

Faculdade Pernambucana de Saúde
Programa institucional de iniciação científica PIC/FPS

ARTIGO CIENTÍFICO

**Análise de terapias antimicrobianas em cuidados paliativos: contribuições farmacêuticas
para assistência a pacientes hospitalizados**

Pesquisadoras: Anna Beatriz Pimentel de Guimarães
Rebeca Maria da Silva
Yasmin de Araújo Farias Oliveira

Orientadora: Ítala Morgânia Farias da Nóbrega

Coorientadora: Mirella Rebêlo Bezerra

Linha de pesquisa: Antibióticos, Assistência Farmacêutica,
Cuidados Paliativos e Farmacoeconomia

RECIFE-PE, BRASIL

2020

Resumo

Introdução: A falta de orientações delineadas sobre o uso de antimicrobianos em cuidados paliativos leva a um número crescente de pacientes recebendo tratamentos não potencialmente paliativos e desnecessários para a infecção acometida.

Objetivo: O presente estudo buscou avaliar os antimicrobianos prescritos em uma enfermaria de cuidados paliativos. Caracterizando as variáveis sociodemográficas dos pacientes e seus PPS. Como também analisando a segurança da farmacoterapia, sua indicação terapêutica e o perfil farmacoeconômico desses fármacos.

Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, observacional de caráter descritivo utilizando dados secundários, realizado por meio da análise dos prontuários e prescrições de pacientes que utilizaram um ou mais antimicrobianos entre janeiro de 2019 a janeiro de 2020.

Resultado: Observou-se nas 114 prescrições uma predominância de pacientes com PPS 30. As principais indicações terapêuticas para o uso dos antimicrobianos foi para o combate as infecções do trato respiratório (ITR), lesão cutânea (LPP) e trato urinário (ITU). Tendo como a classe mais prescrita os β -Lactâmicos. Em relação as possíveis interações medicamentosas se observaram que 67,5% das prescrições não possuíam nenhum tipo de interação com os antibióticos. Os fármacos meropenem 1g (FA), ceftazidima 1g (FA) e ceftriaxona 1g (FA) corresponderam a 58,79% dos gastos totais dos 168 antimicrobianos analisados.

Conclusão: Pesquisas nesse ramo é essencial para a estruturação de diretrizes na finalidade do uso de antimicrobianos nessa população crescente de serviços de saúde. Para que a tomada de decisões sobre o seu uso possa futuramente ser feita como parte do planejamento antecipado dos cuidados.

Palavras-chaves:

Antimicrobianos; Assistência Farmacêutica; Cuidados Paliativos; Farmacoeconomia

Abstract

Introduction: The lack of guidelines outlined on the use of antimicrobials in palliative care leads to an increasing number of patients receiving treatments that are not potentially palliative and unnecessary for the affected infection.

Objective: The present study sought to evaluate the antimicrobials prescribed in a palliative care ward. Characterizing the sociodemographic variables of the patients and their PPS. As well as analyzing the safety of pharmacotherapy, its therapeutic indication and the pharmacoeconomic profile of these drugs.

Methodology: This is a cross-sectional, observational, descriptive study using secondary data, carried out by analyzing the medical records and prescriptions of patients who used one or more antimicrobials between January 2019 and January 2020.

Result: A predominance of patients with PPS 30 was observed in 114 prescriptions. The main therapeutic indications for the use of antimicrobials were to fight respiratory tract infections (ITR), skin lesions (LPP) and urinary tract (ITU). With the most prescribed class β -Lactamic. Regarding the possible drug interactions, it was observed that 67,5% of the prescriptions did not have any type of interaction with antibiotics. The drugs meropenem 1g (FA), ceftazidime 1g (FA) and ceftriaxone 1g (FA) corresponded to 58,79% of the total expenditure of the 168 antimicrobials analyzed.

Conclusion: Research in this field is essential for structuring guidelines for the purpose of using antimicrobials in this growing population of health services. So that decision making about its use can be done in the future as part of advance care planning.

Keywords:

Antimicrobials, Pharmaceutical Care, Palliative Care and Pharmacoeconomics

Resumen

Introducción: La falta de directrices esbozadas sobre el uso de antimicrobianos en cuidados paliativos lleva a que un número creciente de pacientes reciba tratamientos no potencialmente paliativos e innecesarios para la infección afectada.

Objetivo: El presente estudio buscó evaluar los antimicrobianos prescritos en una sala de cuidados paliativos. Caracterizar las variables sociodemográficas de los pacientes y su PPS. Así como analizar la seguridad de la farmacoterapia, su indicación terapéutica y el perfil farmacoeconómico de estos fármacos.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal con datos secundarios, realizado mediante el análisis de las historias clínicas y prescripciones de los pacientes que utilizaron uno o más antimicrobianos entre enero de 2019 y enero de 2020.

Resultado: En las 114 prescripciones se observó un predominio de pacientes con PPS 30. Las principales indicaciones terapéuticas para el uso de antimicrobianos fueron combatir infecciones del tracto respiratorio (ITR), lesiones cutáneas (LPP) y del tracto urinario (ITU). Tener la clase β -Lactámica más prescrita. En cuanto a las posibles interacciones medicamentosas, se observó que el 67,5% de las prescripciones no presentaron ningún tipo de interacción con antibióticos. Los fármacos meropenem 1g (FA), ceftazidima 1g (FA) y ceftriaxona 1g (FA) correspondieron al 58,79% del gasto total de los 168 antimicrobianos analizados.

Conclusión: La investigación en este campo es fundamental para estructurar las directrices con el fin de utilizar antimicrobianos en esta creciente población de servicios de salud. Para que la toma de decisiones sobre su uso se pueda realizar en el futuro como parte de la planificación anticipada de la atención.

Palabras-llave:

Antibióticos, Asistencia Farmacéutica, Cuidados Paliativos y Farmacoeconomía

I. Introdução

Cuidado Paliativo (CP) é o processo de acolhimento humanizado a pacientes que estão fora das possibilidades de cura pela ciência atual. O cuidado é centrado em amenizar a “dor total” que as doenças incuráveis trazem aos indivíduos acometidos.¹ Além de proporcionar aos profissionais de saúde uma visão holística sobre a finitude - onde “o morrer” ocorre naturalmente sem o processo da distanásia ou eutanásia - como parte natural da assistência à saúde e não fracasso da ciência.²

Essa modalidade de assistência ganhou destaque com a fundação do Saint Christopher Hospice em 1967 pela britânica Cicely Saunders inspirada pelas necessidades de seus pacientes terminais. Servindo de exemplo para criação de outras instituições de CP.^{3,4} Embora o Brasil tenha procurado acompanhar a tendência mundial, esse modelo de assistência ao doente só se deu início na década de 1980.⁵ “Tendo o serviço pioneiro se constituído no estado do Rio Grande do Sul em 1983 e posteriormente na Santa Casa de Misericórdia em São Paulo no ano de 1986.”⁶

Tal cuidado que se baseia nos princípios da ortotanásia se faz cada vez mais necessário no contexto da sociedade brasileira. “Que em menos de 40 anos, passou de um perfil de mortalidade típica de uma população jovem para um perfil caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas.”⁷ Onde será considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2025, a sexta nação com o maior número de idosos do mundo.⁸

Em 2014, a OMS classificou os países em quatro grupos de acordo com seu nível de desenvolvimento em cuidado paliativo e o Brasil ficou incluído no nível 3A. Mostrando que o país fornece serviços em CP, porém de maneira isolada e em número insuficiente para a população. Em 2015, a revista *The Economist* publicou seu segundo relatório sobre qualidade de morte, no qual o Brasil está na 42ª posição do total de 80 países.⁹ Compatível com esses dados observa-se a dificuldade, do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS), de proporcionar à uma população envelhecida, que tende a apresentar males crônicos, a assistência necessária.¹⁰

Dentro das ferramentas usadas nos cuidados paliativos estão os antimicrobianos. “Os quais são fármacos que revolucionaram o tratamento de doenças infecciosas causadas por bactérias e reduziram mundialmente as taxas de morbidade e mortalidade associadas a infecções bacterianas.”¹¹ Contudo o uso irracional desses levam a maiores gastos financeiros as

instituições de saúde além de favorecer o surgimento de efeitos adversos, interações medicamentosas e resistência bacteriana.¹²

Em torno de 25% dos indivíduos, sobre cuidados paliativos, recebem antimicrobianos nos seus últimos dias, pois infecções e febres são recorrentes neste período.¹³ Não sendo possível distinguir quais manifestações estão relacionadas a infecção das que estão ligadas ao curso natural da doença base.¹⁴ “No entanto diagnosticar ou não diagnosticar, tratar ou não tratar infecções em final de vida são motivo de debate e preocupação para todos os profissionais de saúde envolvidos em atender as necessidades dos pacientes com doenças terminais.”¹⁵ Neste ponto tanto a divergência nos critérios de diagnóstico para a utilização de antimicrobianos como também a determinação do que é “doença terminal” e “fim de vida” prejudica o entendimento dos dados e o desenvolvimento de diretrizes para o uso racional desta classe de medicamento.¹⁶

É nesse momento que a Palliative Performance Scale (PPS) se torna importante, um instrumento reconhecido e amplamente utilizado em CP para auxiliar e acompanhar a curva evolutiva da doença, trazendo subsídios para tomada de decisão como a suspensão de terapias desnecessárias e por vezes prejudiciais ao paciente.¹⁷ Levando em consideração a existência de outros medicamentos que podem ser administrados para tratar os sintomas associados à infecção nesses pacientes independente da terapia antimicrobiana.¹⁴ Assim o PPS acaba tornando-se uma ferramenta essencial para o discernimento quanto ao uso dos antimicrobianos. Pois a partir da construção de um gráfico diário dos registros do PPS, é possível identificar a ocasião de privilegiar o cuidado paliativo em detrimento do curativo, bem como estabelecer quando o primeiro passa a ser exclusivo.¹⁷

Diante deste contexto, o presente artigo teve como objetivo analisar a terapia antimicrobiana em cuidado paliativo. Caracterizando as variáveis sociodemográficas dos pacientes e seus PPS. Como também verificado a segurança da farmacoterapia (posologia, forma farmacêutica, via de administração, diluição, tempo de tratamento e interações medicamentosas potenciais), sua indicação terapêutica e o perfil farmacoeconômico desses fármacos. Contribuindo assim para uma melhor compreensão dos padrões de prescrição de antimicrobianos em CP.

II. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, observacional de caráter descritivo utilizando dados secundários de pacientes que utilizaram um ou mais antimicrobianos, internados na enfermaria de cuidados paliativos localizada no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), que dispõe de 14 leitos. A amostra foi constituída por 91 pacientes hospitalizados, de ambos os sexos, excluindo os menores de 18 anos. O período da coleta dos dados, realizada após a carta de anuência, ocorreu de janeiro de 2019 a janeiro de 2020. As informações foram obtidas por meio de preenchimento de formulário específico para a pesquisa, a partir dos registros disponíveis em prontuários e prescrições médicas. Porém não houve avaliação de todas as prescrições do tratamento completo do paciente com o antimicrobiano (da primeira até a última dose) e sim uma determinada prescrição durante o seu uso. Foi utilizado também a escala Palliative Performance Scale (PPS) no qual é possível estabelecer a funcionalidade percentual do paciente através dos critérios: deambulação, atividade, autocuidado, ingestão e nível de consciência. Todas as informações foram registradas em planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2016® e o gasto com os antimicrobianos foi calculado em real multiplicando o número de unidades dispensadas pelo preço médio da aquisição desses produtos do próprio hospital. A análise da estatística descritiva ocorreu através do cálculo de percentagem, média aritmética e moda estatística. As possíveis interações medicamentosas e seus efeitos com antimicrobianos foram identificadas pelo verificador online da Medscape®¹⁸, onde tal software classifica as interações de acordo com as gravidades: “Menor”, “Monitorar de perto” e “Evite ou use drogas alternativas”. Também foi consultado fontes bibliográficas terciárias: o livro Interações Medicamentosas de Bachmann et al¹⁹, o Dicionário Terapêutico Guanabara²⁰, o livro de interações medicamentosas de Stockley²¹ e as monografias dos fármacos da base de dados Drugdex (MICROMEDEX)²². Toda a pesquisa, obedeceu à resolução do Conselho Nacional de Saúde sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP (CEP/IMIP) de parecer CAAE: 95204818.7.0000.5201.

III. Resultados e Discussão

O estudo - realizado com 91 indivíduos – obteve perfil sociodemográfico (tabela 1) com predominância de pacientes: sexo feminino, pardos, residentes da região Metropolitana do Recife, casados, aposentados e faixa etária entre 66 a 75 anos. Das 114 prescrições avaliadas - havendo mais de uma prescrição por participante por ocorrência de mudança da terapia antimicrobiana - observou-se que 37% destas o paciente tinha como PPS 30 (tabela 2). Indivíduos na faixa de PPS de 10 a 30% tem em média somente 22 dias de vida.¹⁶ Dados de uma pesquisa na universidade de Osaka, com 111 integrantes com câncer terminal, constatou que o uso de antibióticos antes da última semana de vida só melhorava os sintomas de infecção de 40% dos pacientes e quando eram utilizados nos últimos 7 dias de vida esse percentual de melhoria diminuía para menos de 10%.¹⁵

Observou-se o uso de polifarmácia em 111 (97,3%) das prescrições. Porém existe na assistência paliativa o desejo da diminuição da polifarmácia em indivíduos terminais, principalmente em terapias medicamentosas que não demostre benefícios em curto intervalo de tempo, mas que aumentam os riscos de interações medicamentosas e efeitos adversos a pacientes com insuficiência hepática e renal.²³

Nas antibioticoterapias estabelecidas nessas prescrições verificou-se a predominância de um (01) antimicrobiano por prescrição (tabela 3). O uso de antibióticos em doentes terminais é explicado pelo fato desses pacientes apresentarem muitas vezes sintomas similar a sepse e quadros infecciosos visto que é natural a declinação do sistema imunológico na finitude.²⁴ Um exemplo dessa realidade é o estudo observacional com 3884 participantes em hospicecare nos Estados Unidos que relatou que na última semana de vida 27% utilizavam no mínimo um antibiótico e que desses apenas 15% tinham um diagnóstico de infecção documentado.^{23,25}

No tocante das solicitações de antibiograma (tabela 3), foi identificado que 56,1% das prescrições tinham, no prontuário do paciente, a presença de antibiograma, 38,6% não tinham a solicitação e 5,3% não foi especificado. As principais indicações terapêuticas para o uso dos antimicrobianos foi o combate as infecções: do trato respiratório (ITR), lesão cutânea (LPP) e trato urinário (ITU). A infecção muitas vezes constitui o episódio final que determina a morte nesses indivíduos. Achados de necropsia em um hospital do Texas, Audie L. Murphy Veterans Affairs, mostrou que 79% dos doentes paliativos tinham pneumonia no momento do falecimento e que em 44% desses a pneumonia determinou o óbito.^{23,26} Dados elucidam que as

infecções mais recorrente em cuidado paliativo são respectivamente, em ordem decrescente, a respiratória, a urinária, a gastrointestinais, a cutânea e a sanguínea.²⁷

Ao analisar o tipo de tratamento proposto pela equipe médica para o uso desses antimicrobianos (tabela 3) verificou-se uma pequena diferença percentual em relação a terapêutica (45,6%) com a não especificada (44,7%). Isso se deve porque a utilização de antimicrobianos levanta questionamentos éticos em relação a finalidade da sua prescrição, manejo e potenciais malefícios que podem gerar a pacientes em fim de vida.²⁸ Discernir se é necessário tratar, reter ou retirar a terapia com antimicrobianos de uma infecção não é nada fácil.²⁹ É uma escolha complexa pois paradoxalmente infecções graves induz geralmente o doente terminal a um declínio do nível de consciência que proporciona mais serenidade e menor angústia da realidade, o ato de contrariar tal estado natural da finitude com a terapêutica antimicrobiana pode consistir em uma medida de distanásia.²³ Já que há terapias de alívios mais eficiente do que a utilização de antimicrobianos como o uso de ansiolíticos, analgésicos, e o próprio ato de acomodar o ambiente hospitalar para melhor aconchego dos doentes e seus parentes.²⁴ Além disso prescrever antimicrobianos para indivíduos paliativos que tenha curta expectativa de vida potencializa o risco de aumentar os microrganismos multirresistentes nos meios hospitalares e elevam os gastos das instituições de saúde.¹⁶

Quando a quantidade de antimicrobianos prescrito o estudo obteve um total de 168 antimicrobianos (tabela 4), classificados em cefalosporina (cefalexina, cefepime, ceftaidima e ceftriaxona), carbapenêmico (meropenem), penicilina (ampicilina+subactam e piperaciclina+tazobactam), quinolona (levofloxacina, ciprofloxacina), lincosamida (clindamicina), nitroimidazólico (metronidazol), glicopeptídeo (vancomicina), macrolídeo (azitromicina), aminoglicosídeo (amicacina), polimixina (polimixina B) e oxazolidinona (linezolida). Distribuídos nas apresentações farmacêuticas de ampola (amp), frasco-ampola (FA), comprimido (comp), cápsula (cap) e bolsa. Em relação as vias de administrações dos antimicrobianos constatou-se que 139(82,7%) foram intravenosos, 10(6%) orais, 7(4,1%) tópicos, 6(3,6%) subcutâneas, 3(1,8%) nasoenterais, 2(1,2%) hipodermóclises e 1 (0,6%) auricular.

Ao examinar as interações medicamentosas potenciais (IMP) com os antimicrobianos constatamos que 77 (67,5%) prescrições não tiveram nenhum tipo de interação e que as 37 (32,5%) restantes tiveram ao todo 68 interações, na qual 67 dessas interações foram relacionadas a antibiótico com fármaco de outra classe de medicamento e 1 foi de antibiótico com antibiótico (tabela 5). No entanto, ressaltamos que a maioria dos pacientes que requer

palição é idosa, possui comorbidades e faz uso de muitos medicamentos, facilitando a ocorrência de interações medicamentosas. Uma vez que a idade quanto a doença base podem alterar a farmacocinética e a farmacodinâmica desses fármacos.³⁰ Outro detalhe é que os possíveis efeitos das IMP podem ser desejados ou indesejados de acordo com a avaliação clínica.³¹ No presente trabalho encontramos como possíveis efeitos (tabela 6) : aumento no intervalo QTc; aumento do risco da ruptura do tendão; aumento no risco de nefrotoxicidade e ototoxicidade; aumento da toxicidade da furosemida; aumento do nível da enoxaparina, varfarina, carbamazepina, dexametasona, metadona, amitriptilina, diazepam e clonazepam; aumento da estimulação do sistema nervoso central (SNC) e convulsões; e aumento da serotonina.

Entre as possíveis interações 21 (30,9%) foram classificadas pelo Medscape^{®18} com gravidade "Evitar ou usar droga alternativa"; 33 (48,5%) "Monitorar de perto" e 14 (20,6%) "Menor". Quando a terapia antimicrobiana é indispensável e interage com outras drogas da prescrição, aconselha-se a verificação dos possíveis efeitos das IMPs para determinar o risco/benefício e a assistência do paciente enquanto faz o uso do fármaco; pois a grande parte das IMPs pode ser controlada, sem a necessidade de interromper a combinação de medicamentos, através de ajuste de doses e acompanhamento dos possíveis eventos adversos. É importante ressaltar que a avaliação individual de cada caso clínico é essencial para as tomadas de decisões, destacando a relevância de uma equipe multiprofissional de saúde onde o farmacêutico clínico faça parte.³² Pois a inclusão de "especialistas em medicamentos" tem trazido desfechos terapêutico mais seguros e eficazes aos pacientes.^{31,33}

Hoje em dia os antimicrobianos encontram-se entre os medicamentos mais prescritos em hospitais, aproximadamente 30% dos gastos de uma farmácia hospitalar estão associados a utilização desses fármacos.^{32,34} É nesse contexto que foi verificado o custo diário dos antimicrobianos nas 114 prescrições (tabela 7), no qual o fármaco meropenem 1g (FA), ceftazidima 1g (FA) e ceftriaxona 1g (FA) corresponderam a 58,79% dos gastos totais. Esses três medicamentos fazem parte respectivamente dos β -Lactâmicos, no qual foi a família mais consumida. Um estudo de cuidados paliativos feito no mesmo hospital escola demonstrou que o grupo de antimicrobiano mais utilizado foi as cefalosporinas, sendo usada por 45,8% dos pacientes que receberam antibiótico na última semana de vida.³⁵

É válido lembrar que os beta-lactâmicos agem impedindo a última fase da síntese da parede celular bacteriana de peptidoglicano, são a família de antibióticos mais abundante e a mais usada nas antibioticoterapias. Regidos por concentração sérica dependente, tem diminuta

toxicidade pelo fato de apresentarem alta afinidade as células bacterianas possuindo assim uma ampla janela terapêutica. Contudo o fato dos antimicrobianos de largo espectro de ação serem os mais prescritos em estabelecimentos de saúde, faz crescer a apreensão em relação ao surgimento de futuras resistências bacterianas.³⁶

Em relação ao dia de tratamento (D) descrito nas prescrições dos 168 antimicrobianos notou-se que 160 (95,2%) se encontravam no período de tempo que geralmente é proposto nas bulas desses medicamentos. No restante observou-se D18 para ciprofloxacina solução otológica, onde geralmente a duração vai de 5 a 10 dias de tratamento; D27 para ciprofloxacina 400mg/200mL solução intravenosa que geralmente a duração é de 7 a 14 dias. Registrou prescrições com solicitação para uso tópico de comprimidos de metronidazol 250mg com duração entre D14 e D22. No entanto são poucas as pesquisas focadas em analisar na terminalidade a seleção antimicrobiana, via de administração, duração do tratamento e dose.²⁷ Um bom exemplo é a aplicação do metronidazol em lesões neoplásicas nos cuidados paliativos, no qual é recomendado o gel a 0,8% por demonstrar excelentes efeitos no controle de seus odores. Entretanto na falta do gel tem sido empregado nas feridas os comprimidos triturados ou a solução injetável pura do fármaco.³⁷ Mas há necessidade de se realizar mais estudos em relação a duração do tratamento de metronidazol comprimido na via tópica, pois ainda não é definido o tempo mais adequado. Existindo dois trabalhos que utilizaram metronidazol por 14 dias, notando-se melhora na diminuição dos cheiros no 14º dia em relação ao 7º dia de uso, porém há referência de que quando a terapia é interrompida o odor reaparece.³⁸

No que refere as diluições das prescrições, evidenciou-se 127 propostas com antimicrobianos, no qual o cloreto de sódio 0,9% era o diluente. Dessas diluições 121 (95,3%) estavam com a proporção “diluente/antimicrobiano” de acordo com os parâmetros específicos das bulas de cada medicamento. As 6 (4,7%) propostas restantes foram consideradas inconformidades. Na qual recomendava diluir ciprofloxacina de 500mg frasco ampola em 100ml de cloreto de sódio a 0,9%, no entanto a dosagem de 500mg é inexistente nessa forma farmacêutica. Usualmente é utilizado a bolsa de ciprofloxacina que já vem diluída em soro glicosado 5% ou cloreto de sódio 0,9% na razão de 200mg/100ml ou 400mg/200ml. Existiu também a proposta de diluição de cefalexina 1g ampola para ser usada na via intravenosa, todavia não existe essa droga nessa forma farmacêutica e nem para essa via; havendo no mercado apenas a forma de comprimido e suspensão oral. Houve diluição para metronidazol bolsa de 500mg/100ml no qual geralmente não é necessário diluir. É importante ressaltar que o êxito do tratamento antimicrobiano está diretamente relacionado a concentração do fármaco na região da infecção, no qual a sua diluição tem grande importância na sua eficácia terapêutica.

A quantidade do fármaco deve ser o bastante para impedir o crescimento bacteriano sem ultrapassar a concentração máxima tolerada (CMT) pelas células do corpo humano. Quando ocorre de os microrganismos não serem afetados pela concentração máxima efetiva (CME) dizemos que este é resistente.³⁹ Logo pesquisas direcionadas em verificar as diluições adequadas do uso de antimicrobianos para a proposta paliativa se faz necessária. Para que aja diretrizes em CP determinando a concentração eficiente desses fármacos para paliar sintomas sem causar a temida resistência bacteriana.

IV. Conclusão

O estudo buscou refletir e analisar os dados do uso dos antimicrobianos nos cuidados paliativos (CP), pois a complexidade do manejo das infecções para respeitar o princípio da ortotanásia colocou a terapia de antibióticos em um patamar diferente em relação seu uso clássico. Surgindo assim a necessidade de comprovar se há realmente eficiência no conforto desses pacientes. Apesar desse questionamento observou-se nas prescrições uma predominância de pacientes com PPS 30. Onde as principais indicações terapêuticas para o uso dos antimicrobianos foi para o combate as infecções do trato respiratório (ITR), lesão cutânea (LPP) e trato urinário (ITU). Tendo como classe mais prescrita os β -Lactâmicos. Os fármacos meropenem 1g (FA), ceftazidima 1g (FA) e ceftriaxona 1g (FA) corresponderam a 58,79% dos gastos diários do total de antibióticos analisados. Verificou-se que 67,5% das prescrições não tiveram nenhum tipo de interações potenciais com os antimicrobianos. Em relação ao dia de tratamento descrito nas prescrições notou-se que 95,2% dos antimicrobianos se encontravam no período de tempo que geralmente é proposto nas bulas desses medicamentos e que 95,3% das diluições estavam com a proporção “diluyente/antimicrobiano” de acordo com os parâmetros específico de cada fármaco. Assim esse estudo tenta amenizar a escassez de informação sobre as possíveis interações medicamentosas, a diluição, o tempo de tratamento e a dose adequada desses fármacos para alcançar os objetivos do cuidado paliativo. Uma vez que pesquisas nesse ramo é essencial para a estruturação de diretrizes na finalidade do uso de antimicrobianos nessa população crescente de serviços de saúde. Para que na medida do possível, com a construção do conhecimento sobre o assunto, a tomada de decisões sobre o uso de antimicrobianos possa futuramente ser feita como parte do planejamento antecipado dos cuidados, e não no momento da crise como é atualmente.

V. Referências

1. Barreto SM, Castro EK. Critérios de médicos oncologistas para encaminhamento psicológico em cuidados paliativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2015; 35(1): 69-82.
2. Lopes AC, Lima CADS, Santoro LDF. Eutanásia, ortotanásia e distanásia. Aspectos médicos e jurídicos. 3.ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. pp. 70-78.
3. Alves RSF, Cunha ECN. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2019; 39(e185734): 1-15.
4. Furtado MEMF, Leite DMC. Palliative care seen from the point of view of the lung cancer patients' families. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2017; 21(63): 969-980.
5. Dourado TB. Cuidado paliativo: a integralidade do cuidado e seus avanços na história. Marília. Monografia [Graduação em Psicologia Hospitalar] - Faculdade de Medicina de Marília; 2017.
6. Santana AC. Cuidados paliativos oncológicos: um estudo sobre a interdisciplinaridade e a integralidade do acesso a saúde no serviço de atendimento domiciliar do hospital Ophir Loyola. Belém. Monografia [Especialização em Oncologia-Cuidados Paliativos] – Universidade do estado do Pará; 2016.
7. Schwarz ED, Baggio SO, Bueno D. Prescrições de medicamentos em unidade de cuidados paliativos de um hospital universitário de Porto Alegre. *Clinical&BiomedicalResearch*. 2016; 36(1).
8. Marques LA. Turismo na terceira idade: um olhar geográfico sobre o projeto trilhas da longevidade. Uberlândia. Monografia [Bacharel em Geografia] - Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia; 2018.
9. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estudos avançados*. 2016; 30(88): 155-166.
10. Saito DYT, Zoboli ELCP. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. *Rev. Bioét.* 2015 dez; 23(3): 593-607.
11. Costa ALP, Silva Junior ACS. Resistência bacteriana aos antibióticos e Saúde Pública: uma breve revisão de literatura. *Estação Científica (UNIFAP)*. 2017; 7(2): 45-57.
12. Angles, E. Uso racional de antimicrobianos y resistencia bacteriana ¿haciadónde vamos? *RevMedHered*. 2018; 29 (1):3-4.
13. Juthani-Mehta M, Malani PN, Mitchell SL. Antimicrobials at the End of Life: An Opportunity to Improve Palliative Care and Infection Management. *JAMA*. 2015 Nov; 314(19):2017-2018.
14. Rosenberg JH, Albrecht JS, Fromme EK, Noble BN, McGregor JC, Comer AC, Furuno JP. Antimicrobial Use for Symptom Management in Patients Receiving Hospice and

- Palliative Care: A Systematic Review. *Journal of palliative medicine*. 2013; 16(12):1568-1574.
15. Mora PM. La sepsis en el paciente en Cuidados Paliativos. Decisiones sobre el tratamiento antimicrobiano. *Revista de Medicina*. 2015 Dic; (44):15-24.
 16. Crispim HD. Análise da decisão de médicos atuantes em cuidados paliativos sobre o uso de antibióticos em pacientes com doenças terminais. São Paulo. Tese [Doutorado em Ciências] – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2019.
 17. Medeiros RBD. Aplicação sequencial da escala de performance paliativa em pacientes paliativos internados em um hospital geral. Florianópolis. Dissertação [Mestrado em Cuidados Intensivos e Paliativo] - Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
 18. Medscape [<https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>]. Drug Interaction Checker [Acesso em 2019-2020].
 19. Bachmann KA, Lewis DJ, Fuller MA, Bonfiglio MF. Interações Medicamentosas. 2. Ed. Barueri: Manole; 2006.
 20. França FFAC. Dicionário Terapêutico Guanabara 2014/2015. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
 21. Baxter K. Interações Medicamentosas de Stockley: referência rápida. Porto Alegre: Artemed; 2010.
 22. MICROMEDEX [<https://www.micromedexsolutions.com>]. Drug Interaction Checker [Acesso em 2019-2020].
 23. Graça C, Correia I, Gonçalves-Pereira J. Infecção em Fim de Vida: Há Benefício da Terapêutica Antibiótica?. *Medicina Interna*. 2019 Dez; 26(4): 66-70.
 24. Flores TG, Costa GS, Oliveira RS, Pedro FL, Mânica da Cruz IB, Lampert MA. Prescrição de antimicrobianos para idosos hospitalizados: análise de benefícios e associação com implementação de limitação do esforço terapêutico e cuidados paliativos. *Journal of Epidemiology and Infection Control*. 2019; 9(4).
 25. Albrecht JS, McGregor JC, Fromme EK, Bearden DT, Furuno JP. A nationwide analysis of antibiotic use in hospice care in the final week of life. *J Pain Symptom Manage*. 2013; 46(4): 483-490.
 26. Abdel-Karim IA, Sammel RB, Prange MA. Causes of death at autopsy in an Inpatient Hospice Program. *J Palliat Med*. 2007 sept ;10(4):894–898.
 27. Romero I, Braga B, Rodrigues J, Rodrigues R, Galriça Neto I. Desprescrever nos Doentes em Fim de Vida: Um Guia para Melhorar a Prática. *Medicina Interna* 2018 Mar; 25(1): 45-87.

28. Pereira SM, Sá Brandão PJ, Araújo J, Carvalho AS, Hernández-Marrero. Abordagem ética ao uso de antibióticos em cuidados paliativos: revisão sistemática de literatura. *APCP* 2017 Jul; 4(1): 109-110.
29. Macedo F, Nunes C, Ladeira K, Pinho F, Saraiva N, Bonito N et al. Antimicrobial therapy in palliative care: an overview. *SupportCareCancer*. 2018; 26(5):1361-1367.
30. Mihelic, R. A. Pharmacology of palliative medicine. In *Seminars in oncology nursing*. 2005 Feb; 21(1):29-35
31. Oliveira JKDD. Investigação de possíveis interações entre medicamentos em prescrições do hospital municipal de Cuité. Paraíba. Monografia [Graduação em Farmácia]- Universidade Federal de Campina; 2017
32. Alvim MM, Silva LAD, Leite ICG, Silvério MS. Eventos adversos por interações medicamentosas potenciais em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. *Revist. Brasileira de Terapia Intensiva*. 2015; 27(4):353-359.
33. Lopes BL. (2017). Avaliação de prescrições de antimicrobianos e suas interações medicamentosas em pacientes da unidade de terapia intensiva neopediátrica de um hospital de ensino. Santa Cruz do Sul. Monografia [Graduação em Farmácia]- Universidade de Santa Cruz do Sul; 2017.
34. Silva PR, Araújo CBB, Bezerra MCR, Paulo PTC, Silva Leite JM, Oliveira AKM, Teixeira A. Interações medicamentosas relacionadas ao uso de antimicrobiano em hospitais. *Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management*. 2020 mar; 16(1).
35. Macedo VMC, Mello MJGD, Medeiros VS, Pimentel IF, Cavalcanti ZDR, Bezerra MR. É apropriado o uso de antibióticos nos cuidados de fim de vida? *Repositório Higia IMIP* 2019.
36. Azevedo SMM. Farmacologia dos Antibióticos Beta-lactâmicos. Porto. Dissertação. [Mestrado em ciências Farmacêutica] - Universidade Fernando Pessoa; 2014.
37. Souza NR, Lima MTC, Silva BRP, Silva SAM, Bushatsky M, Santos ICRV. Prescrição e uso de metronidazol para controle do odor em feridas neoplásicas. *Cogitare Enfermagem*. 2019; 24(e57906).
38. Barreto AM, Marques ADB, Cestari VRF, Cavalcante RCC, Moreira TMM. Efetividade do metronidazol no tratamento de odores de feridas tumorais. *Rev Rene*. 2018; 19.
39. Bernardi LS. Interações medicamentosas de antibióticos na prática farmacêutica. São Paulo. Monografia. [MBA gestão em Saúde e Controle de infecção hospitalar]- Faculdade Método de São Paulo; 2016.

VI. Tabelas

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas e econômicas dos pacientes atendidos na enfermaria de cuidados paliativos do IMIP. Recife-PE, Brasil.

Variável	Frequência	
	Nº	%
Sexo		
Feminino	48	52,7
Masculino	43	47,3
Etnia		
Pardo	41	45,0
Branco	37	40,6
Negro	11	12,0
Sem dados	2	2,4
Idade (anos)		
26 – 35	5	5,5
36 – 45	10	11,0
46– 55	11	12,0
56– 65	15	16,5
66– 75	21	23,0
76– 85	20	22,0
86– 95	8	9,0
96– 105	1	1,0
Estado Civil		
Solteiros	18	19,7
Casados	43	47,2
Divorciados	3	4,6
Viúvos	24	26,3
Sem dados	2	2,2
Renda familiar		
Beneficiário	2	2,2
Pensionista	13	14,3
Aposentado	40	43,9
Aposentado/ Pensionista	3	3,3
Outros	33	36,3
Local da residência		
Recife	36	39,6
Região Metropolitana	41	45,0
Interior	14	15,4

Tabela 2: Distribuição da escala de performance paliativa dos pacientes atendidos na enfermaria de cuidados paliativos do IMIP. Recife-PE, Brasil.

PPS	Frequência	
	N°	%
10	14	12,2
20	16	14,0
30	42	37,0
40	17	15,0
50	11	9,6
60	4	3,5
70	6	5,2
Sem dados	4	3,5

Tabela 3: Dados da antibioticoterapia dos pacientes atendidos na enfermaria de cuidados paliativos do IMIP. Recife-PE, Brasil.

Variável	Frequência	
	Nº	%
Antimicrobiano		
1	68	59,7
2	38	33,3
3	8	7
Tratamento		
Profilático	5	4,4
Terapêutico	52	45,6
Não especificado	51	44,7
Sem dados	6	5,3
Antibiograma		
Sim	64	56,1
Não	44	38,6
Não especificado	6	5,3
Infecção		
ITR	19	29,7
Lesão cutânea	17	26,6
ITU	11	17,2
ITR+LPP	2	3,1
Outros	11	17,2
Não especificado	4	6,2

Tabela 4: Distribuição de antimicrobianos prescritos para pacientes atendidos na enfermaria de cuidados paliativos do IMIP. Recife-PE, Brasil.

Antimicrobiano	Frequência	
	Nº	%
Amicacina ^a	1	0,4
Ampicilina+Subactam ^b	1	0,4
Azitromicina ^c	2	1,3
Cefalexina ^b	1	0,4
Cefepime ^b	7	4,2
Ceftazidima ^b	24	14,3
Ceftriaxona ^b	36	21,5
Ciprofloxacina ^d	9	5,4
Clindamicina ^e	29	17,4
Levofloxacina ^d	9	5,4
Linezolida ^f	2	1,3
Meropenem ^b	19	11,4
Metronidazol ^g	19	11,4
Piperaciclina+Tazobactam ^b	5	3
PolimixinaB ^h	1	0,4
Vancomicina ⁱ	3	1,8
^a Aminoglicosídeos	^d Quinolonas	^g Nitroimidazólicos
^b β -Lactâmicos	^e Lincosamidas	^h Polimixinas
^c Macrolídeos	^f Oxazolidinonas	ⁱ Glicopeptídeos

Tabela 5: Frequência das possíveis interações por antimicrobiano em prescrições de pacientes atendidos na enfermaria de cuidados paliativos do IMIP. Recife-PE, Brasil.

Antimicrobianos	Frequência	
	Nº	%
Azitromicina	1	1,5
Ceftazidima	4	5,8
Ceftriaxona	8	11,6
Ciprofloxacina	21	30,4
Clindamicina	1	1,5
Levofloxacina	12	17,4
Linezolida	3	4,3
Metronidazol	15	21,7
Polimixina B	2	2,9
Vancomicina	2	2,9

Tabela 6: Efeitos das possíveis interações de antimicrobianos das prescrições de pacientes atendidos na enfermaria de cuidados paliativos do IMIP. Recife-PE, Brasil.

Antimicrobiano	Droga	Efeito
Azitromicina	Ondansetrona	↑ O intervalo QTc;
Ceftazidima	Furosemida	↑ Risco da nefrotoxicidade;
Ceftriaxona	Varfarina	↑ Nível da varfarina;
	Furosemida	↑ Toxicidade da furosemida;
	Enoxaparina	↑ Nível da enoxaparina;
Ciprofloxacina	Ondansetrona	↑ O intervalo QTc;
	Haloperidol	↑ O intervalo QTc;
	Metadona	↑ O intervalo QTc;
	Cetoprofeno	↑ Risco de estimulação do SNC e convulsões;
	Clonazepam	↑ Nível de clonazepam;
	Quetiapina	↑ O intervalo QTc;
	Diazepam	↑ Nível de diazepam;
	Omeprazol	↓ Absorção do comprimido de ciprofloxacina (20%);
	Hidrocortisona	↑ Risco de ruptura de tendão;
Clindamicina	Varfarina	↑ Nível da varfarina;
Levofloxacina	Ondansetrona	↑ O intervalo QTc;
	Dexametasona	↑ Risco de ruptura de tendão;
	Clonazepam	↑ Nível de clonazepam;
	Haloperidol	↑ O intervalo QTc;
	Cetoprofeno	↑ Risco de estimulação/ convulsão do SNC;
	Trazodona	↑ O intervalo QTc;
Linezolida	Morfina	↑ Serotonina;
	Tramadol	↑ Serotonina;
Metronidazol	Carbamazepina	↑ Nível da carbamazepina;
	Diazepam	↑ Nível da diazepam;
	Dexametasona	↑ Nível da dexametasona;
	metadona	↑ Nível da metadona;
	Amitriptilina	↑ Nível da amitriptilina;
Polimixina B	Aciclovir	↑ Risco nefrotoxicidade/ou a ototoxicidade;
	Vancomicina	↑ Risco nefrotoxicidade/ou a ototoxicidade;
Vancomicina	Aciclovir	↑ Risco nefrotoxicidade/ou a ototoxicidade;

Tabela 7: Quantidade percentual do custo diário relacionado aos antimicrobianos das prescrições de pacientes atendidos na enfermaria de cuidados paliativos do IMIP. Recife-PE, Brasil.

Antimicrobianos	Valor Diário (R\$)	(%)
Amicacina 500mg (amp)	2,72	0,07
Ampicilina+Subactam 1,5g (FA)	56,00	1,49
Azitromicina 500mg (comp)	1,20	0,03
Cefalexina 500mg (comp)	2,52	0,06
Cefepime 1g (FA)	268,00	7,10
Ceftazidima 1g (FA)	828,00	21,97
Ceftriaxona 1g (FA)	503,70	13,37
Ciprofloxacina 500mg (comp)	0,84	0,02
Ciprofloxacina 400mg/200mL (FA)	68,00	1,80
Ciprofloxacina 200mg/100mL (Bolsa)	78,00	2,06
Clindamicina 600mg/4mL (FA)	163,40	4,34
Clindamicina 300mg (cap)	10,68	0,29
Levofloxacina 500mg/100mL (Bolsa)	128,00	3,40
Levofloxacina 500mg (comp)	2,80	0,07
Linezolida 600mg (Bolsa)	170,64	4,52
Meropenem 1g (FA)	883,96	23,45
Meropenem 500mg (FA)	26,00	0,69
Metronidazol 250mg (comp)	2,76	0,07
Metronidazol 500mg/100mL (Bolsa)	56,00	1,49
Piperaciclina + Tazobactam 4,5g (FA)	390,80	10,36
Polimixina B 500000ui/5mL (FA)	65,64	1,75
Vancomicina 500mg (FA)	60,00	1,60
Total	3.769,66	100

Apêndice

Apêndice 1 - Formulário sociodemográfico e clínico

FORMULÁRIO Nº _____

Título: Análise de terapias antimicrobianas em cuidados paliativos: contribuições farmacêuticas para assistência a pacientes hospitalizados

Pesquisadoras:

Anna Beatriz Pimentel de Guimarães

Rebeca Maria da Silva

Yasmin de Araújo Farias Oliveira

Orientadora: Ítala Morgânia Farias da Nóbrega

Co-Orientadora: Mirella Rebêlo Bezerra

I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Paciente: _____ Escala de Performance Paliativa (PPS) ()

2. Etnia:

() Branco(a) () Pardo(a) () Negro(a) () Amarelo(a)

() Indígena

3. Estado Civil:

() Solteiro () Casado () Viúvo () Separado/Divorciado

() União estável () Outros

4. Profissão:

() Aposentado () Pensionista () Aposentado e pensionista

() _____

5. Idade: ____anos

6. Gênero:

() Masculino () Feminino

7. Residente:

() Recife () Região Metropolitana () Interior

() Outro Estado _____

II. DADOS DA FARMACOTERAPIA

1. Qual a quantidade de medicamentos prescritos? ()

2. Qual a farmacoterapia não antimicrobiana prescrita de acordo com a posologia, forma farmacêutica, via de administração, diluição?

Medicamento Prescrito	Dose (mg/kg/dia)	Forma farmacêutica	Via de Administração	Diluição

3. Tem alergia a algum medicamento?

(0) Não (1) Sim Quais? _____

4. Qual a farmacoterapia de antimicrobiano prescrita de acordo com a posologia, forma farmacêutica, via de administração, diluição e tempo de tratamento?

Antimicrobiano Prescrito	Dose (mg/kg/dia)	Forma farmacêutica	Via de Administração	Diluição	Tempo de tratamento

5. Tipo de tratamento prescrito:

(1) Profilático (2) Empírico (3) Terapêutico (4) Não especificado

6. Etiologia da infecção: _____

7. Foi solicitada cultura microbiológica:

(0) Não (1) Sim Data: ___/___/____

Anexo

Anexo 1- Escala de performance paliativa (PPS).

Quadro 1 – Palliative Performance Scale (PPS)					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Atividade normal e trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Atividade normal com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz para <i>hobbies</i> / trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completo ou sonolência, +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma, +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: Victoria Hospice Society. J Pall Care, v. 9, n. 4, p. 26-32. Tradução livre de Maria Goretti Maciel/ Ricardo Tavares de Carvalho.



REVISTA CUIDADOS PALIATIVOS

NORMAS EDITORIAIS

A **Revista Cuidados Paliativos** é o órgão oficial da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP). O seu estatuto editorial orienta-se pelos valores morais, éticos e estatutários da APCP e respeita a praxis ética da comunidade científica nacional e internacional. É uma revista de periodicidade semestral, tem por objetivo publicar e divulgar a produção científica original na área dos Cuidados Paliativos.

O principal critério para a aceitação dos trabalhos é a sua originalidade e qualidade.

A **Revista de Cuidados Paliativos**, através dos seus corpos diretivos, editoriais e científicos, não garante o apoio a nenhum produto ou serviço que se anuncie na Revista, nem garantem as informações efetuadas pelo fabricante sobre o dito produto ou serviço.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A - PRINCÍPIOS

O artigo científico submetido para publicação na Revista de Cuidados Paliativos (RCP) deverá respeitar os seguintes critérios:

1. Acatar as recomendações éticas da Declaração de Helsínquia (<http://wma.net/e/policy/b3.htm>) e as normas internacionais de proteção animal **pelo que todos os artigos resultantes de Investigação devem vir acompanhados de parecer favorável de Comissão Ética.**
2. Ser original, não ter sido publicado em nenhuma outra publicação científica e versar um tema relacionado com os cuidados paliativos.
3. Ter no máximo 6 autores.
4. O conteúdo do artigo é da exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) autor(es), aos quais compete cumprir as normas e orientação desta Revista e manter obediência aos princípios éticos da investigação e a eles fazer referência obrigatória no texto, assim como apresentar o respetivo comprovativo de aprovação do estudo por parte de uma Comissão de Ética.
5. Deverá ser feita referência, se existir, a fontes de financiamento.
6. São privilegiados para publicação Estudos de Investigação, Revisões Sistemáticas da Literatura, Casos Clínicos, Revisão Histórica ou Memórias Biográficas, ou outras tipologias, analisadas caso a caso, e publicadas se consideradas de interesse primordial para os Cuidados Paliativos.
7. Poderão ser definidos, periodicamente, números temáticos, cujos temas serão aprovados pela Direção da revista.
8. A RCP poderá incluir artigos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa conforme a sua origem.
9. A RCP adere aos requisitos de uniformização elaborados pelo Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*, www.ICMJE.org).



Os artigos enviados a pedido da Comissão Científica ficam apenas sujeitos ao estatuto editorial da Revista.

As opiniões expressas não são necessariamente coincidentes com as da Comissão Científica, Diretor ou APCP, pelo que estes não podem ser responsabilizados por quaisquer erros ou consequências resultantes do uso da informação impressa na Revista.

Todos os trabalhos aceites ficam como propriedade da APCP, ficando desde logo proibida a sua reprodução parcial ou total sem o consentimento da Revista.

B - ESTRUTURA DO ARTIGO

1. **ESTRUTURA** do artigo deve conter: **Introdução; Quadro teórico; Metodologia; Resultados; Discussão** (os resultados e a sua discussão podem ser agregados num só capítulo); **Conclusão**.
2. **TÍTULO:** deve ser apresentado em português, espanhol e inglês; ser informativo, sucinto, sem siglas ou abreviaturas, nem identificar o contexto da investigação, com um máximo de 15 palavras.
3. **RESUMO:** deve ser apresentado em português, espanhol e inglês; com um máximo de 250 palavras e incluir objetivos, metodologia, breve alusão aos resultados e conclusões.
4. **PALAVRAS-CHAVE:** no máximo de 5 palavras, em português, espanhol e inglês, conforme terminologia do *thesaurus* Medical Subject Headings (MeSH).
5. **TEXTO:** deve ser apresentado em formato Word, letra Arial ou Calibri, tamanho 11, espaço 1,5, sem justificação, formato A4, em coluna única, sem negritos, sublinhados, cor ou fundo. Sem notas de rodapé. Num total máximo de palavras conforme a tipologia dos artigos, enunciada abaixo. A redação deve ser cuidadosamente revista, não conter erros de ortografia, de sintaxe, redundâncias, siglas e/ou abreviaturas não explicadas. Todas as páginas deverão estar numeradas.
6. **QUADROS, TABELAS e FIGURAS:** podem ser usadas tabelas, quadros, gráficos, ilustrações ou figuras, em número estritamente necessário (ver tipologias de artigos), com título em cabeçalho e fonte em rodapé, de cada uma. As tabelas, quadros ou gráficos devem apresentar claramente os dados, utilizar adequadamente os símbolos estatísticos. Deverão ser enviados como texto à parte. Devem estar numerados respetivamente em algarismos romanos ou árabes, ser apresentados um por página, assinalando-se no texto o local de inserção aproximada. Os artigos que utilizem quadros ou imagens não originais deverão ser devidamente referenciados e acompanhados da respetiva autorização de publicação, a obter pelos autores.

7. **REFERENCIAÇÃO BIBLIOGRÁFICA:** todos os autores citados devem constar na lista de bibliografia final. Com exceção dos artigos históricos ou de memória, os autores devem privilegiar publicações mais representativas e recentes (últimos 5 anos). Deve ser seguida a Norma de referênciação de *Vancouver superscript*.

EXEMPLOS:

a. Livro

- Sancho MG. El Hombre y el Médico ante la muerte. Madrid: Arán Ediciones; 2006. pp. 13–52



b. Capítulo de Livro

- Gómez-Batiste X. Evaluación y mejora continua de calidad, planificación estratégica, organización de la formación y de la investigación en servicios de cuidados paliativos. In: Gómez-Batiste X, Porta J, Tuca A, Stjernsward J, editors. Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos. Madrid: Arán Ediciones; 2005. pp 81–98.

c. Artigo em papel

- Ferris FD, Gómez-Batiste X, Furst CJ, Connor S. Implementing Quality Palliative Care. Journal of pain and symptom management. 2007;33(5):533–41.

d. Artigo obtido online

- Cassel CK, Ludden JM, Moon GM. Perceptions of barriers to high-quality palliative care in hospitals. Health affairs [Internet]. 2000 Sep 1 [cited 2013 Feb 27];19(5):166–72. Available from: <http://content.healthaffairs.org/cgi/doi/10.1377/hlthaff.19.5.166>

e. Documentos institucionais

- Department of Health. End of Life Care Strategy promoting high quality care for all adults at the end of life. London; 2008.

f. Informação em sítios da internet

- World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2002.

Mais informações sobre a Norma de Referênciação de Vancouver podem ser consultadas no sítio da Revista Cuidados Paliativos, em www.apcp.com.pt

C- TIPOLOGIA DE ARTIGOS E SUAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS

ORIGINAIS

Deverão ser trabalhos de investigação no âmbito dos Cuidados Paliativos (epidemiológicos, clínicos, sobre aspetos organizacionais, controlo de qualidade, estudos de caso, revisões sistemáticas da literatura, etc.).

Será fundamental a qualidade metodológica.

Tamanho: deverá ter entre 2000 e 4000 palavras

Tabelas/Gráficos: até 7 tabelas e 7 gráficos.

Autores: o número de autores não deverá ser superior a 6.

Referências Bibliográficas: entre 20 e 40.

D - SUBMISSÃO DO ARTIGO

1. O artigo é submetido por via eletrónica para revistaapcp.artigos@apcp.com.pt, com uma carta dirigida ao Diretor da RCP e o Termo de Transferência dos direitos de autor.
2. Deverão ser enviados os seguintes documentos:
 - a. Identificação dos autores (no máximo 6 ou consoante a tipologia dos artigos), com o nome e respetivas habilitações, categoria profissional, instituição onde exercem funções, contactos (morada, e-mail, telefone) e eventuais fontes de financiamento do estudo, **num documento fisicamente independente do artigo**.
 - b. Artigo integral, sem qualquer elemento que faça referência aos autores;
 - c. Carta assinada pelos autores com:
 - i. Declaração de originalidade;
 - ii. Indicação de que foram salvaguardados os princípios éticos da investigação e parecer de Comissão de Ética, em ficheiro PDF, se aplicável;
 - d. Termo de Transferência de Direitos de Autor, com indicação expressa que concordam que o artigo, uma vez aceite, fique da propriedade da RCP da APCP, não podendo, por essa razão, ser publicado noutra fonte.
3. A Direção da Revista reserva-se o direito de retirar um artigo do processo de revisão ou das bases de dados (no caso de publicado), sempre que se verifique que os autores publicaram uma versão idêntica noutra fonte, ou se detete fraude ou plágio.
4. O autor receberá a confirmação da receção do seu trabalho, via eletrónica e com a atribuição de um número/referência de identificação.
5. A Comissão Científica reserva-se o direito de devolver os trabalhos que não cumpram os critérios exigidos, mesmo antes da revisão pelos pares.

E - REVISÃO POR PARES

1. Todos os artigos submetidos serão apreciados por dois peritos independentes, num processo de revisão *Double blind* (duplamente cego), em que os autores, par de revisores e gestores do artigo são anonimizados, desde o início da sua admissão.
2. O processo de seleção dos revisores será feito por áreas temáticas preferenciais, previamente indicadas por cada revisor (temática e/ou paradigma metodológico).
3. O Par de Revisores aprecia e arbitra o artigo segundo um conjunto de critérios, de onde resulta um ponto de corte de aceitação definitiva para publicação, ou aceitação com sugestões de alterações ou a recusa determinada do artigo.
4. Em caso de discordância entre os dois revisores, será solicitada a apreciação de um 3º perito.



5. Em qualquer dos casos, a Direção da RCP enviará ao autor a apreciação final, feita pelos revisores.
6. O autor deve efetuar as alterações e reenviar o documento, via eletrónica, no tempo regulamentado, se for esse o caso. O não cumprimento do prazo determina a sua exclusão.
7. **PRAZOS:**
 - a. Após submissão do artigo, a Comissão Científica deve, no prazo de 10 dias, atribuir o artigo a um Gestor, membro do Conselho Editorial;
 - b. O Gestor do Artigo deve, no prazo de 10 dias, enviar para o Par de Revisores;
 - c. Os Revisores têm 60 dias para emitirem a sua apreciação e parecer;
 - d. Após este parecer, o Gestor do Artigo deve, no prazo de 10 dias, informar a Comissão Científica da decisão;
 - e. A Comissão Científica deve, no prazo de 10 dias, informar por escrito o(s) autor(es);
 - f. No caso em que são sugeridas alterações no artigo, o(s) autor(es) têm 30 dias para proceder às mesmas, caso não o façam o artigo fica liminarmente excluído.
 - g. Após a submissão da nova versão do artigo, o Gestor de Artigo toma a decisão final e comunica-a à Comissão Científica
 - h. No caso de ser aceite, o autor receberá, posteriormente, uma prova do artigo para sua avaliação e correção. Deverá ser cuidadosamente revista, assinalando as necessárias correções, remetendo-as à Comissão Científica no prazo de 72 horas.
 - i. A Comissão Científica reserva-se o direito de aceitar ou não as modificações propostas.
8. **CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO** – Clareza e rigor do discurso científico; Problematização e justificação; Alcance dos objetivos; Pertinência do quadro teórico; Rigor metodológico; Rigor na apresentação e análise de dados; Rigor na discussão de resultados; Relevância das conclusões; Relevância dos contributos científicos - **VER FICHA**