

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Juliana de Oliveira Mozzaquatro

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM UM AMBULATÓRIO
MULTIPROFISSIONAL DE PRÉ-TRANSPLANTE DE CÉLULAS
TRONCO HEMATOPOIÉTICAS**

Santa Maria, RS

2017

Juliana de Oliveira Mozzaquatro

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM UM AMBULATÓRIO
MULTIPROFISSIONAL DE PRÉ-TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO
HEMATOPOIÉTICAS**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no sistema Público de Saúde, Ênfase Hemato-Oncologia**

Aprovado em 31 de janeiro de 2017:

Rosmari Horner, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Daiana Carvalho Soccal, Ma. (HUSM/UFSM)

Miguel Armando Birck, Me. (HUSM/UFSM)

Santa Maria, RS

2017

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM UM AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL DE PRÉ-TRANSPLANTE DE
CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS**
PHARMACEUTICAL CARE IN A MULTIDISCIPLINARY PRE-HEMATOPOETIC STEM CELL TRANSPLANTATION
OUTPATIENT CLINIC
Juliana de Oliveira Mozzaquatro¹, Rosmari Horner

RESUMO

O Transplante de Medula Óssea, também conhecido como Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH), é uma modalidade de tratamento que nas últimas décadas evoluiu e tornou-se uma efetiva esperança de cura para determinadas doenças, principalmente as hematológicas. Devido à alta complexidade do tratamento e das diferentes demandas físicas e psíquicas, o paciente submetido ao TCTH necessita de assistência integral e cuidados de uma equipe multiprofissional que deverá ajudá-lo em todas as fases do tratamento. Os medicamentos utilizados no tratamento são uma fonte comum de confusão para os pacientes e sua família, portanto a presença de um farmacêutico clínico na consulta ambulatorial é importante para a diminuição de problemas relacionados a medicamentos. Atividades como reconciliação medicamentosa e orientação ao paciente e/ou cuidador foram desenvolvidas como estratégias para minimizar os riscos de ocorrência de eventos adversos relacionados ao tratamento medicamentoso. Este trabalho teve por objetivo descrever a prática da atenção farmacêutica realizada no Ambulatório Pré-Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas em um Hospital no interior do estado do Rio Grande do Sul mostrando de que modo o farmacêutico pode contribuir para melhorar a segurança e qualidade de vida do paciente na linha de cuidado do TCTH.

Descritores: Transplante de Células-Tronco; Transplante de Medula Óssea; Atenção Farmacêutica; Reconciliação de Medicamentos.

ABSTRACT

Bone Marrow Transplantation, also known as Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCT), is a treatment modality that has evolved in recent decades and has become an effective hope for cure for certain diseases, especially hematologic diseases. Due to the high complexity of the treatment and the different physical and psychological demands, the patient submitted to the HSCT requires the full assistance and care of a multidisciplinary team that should assist him in all phases of the treatment. Medicines used in the treatment are a common source of confusion for patients and their families, so the presence of a clinical pharmacist at the outpatient clinic is important for the reduction of drug-related problems. Activities such as drug reconciliation and patient and /or caregiver orientation were developed as strategies to minimize the risks of drug-related adverse events. This study aimed to describe the practice of pharmaceutical care performed at the Hematopoietic Stem Cell Pre-Transplant Outpatient Clinic in, showing how the pharmacist can contribute to a hospital within the state of Rio Grande do Sul improve patient safety and quality of life in the of HSCT care line.

Keywords: Stem Cell Transplantation; Bone Marrow Transplantation; Pharmaceutical Care; Medication Reconciliation.

¹ Farmacêutica; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM.

² Farmacêutica, orientadora; Tutora de Núcleo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CTMO	Centro de Transplante de Medula Óssea
DECH	Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro
FAB	Franco-Americano-Britânico
HLA	Antígeno Leucocitário Humano
LMA	Leucemia Mielóide Aguda
PRM	Problemas Relacionados aos Medicamentos
RS	Rio Grande do Sul
TMO	Transplante de Medula Óssea
TCTH	Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 MÉTODO	7
3 DISCUSSÃO	8
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
REFERÊNCIAS	14

1 INTRODUÇÃO

Câncer é um nome genérico dado a um grupo de doenças que apresentam como característica comum o crescimento desordenado de células malignas que invadem tecidos e órgãos de qualquer parte do corpo, provocando graves danos à saúde do indivíduo (INCA, 2012). O câncer se tornou um problema de saúde pública e sua incidência vem aumentando em todo o mundo. O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) estima para o Brasil 600 mil novos casos de câncer no biênio 2016-2017 (INCA, 2016). A crescente incidência de câncer no Brasil e no mundo pode ser explicada pela industrialização e a mudança do homem dos campos para a cidade, acompanhadas do aumento da exposição a agentes químicos e biológicos com potencial mutagênico e carcinogênico (HOFF et al., 2012).

Historicamente, o diagnóstico de câncer foi associado à possibilidade de morte e a situações de dor e sofrimento para o paciente e seus familiares. Porém, a cura do câncer e a sobrevivência dos pacientes vêm sendo cada vez maiores com o avanço da tecnologia e o desenvolvimento de ações que permitem sua detecção precoce e a disponibilidade de amplas opções de tratamento, como a cirurgia, a radioterapia, a hormonioterapia, o aperfeiçoamento da quimioterapia convencional, o surgimento dos anticorpos monoclonais, e o Transplante de Medula Óssea (TMO), também conhecido como Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) (SANTOS; SAWADA; SANTOS, 2011).

O TCTH tem aplicações no tratamento de malignidades hematológicas, distúrbios congênitos ou adquiridos da hematopoiese e doenças autoimunes. Em determinados casos é utilizado para fins curativos, já em outros cenários é empregado principalmente para prolongar os intervalos livres de doença (CHABNER; LONGO, 2015). Este procedimento tem o propósito de destruir a medula defeituosa e transferir células progenitoras normais por via endovenosa ao indivíduo doente. O novo enxerto passará a assumir a produção das células sanguíneas e participará na destruição citotóxica de células doentes remanescentes do receptor. Com o sucesso do transplante, a hematopoiese torna-se subordinada ao novo enxerto e não mais à medula óssea doente (OLIVEIRA-CARDOSO et al., 2009; SANTOS et al., 2011).

Existem três modalidades de transplante: transplante alogênico, em que o paciente recebe células progenitoras hematopoéticas coletadas de um doador, que pode ser algum familiar HLA (antígeno leucocitário humano) compatível ou não (doador não aparentado); transplante singênico, em que o doador é um irmão gêmeo idêntico; e o transplante autogênico ou autólogo, que envolve a utilização de células-tronco do próprio paciente, após o mesmo receber terapia mieloablativa em doses altas (LONGO, 2015).

Embora o TCTH seja considerado por alguns pacientes como a última possibilidade de cura, tendo modificado significativamente o prognóstico de pacientes com doenças que eram consideradas fatais, também traz sérios riscos para o paciente em decorrência de suas complicações (CAMPOS; ALVARES, 2003; SANTOS; SAWADA; SANTOS, 2011). É um procedimento agressivo, que submete o paciente a estresses físicos e psicológicos devido à prolongada hospitalização, frequentes procedimentos invasivos, efeitos colaterais do tratamento, risco de infecções, doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) e possibilidade de morte (OLIVEIRA-CARDOSO et al., 2009; ALVES, et al., 2012). Estes fatores podem interferir negativamente na qualidade de vida do paciente transplantado.

Devido à alta complexidade do tratamento e das diferentes demandas físicas e psíquicas, o paciente submetido ao TCTH necessita de assistência integral e cuidados intensivos de uma equipe multiprofissional que deverá ajudá-lo em todas as fases do tratamento (pré-TCTH, condicionamento, infusão da medula óssea, pós-TCTH precoce e tardio). Profissionais de diversas especialidades devem trabalhar juntos, cada um levando sua contribuição específica para propiciar ao paciente uma recuperação integral ao final do procedimento (ANDERS et al, 2000).

O TCTH faz com que os pacientes tenham que mudar seu estilo de vida em relação à alimentação, higiene, medicamentos e cuidados com a saúde. Uma grande parcela dos pacientes transplantados faz o uso, junto com a terapia pós-TCTH, de medicamentos para doenças crônicas como hipertensão, diabetes e dislipidemia, além de medicamentos profiláticos como antibióticos, antifúngicos e antivirais. Essa politerapia aumenta o risco de ocorrência de reações adversas, interações medicamentosas e dificuldades na utilização dos medicamentos. (MARTINS et al., 2013).

Os medicamentos para o pós-transplante são uma fonte comum de confusão para os pacientes e sua família, ocasionando a não adesão correta do tratamento e

aumentando a morbidade e re-hospitalização. Sendo assim, há potencial para a diminuição de riscos com a supervisão por um farmacêutico clínico na consulta ambulatorial (CHIENG, et al., 2013). Estudos demonstram que atividades como reconciliação medicamentosa, orientação ao paciente e/ou cuidador e seguimento domiciliar são desenvolvidas como estratégias para minimizar os riscos de ocorrência de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos, contribuindo para evitar danos ao paciente e custos desnecessários ao sistema de saúde (MUELLER et al., 2012).

Diante do exposto, este trabalho teve por objetivo descrever a prática da atenção farmacêutica realizada no Ambulatório Pré-Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas em um hospital no interior do estado do Rio Grande do Sul (RS) mostrando de que modo o farmacêutico pode contribuir para melhorar a segurança e qualidade de vida do paciente na linha de cuidado do TCTH.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, realizado no período de março a julho de 2016 nos atendimentos da equipe do Ambulatório Multiprofissional Pré-Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas em um hospital no interior do estado do Rio Grande do Sul. A equipe multidisciplinar que atua no pré-TCTH é composta pelas residentes de Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Odontologia e Serviço Social juntamente com a equipe médica e de enfermagem do Ambulatório Pré-Transplante do Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) do hospital.

Os atendimentos ocorreram semanalmente, às segundas-feiras à tarde, e foram realizados com nove pacientes maiores de 18 anos com indicação de realização de TCTH e um doador. No atendimento farmacêutico foi realizada a reconciliação medicamentosa e atenção farmacêutica com orientações e esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento medicamentoso. Esse atendimento foi realizado em uma sala juntamente com profissionais de enfermagem e um médico. Dados dos pacientes foram coletados dos seus prontuários armazenados na instituição.

O presente trabalho faz parte do projeto guarda-chuva “O Papel de uma Equipe Multidisciplinar na Integralidade da Atenção ao Paciente Oncológico” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM sob o

número CAAE 10291913.3.0000.5346, atendendo as prerrogativas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3 DISCUSSÃO

O TCTH é uma modalidade de tratamento que nas últimas décadas evoluiu muito e tornou-se uma efetiva esperança de cura para determinadas doenças hematológicas, congênitas, auto-imunes e também alguns tipos de neoplasias em que são necessárias doses muito tóxicas de quimioterapia, como tumores de células germinativas e neuroblastoma (SANTOS, C. L. T, 2010). O procedimento consiste na administração de doses intensivas de quimioterapia e/ou radioterapia, seguida pela infusão de células-tronco hematopoéticas do próprio paciente ou obtidas de doador não-aparentado ou parente alogênico HLA compatível. No caso de transplante alogênico é necessário realizar tratamento de imunossupressão pós-transplante para evitar e/ou tratar a doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) (GOVINDAN, 2014).

Apesar de o TCTH ser uma forma de tratamento que busca a cura ou o aumento da sobrevida do paciente, é um procedimento complexo e agressivo. Entre seus efeitos está a depressão imunológica em decorrência dos efeitos colaterais do condicionamento, levando à predisposição a infecções e outras complicações graves. Além disso, o TCTH impacta diretamente na qualidade de vida do paciente, na autoestima e no retorno à vida social, causando sofrimento aos pacientes e fragilidade emocional e socioeconômica aos seus cuidadores ou familiares. Assim, o paciente submetido ao TCTH necessita de assistência de uma equipe multi e interdisciplinar que intervenha de forma coesa em todas as fases do tratamento (SOUZA, 2015).

Segundo Fossi (2004), a integração da equipe de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcance a amplitude do ser humano, considerando as diversas necessidades do paciente. O trabalho em equipe mostra-se fundamental para o atendimento hospitalar, para que se alcance um atendimento humanizado que considere o paciente com um todo. É nesse contexto que se encaixa o trabalho realizado pela equipe multiprofissional no Ambulatório Pré-Transplante e no CTMO deste hospital no interior do RS. Neste processo, o paciente, o doador e familiares têm a oportunidade de adquirir domínio sobre sua condição, tomar conhecimento de

como será realizado o procedimento, principais riscos, benefícios e efeitos colaterais do tratamento, além de ser acompanhado pelos diferentes profissionais durante todo o seu tempo de internação, maximizando o sucesso do tratamento.

Foram atendidos no Ambulatório Pré-Transplante Ambulatório de Células-Tronco Hematopoiéticas 10 pessoas, sendo 9 pacientes e 1 doador, entre os meses de março e julho de 2016. O pequeno número de pacientes atendidos durante este período deveu-se a problemas estruturais do CTMO do hospital onde este trabalho foi realizado, fazendo com que novos transplantes não fossem realizados e a lista de pacientes pré-transplantes permanecesse pausada

Entre esses pacientes, quatro eram do sexo feminino e seis do sexo masculino e a idade deles variou de 22 anos a 66 anos. Dos pacientes com indicação de transplante autólogo, quatro apresentaram o diagnóstico de Mieloma Múltiplo, dois pacientes o diagnóstico de Leucemia Mielóide Aguda (LMA) Promielocítica, e um paciente Linfoma Não-Hodgkin. A única paciente com indicação de transplante alogênico teve o diagnóstico de LMA do tipo M4, segundo a classificação do grupo cooperativo Franco-Americano-Britânico (FAB). Um dos pacientes, portador de uma LMA M5, vinha ao ambulatório apenas para acompanhamento da doença, pois em 2014 assinou um termo de desistência do procedimento devido às comorbidades relacionadas ao procedimento que lhe foram elucidadas durante as diversas consultas que o paciente e sua esposa tiveram com a equipe. Até o momento segue fora de tratamento e sem sinal de doença ativa.

O TCTH autólogo é um grande avanço na terapia do Mieloma Múltiplo e, mesmo não sendo um tratamento de finalidade curativa, proporciona um aumento significativo da sobrevida global, sobrevida livre de doença e da qualidade de vida dos pacientes acometidos por esta doença. O transplante autólogo é geralmente indicado para pacientes com menos de 65 anos e aqueles resistentes à quimioterapia (PALLOTTA et al, 2007; SUCRO et al, 2009). Estudos também têm inserido o TCTH autólogo na terapia dos linfomas em diferentes estratégias: em remissão parcial, como consolidação; após obtenção de remissão completa; ou incorporando-o precocemente na terapia de indução de remissão (BALDISSERA et al., 2010). Para a LMA, o transplante alogênico em pacientes com doador HLA compatível vem sendo efetuado há aproximadamente vinte anos e pode curar cerca de 50% a 60 % dos pacientes. Não é indicado para pacientes de baixo risco em

primeira remissão completa, para os quais o risco de recaída é de 30% a 40% (BUENO et al., 2004).

No período deste trabalho, apenas um transplante alogênico aparentado e um transplante autólogo foram realizados. No caso do transplante autólogo, a paciente teve diagnóstico de Mieloma Múltiplo e o regime de condicionamento utilizado foi Melfalano endovenoso 100mg/m² por dia em dois dias consecutivos (total 200mg/m²). No transplante alogênico realizado a paciente tinha como diagnóstico a LMA M4. O regime de condicionamento utilizado foi o BuCy, que consiste em Bussulfano 1 mg/Kg/dose x 16 doses e Ciclofosfamida 60 mg/Kg/dia nos dias D-3 e D-2 (dose total de 120 mg/kg). Essa paciente que realizou o transplante alogênico foi à óbito devido a uma complicação pós-transplante chamada Doença veno-oclusiva hepática. A complicação é decorrente da obstrução não trombótica das vênulas intra-hepáticas com lesão subsequente dos hepatócitos e sinusóides centrolobulares adjacentes. Manifesta-se precocemente após a realização do transplante com sintomas de retenção de líquidos, ascite, hepatomegalia dolorosa e icterícia. O tratamento é basicamente de suporte e as formas graves da doença são fatais na maioria das vezes (COPPELL et al., 2010).

Na consulta multiprofissional do Ambulatório Pré-TCTH, foi realizado pelo farmacêutico um levantamento sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes para o tratamento de doenças e/ou condições agudas ou crônicas prévias ao transplante ou à coleta de células-tronco, além de orientações sobre o uso desses medicamentos, identificação de falha de adesão e outros fatores como a dificuldade de acesso à medicação.

O levantamento sobre os medicamentos realizado na consulta é denominado reconciliação medicamentosa. A reconciliação medicamentosa é uma ferramenta chave para diminuir discrepâncias medicamentosas e prevenir eventos adversos. É o processo de revisão do tratamento do paciente, onde se obtém uma lista completa dos medicamentos que o mesmo utiliza em seu domicílio e faz-se a comparação com as prescrições médicas feitas na admissão, transferência, consultas ambulatoriais com outros médicos e alta hospitalar. Essa lista é empregada para aperfeiçoar a utilização dos medicamentos pelos pacientes em todos os pontos de transição e tem como principal objetivo diminuir a ocorrência de erros de medicação quando o paciente muda de nível de assistência à saúde (ANACLETO, et al., 2010). Nesse processo os profissionais de saúde trabalham em conjunto com os pacientes,

familiares e prestadores de cuidado no intuito de que se transmita informações seguras e de qualidade sobre a terapêutica habitual do doente (CIM, 2013). Segundo Ferraz (2015), um dos desafios da implementação da reconciliação medicamentosa é a baixa adesão por parte dos profissionais de saúde envolvidos, devido ao envolvimento com outras tarefas e tempo que deve ser dedicado à reconciliação.

Entre os pacientes atendidos no ambulatório pré-transplante, quatro deles faziam o uso do medicamento Ácido Zoledrônico mensalmente. Os bisfosfonatos, como o Ácido Zoledrônico, são inibidores específicos da atividade osteoclástica e são eficazes no tratamento da hipercalemia associada às neoplasias malignas e podem reduzir o aparecimento de complicações esqueléticas (HUNGRIA, 2007). As principais manifestações clínicas do mieloma múltiplo estão relacionadas à destruição óssea. Esta doença óssea pode levar a fraturas patológicas, compressão da medula espinhal, hipercalemia e dor, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade. Uma paciente atendida no ambulatório fazia uso de Paracetamol 500mg para aliviar a dor causada pelo Mieloma Múltiplo.

Também havia uma paciente fazendo uso de Escitalopram 10mg por dia, um medicamento da classe dos antidepressivos. A depressão clínica coloca-se como uma das principais morbidades psiquiátricas do doente oncológico, muitas vezes causada pela dor oncológica. A dor contribui para o sofrimento em diversas dimensões, tais como física, psicológica, social, espiritual e financeira (BISSON, 2007).

Antibioticoterapia estava sendo utilizada por dois pacientes, um em uso de Sulfametoxazol 400mg Trimetoprima 80 mg profilático três vezes na semana e outro duas vezes por semana. Um deles, com Síndrome Reumatoide soro negativa, fazia uso de Hidroxicloroquina 400mg e Prednisona 20mg para controle da doença. Um paciente fazia uso de Metformina 850mg, um hipoglicemiante oral, duas vezes ao dia, pela manhã e pela noite para tratamento de controle de Diabetes tipo II insulino-dependente. Este mesmo paciente fazia uso crônico de Omeprazol 20mg, um medicamento da classe dos inibidores da bomba de prótons de uso comum na prática clínica.

A reconciliação medicamentosa se encaixa na prática da atenção farmacêutica, definida como “um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos,

comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, 2002). Nas consultas realizadas no Ambulatório Pré-TCTH foi possível esclarecer dúvidas sobre medicamentos e orientar sobre a quimioterapia de condicionamento, o que não seria possível realizar com qualidade sem a presença de um farmacêutico na equipe.

O profissional farmacêutico pode desenvolver atividades de atenção farmacêutica sempre que se relaciona com o usuário de medicamentos. O exercício dessa prática exige que o profissional realize um processo no qual coopere com o paciente e outros profissionais da saúde, tendo como função primordial identificar problemas relacionados aos medicamentos (PRM) reais ou que tenham o risco de acontecer, bem como prevenindo os potenciais (STORPIRTIS et al., 2008). Bisson (2007) define PRM como “um problema de saúde relacionado ou suspeito de estar relacionado com a farmacoterapia e que interfere nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do usuário”.

A atenção farmacêutica proporciona diversos benefícios, como melhor qualidade de vida para o paciente; melhor controle de patologias crônicas, redução de custos com medicamentos, hospitalizações, consultas e retornos ambulatoriais; aplicabilidade dos conhecimentos do farmacêutico e seu reconhecimento por parte da sociedade (PEREIRA; FREITAS, 2008; STORPIRTIS et al., 2008). Essa prática farmacêutica baseia-se principalmente no acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes, procurando-se definir uma atividade clínica para o farmacêutico, tendo o paciente como ponto de partida para a solução dos seus problemas com os medicamentos. Os modelos de atenção farmacêutica mais utilizados por pesquisadores e farmacêuticos no mundo são o espanhol (Método Dáder) e o americano (Modelo de Minnesota) (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Pacientes que recebem tratamento hemato-oncológico devem receber acompanhamento especial e orientações de uma equipe multidisciplinar. A atenção farmacêutica torna-se fundamental nesse processo, orientando o uso correto de

medicamentos, acompanhando reações adversas e interações, diminuindo riscos de erros e descontinuidade do tratamento (LUNARDI et al., 2009).

Existem alguns obstáculos que precisam ser combatidos para que a atuação do farmacêutico seja ampliada neste hospital onde o trabalho foi realizado, como a contratação de profissionais farmacêuticos que exerçam exclusivamente atividades clínicas, pois os profissionais do serviço atual ficam sobrecarregados e não conseguem sair do setor da Farmácia. Além disso, farmacêuticos residentes são transitórios e isto dificulta a criação de vínculo com os profissionais da equipe multidisciplinar e o trabalho em equipe só é possível quando os profissionais constroem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando o cuidado ao usuário.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na farmácia hospitalar, o papel desempenhado pelo farmacêutico nas etapas de seleção, aquisição, armazenamento, controle e distribuição de medicamentos já é amplamente reconhecido. No entanto, o seu envolvimento recente com a farmácia clínica tem possibilitado uma participação mais efetiva no processo de uso racional dos medicamentos e qualidade de vida do paciente.

No hospital onde este trabalho foi realizado o exercício da farmácia clínica ainda precisa ser ampliado, entretanto um passo já foi dado com a Residência Multiprofissional. A atuação do farmacêutico no campo do TCTH ainda é pequena, mas já evoluiu com a sua inserção no ambulatório Pré-TCTH.

Devido à complexidade do tratamento, é de suma importância a presença do farmacêutico junto à equipe multidisciplinar do TCTH com a finalidade de gerenciar as interações medicamentosas, identificar falha de adesão e prevenir problemas relacionados a medicamentos.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. P. et al. Transplante de células-tronco hematopoéticas e qualidade de vida após alta hospitalar. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.13, n.1, p. 87-89, 2012.

ANACLETO, T.A et al.. **Erros de medicação**. Pharmacia Brasileira: Comissão de Farmácia Hospitalar do Conselho Federal de Farmácia, 2010.

ANDERS, J.C. et al. Aspectos de enfermagem, nutrição, fisioterapia e serviço social no transplante de medula óssea. **Medicina, Ribeirão Preto**, v.33, p. 463-485, out-dez. 2000.

BALDISSERA, R. et al. O transplante de células-tronco hematopoéticas no tratamento dos linfomas não-Hodgkin. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, v. 32, n.1, p.106-114, 2010.

BISSON, M.P. **Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica**. 2.ed. Editora Manole, Barueri, São Paulo, Brasil, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. **INCA**, 2.ed., Rio de Janeiro, 2012.

BUENO, N.D. et al . O transplante de medula óssea na leucemia mielóide aguda: análise de 80 pacientes transplantados no complexo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 26, n. 2, p. 84-92, São José do Rio Preto, 2004.

CAMPOS, E. M. P.; ALVARES, C. B. M. Estados emocionais do paciente candidato a transplante de medula óssea. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.5, n.2, p. 23-36, 2003.

CHABNER, B. A; LONGO, D. L. **Manual de Oncologia de Harrison**. 2. ed. Artmed, 2015.

CHIENG, R. et al. Improving the transition of highly complex patients into the community: impact of a pharmacist in an allogeneic stem cell transplant (SCT) outpatient clinic. **Support Care Cancer**, v.21, p.3491–3495, 2013.

Centro de Informação do Medicamento (CIM). Reconciliação da medicação: um conceito aplicado ao hospital. **Boletim do CIM**. ROF, n. 106, Jan./Mar. 2013.

COLEMAN, E. A. et al. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 166, p. 1822-1828, Sept. 2006.

CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA - PROPOSTA. Atenção Farmacêutica no Brasil: "Trilhando Caminhos". Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24p.

COPPELL, J.A. et al. Hepatic veno-occlusive disease following stem cell transplantation: incidence, clinical course, and outcome. **Biol Blood Marrow Transplant**, v.16, n.2, p.157-168, 2010.

FERRAZ, C. L. A. S. A Importância da Reconciliação Medicamentosa na Internação Hospitalar. **Revista Especialize On-line IPOG**, v.1, n.10, Goiânia, Jul. 2015.

FOSSI, L.B.; GUARESCHI, N.M.F.; A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Revista da SBPH**. v. 7, n. 1, p. 29-43, 2004.

GOVINDAN, R. **Washington Manual de Oncologia**. 1. ed. Guanabara Koogan, Brasil, 2014.

HOFF, P. M.G et al. **Tratado de Oncologia**, 1. ed. Atheneu Editora, Brasil, 2012.

HUNGRIA, V.T.M. Doença óssea em Mieloma Múltiplo. **Re.bras.hematol.hemoter.**, v.29, n.1, p.60-66, Jan-mar. 2007.

INCA. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2>>. Acesso em: 04 out. 2016.

LONGO, D. L. **Hematologia e Oncologia de Harrison**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

LUNARDI, D. et al. Atenção Farmacêutica para pacientes em uso de Capecitabina. **Rev. Bras. Farm.**, v. 90, n.3, p.250-257, 2009.

MARTINS, B. C. C. et al. Pharmaceutical care in transplant patients in a university hospital: pharmaceutical interventions. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo, v.49, n.4, p.659-668, Dec. 2013.

MUELLER, S. K. et al. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 172, n. 14, p. 1057-1069, 2012.

OLIVEIRA-CARDOSO, E. A. et al. Qualidade de Vida de Sobreviventes do Transplante de Medula Óssea (TMO): Um Estudo Prospectivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.25, n.4, p. 621-628, out-dez. 2009.

PALLOTTA, R. et al. Transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas como tratamento do mieloma múltiplo: experiência da Unidade de Transplante de Medula

Óssea da Bahia. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 29, n. 2, p. 144-148, São José do Rio Preto, Jun. 2007.

PEREIRA, L. R.L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Rev. Bras. de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, out./dez., 2008.

SANTOS, C.L.T. **Avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes submetidos ao Transplante de Células Tronco Hematopoéticas**. 2010. Dissertação (mestrado em Enfermagem Fundamental) - Universidade de São Paulo, 2010.

SANTOS, C.L.T.; SAWADA, N.O., SANTOS, J.L.F. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.6, nov.-dez. 2011.

SCHNIPPER, J. L. et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 166, n. 5, p. 565-571, 2006.

SOUZA, M. V. Serviço social em transplante de medula óssea: pressupostos para sistematização das práticas dos assistentes sociais na Equipe Interdisciplinar. Realidade ou utopia?. **Moreira Jr Editora**, v.72, n.1, p.20-32, Jun. 2015.

STORPIRTIS, S. et al. **Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 528 p.

SUCRO, L. V. et al. Mieloma múltiplo: diagnóstico e tratamento. **Rev. Med.**, v. 19, n.1, p.58-62. Minas Gerais, 2009.