padoin SMM, Bubadué RM, Dos Santos EEP, Da Silva CB. Cuidado Paliativo em Oncologia: Estudo de Revisão da Literatura. *Rev. Enferm. UFPE online.* 2013; 7(1):246-61.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar, v. 1. – Brasília: 2012 [acesso em 2017 jul 12]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf
11. Kavalec FL. Participação do farmacêutico nas atividades de cuidados paliativos a pacientes oncológicos. Conselho Federal de Farmácia. 2004 [acesso em 2016 nov 23]. Disponível em: [http://www.cff.org.br/userfiles/2004%20-%20Men%C3%A7%C3%A3o%20Honrosa%20-%20Flavia%20Ludimila%20Kavalec\(1\).doc](http://www.cff.org.br/userfiles/2004%20-%20Men%C3%A7%C3%A3o%20Honrosa%20-%20Flavia%20Ludimila%20Kavalec(1).doc)
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar, v. 2. – Brasília: 2013 [acesso em 2017 jul 12]. Disponível em: [http://www.fatene.edu.br/site/images/Biblioteca/manuais_enfermagem/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa%20\(1\).pdf](http://www.fatene.edu.br/site/images/Biblioteca/manuais_enfermagem/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa%20(1).pdf)
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: 2008 [acesso em 2016 nov 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
14. Masman AD, Van Dijk M, Tibboel D, Baar FPM, Mathôt RAA. Medication use during end-of-life care in a palliative care centre. *Int. j. clin. pharm.* 2015; 37:767-775.
15. Freitas NO, Pereira MVG. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. *Mundo saúde.* 2013; 37(4):450-457.

16. Gillespie R, Mullan J, Harrisson L. Managing medications: the role of informal caregivers of older adults and people living with dementia. A review of the literature. *J. clin. nurs.* 2014; 23(23-24):3296-3308.
17. Novais T, Duclos A, Varin R, Lopez I, Chamouard V. Treatment-related knowledge and skills of patients with haemophilia and their informal caregivers. *Int. j. clin. pharm.* 2016; 38:61-69.
18. Lau D, Berman R, Halpern L, Pickard AS, Schrauf R, Witt Whitney. Exploring Factors that Influence Informal Caregiving in Medication Management for Home Hospice Patients. *J. palliat. med.* 2010; 13(9):1085-1090.
19. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
20. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Ed. Sulina; 2007.
21. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 5. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.
22. Oliveira DC. *Análise de Conteúdo Temático-Categorial: Uma proposta de sistematização*. *Rev. enferm.UERJ.* 2008; 16(4):569-76.
23. Bicalho CS, Lacerda MR, Catafesta F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. *Cogitare enferm.* 2008; 13(1):118-123.
24. Parand A, Garfield S, Vincent C, Franklin BD. Carers' Medication Administration Errors in the Domiciliary Setting: A Systematic Review. *PLoS ONE.* 2016; 11(12):4-18.
25. Pinheiro MLA, Martins FDP, Rafael, CMO, De Lima UTS. Paciente oncológico em cuidados paliativos: A perspectiva do familiar cuidador. *Rev. enferm. UFPE online.* 2016; 10(5):1749-55.
26. Milton JC, Hill-Smith I, Jackson SHD. Prescribing for older people. *BMJ.* 2008; 336:606-609.
27. Godfrey CM, Harrison MB, Lang A, Macdonald M, Leung T, Swab M. Homecare safety and medication management with older adults: a scoping review of the quantitative and qualitative evidence. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2013; 11(7):82-130.
28. Reinhard SC, Levine C, Samis S. Home Alone: Family Caregivers Providing Complex Chronic Care. AARP Public Policy Institute, p.1-50, 2012 [acesso em 2017 nov 07]; Disponível em: <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/public_policy_institute/health/home-alone-family-caregivers-providing-complex-chronic-care-rev-AARP-ppi-health.pdf>
29. Briceland LL. Medication errors: an exposé of the problem. *Medscape pharmacists.* 2000 [acesso em 2018 set 21]; Disponível em: <<https://www.medscape.com/viewarticle/408559>>
30. Monegat M, Sermet C. Polypharmacy: Definitions, Measurement and Stakes Involved Review of the Literature and Measurement Tests. *Questions d'économie de la santé* n.204, p.1- 8, 2014.
31. Chisholm-Burns MA, Spivey CA. Pharmacoadherence: A new term for significant problem. *Am. j. health system pharm.* 2008; 65:661-67.
32. Laroche ML, Charmes JP, Nouaille Y, Picard N, Merle L. Is inappropriate medication use a major cause of adverse drug reactions in the elderly? *Br J Clin Pharmacol.* 2007; 63:177-86.

33. Gray SL, Mahoney JE, Blough DK. Medication adherence in elderly patients receiving home health services following hospital discharge. *Ann. pharmacother.* 2001; 35(5):539-45.
34. Cassiani SHB, Gimenes FRE, Freire CC. Avaliação da prescrição médica eletrônica em um hospital universitário. *Rev. bras. enferm.* 2002; 55(5):509-13.
35. Heydrich J, Heineck I, Bueno D. Observation of preparation and administration of drugs by nursing assistants in patients with enteral feeding tube. *Braz. J. Pharm. Sci.* 2009; 45(1):117-120.
36. Boullata, JI. Drug Administration Through an Enteral Feeding Tube. *AJN.* 2009; 109 (10):34-42.
37. Moura GMS, Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Hoffmeister LV. Face oculta de um processo participativo para escolha de chefias de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(3):528-34.
38. Andrade CG, Dos Santos KFO, Da Costa SFG, Fernandes MGM, Lopes MEL, Souto MC. Cuidados Paliativos ao Paciente Idoso: uma Revisão Integrativa da Literatura. *Rev. bras. ciênc. saúde.* 2012; 16(3):411-18.
39. Ministério da Saúde (Brasil), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O que devemos saber sobre medicamentos. Brasília: MS, 2010. [acesso em 2018 Set 27]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>
40. Mastroianni PC, Lucchetta RC, Sarra JR, Galduróz JCF. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica* 2011; 29(5):358-64.
41. Alencar TOS, Machado CSR, Costa, SCC. Descarte de medicamentos: uma análise da prática no Programa Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19 (7):2157-66
42. Bucher JA, Houts PS, Nezu CM, Nezu AM. Improving problema-solving skills of family caregivers through group education. *J. psychosoc. oncol.* 1999; 16(3-4):73-84.
43. Travis SS, Bethea LS, Winn P. Medication administration hassles reported by family caregivers of dependent elderly persons. *J. gerontol. Ser. A, Biol. sci. med. sci.* 2000; 55(7):M412-17.
44. Rosenberg JP, Bullen T, Maher K. Supporting family caregivers with Palliative Symptom Management: A Qualitative Analysis of the Provision of an Emergency Kit in the Home Setting. *Am J Hosp Palliat Care* 2015; 32(5):484-9.
45. Ullgren H, Tsitsi T, Papastravou E, Charalambous A. How family caregivers of cancer patients manage symptoms at home: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2018; 85:68-79.
46. Sarmiento VP, Marjolein G, Higginson I, Gomes B. Home Palliative Care Works: but how? A meta-ethnography of the experiences of patients and family caregivers. *BMJ Support Palliat Care* 2017; 7(4):390-403.