

# ON

**ONCO.NEWS**

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

**39**

ANO XII · JUL-DEZ 2019

DOI.10.31877ON.2019.39



Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa

**CANCRO MAMA METASTÁTICO:**  
IMPLICAÇÕES DO MODELO PARA A PRÁTICA CLÍNICA NA GESTÃO DA DOENÇA AVANÇADA (MODELO U-CARE)

Descreve-se a construção de um modelo que pretende satisfazer as necessidades individuais de doentes cancro da mama avançado, numa perspetiva multidimensional (física, psicossocial e espiritual), no decurso da doença, mesmo quando se esgotam as alternativas de tratamento e o foco passa a ser exclusivamente o controlo sintomático.

**ADESÃO À TERAPÊUTICA ORAL EM DOENTES COM CANCRO DA PRÓSTATA METASTÁTICO RESISTENTE À CASTRAÇÃO (CPMRC) REALIDADE DO SERVIÇO DE H. DIA DO CENTRO HOSPITALAR GAIA/ESPINHO**

Descrição de um modelo de consulta de adesão à terapêutica oral do doente em tratamento, potenciando a qualidade dos cuidados de modo a obter ganhos em saúde.

**COMPLICAÇÕES DAS BIÓPSIAS MAMÁRIAS:**  
UM ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO

Estudo retrospectivo em que se quantifica a prevalência de complicações das biópsias efetuadas em 2017 na Imagiologia Mamária do Instituto Português de Oncologia do Porto.

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA TRANSIÇÃO PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS: UMA SCOPING REVIEW**

Artigo que pretende mapear intervenções implementadas pelos enfermeiros durante a transição para cuidados paliativos.

**DO RISCO À HEMORRAGIA NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA DE CABEÇA E PESCOÇO: COMO INTERVIR**

Um enquadramento teórico sobre a atuação nos diversos tipos de hemorragia para os quais a pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço tem um risco acrescido.



**REGISTE-SE EM TAKEDAPRO.PT PARA  
ACEDER A CONTEÚDOS EXCLUSIVOS!**



<https://www.takedapro.com/pt-pt/cpnpc-alk>



ONCOLOGY

**Takeda – Farmacêuticos Portugal, Lda.**

Avenida da Torre de Belém, n.º 19 R/C Esq. 1400-342 Lisboa. Sociedade por quotas. Capital Social 259.400€

Conservatória do Registo Comercial de Cascais n.º 502 801 204. Tel: +351 21 120 1457

Fax: +351 21 120 1456 | NIF: 502 801 204



**ONCO.NEWS** dedica-se à publicação de artigos científicos na área da enfermagem oncológica, nas variantes temáticas de epidemiologia, cirurgia, radioterapia e quimioterapia, tanto no cancro do adulto como no pediátrico. Toda a informação sobre a revista pode ser encontrada em [www.aeop.pt](http://www.aeop.pt)

**INDEXANTES:**

SISTEMA REGIONAL DE INFORMACIÓN EN LÍNEA PARA REVISTAS CIENTÍFICAS DE AMÉRICA LATINA, EL CARIBE, ESPAÑA Y PORTUGAL.



EBSCOHOST DATABASES ARE THE MOST-USED PREMIUM ONLINE INFORMATION RESOURCES FOR TENS OF THOUSANDS OF INSTITUTIONS WORLDWIDE, REPRESENTING MILLIONS OF END-USERS.



ENTIDADE CIENTÍFICA COM REPERCUSSÃO NA ENFERMAGEM, COM ESPECIAL RELEVÂNCIA EM AÇÕES DE PROMOÇÃO DA INVESTIGAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NO CONTEXTO IBERO-AMERICANO.



SERVIÇOS DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO NAS ÁREAS MÉDICA E FARMACÉUTICA.



SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE INDEXAÇÃO DE ARTIGO BASEADO NO DOI (DIGITAL OBJECT IDENTIFIER)

**MEMBRO****PARCERIA****Índice****03**

NORMAS DE PUBLICAÇÃO E REVISÃO

**05****EDITORIAL**

Emília Rito,  
*Presidente da AEOP*

**ARTIGOS****06**

**CANCRO MAMA METASTÁTICO: IMPLICAÇÕES DO MODELO PARA A PRÁTICA CLÍNICA NA GESTÃO DA DOENÇA AVANÇADA (MODELO U-CARE)**

Ana Bártolo, Elisabete Valério, Sara Monteiro, Sandra Ponte, Patricia Lourenço, Ana Paula Amorim, Cristina Ferreira, Anabela Amarelo, Susana Pedro, Jorge Freitas

**12**

**ADESÃO À TERAPÊUTICA ORAL EM DOENTES COM CANCRO DA PRÓSTATA METASTÁTICO RESISTENTE À CASTRAÇÃO (CPMRC) – REALIDADE DO SERVIÇO DE H. DIA DO CENTRO HOSPITALAR GAIA/ESPINHO**

Joana Fernandes Silva, Sandra Custódio, João Fraga

**18**

**COMPLICAÇÕES DAS BIÓPSIAS MAMÁRIAS: UM ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO**

Amélia Cunha, Ana Costa, Cláudia Silva, Paula Ribeiro, Filipa Fontes

**24**

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA TRANSIÇÃO PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS: UMA SCOPING REVIEW**

Pedro Tavares

**30**

**DO RISCO À HEMORRAGIA NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA DE CABEÇA E PESCOÇO: COMO INTERVIR**

Susana Miguel, Ana Inês Frade

## DIRETOR/DIRECTOR:

**M. Jorge Freitas Almeida, RN, MSc**  
Especialista em Enfermagem Comunitária, Mestrado em Bioética, PG em Gestão de Serviços de Saúde, Chefe de Serviço de Radioterapia - Instituto Português Oncologia-Porto, Portugal

## COORDENADOR EDITORIAL/EDITORIAL COORDINATOR:

**Mónica Alexandra Castro Pereira, RN**  
Department of Oncohematology  
University College London Hospital, Londres, Inglaterra

## EDITORES ASSOCIADOS/CO-EDITORS

**Maria Graça Braz, IPO Porto, Porto, Portugal**

## CONSULTORES TÉCNICOS/TECHNICAL CONSULTANTS

**Ana Paula Figueiredo, IPO Porto, Porto, Portugal**  
**Emília Rito, Fundação Champalimaud, Lisboa, Portugal**  
**Ana Paula Moreira, IPO Porto, Porto, Portugal**  
**Sara Torcato, HFF, Lisboa, Portugal**  
**Carina Raposo, CHPorto, Porto, Portugal**  
**Márcia Santos, IPO Porto, Porto, Portugal**  
**Catarina Marques, CH Lisboa-Norte, Lisboa, Portugal**  
**Susana Miguel, IPO Lisboa, Lisboa, Portugal**

## CONSELHO CONSULTIVO/EDITORIAL COUNCIL

**Ana Pinto Fonseca, Professora, MSc**  
Mestrado em Ciências de Enfermagem  
Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus - Universidade de Évora, Évora, Portugal  
*afonseca@uevora.pt*

**Bruno Magalhães, MSc, RN**

Mestrado em Saúde Pública  
Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria, Porto, Portugal  
Oncologia Cirúrgica, IPO Porto, Portugal  
*bruno.magalhaes@santamariasauade.pt*

**Eunice Sá**

Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Mestrado em Psicologia da Saúde  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal  
*esa@escl.pt*

**Esmeralda Barreira, MSc, PhD**

Mestrado em Psicologia e Mestrado em Counselling  
Docente na Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal  
Clínica do Pulmão, IPO Porto, Portugal  
*merbarreira@gmail.com*

**Maria Deolinda Dias Pereira, MSc**

Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Lisboa, Portugal  
Mestrado em Ciências de Enfermagem  
*deolindadp@gmail.com*

**Ana Leonor Ribeiro, Professora, PhD**

Doutoramento em Ciências da Enfermagem  
Docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal  
*ana@esenf.pt*

**Luís Batalha, Professor, PhD**

Doutoramento em Ciências da Saúde, ramo Biologia Humana  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal  
*batalha@esenf.pt*

**Isabel Maria Tarico Bico Correia, Professora, MSc**

Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde - Universidade de Évora, Évora  
Mestre em Sociologia  
*icorreia@uevora.pt*

**Clara Costa Oliveira, Professora, PhD**

Investigadora em Realidade, Exclusão e Cidadania na Terceira Idade - UNISC (Brasil)  
Centro de Estudos Humanísticos da Universidade do Minho, Braga, Portugal  
*claracol@ie.uminho.pt*

**Ingrid Felix Modesto, RN**

Especialista em Oncologia  
Hospital Sírio Libanês, S. Paulo, Brasil  
*ingrid\_modesto@yahoo.com.br*

## PROPRIEDADE/PROPERTY

Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP)

## ADMINISTRAÇÃO, REDAÇÃO E SECRETARIADO/ADMINISTRATION AND SECRETARIAT

Onco.news  
Órgão e Propriedade da AEOP (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa)  
Estrada Interior da Circunvalação,  
6657 • 4200 - 177 Porto

## DESIGN E COMPOSIÇÃO GRÁFICA/GRAPHIC DESIGN

Medesign, Lda. Porto

## PERIODICIDADE E IMPRESSÃO/PERIODICITY AND PRINTING

Bimestral, Impressão: Norgráfica, Lda.

## TIRAGEM E DEPÓSITO LEGAL/PRINT RUN AND LEGAL DEPOSIT

600 exemplares. Depósito-legal: 262108/08.  
ISSN: 2183-6914

## PREÇO ASSINATURA ANUAL/ANNUAL SUBSCRIPTION (2 NÚMEROS, 2 ISSUES)

• 40 Euros para Portugal e para Organizações portuguesas (Price valid only for Portugal)  
• 60 Euros para Organizações Internacionais (Price valide only International organizations)

A Onco.News conta ainda com um painel de 10 revisores que colaboram no processo de revisão por pares dos artigos submetidos, coordenado pelos Consultores Técnicos das diferentes áreas científicas.



## PRINCÍPIOS

A Revista Onco.News cumpre os critérios de uma revista de divulgação internacional, indexada e divulgada em documento físico e em formato eletrónico em diversas bases de dados nacionais e internacionais. O interesse dos autores em submeterem artigos científicos de qualidade prestigia a Revista, pelo que damos a maior atenção aos processos de revisão, de forma a salvaguardar princípios científicos e éticos de edição e divulgação.

O conteúdo dos artigos é da exclusiva responsabilidade dos seus autores, aos quais compete respeitar os princípios éticos da investigação e cumprir as normas e orientações de edição da Revista. Ao publicar na Revista, os autores transferem os direitos autorais para a mesma. A Revista segue as normas da American Psychological Association (APA 6ª edição, 2011).

Consideram-se as regras do novo acordo ortográfico pelo que o Editor salvaguarda o seu direito de modificar termos de Português do Brasil para português de Portugal. Os artigos são organizados de acordo com as normas APA, em função de uma categoria específica (Artigos de Investigação; Teóricos/Revisão; Revisões Literárias). As Revisões da Literatura (Sistemáticas ou Integrativas). As Revisões Sistemáticas a publicar na Revista deverão cumprir as exigências de síntese da evidência implementadas pelo Portugal Centre for Evidence Based Practice, em coerência com as políticas Cochrane.

O artigo submetido por e-mail para os serviços revista@aeop.pt, assim que aceites para análise pelo Diretor da revista ON, automaticamente os autores assumem:

- A originalidade dos artigos submetidos;
- A não submissão/publicação a qualquer outro periódico, entre outros;
- A responsabilidade dos autores;
- A de cedência de direitos de autor;
- A existência de parecer de comissão de ética (se aplicável);
- A existência de autorização institucional (se aplicável);
- O respeito pelos princípios dos conflitos de interesse.

O Processo de submissão dos artigos processa-se online, através da página web da AEOP.

O processo de revisão por pares, double blind, tem 8 fases (Pré-análise, Revisão por pares, Gestão de artigo, Tratamento técnico e documental, Revisão final, Maquetização e atribuição de DOI, HTML, Divulgação impressa e digital). Os artigos admitidos podem ser em língua portuguesa ou Espanhola. A Revista é também divulgada em formato impresso.

## ESTRUTURA DO ARTIGO

- **Tipo:** Devem ser artigos originais e versarem temas de Oncologia, enfermagem e educação, estruturados de acordo com o guião adequado à sua tipologia.

- **Título:** Deverá ser informativo e sucinto, redigido na afirmativa, em português ou Espanhol (máximo de 15 palavras), sem abreviaturas, nem indicação da localização da investigação.
- **Autores:** Devem ser em número não superior a 5, devidamente identificados, com o nome e respetivas habilitações, categoria profissional, instituição onde exercem funções, país, contactos (e-mail, telefone) e fontes de financiamento do estudo (se for o caso).
- **Resumo:** O resumo do trabalho deve ser apresentado em português ou Espanhol e em Inglês, não deve exceder 150 palavras. Deve ser estruturado de acordo com os tópicos de análise crítica específicos de cada artigo.
- **Palavras-chave:** O artigo deve apresentar, no máximo, 5 palavras-chave, transcritas de acordo com os descritores MeSH, em português ou Espanhol, inglês (Pesquisar em: <http://decs.bvs.br/>). Quando não se encontrar um descritor para uma palavra-chave, considerada relevante no estudo, esta pode ser incluída por decisão do autor.

## TEXTO

### Estrutura do Texto

Os Artigos de Investigação devem conter as seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Enquadramento/Fundamentação Teórica, Questões de Investigação/Hipóteses, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão.

Os Artigos Teóricos devem conter as seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Desenvolvimento/Dissertação e Conclusão.

*NOTA: Excecionalmente, nos estudos qualitativos, para facilitar o trabalho de análise compreensiva, podem fundir-se as secções Resultados e Discussão.*

Os Artigos de Revisão Sistemática devem conter as secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Método de Revisão Sistemática, Apresentação dos Resultados, Interpretação dos Resultados e Conclusão.

Os Artigos de Revisão Integrativa devem conter as secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Procedimentos Metodológicos de Revisão Integrativa, Resultados e Interpretação, Conclusão.

### Formato

O texto deve ser apresentado em formato Word, letra Arial, tamanho 11, espaço 1,5, sem justificação, páginas em formato A4 (margens superior e inferior de 2,5cm e margens esquerda e direita de 3cm), em coluna única, evitando negritos e sublinhados, variação do tipo de letra, fundos de cor, etc.. **Não deve incluir notas de rodapé.** O artigo não deverá ultrapassar as 15 páginas incluindo referências bibliográficas, tabelas e figuras (gráficos, imagens, etc).

*NB: Os autores devem dar a maior atenção aos aspetos morfológicos e sintáticos do discurso, evitando erros, redundâncias, jargão...*

### ***Tabelas e figuras (gráficos, imagens, etc)***

Apenas devem ser incluídos os que sejam absolutamente necessários para a compreensão do artigo. Devem ser referidos no texto e estar numerados por ordem de inclusão, em função de cada tipo. Os comentários aos dados e resultados apresentados devem anteceder as respectivas figuras, gráficos, imagens, etc. As tabelas devem apresentar o número e título em cabeçalho e as figuras (gráficos, imagens, etc.) devem apresentar o número e título no respetivo rodapé. Quando não são construídas pelos autores, devem conter a Fonte.

### ***Citações***

As citações podem ser diretas ou indiretas. Na citação direta, ou textual, a transcrição *ipsis verbis* do texto original deve ser apresentada entre aspas e acompanhada do autor, data de publicação e número da página. A citação indireta, ou paráfrase, deve ser acompanhada do autor e data de publicação. A citação no texto deve seguir as normas da American Psychological Association (APA 6ª edição, 2010). Todos os autores citados deverão constar da lista de referências bibliográficas.

Como exemplo, citar:

- Obra com 1 autor: Walker (2007)
- Obra com 2 autores: Walker e Allen (2004)
- Obra de 3 autores: Bradley, Ramirez, e Soo (1999), etc...
- Obra de um grupo: (University of Pittsburgh, 2005)

*Nota: Deve indicar-se também o número de página, no caso de citação textual, tal como nos exemplos: Pereira (2009, p. 20) ou (Pereira, 2009, p. 20).*

### ***Referências Bibliográficas***

As referências selecionadas devem ser preferencialmente primárias. Devem colocar em evidência as publicações mais representativas do Estado da Arte, em particular as dos últimos 5 anos. As fontes devem ser localizadas, privilegiando a pesquisa em bases de dados de revistas nacionais e internacionais indexadas. As referências bibliográficas devem estar elaboradas de acordo com as normas da American Psychological Association (APA 6ª edição, 2010). Todas elas deverão estar citadas no artigo. A lista de referências bibliográficas não deverá exceder 15 títulos.

### ***Normas da American Psychological Association (APA), Exemplos:***

- Livros com Um autor: Cunha, M. I. (2008). O bom professor e a sua prática (20ª ed.). Campinas, Brasil: Papirus Editora.
- Dois autores: Oliveira, J. E. P., & Milech, A. (2004). Diabetes mellitus: Clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar. São Paulo, Brasil: Atheneu.
- Três, quatro ou cinco autores: Bell, M., Bush, D., Nicholson, P., O'Brien, D., & Tran, T. (2002). Universities online: A survey of online education and services in Australia. Canberra, Australia: Department of Education, Science and Training.
- Seis ou mais autores: Incluir na bibliografia os nomes até sete autores Levy, S. N., Silva, J. J. C., Cardoso, I. F. R., Werberich, P. M., Moreira, L. L.

S., Montiani, H., & Carneiro, R. (1997). Educação em saúde: Histórico, conceitos e propostas. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

*NB: Quando tem oito ou mais autores, incluir os nomes dos seis primeiros autores, seguido de reticências*

- Autor de colectividade (organismo, instituição...): Ordem dos Enfermeiros. Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Vol. 1). Lisboa, Portugal: Autor. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2008).
- Artigos de Publicações Periódicas: Gallagher, S., Phillips, A. C., Oliver, C., & Carroll, D. (2008). Predictors of psychological morbidity in parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(10), 1129- 1136. Recuperado de <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/33/10/1129.full> Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5).
- Documento impresso com DOI: Edwards, A. S. (1957). Case Studies in Childhood Emotional Disabilities. *Journal of Educational Psychology*, 48(7), 470-471. doi: 10.1037/h0039337 Documento eletrónico com DOI: Buckley, D., Codina, C., Bhargwaj, P., & Pascalis, O. (2010). Action video game players and deaf observers have larger Goldmann visual fields. *Vision Research*, 50 (5), 548- 556. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T0W-4XVC4KW-1/2/18ef13d8ac-72c9d722b905102216d898>. doi: 10.1016/j.visionres.2009.11.018

### ***Procedimentos de submissão do artigo e documentos a juntar***

- 1º Passo: Entrar no site da Revista
- 2º Passo: Clicar no Menu em "Submeter Artigo"
- 3º Passo: Preenchimento dos dados solicitados (nomeadamente informação sobre autores – num máximo de 5).
- 4º Passo: Preenchimento e submissão automática dos conteúdos obrigatórios a cada tipo de artigo: a) Artigo de Investigação b) Artigo Teórico; artigo de Revisão Sistemática d) Artigo de Revisão Integrativa; assumir termo único (ético-legal, responsabilidade e conflito de interesses);
- 5º Passo: Enviar o artigo completo em formato word para [revista@aeop.pt](mailto:revista@aeop.pt) construído de acordo com os tópicos específicos de cada tipo de artigo.

### ***Processo de Revisão***

Os artigos propostos são apreciados num processo double blind (duplamente cego, i.e., os intervenientes – autores, revisores, gestores de artigo – são anonimizados). Processo de revisão dos artigos submetidos à Revista tempo limite de resposta em 60 dias.

No caso de aceitação do artigo estar condicionada a modificações, estas devem ser realizadas pelos autores no prazo máximo de 10 dias.

A decisão final acerca publicação dos artigos é da responsabilidade do Diretor da Revista.


**EMÍLIA RITO**

Presidente da AEOP

A Onco.News é o órgão oficial de comunicação entre os enfermeiros oncologistas. Nesta edição, tomo a liberdade de me dirigir a todos, na qualidade de presidente da AEOP desde Maio de 2019. Felicito todos os membros de todas as direções anteriores, que ao longo destes 12 anos de existência têm conduzido a associação e, à atual direção, desejo as maiores felicidades e sucessos profissionais.

Uma palavra de apreço para todos os sócios que incorporam e dão vida à AEOP: bem-hajam por continuarem neste projeto que dignifica os enfermeiros oncologistas portugueses. Creio que será benéfico para todos poder utilizar a AEOP como parceiro de trabalho, particularmente os enfermeiros que estão mais isolados no território nacional ou além-fronteiras e que por vezes não têm a quem recorrer para esclarecer dúvidas, partilhar momentos, sentir apoio profissional e melhorar conhecimentos.

Lanço o desafio de manterem as quotas em dia (10 euros/ano) para automaticamente pertencerem à EONS. Também gostaria de contar com a colaboração de todos para produzir algum trabalho que seja útil para a enfermagem oncológica, apelando que tragam mais enfermeiros para a associação e que partilhem ideias. Critiquem o trabalho que vamos fazendo de forma construtiva para obtenção de melhores resultados para todos. Fiquem informados das atividades realizadas, através do site, enviem os vossos trabalhos para publicação – só o que for divulgado se torna útil.

A Onco.news 39 engloba 5 artigos: três trabalhos de Investigação e dois artigos de Revisão. Relativamente aos de Investigação, temos a *Adesão à terapêutica oral em doentes com Cancro da Próstata*, artigo que termina com os autores a proporem um modelo de

consulta; publicamos um trabalho intitulado *Modelo U-Care – Cancro da Mama Metastático: implicações do modelo para a prática clínica na gestão de doença avançada*; e publicamos ainda um terceiro trabalho de investigação sobre *complicações das biopsias mamárias – um estudo de coorte retrospectivo*, em que os autores esperam aumentar a segurança e a qualidade dos cuidados aos doentes submetidos a este procedimento.

Os dois artigos de Revisão levam-nos a refletir sobre algumas intervenções de enfermagem: *risco de hemorragia na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço: como intervir* salienta o papel fundamental do enfermeiro na deteção precoce e intervenção nos diversos tipos de hemorragia; e o artigo sobre *intervenção de enfermagem na transição para a prestação de cuidados paliativos – uma scoping review* tem o objetivo de assinalar intervenções implementadas pelos enfermeiros durante a transição para os cuidados paliativos.

Antes do ano terminar a AEOP ainda estará presente no Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO) onde irá decorrer a reunião de direção. Também teremos ainda lugar ainda a reunião do Conselho Consultivo, em Coimbra como é habitual. 2020 foi declarado o Ano Internacional do Enfermeiro e da Parteira, na 72ª Assembleia Mundial de Saúde. Será um ano dignificante para a enfermagem e a AEOP tudo fará para que a enfermagem oncológica seja reconhecida como especialidade. Estamos já a preparar a 13ª Reunião Anual, que irá decorrer no final de Maio de 2020, em Braga, bem como outras atividades que serão divulgadas nos meios de comunicação habituais.

Votos de Bom Natal e próspero ano 2020 para todos.

 Emília Rito  
 Presidente da AEOP

# CANCRO MAMA METASTÁTICO: IMPLICAÇÕES DO MODELO PARA A PRÁTICA CLÍNICA NA GESTÃO DA DOENÇA AVANÇADA (MODELO U-CARE)

*Metastatic Breast Cancer: Implications of the Model for Clinical Practice of Advanced Disease Management (U-Care Model)*

Ana Bárto

CINTESIS, Universidade Aveiro  
[anabartolo@ua.pt](mailto:anabartolo@ua.pt)

Elisabete Valério

Instituto Português de Oncologia do Porto  
[elisabetsousavalerio@gmail.com](mailto:elisabetsousavalerio@gmail.com)

Sara Monteiro

CINTESIS, Universidade Aveiro  
[smonteiro@ua.pt](mailto:smonteiro@ua.pt)

Sandra Ponte

CHLO-H. S. Francisco Xavier  
[smfponte@gmail.com](mailto:smfponte@gmail.com)

Patricia Lourenço

Instituto Português de Oncologia de Lisboa  
[apglourenco@gmail.com](mailto:apglourenco@gmail.com)

Ana Paula Amorim

ULSAM Minho  
[amorim.aprd@gmail.com](mailto:amorim.aprd@gmail.com)

Cristina Ferreira

Instituto Português de Oncologia de Coimbra  
[tina.ferreira.pt@gmail.com](mailto:tina.ferreira.pt@gmail.com)

Anabela Amarelo

H. Vila Nova de Gaia  
[anabelaamarelo@gmail.com](mailto:anabelaamarelo@gmail.com)

Susana Pedro

Fundação Champalimaud  
[susana.pedro@fundacaochampalimaud.pt](mailto:susana.pedro@fundacaochampalimaud.pt)

Jorge Freitas

Instituto Português de Oncologia do Porto  
[mjorgefreitas@sapo.pt](mailto:mjorgefreitas@sapo.pt)

**RESUMO:** A partir do diagnóstico de necessidades neste grupo de doentes, com o trabalho de um grupo alargado de especialistas na área, criou-se um modelo de intervenção, chamado U-Care. Este modelo define um programa que pretende satisfazer necessidades individuais, numa perspetiva multidimensional (física, psicossocial e espiritual), no decurso da doença, mesmo quando se esgotam as alternativas de tratamento e o foco passa a ser exclusivamente o controlo sintomático. Este modelo poderá ainda contribuir para colmatar a lacuna que existe na prática de enfermagem relativamente a adoção de novas metodologias e ferramentas de apoio à doença avançada da mama, reduzindo o sofrimento da doente e a carga sintomática física e psicossocial.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cancro mama avançado; Modelo cuidados.

**ABSTRACT:** *From the diagnosis of needs in this group of patients, with the work of a large group of experts in the area, an intervention model called U-Care was created. This model defines a program that aims to satisfy individual needs, from a multidimensional perspective (physical, psychosocial and spiritual), in the course of the disease, even when treatment alternatives are exhausted and the focus becomes exclusively symptomatic control. This model may also contribute to fill the gap that exists in nursing practice regarding the adoption of new methodologies and tools to support advanced breast disease, reducing the patient's suffering and the physical and psychosocial symptomatic burden.*

**Keywords:** *Advanced breast cancer; Care model.*

## 1. Âmbito

Dados epidemiológicos estimaram uma incidência de 117 novos casos de cancro da mama por 100.000 mulheres, em 2018, em Portugal (Ferlay et al., 2018). Esta doença acarreta desafios relacionados com os procedimentos médicos, mas também com os seus efeitos secundários a nível cognitivo (Pendergrass, Targum, & Harrison, 2018), reprodutivo e sexual (Lospresti, Rizack & Dizon, 2018), podendo causar uma disrupção do funcionamento ocupacional e familiar.

Mais especificamente, a presença de um cancro da mama metastático, associado com um maior risco de mortalidade e pior funcionalidade (Wyatt et al., 2014), levanta preocupações psicossociais específicas. Apesar dos progressos nas opções terapêuticas promoverem atualmente um maior controlo da doença avançada (Vila et al., 2017), viver com cancro metastático conduz ao medo de progressão e incapacidade no futuro. Para muitas doentes, a dor é um fator de ansiedade entendida como um indicador da progressão da doença (Mosher et al., 2013). Principalmente pacientes em idade mais jovem (<40 anos), apresentam vulnerabilidade psicológica reportando sintomatologia depressiva e ansiedade após um diagnóstico de cancro da mama metastático (Park et al., 2018). Adicionalmente, este diagnóstico é cada vez mais comum em idade ativa e doentes em estadios avançados, devido à oscilação da sintomatologia, deparam-se com insegurança no emprego e restrições na realização das atividades laborais (Tevaarwerk et al., 2016) que podem levar a uma interrupção da vida profissional. No entanto, manter o trabalho poderá ser um meio para estas doentes obterem suporte social e emocional e para criar estrutura e ordem na vida quotidiana (Rasmussen & Elverda, 2008).

De acordo com as recomendações da ESMO – European Society for Medical Oncology (Cardoso et al., 2018), os sintomas e efeitos colaterais experienciados ao longo das terapêuticas, no cancro da mama metastático, devem ser cuidadosamente monitorizados para caracterizar as toxicidades e permitir uma intervenção precoce tendo em vista uma melhor qualidade de vida. Baseado sobre essa orientação, este projeto objetivou o desenvolvimento de um modelo de intervenção direcionado para as mulheres com cancro de mama metastático e em progressão, denominado U-Care.

O atual estado da arte está muito centrado no tratamento medicamentoso para o controlo da sintomatologia física, contudo a intervenção de enfermagem, ao longo do continuum

de doença, baseia-se numa visão holística do doente e família. Esta visão aliada a uma acessibilidade facilitada e a uma maior proximidade com o doente permite um apoio efetivo, centrado na decisão informada e promoção da qualidade de vida. Em geral, estudos sugerem que intervenções de suporte psicoeducacional em grupo promovem a diminuição do *distress* psicológico e aumentam a perceção de alterações positivas em pacientes de cancro da mama (Cipolleta, Simonato & Faccio, 2019). Contudo, pouco é conhecido sobre programas dirigidos ao cancro de mama avançado. Apenas um estudo de revisão de Mustafa et al. (2013) aponta para os efeitos a curto-prazo (e.g. 1 ano) de intervenções focadas em aspetos psicológicos na redução da dor e melhor funcionamento social. Embora as intervenções em grupo possam favorecer o suporte relacional através da criação de uma rede, num cancro metastático, fragilidades individuais podem não estar a ser respondidas justificando a ausência de efeitos mais duradouros sobre resultados psicossociais.

O Modelo U-Care define assim um programa que pretende satisfazer necessidades individuais, numa perspetiva multidimensional (física, psicossocial e espiritual), no decurso da doença, mesmo quando se esgotam as alternativas de tratamento e o foco passa a ser exclusivamente o controlo sintomático. Para o efeito, foram estabelecidos como objetivos específicos do modelo:

1. Diminuir a sintomatologia física;
2. Diminuir a sintomatologia depressiva e promover estratégias de *coping* contribuindo para melhorar o ajustamento psicológico e a qualidade de vida da mulher;
3. Potenciar a satisfação de necessidades informacionais minimizando as preocupações relacionadas à doença e às terapêuticas;
4. Promover hábitos de vida mais adequados relacionados com a dieta alimentar e a prática de atividade física.

O presente estudo apresenta o processo de definição do modelo propondo um algoritmo para uma intervenção, em meio hospitalar e domiciliário, dirigida a necessidades específicas.

## 2. Metodologia

Na construção do modelo de intervenção, planeamos duas fases: A Fase I, de formação dos intervenientes, en-

volvidos na construção do modelo, direcionada para os objetivos do programa; e a Fase II, a fase de construção e definição do Modelo.

## 2.1 Participantes

O Projeto incluiu um grupo de sete enfermeiros, de diferentes instituições, com experiência no tratamento e seguimento de doentes com cancro da mama metastático. O grupo de peritos foi constituído por enfermeiros(as) do IPO Porto, Lisboa e Coimbra, a Fundação Champalimaud, Hospital Gaia, CHLO - Hospital S. Francisco Xavier e ULSAM Viana Castelo. A equipa para a definição do modelo incluiu também duas Psicólogas Clínicas com experiência clínica e de investigação nesta área e um especialista em estatística.

## 2.2. Etapas de Desenvolvimento do Modelo U-Care

Para a definição do Modelo, numa primeira fase (**Fase I**), o grupo de sete enfermeiros *expert* em oncologia passaram por um processo de formação sobre a doença centrada nas dificuldades e necessidades de mulheres diagnosticadas com cancro da mama metastático e potenciais estratégias a adotar nos contactos individuais presenciais e à distância.

Numa segunda fase (**Fase II**), recorreu-se à utilização do focus group envolvendo os enfermeiros e os profissionais da área da psicologia e da estatística. Esse método permitiu a definição de diferentes dimensões a que a intervenção deveria dar resposta, a definição do meio para a entrega da intervenção, número de sessões e duração, bem como instrumentos a incluir para a avaliação da eficácia do modelo. O modelo final foi aprovado por unanimidade.

## 3. Definição do Modelo de Intervenção

Na Fase II, fase de construção do Modelo, definiram-se 4 dimensões de intervenção: Dimensão física/Controlo de sintomas; Dimensão Espiritual; Dimensão Social e Psicológica. Para cada contacto com a doente, seja este presencial ou telefónico, o Enfermeiro deverá avaliar as 4 dimensões em função das necessidades elencadas pela doente.

Dentro de cada dimensão, definiram-se, por consenso, as variáveis a considerar e as intervenções de enfermagem para cada variável de forma a dar uma resposta individualizada a cada doente. Só ocorrerá uma intervenção nas dimensões e nos problemas que a doente referir em cada contacto/consulta.

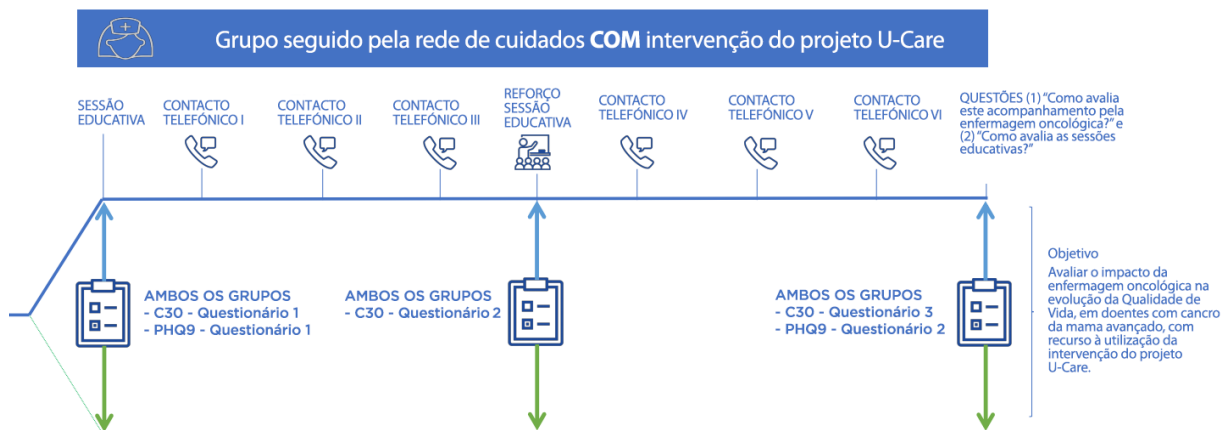
O quadro seguinte descreve as variáveis definidas em consenso para cada dimensão:



Depois de definidas as Dimensões a incluir na avaliação de cada contacto, procedeu-se à discussão do Modelo estrutural de intervenção.

Delimitaram-se os tempos de Intervenção, organizados por 5 momentos distintos. Um primeiro momento presencial (avaliação inicial), uma avaliação presencial intermédia com reforço da informação/Educação da doente, uma série de 6 contactos telefónicos quinzenais e um último momento presencial (avaliação final). O diagrama seguinte define as fases de contacto com as doentes:

Nos três momentos presenciais, serão aplicados dois instrumentos para avaliação da sintomatologia depressiva e da qualidade de vida. No final, será ainda avaliada a satisfação e o impacto global do programa, através de duas questões categoriais, numa escala de Likert. Para testar a eficácia da intervenção baseada no modelo, será também avaliado um grupo de controlo que integrará doentes com características sociodemográficas e clínicas idênticas, que não serão submetidas a intervenção.



Para facilitar o registo e o diagnóstico da sintomatologia identificada pela doente em cada dimensão, assim como definir a melhor estratégia de intervenção, foi criada uma plataforma informática com uma árvore de decisão, conforme os sintomas detetados pelo profissional. Esta plataforma permitirá maior eficácia e rapidez na decisão assim como a uniformização da linguagem utilizada pelos diferentes centros.

### 3.1. Instrumentos

Para avaliação da eficácia do programa, com base no modelo proposto, foi planeada a utilização de dois instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa, nomeadamente o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ-C30, version 3; versão Portuguesa por Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008) e o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9; versão Portuguesa por Torres, Monteiro, Pereira, & Albuquerque, 2016). Foi proposta ainda a avaliação da satisfação com o programa no final da intervenção.

**Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde:** O EORTC QLQ-C30 é um questionário desenvolvido para avaliar a qualidade de vida (QdV) relacionada com a saúde, percecionado pelas doentes com doença oncológica. É apropriado desde o momento do diagnóstico até à sobrevivência de longo prazo. É constituído por 30 questões, incluindo 5 escalas funcionais (de funcionamento físico, social, emocional, cognitivo e de papel), 3 escalas de sintomas (de fadiga, dor, náusea e vómitos) e para uma escala de avaliação da condição global (saúde e QdV). Os valores mais elevados nas escalas funcionais e na escala de estado de saúde ou QdV global indicam um melhor nível de

funcionamento ou QdV, enquanto os valores mais elevados nas escalas de sintomas ou de um único item indicam um maior nível de sintomatologia ou problemas.

A maioria dos itens são avaliados por uma escala tipo Likert de 4 pontos (não, um pouco, bastante e muito), com a exceção dos dois itens da subescala de saúde global e QdV, que usam uma escala modificada analógica linear de 7 pontos (em que 1 é 'péssima' e 7 'ótima'). A pontuação é padronizada e varia entre 0 e 100.

**Sintomatologia Depressiva:** Os doentes com cancro avançado estão frequentemente sujeitos a alguma labilidade nas suas emoções, podendo experienciar sentimentos de tristeza, medo, raiva e revolta, ficando em potencial risco de desenvolver depressão, o que irá condicionar certamente a sua qualidade de vida. Para avaliar a presença deste sintoma, optou-se pelo PHQ-9. Este instrumento (PHQ-9) constitui-se de nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão major, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV). Os nove sintomas consistem em humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas.

A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala Likert de 0 a 3 correspondendo às respostas "nenhuma vez", "vários dias", "mais da metade dos dias" e "quase todos os dias", respetivamente. O questionário ainda inclui uma décima pergunta que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias, como trabalhar e estudar.

*Satisfação e impacto do programa:* A avaliação da satisfação e impacto global percebido pelas doentes relativamente ao modelo aplicado. Envolverá duas questões numa escala de Lickert.

### **Limitações do Modelo**

Algumas limitações na implementação do modelo proposto são dignas de nota.

Primeiro, as doentes podem não aderir ao programa completo (16 semanas) por dificuldade no contacto telefónico ou por impossibilidade de poderem deslocar-se ao Hospital, nos momentos das consultas presenciais.

Segundo, para identificar as alterações sintomáticas de cada dimensão durante os contactos, o profissional terá de ter experiência na intervenção junto de doentes com cancro da mama avançado, reconhecendo suas necessidades, e ter *expertise* na condução de uma entrevista clínica. Estes fatores facilitaram a receptividade da doente para expressar os sintomas que mais a afetam, dentro de cada uma das dimensões estabelecidas no modelo, possibilitando uma definição da estratégia de intervenção e, constante readaptação.

Terceiro, a utilização de um suporte informático nas consultas presenciais e telefónicas pode ser um obstáculo em determinados centros. Para colmatar esta fragilidade do modelo, a utilização desta plataforma no sistema Android ou iOS poderá ser uma boa alternativa.

Quarto, o tempo despendido em cada uma destas intervenções prevê-se que seja no mínimo de 15 minutos, o que pode representar um constrangimento em alguns centros em que as equipas já têm dificuldade em realizarem todas as atividades exigidas pela prática clínica.

Por último, importa ainda considerar a progressão da doença avançada, que pode resultar num fim de vida inferior às 16 semanas previstas.

### **Pertinência ou Relevância do Modelo**

Mulheres com cancro de mama avançado enfrentam diversos desafios a nível físico, psicológico, social e existencial que afetam o seu ajustamento emocional e a qualidade de vida. Estas doentes confrontam-se com questões relacionadas com a diminuição do controlo na sua vida e a consciencialização da própria mortalidade, que contribuem para aumentar o *distress* experienciado. A falta de abertura dos familiares e de outras pessoas significativas para a discussão do prognóstico também limitam o bem-estar destas doentes (Mosher et al., 2013). Nesse sentido,

torna-se relevante para mulheres com cancro da mama avançado receberem uma intervenção diferenciada em contexto hospitalar que lhes permita, além de minimizar a sua sintomatologia física, discutir aspetos relacionados com a sua saúde mental com os prestadores de cuidados de saúde (Kadan-Lottick et al., 2005).

A definição do modelo de intervenção proposto neste estudo baseado no princípio de acompanhamento da doente em meio hospitalar ou de preferência, em meio domiciliário, numa perspetiva multidimensional, vem dar espaço para a abordagem de aspetos psicológicos e emocionais, podendo promover o ajustamento psicológico e a qualidade de vida de mulheres confrontadas com um diagnóstico de cancro avançado.

Este modelo poderá ainda contribuir para colmatar a lacuna que existe na prática de enfermagem relativamente à adoção de novas metodologias e ferramentas de apoio à doença avançada da mama, reduzindo o sofrimento da doente e a carga sintomática física e psicossocial.

Em última análise, o modelo U-Care poderá ainda tornar o processo de referenciação para outros serviços mais efetivo com base no acompanhamento contínuo das necessidades reportadas pelas mulheres com cancro da mama metastático ao longo da intervenção.

### **Conflitos de interesse**

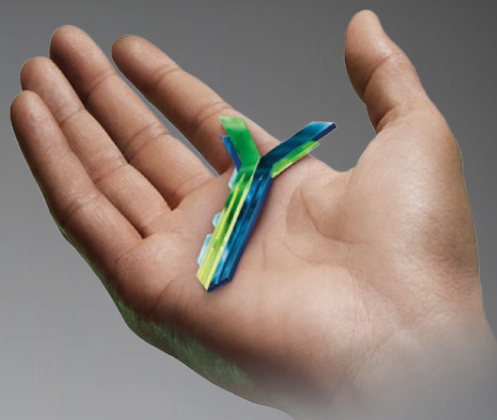
Todos os autores deste Projeto declaram não terem conflitos de interesse.

### **Referências bibliográficas**

- Cardoso, F., Senkus, E., Costa, A., Papadopoulos, E., Aapro, M., André, F., ... Winer, E. P. (2018). 4th ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 4). *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 29(8), 1634-1657.
- Cipolletta, S., Simonato, C., & Faccio, E. (2019). The Effectiveness of Psychoeducational Support Groups for Women With Breast Cancer and Their Caregivers: A Mixed Methods Study. *Frontiers in Psychology*, 10, 288. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00288
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2018. Disponível a partir de: <https://gco.iarc.fr/today>. Acedido a 10 de Outubro, 2019.
- Kadan-Lottick, M.S., Vanderwerker, L.C., Block, S.D. Zhang, B., & Prigerson, H.G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer*, 104(12), 2872-2881.
- Lopresti, M., Rizack, T., & Dizon, D.S. (2018). Sexuality, fertility and pregnancy following breast cancer treatment. *Gland Surgery*, 7(4), 404-410. doi: 10.21037/gs.2018.01.02
- Miller, K., & M., Massie. (2010). Depressive Disorders. In J. Holland, W. Breitbart, P. Jacobsen, M. Lederberg, M. Loscalzo & R. McCorkle (eds.), *Psycho-Oncology* (2nd Ed.) (pp.311). New York: Oxford University Press
- Mosher, C. E., Johnson, C., Dickler, M., Norton, L., Massie, M. J. and DuHamel, K. (2013). Living with Metastatic Breast Cancer: A Qualitative Analysis of Physical, Psychological, and Social Sequelae. *The Breast Journal*, 19: 285-292. doi:10.1111/tbj.12107

**KEYTRUDA®**  
(pembrolizumab) injetável para perfusão

**ESTÁ APROVADO  
NAS SEGUINTE  
INDICAÇÕES\*:**



**REEMBOLSADO  
NO ESTADIO METASTÁTICO**

**MELANOMA METASTÁTICO  
TRATAMENTO ADJUVANTE DE MELANOMA  
ESTADIO III**



**REEMBOLSADO  
EM MONOTERAPIA**

**CPCNP METASTÁTICO  
EM MONOTERAPIA E EM COMBINAÇÃO  
COM QUIMIOTERAPIA**



**LINFOMA DE HODGKIN  
CLÁSSICO REFRATÁRIO**



**CARCINOMA UROTELIAL  
AVANÇADO**



**CARCINOMA ESCAMOSO  
DA CABEÇA E PESÇOÇO R/M**

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pode-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. **Nome do medicamento** – KEYTRUDA® 50mg pó para concentrado para solução para perfusão; KEYTRUDA 25 mg/ml concentrado para solução para perfusão. **Composição quantitativa e qualitativa** – Um frasco para injetáveis de pó contém 50 mg de pembrolizumab, após reconstituição, 1 ml de concentrado contém 25 mg de pembrolizumab. Um frasco para injetáveis de 4 ml de concentrado contém 100mg de pembrolizumab; cada ml de concentrado contém 25 mg de pembrolizumab. Pembrolizumab é um anticorpo monoclonal humanizado, antirreceptor PD-1. **Indicações terapêuticas** – KEYTRUDA em monoterapia está indicado, em adultos, para o tratamento do melanoma avançado (irressecável ou metastático); no tratamento adjuvante de adultos com melanoma em estadio III com envolvimento de gânglios linfáticos que foram submetidos a ressecção completa; em primeira linha de carcinoma do pulmão de células não-pequenas (CPCNP) metastático cujos tumores expressam PD-L1 com TPS ≥ 50% (sem mutações tumorais positivas EGFR ou ALK) e em combinação com quimioterapia contendo platina e pemetrexed no tratamento em primeira linha do CPCNP não escamoso metastático em adultos cujos tumores não tenham mutações positivas EGFR ou ALK; CPCNP localmente avançado ou metastático com um TPS ≥ 1% e que receberam pelo menos um esquema de tratamento prévio com quimioterapia (doentes com mutações tumorais positivas EGFR ou ALK devem também ter recebido terapêutica alvo); linfoma de Hodgkin clássico (LHc) refratário ou recidivado, que falharam transplante autólogo de células estaminais (ASCT) e tratamento com brentuximab vedotina (BV), ou que não são elegíveis para transplante e falharam BV; carcinoma urotelial localmente avançado ou metastático, em adultos que receberam tratamento prévio com quimioterapia contendo platina e para o tratamento de carcinoma urotelial localmente avançado ou metastático, em adultos que não são elegíveis para tratamento com quimioterapia contendo cisplatina e cujos tumores expressam PD-L1 com uma marcação combinada positiva (CPS- combined positive Score ≥ 10); carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço recorrente ou metastático (CCECP), em adultos cujos tumores expressam PD-L1 com um TPS ≥ 50% e quando existe progressão durante ou após o tratamento com quimioterapia contendo platina. **Posologia e modo de administração** – 200 mg administrado por perfusão intravenosa durante um período de 30 minutos a cada 3 semanas. Os doentes devem ser tratados com KEYTRUDA até progressão da doença ou toxicidade inaceitável ou até à duração de um ano para o tratamento adjuvante de melanoma. Doentes com CPCNP devem ser selecionados para o tratamento com base na expressão de PD-L1 no tumor, confirmada por um teste validado. **Contra-indicações** – Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **Efeitos indesejáveis** – **Advertências e precauções especiais de utilização** – Pembrolizumab mais frequentemente associado com reações adversas relacionadas com o sistema imunitário, que podem afectar mais que um órgão ou sistema simultaneamente incluindo casos graves e fatais. A maioria das reações adversas relacionadas com o sistema imunitário foram reversíveis e resolvidas com a interrupção do pembrolizumab, administração de corticosteroides e/ou cuidado de suporte; segurança avaliada em 3830 doentes com melanoma avançado, CPCNP, LHc, ou carcinoma urotelial, sendo as reações adversas mais frequentes fadiga, prurido, erupção cutânea, diarreia, náuseas, maioria Grau 1 – 2; reações adversas mais graves foram imunitárias ou relacionadas com perfusão. As reações adversas mais frequentes de pembrolizumab em combinação com quimioterapia (platina e pemetrexed) foram náuseas (47%), anemia (37%), fadiga (38%), neutropenia (22%), apetite diminuído (21%), diarreia (20%) e vômito (19%). A incidência de reações adversas de Grau 3-5 foi de 47% para o tratamento combinado com pembrolizumab e 37% para quimioterapia isolada. As reações adversas conhecidas por ocorrerem com pembrolizumab ou quimioterapias administrados isoladamente podem ocorrer durante o tratamento com estes medicamentos em combinação, mesmo que estas reações não tenham sido notificadas nos ensaios clínicos com a terapêutica combinada. KEYTRUDA deve ser interrompido definitivamente se toxicidade de Grau 4, exceto para endocrinopatias controladas com hormonas de substituição, se a dose de corticosteroides não puder ser reduzida para ≤ 10 mg de prednisona/ dia ou equivalente em 12 semanas, toxicidade relacionada com o tratamento não diminuir para Grau 0-1 em 12 semanas após última dose ou ocorrer segunda vez acontecimento de Grau ≥ 3. Pneumite: Grau 2 suspender, Grau 3- 4, ou recorrente, interromper definitivamente; Colite, Grau 2 ou 3 suspender, Grau 4 interromper definitivamente; Nefrite Grau 2 com creatinina >1,5 – 3x LSN suspender, Grau ≥ 3 com creatinina ≥ 3 vezes o LSN interromper definitivamente; Endocrinopatias, Hipofisite sintomática, Diabetes tipo 1 com hiperglicemia Grau ≥ 3 ou cetoacidose, Hipertiroidismo de Grau ≥ 3 - suspender, Endocrinopatia de Grau 3 ou Grau 4 interromper tratamento, só se melhorar para Grau 2 ou inferior, controlada com substituição hormonal pode ser considerada continuação com pembrolizumab após redução de corticosteroides; Hipotiroidismo gerido com terapêutica de substituição sem interrupção do tratamento. Hepatite: suspender se AST ou ALT > 3 - 5 x LSN ou bilirrubina total > 1,5 - 3 x LSN (Grau 2); interromper definitivamente AST ou ALT > 5 x LSN ou bilirrubina total > 3 vezes o LSN (Grau ≥ 3), metástases hepáticas com aumento Grau 2 de AST ou ALT, hepatite com aumentos da AST ou da ALT > 50% durante ≥ 1 semana. Reações relacionadas com a perfusão: Grau 3 ou 4 interromper definitivamente toxicidade hematológica, em doentes com LHc suspender até as reações adversas recuperarem para Grau 0-1. Miocardite grau 3-4 suspender definitivamente; a segurança de reiniciar tratamento com pembrolizumab após miocardite imunitária não é conhecida. Notificados casos uveíte, artrite, miosite, miocardite, pericardite, pancreatite, síndrome Guillain-Barré, síndrome miasténica, anemia hemolítica, sarcoidose e encefalite, meningite asséptica, síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e necrólise epidérmica tóxica (NET). Para sinais ou sintomas de SSJ e NET, suspender pembrolizumab, referenciar o doente referenciado a unidade especializada para avaliação e tratamento; Se for confirmada SSJ ou NET, interromper definitivamente pembrolizumab. Risco de rejeição de transplante de órgão sólido pode aumentar. Casos de doença de enxerto contra o hospedeiro (GVHD) e doença hepática veno-oclusiva em doentes com LHc sujeitos a HSCt alogénico após pembrolizumab; casos de GVHD aguda em doentes com LHc e história de HSCt alogénico tratados com pembrolizumab. KEYTRUDA sem ajuste posológico para doentes idosos, compromisso renal ligeiro ou moderado ou compromisso hepático ligeiro; não estudado em doentes pediátricos, compromisso renal grave, compromisso hepático moderado ou grave. Dados limitados de segurança e eficácia em doentes com melanoma ocular ou doentes com LHc de idade superior a 65 anos. **Interações medicamentosas e outras formas de interação** – Não foram realizados estudos de interação medicamentosas, não sendo esperadas quaisquer interações medicamentosas metabólicas por pembrolizumab ser eliminado por catabolismo. Evitar o uso de corticosteroides sistémicos ou outros imunossuppressores antes de iniciar pembrolizumab; podem ser usados corticosteroides sistémicos ou outros imunossuppressores após início de pembrolizumab para tratar reações adversas imunitárias. Não existem dados sobre a utilização de pembrolizumab em mulheres grávidas ou excreção no leite materno. Pembrolizumab não deve ser utilizado durante a gravidez. **Titular de Autorização de Introdução no Mercado (AIM)** Merck Sharp & Dohme B.V. **Data da Revisão do texto** 01/2019. Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações contactar o titular da AIM ou o seu representante local, Merck Sharp & Dohme, Lda.



Merck Sharp & Dohme, Lda. | [www.msd.pt](http://www.msd.pt) | Tel. 214 465 700 | Quinta da Fonte, 19 - Edifício Vasco da Gama, 2770-192 Paço de Arcos | NIPC 500 191 360  
Copyright © 2018 Merck Sharp & Dohme Corp., uma subsidiária de Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, EUA. | Todos os direitos reservados. | PT-KEY-00001 03/2019

\* Consultar RCM actualizado para informação adicional e detalhada de cada indicação.

# ADESÃO À TERAPÊUTICA ORAL EM DOENTES COM CANCRO DA PRÓSTATA METASTÁTICO RESISTENTE À CASTRAÇÃO (CPMRC) – REALIDADE DO SERVIÇO DE H. DIA DO CENTRO HOSPITALAR GAIA/ESPINHO

*Adherence to oral therapeutic in patients with castrate-resistant metastatic prostate cancer – Centro Hospitalar Gaia/Espinho Day Care reality*

Joana Fernandes Silva

Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Hospital de Dia de Oncologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho  
[joana.mf.silva@gmail.com](mailto:joana.mf.silva@gmail.com)

Sandra Custódio

Assistente Hospitalar Oncologia Médica, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho  
[sandraisabelcustodio@gmail.com](mailto:sandraisabelcustodio@gmail.com)

João Fraga

Farmacêutico, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho  
[jpgfraga@gmail.com](mailto:jpgfraga@gmail.com)

**RESUMO:** A adesão à terapêutica é fundamental para o sucesso do tratamento instituído, sendo uma prioridade dos profissionais de saúde reduzir os pontos fracos que levam a erros de medicação e graves danos que daí advêm.

Tendo por referência o perfil europeu dos doentes com Cancro da Próstata Metastático Resistente à Castração (CPmRC), caracterizou-se a população sob terapêutica oral antineoplásica para esta patologia no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E), durante o ano de 2017. Para dar resposta às necessidades específicas deste grupo de doentes, propôs-se um modelo de consulta de adesão.

É nossa opinião que a promoção da adesão e a monitorização da *compliance* devem ser operacionalizadas por profissionais com formação especializada e motivados para esta temática. O modelo de consulta de adesão tem como pilar central o doente, sendo fundamental a sua capacitação e motivação para o plano terapêutico. Com esta abordagem pretendemos potenciar a qualidade dos cuidados e obter ganhos em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adesão; Motivação; Capacitação; Terapêutica oral antineoplásica.

**ABSTRACT:** Medication adherence is vital to the success of the treatment plan, being the priority of healthcare professionals to reduce the weak links that lead to medication errors and severe damage that they can cause.

Based on the European profile of patients with castrate-resistant metastatic prostate cancer, the population under oral antineoplastic therapy for this pathology at Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E) during the year 2017 was characterized. In order to respond to the specific needs of this patient group, we proposed a model of adherence consultation.

It is our opinion that the promotion and monitoring of the compliance must be operationalized by professionals with specialized training and motivated for this subject. The adherence consultation model is patient centric, being essential its empowerment and motivation for the therapeutic plan. With this approach we intend to enhance the quality of care and achieve health gains.

**KEYWORDS:** Adherence; Motivation; Empowerment; Oral antineoplastic therapy.

## Introdução

A adesão à terapêutica é fundamental para o sucesso do tratamento instituído, seja pelo prisma da segurança do doente, seja pela obtenção da melhor resposta possível ao tratamento instituído.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de “13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde”. Defende ainda que deve existir uma abordagem internacional que contribua para uma utilização segura do medicamento, e que exija uma diminuição da prevalência dos incidentes. Devem por isso ser tomadas medidas “estruturais e processuais de prevenção, implicando mudanças organizacionais e comportamentais, quer dos profissionais envolvidos e da população em geral, quer das instituições, direta ou indiretamente, envolvidas” (WHO, 2003).

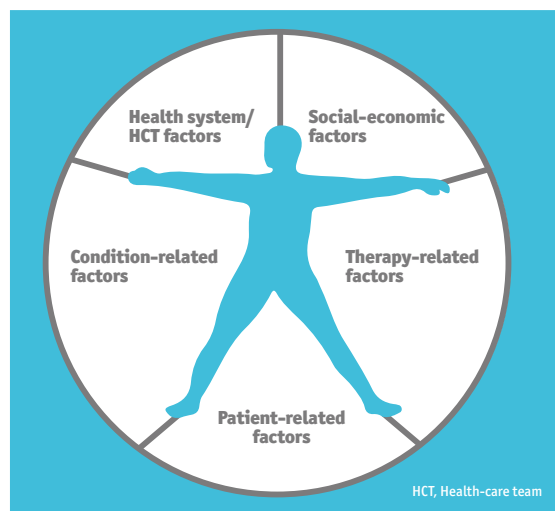
Também o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 define como um dos seus objetivos estratégicos “Aumentar a Segurança na Utilização da Medicação”, dado que cerca de 82% da população adulta toma pelo menos 1 medicamento e cerca de 29% são polimedicados com 5 ou mais medicamentos. Ao imperativo legal e recomendação internacional, acresce o facto de cada vez mais medicamentos antineoplásicos terem formulação oral o que permite uma maior comodidade e autonomia para os doentes no controlo da sua doença, assim como se reflete num menor impacto socioeconómico dos tratamentos. No entanto, estes objetivos só serão atingidos se houver uma gestão eficaz do regime medicamentoso.

A adesão ao tratamento instituído é, portanto, um fator crítico na obtenção de ganhos em saúde, sendo apontada por vários estudos como um dos principais fatores condicionantes do sucesso terapêutico (Porteous, 2010; Timmers, 2014; Kelly, 2017).

Podemos, então, dizer que a adesão ao tratamento acontece quando o utente cumpre o esquema terapêutico que lhe é instituído, permitindo perceber a eficácia desse mesmo tratamento ou levando aos resultados pretendidos inicialmente. Como não adesão, podemos apontar o erro na toma da medicação, que comporta vários fatores como erro na dose, hora, via, interação com alimentos ou outros fármacos, mas também o descuido com a monitorização

clínica e laboratorial, o armazenamento e a gestão de efeitos adversos.

Existem inúmeros fatores que condicionam a adesão à terapêutica e podem ser agrupados da seguinte forma: fatores do próprio indivíduo ou demográficos, fatores respeitantes ao regime terapêutico, fatores relacionados com a equipa de saúde, fatores sociais e económicos e fatores relacionados com o estado de saúde (WHO, 2003).



**Figura 1.** Adesão a terapêuticas crónicas: evidências para a ação (OMS, 2003).

Os fatores que se relacionam com o indivíduo dizem respeito sobretudo a dados de saúde como sejam a audição, a visão ou a memória, que, quando alterados, facilmente prejudicam o reconhecimento e assimilação de dados importantes relacionados com o fármaco e esquema terapêutico. Também aqui intervém a idade e o sexo, sendo o sexo feminino normalmente mais “compliant” que o sexo masculino. A motivação é um fator chave em matéria de adesão à terapêutica, mas pode ser trabalhada, como veremos mais adiante.

Em relação aos fatores relacionados com a terapêutica, sabemos que esquemas posológicos mais complicados, com várias tomas ou interrupções, como o são muitas vezes os esquemas dos fármacos antineoplásicos, são mais difíceis de apreender. Requerem, portanto, estratégias variadas da parte das equipas de saúde para alcançar o sucesso terapêutico. Também doentes polimedicados, tendem a cometer mais erros de adesão, dada variedade

de momentos de toma ao longo do dia, bem como nomes e imagens dos fármacos, que complicam o regime terapêutico. Neste ponto também a alternância entre fármacos comerciais com o mesmo princípio ativo dificulta a apreensão do esquema posológico, levando a erros com a toma da medicação

No que à equipas de saúde diz respeito, podemos enumerar pontos como a formação específica nesta área, a relação terapêutica instituída com o utente, a estabilidade e disponibilidade dos recursos alocados e os tempos disponíveis para consulta, bem como o acesso aos cuidados de saúde como fortes condicionantes da adesão.

Quanto aos fatores socioeconómicos, o condicionamento financeiro pode limitar o acesso aos cuidados de saúde, bem como níveis mais baixos de escolaridade podem potenciar a iliteracia face à necessidade de cuidados e gestão de efeitos adversos. Também as disfunções familiares e crenças culturais podem constituir um obstáculo à adesão, nomeadamente por omissão de cuidados.

No que concerne ao estado de saúde, sabemos que os doentes assintomáticos e com terapêuticas crónicas são menos “compliant”, pelo que se assume de extrema importância o registo “*patient centric*” de desenvolvimento do plano terapêutico que contemple estratégias de intervenção neste tipo de utentes, preconizando um acompanhamento contínuo.

Percebemos, portanto, que a intervenção dos profissionais de saúde neste âmbito é preponderante, quer pela identificação dos fatores envolvidos na má gestão do regime medicamentoso, quer pela implementação de estratégias que permitam aos utentes um adequado controlo dos sinais e sintomas, não só da doença, como dos possíveis efeitos adversos da medicação, tendo como objetivo final reduzir os pontos fracos que levam a erros de medicação e graves danos que daí advêm.

A par disso, evidência científica produzida confirma que intervenções específicas no aumento do conhecimento sobre a doença e medicação conduzem a um impacto positivo na *compliance*, com consequentes ganhos económicos e em saúde (Gold, 2006; Rivéra-Sarate, 2009; Winkeljohn, 2010; Zerillo, 2017).

## Desenvolvimento

A caracterização da população sob terapêutica oral antineoplásica para determinada patologia ou fármaco,

pode ajudar na definição de estratégias de ação adequadas e adaptadas ao perfil identificado, tendo por base uma abordagem terapêutica centrada no doente.

Tomando como referência o perfil europeu dos doentes com CPmRC, obtido através da literatura relevante disponível (Hirst, 2012; Sternberg, 2013), caracterizou-se a população sob terapêutica oral antineoplásica para esta patologia no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E), durante o ano de 2017. Foram analisadas as variáveis demográficas de um total de 11 doentes: idade, tempo decorrido desde o diagnóstico, *Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status* (ECOG PS), *Gleason score*, número de comorbilidades, fumadores ou não fumadores, número de medicamentos habituais, responsável pela gestão da medicação. Foram ainda avaliadas as comorbilidades mais frequentes e a sua taxa de incidência.

A média de idades da amostra é de 76.2 anos, com um *Gleason score* médio de 8.25. No que respeita à avaliação do estado geral dos doentes, 45.5% da amostra apresentava um ECOG PS 1, ou seja, um bom estado geral, sendo que o tempo médio decorrido entre o diagnóstico e o início deste tratamento é de 4.9 anos. Cerca de 36.4% da amostra são fumadores ou ex-fumadores, polimedicados (média de 6 fármacos por doente) e com uma média de 2 comorbilidades associadas à patologia oncológica.

**Tabela 1.** Características da amostra em análise

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	TOTAL n=11
Idade (anos)	76.2
Tempo desde diagnóstico inicial	4.9
Gleason score	8.25
Fumador/ex-fumador	36.4%
Nº comorbilidades	1.8
ECOG 0	36.4%
ECOG 1	45.5%
ECOG 2	9.05%
ECOG 3	9.05%
Número medicamentos habituais	6.3
Cuidador a gerir medicação	63.6%
Próprio a gerir medicação	36.4%

As co-morbilidades mais frequentes foram: hipertensão arterial (45.5%); diabetes (27.3%); depressão (27.3%);

dislipidemia e neoplasia anterior (ambas em 18.2% da amostra). De realçar que cerca de 63.6% da amostra tem um cuidador como gestor da sua medicação.

**Tabela 2.** Comorbilidades da amostra em análise

INCIDÊNCIA DE COMORBILIDADES DA AMOSTRA	TOTAL n=11
HTA	45.5%
Diabetes	27.3%
Depressão	27.3%
Dislipidemia	18.2%
Neoplasia anterior	18.2%
DPOC	9.1%
Diverticulose	9.1%
Anemia	9.1%
Hipotiroidismo	9.1%

Comparando a nossa amostra com a estatística europeia, concluímos que, de uma forma geral, o perfil dos doentes sob tratamento oral para CPmRC no CHVNG/E é sobreponível ao da amostra europeia.

## Discussão

Este modelo de consulta, centrado no doente, procura não só que este faça parte de forma ativa do processo terapêutico, mas também que as intervenções instituídas lhe sejam dirigidas de forma personalizada. Após a consulta médica, da qual deriva a prescrição e onde é feita uma primeira abordagem ao objetivo do plano terapêutico e efeitos esperados, segue-se uma primeira consulta de adesão terapêutica com dois profissionais de saúde: enfermeiro e farmacêutico, dada a importância da psicoeducação e da reconciliação terapêutica. Nesta consulta, para além das rotinas instituídas, seria importante avaliar o potencial para aquisição de conhecimentos acerca da doença e medicação, bem como avaliar a motivação do doente para a toma da medicação e gestão dos efeitos adversos da mesma. A partir daqui seria definida uma estratégia dirigida ao doente, com recurso a ferramentas de gestão de medicação e sintomas, bem como a monitorização da evolução da situação, com recurso a contactos presenciais, mas também telefónicos. Esta última ferramenta tem-se revelado como uma solução com um impacto muito positivo na *compliance*, dado que o doente se sente monitorizado e acompanhado mesmo fora do contexto hospitalar (Zerillo, 2017).

A avaliação motivacional permite-nos conhecer a perspetiva do doente em diversos aspetos, como a importância que atribui à medicação instituída, a confiança que tem quer na equipa de saúde quer nos resultados da própria medicação, e a preparação e motivação que apresenta para esta nova etapa do seu processo terapêutico.

A entrevista motivacional trabalha aspetos cognitivos com intuito de promover ou manter uma determinada mudança comportamental (Prochaska, 1984). No âmbito da adesão terapêutica, a entrevista motivacional pretende aumentar a adesão do doente ao regime terapêutico através da consciencialização do problema de saúde presente, preparando-o para uma tomada de decisão futura. Esta técnica, amplamente utilizada em vários âmbitos da saúde, é aplicada mediante a fase de alteração de comportamentos em que o doente se encontra, e baseia-se na técnica dos 5 “A” e 5 “R”. Os 5 “A” são: Abordar o problema de saúde e a necessidade de alteração de comportamentos; Aconselhar sobre as estratégias de resolução do problema; Avaliar os significados, a preparação e a motivação; Apoiar na identificação de barreiras e estratégias de resolução e na implementação das mesmas; Acompanhar através de consultas personalizadas presenciais e telefónicas. A entrevista motivacional pretende ainda estimular a adoção de estilos de vida mais saudáveis e comportamentos potenciadores de autoeficácia, ou seja, a capacitação do doente e cuidador para intervir no seu processo terapêutico de forma ativa e eficaz. Os 5 “R” são então: Relevância da adesão ao regime terapêutico; Riscos relacionados com a não adesão; Recompensas da adesão ao regime terapêutico; Resistências ou potenciais obstáculos à adesão; Repetição ou ações repetidas e mantidas para estimular a adesão.

## Conclusões

Caracterizada a amostra, podemos concluir que as necessidades específicas encontradas para este grupo de doentes devem-se aos seguintes fatores: idade avançada, polimedicados, com várias comorbilidades e cujo gestor principal da medicação é outro que não o próprio doente.

Propõe-se um modelo de consulta direcionada para a adesão terapêutica, o qual pode ser adaptado caso a caso, mas que visa sobretudo: identificar os défices cognitivos e funcionais destes doentes, decorrentes da idade avançada ou outros; otimizar a reconciliação terapêutica, uma

vez que são doentes polimedicados; procurar a articulação eficaz entre as equipas multiprofissionais e multidisciplinares, dadas as comorbilidades associadas; e estimular ativamente a presença de um acompanhante nas consultas, se possível o cuidador principal e gestor da medicação.

A promoção da adesão e a monitorização da *compliance* devem ser operacionalizadas por profissionais com formação especializada e motivados para esta temática. O recurso a consultas de grupo multiprofissionais deve ser estimulado, sobretudo nos casos de comprometimento frequente da adesão.

A reconciliação terapêutica, pela ação do farmacêutico, a monitorização via contacto telefónico e a entrevista motivacional, apresentam-se como ferramentas com um enorme impacto na *compliance*, pelo que devem ser difundidas e implementadas de forma sistemática.

A intervenção na motivação, através da entrevista motivacional, deve ser efetuada por profissionais habilitados, de forma sistemática, como intuito de promover uma mudança de comportamentos cujo ponto de partida é o utente. Desta forma, procura-se aumentar a adesão do mesmo ao regime terapêutico através da tomada de consciência relacionada com o seu estado de saúde e nível de comprometimento com o seu plano terapêutico.

É importante que, enquanto profissionais de saúde, tenhamos em mente não só o nosso papel clínico, mas também educativo e de avaliação holística do doente, com a perspetiva de que *“one size does not fit all”*. A ação multiprofissional deve ser concertada e dirigida, tendo em vista um perfil próprio para cada patologia ou fármaco, mas sobretudo tendo como pilar central o doente, elemento integrante da equipa, a bem do sucesso do plano terapêutico individual.

## Referências bibliográficas

- Barbosa, C.D., Balp, M.M., Kulich, K., Germain, N., Rofail, D. (2012). A literature review to explore the link between treatment, satisfaction and adherence, compliance and persistence. Dove Press Journal - Patient Preference and Adherence 6: 39-48.
- Gold, D.T., McClung, B. (2006). Approaches to Patient Education: Emphasizing the Long-Term Value of Compliance and Persistence. The American Journal of Medicine (119): 32-37.
- Hirst, C.J., Cabrera, C., Kirby, M. (2012) Epidemiology of castration resistant prostate cancer: a longitudinal analysis using a UK primary care database. Cancer Epidemiology (36) e349-e353
- Kelly, D. (2017) Patient-Centric cancer care with oral chemotherapy - a quiet revolution is taking place, [em linha] [acedido em 30/03/2018]: <http://www.friendsofeurope.org/publication/patient-centric-cancer-care>
- Porteous, T., Francis, J., Bond, C., Hannaford, P. (2010) Temporal stability of beliefs about medicines: implications for optimising adherence. Patient Education and Counseling, 79: 225-230
- Rivera-Sárate, S., González-Cordero, M.L., Gutiérrez-Collazo, L.M., Ríos-Motta, R. (2009). Knowledge, compliance and satisfaction: an evaluation of a simple program. The consultant pharmacist, (24) 11: 823-831.
- Sternberg, C.N., Baskin-Bey, E.S., Watson, M., Worsfold, A., Rider, A., Tombal, B. (2013) Treatment patterns and characteristics of European patients with castration-resistant prostate cancer. BMC Urology 13-58.
- Timmers, L., Boons, C.C., Kropff, F., van de Ven, P.M., Swart, E.L., Smit, E.F.,... (2014). Adherence and patients' experiences with the use of oral anticancer agents. Acta Oncologica 53: 259-267
- WHO. (2003) Adherence to long-term therapies – evidence for action.
- Winkeljohn, Debra (2010). Adherence to Oral Cancer Therapies: Nursing Interventions. Clinical Journal of Oncology Nursing, (14) 4: 461-466
- Zerillo, J.A., Goldenberg, B.A., Kotecha, R.R., Tewari, A.K., Jacobson, J.O., Krzyzanowska, M.K. JAMA Oncology, [em linha] [acedido em 07/11/2017]: <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/31211/Interventions-to-improve-oral-chemotherapy-safety-and-quality-a-systematic-review>

# UMA DIFERENÇA SIGNIFICATIVA PARA OS SEUS DOENTES<sup>1</sup>

Eficácia comprovada em doentes previamente tratados em estado avançado de **CPCNP**, independentemente da expressão de PD-L1<sup>1</sup>



FINANCIADO NO SNS<sup>2</sup>

**TECENTRIQ®**  
atezolizumab  
CONNECT WITH PURPOSE

## Referências:

1. TECENTRIQ® Resumo das Características do Medicamento, março de 2019.
2. Relatório público de avaliação prévia do medicamento em meio hospitalar disponível em: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/relatorios-de-avaliacao>
3. Rittmeyer A, Barlesi F, Waterkamp D, et al; OAK Study Group. Atezolizumab versus docetaxel in patients with previously treated non-small-cell lung cancer (OAK): a phase 3, open-label, multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2017;389:255-265.

**Glossário:** CPCNP - cancro do pulmão de células não-pequenas; PD-L1 - ligando 1 de morte programada; SNS - sistema nacional de saúde; 2L = segunda linha de tratamento

**Tecentriq 1200 mg Concentrado para solução para perfusão.** Cada frasco para injetáveis de 20 ml de concentrado contém 1200 mg de atezolizumab. Após diluição, 1 ml de solução contém aproximadamente 4,4 mg de atezolizumab. Excipientes: L-histidina, ácido acético glacial, sacarose, polissorbato 20, água para preparações injetáveis.

**Indicações terapêuticas:** Tecentriq em monoterapia é indicado para o tratamento de doentes adultos com: carcinoma urotelial localmente avançado ou metastático, após quimioterapia prévia contendo platina ou considerados não elegíveis para tratamento com cisplatina e cujos tumores tenham expressão de PD-L1  $\geq 5\%$ ; CPCNP, localmente avançado ou metastático, após quimioterapia prévia. Doentes com mutações ativadoras do EGFR ou mutações tumorais positivas para a ALK devem também ter recebido terapêutica-alvo antes de receber tratamento com Tecentriq. Tecentriq em combinação com bevacizumab, paclitaxel e carboplatina, é indicado no tratamento de primeira linha de doentes adultos com cancro do pulmão de células não pequenas (CPCNP) não escamoso metastático. Em doentes com CPCNP com mutações do EGFR ou ALK-positivo, Tecentriq, em combinação com bevacizumab, paclitaxel e carboplatina, é indicado apenas após a falha de terapêuticas-alvo adequadas. **Posologia e modo de administração:** Dose recomendada de Tecentriq: 1200 mg, perfusão IV a cada 3 semanas, até perda de benefício clínico ou toxicidade não controlável. Tecentriq em combinação: Consultar o RCM dos medicamentos em combinação. 1L CPCNP não-escamoso: indução - perfusão IV com 1200 mg de Tecentriq, seguido de bevacizumab, paclitaxel, e depois carboplatina a cada 3 semanas durante 4 ou 6 ciclos; manutenção (sem quimioterapia) - 1200 mg de Tecentriq, seguido de bevacizumab, perfusão IV a cada 3 semanas. As perfusões não podem ser administradas por injeção IV rápida ou bôlus. O tratamento deve ser iniciado e supervisionado por médicos com experiência no tratamento do cancro. Não são recomendadas reduções de dose de Tecentriq. Alterações de dose: Suspender Tecentriq perante as seguintes reações adversas imuno-mediadas: pneumonite de Grau 2, hepatite de Grau 2, colite (sintomática) ou diarreia de Grau 2-3, hipotireoidismo ou hipertireoidismo (sintomáticos), insuficiência suprarrenal (sintomática), hipofisite de Grau 2-3, hiperlipemia de Grau 3-4, erupção cutânea de Grau 3, elevações da amilase/lipase no soro de Grau 3-4, pancreatite de Grau 2-3, miocardite de Grau 2, nefrite de Grau 2 ou outras reações adversas relacionadas com a imunidade de Grau 2 ou 3. O tratamento pode ser retomado quando a reação melhorar para  $\leq$  Grau 1 no prazo de 12 semanas, e os corticosteroides tiverem sido reduzidos a  $\leq 10$  mg/dia de prednisona (ou equivalente), e os sintomas estiverem controlados ou o doente estiver estável com a terapêutica de substituição (no caso das endocrinopatias), e a erupção cutânea ou os sintomas de pancreatite tiverem acabado. Perante reações relacionadas com a perfusão de Grau 1-2, reduzir a taxa de perfusão ou interromper o tratamento, que pode ser retomado quando o acontecimento estiver resolvido. Descontinuar permanentemente Tecentriq perante as seguintes reações adversas imunitárias: pneumonite de Grau 3-4, hepatite de Grau 3-4, colite ou diarreia de Grau 4, hipofisite de Grau 4, reações relacionadas com a perfusão de Grau 3-4, erupção cutânea de Grau 4, pancreatite de Grau 4, miocardite de Grau 3 e 4, nefrite de Grau 3 ou 4, ou outras reações adversas relacionadas com a imunidade de Grau 4 ou 3 recorrente (exceto para as endocrinopatias que são controladas com hormonas de substituição) ou qualquer Grau de síndrome miastênica/miastenia gravis, síndrome de Guillain-Barré e meningoencefalite. Para informação adicional, consultar o RCM. Populações especiais Não existem dados de segurança e eficácia de Tecentriq em crianças ou adolescentes com  $< 18$  anos. Não é necessário ajuste de dose em doentes com  $\geq 65$  anos, doentes com compromisso renal ligeiro ou moderado e doentes com compromisso hepático ligeiro. **Contraindicações:** hipersensibilidade ao atezolizumab ou a qualquer um dos excipientes.

**Advertências e precauções:** O nome e número de lote devem ser registados ou mencionados no processo do doente. A maioria das reações adversas imuno-mediadas que ocorreram durante o tratamento foram reversíveis com a interrupção de atezolizumab e iniciação de tratamento com corticosteroides e/ou cuidados de suporte. Foram observadas reações adversas imunitárias afetando mais de um sistema de órgãos. Podem ocorrer reações adversas imunitárias com atezolizumab após a última dose de atezolizumab. Para suspeitas de reações adversas imunitárias, deve ser feita uma avaliação rigorosa para confirmar a etiologia ou excluir outras causas. Com base na gravidade da reação adversa, o tratamento com atezolizumab deve ser suspenso e administrados corticosteroides. Após melhoria para Grau  $\leq 1$ , os corticosteroides devem ser reduzidos ao longo de  $\geq 1$  mês. Em doentes cujas reações adversas imunitárias não podem ser controladas com corticosteroides sistémicos, podem ser considerados outros imunossuppressores sistémicos. Foram observados casos de pneumonite (incluindo casos fatais), hepatite (alguns fatais), diarreia ou colite, hipotireoidismo, hipertireoidismo, insuficiência suprarrenal, hipofisite, diabetes mellitus tipo 1 (incluindo cetoacidose diabética), meningoencefalite, síndrome miastênica/miastenia gravis ou síndrome de Guillain-Barré (que podem colocar a vida em risco), pancreatite (incluindo elevações dos níveis séricos de amilase e lipase), miocardite e reações relacionadas com a perfusão em ensaios clínicos com atezolizumab. Os doentes devem ser monitorizados quanto a sinais e sintomas de pneumonite, hepatite, colite, endocrinopatias, meningite ou encefalite, neuropatia motora e sensorial, pancreatite aguda, miocardite e alterações da função renal. AST, ALT, bilirrubina e a função tiroideia devem ser monitorizadas antes do início e periodicamente durante o tratamento com atezolizumab e conforme indicado com base na avaliação clínica. Considerar controlo apropriado de doentes com testes de função tiroideia alterados no nível basal. **Terapêutica combinada:** considerar os riscos de um esquema de 4 fármacos antes de iniciar o tratamento. Para mais informação, consultar o RCM. **Interações:** Tecentriq é eliminado por catabolismo pelo que não se esperam interações metabólicas medicamentosas. O uso de corticosteroides sistémicos ou imunossuppressores deve ser evitado antes de iniciar tratamento com atezolizumab. Para mais informação, consultar o RCM. **Efeitos indesejáveis:** As reações adversas que podem ocorrer com o atezolizumab ou com quimioterapias administradas isoladamente podem ocorrer durante o tratamento com estes medicamentos em associação. Monoterapia: Muito frequentes: fadiga, diminuição do apetite, náuseas, tosse, dispneia, diarreia, erupção cutânea, parestias, vômitos, artralgia, dor de cabeça, astenia, prurido, infeções do trato urinário. Frequentes: trombocitopenia, hipersensibilidade, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hipocalcemia, hiponatremia, hipotensão, pneumonite, hipoxia, congestão nasal, dor abdominal, colite, disúrgia, AST aumentada, ALT aumentada, dor musculoesquelética, reação relacionada com a perfusão, estado gripal, arrepios. Pouco frequentes: diabetes mellitus, insuficiência suprarrenal, síndrome de Guillain-Barré, meningoencefalite, pancreatite, hepatite. Raros: hipofisite, encefalite não infecciosa, síndrome miastênica, miocardite, nefrite. Terapêutica combinada: muito frequentes: anemia, trombocitopenia, neutropenia, hipotireoidismo, diminuição do apetite, hipomagnesemia, neuropatia periférica, dispneia, náuseas, diarreia, obstipação, erupção cutânea, artralgia, prurido, parestias, fadiga. Frequentes: hipocalcemia, hiponatremia, estomatite. Para informação adicional, consultar o RCM.

**Data de revisão do texto:** Tecentriq: março de 2019 Medicamento de receita médica restrita. Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda., Estrada Nacional 249 1, 2720 413 Amadora. NC 500233810.

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. As suspeitas de reações adversas poderão ser notificadas à Roche (telefone: 214257000; email: [amadora.farmacovigilancia@roche.com](mailto:amadora.farmacovigilancia@roche.com)) ou ao INFARMED, I.P. (telefone 217987373; Linha do Medicamento: 800222444; email: [farmacovigilancia@infarmed.pt](mailto:farmacovigilancia@infarmed.pt); mais informações disponíveis em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt)).

**Roche Farmacêutica Química, Lda.**  
Estrada Nacional 249-1, 2720-413 Amadora  
Tel. +351 214 257 000 • Fax +351 214 186 677  
Cont. Nº 500 233 810  
[www.roche.pt](http://www.roche.pt)

[www.tecentriq.roche.pt](http://www.tecentriq.roche.pt)

PT/ATEZ/0319/0009, Maio 2019

# COMPLICAÇÕES DAS BIÓPSIAS MAMÁRIAS: UM ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO

*Complications of breast biopsies: a retrospective cohort study*

Amélia Cunha

Enfermeira especialista,  
Departamento de Imagem, IPO Porto

Ana Costa

Enfermeira, Departamento  
de Imagem, IPO Porto

Cláudia Silva

Enfermeira, Departamento  
de Imagem, IPO Porto

Paula Ribeiro

Enfermeira, Departamento  
de Imagem, IPO Porto

Filipa Fontes

Enfermeira, Departamento  
de Imagem, IPO Porto  
[filipa.fontes@ipoporito.min-saude.pt](mailto:filipa.fontes@ipoporito.min-saude.pt)

**RESUMO:** A biópsia mamária guiada por imagem é um método eficaz no diagnóstico de cancro da mama. Contudo, está descrita a possibilidade de ocorrência de complicações secundárias à mesma.

**Objetivo:** Quantificar a prevalência de complicações das biópsias efetuadas em 2017 na Imagiologia Mamária do Instituto Português de Oncologia do Porto.

**Resultados:** Num total de 6,9% (IC95%: 5,5%–8,6%) e de 1,9% (IC95%: 1,2%–2,8%) dos 1180 procedimentos incluídos na análise, ocorreu pelo menos uma complicação imediata (durante o procedimento ou até à saída do utente do serviço) ou tardia (após a saída do participante do serviço e até 30 dias após), respetivamente. A complicação imediata mais frequente foi a dor e a tardia a presença de sinais inflamatórios.

**Conclusão:** As complicações secundárias à biópsia mamária foram um evento pouco frequente, atingindo 7 em cada 100 pessoas submetidas a biópsia no imediato e cerca de 2 em cada 100 pessoas, até 30 dias após a sua realização.

**PALAVRAS-CHAVE:** Biópsia; Neoplasia mamária; Complicações.

**ABSTRACT:** *Image-guided breast biopsy is an effective method for the diagnosis of breast cancer, although it has been described the occurrence of complications.*

*Objective:* To quantify the prevalence of breast biopsies complications occurred in the Breast Imaging of the Portuguese Institute of Oncology of Porto during 2017.

*Results:* In a total of 6.9% (95%CI: 5.5%–8.6%) and 1.9% (95%CI: 1.2%–2.8%) of the 1180 breast biopsies performed occurred at least one immediate (during the procedure or until the patient leaves the service) or late (after the participant leaves the service and up to 30 days after) complications, respectively. The most frequent immediate and late complications were pain and the presence of inflammatory signs at the biopsy site, respectively.

*Conclusion: The complications of breast biopsies were an uncommon event, affecting 7 out of 100 participants in the immediate and about 2 out of 100 participants up to 30 days after its execution.*

**KEYWORDS:** *Biopsy; Breast neoplasm; Complications.*

## **Introdução**

O cancro de mama é o tumor responsável por mais novos casos de cancro nas mulheres, tendo sido diagnosticados mais de 2 milhões de novos casos em todo o mundo em 2018 (24,2% do total de novos casos de cancro) (Rego Furtado, 2011). A biópsia mamária com apoio de imagem é considerada um método eficaz no diagnóstico diferencial em pessoas com clínica da mama suspeita (The Royal College of Pathologists, 2017). Contudo, estão descritas algumas complicações decorrentes da realização da mesma (The Royal College of Pathologists, 2017).

Alguns estudos recentes reportaram resultados sobre a frequência de complicações resultantes da biópsia mamária (Bahl, Maunglay, D'Alessandro, & Lehman, 2019; Krug et al., 2016; Lee, Kim, Kim, Moon, & Yoon, 2014). Os resultados reportados são contexto-dependentes, na medida em que são influenciados, entre outros, pela técnica de imagem utilizada (ecografia, estereotaxia ou ressonância magnética), pelo tipo de biópsia efetuada (histologia ou citologia) pela utilização ou não de sistema de vácuo, pelo período de seguimento dos participantes e por características clínicas da pessoa submetida a biópsia. Por exemplo, num estudo realizado na Alemanha, em 132 mulheres submetidas a biópsia mamária guiada por ressonância magnética, foi descrita a ocorrência de hematoma e perda sanguínea em 8.4% e 0.8% dos procedimentos efetuados, respetivamente (Krug et al., 2016); num estudo realizado nos Estados Unidos da América, em 1090 mulheres submetidas a biópsia estereotática por vácuo, conclui-se que em 0,2% dos procedimentos ocorreram sintomas vasovagais, não tendo sido reportada a ocorrência de infeções ou perda sanguínea com necessidade de intervenção (Bahl et al., 2019); num estudo Sul Coreano, que avaliou 2477 mulheres submetidas a biópsia mamária ecoguiada por vácuo, foi registada a ocorrência de hematoma em 1,0% das doentes e perda sanguínea e dor em menos de 0,1% das doentes incluídas (Lee et al., 2014). Até ao momento não se conhecem estudos semelhantes realizados em Portugal.

Com este estudo pretendemos quantificar a frequência de complicações das biópsias mamárias efetuadas na Imagiologia Mamária do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-Porto) durante o ano de 2017.

## **Material e Métodos**

Realizou-se um estudo de coorte retrospectivo em que foram selecionados como elegíveis todas as pessoas que recorreram à Imagiologia Mamária do IPO-Porto de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2017 para serem submetidos a biópsia mamária, independentemente do seu posterior resultado anátomo-patológico. Foram consultados os processos clínicos dos participantes, utilizando-se para o efeito um formulário estandardizado, de forma a ser colhida informação sociodemográfica e clínica, bem como informação relativamente à ocorrência de complicações decorrentes da biópsia mamária, até 30 dias após a realização da mesma.

Foram classificadas como complicações imediatas da biópsia mamária as ocorridas durante a execução da mesma ou até à saída da pessoa da Imagiologia Mamária. Classificaram-se como complicações tardias as descritas no processo clínico do utente como tendo ocorrido desde a saída dos participantes da Imagiologia Mamária até 30 dias após a execução do procedimento.

Foi quantificada a prevalência de cada uma das complicações das biópsias mamárias, bem como o respetivo intervalo de confiança a 95% (IC95%).

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do IPO-Porto (Ref. CES. 324/017).

## **Resultados**

Durante o ano de 2017 foram efetuados 1380 procedimentos na Imagiologia Mamária do IPO-Porto potencialmente elegíveis de serem incluídos no presente estudo; um total de 200 procedimentos foram excluídos por não serem biópsias mamárias. Um total de 1180 procedimentos foram incluídos na análise, a que correspondeu a um total de 1111 utentes (Figura 1).



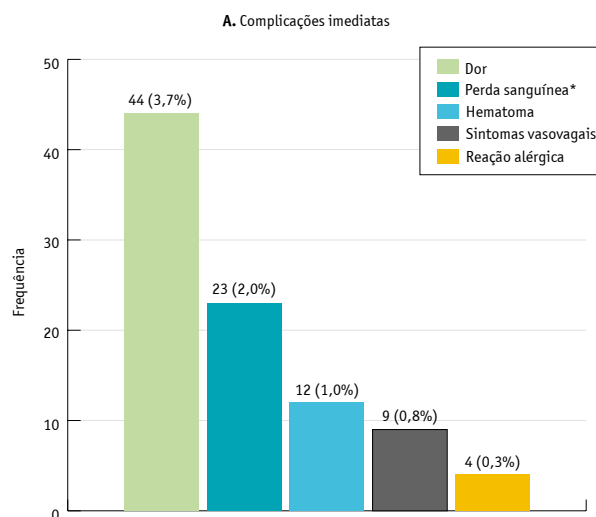
**Figura 1.** Fluxograma dos participantes e procedimentos incluídos no estudo.

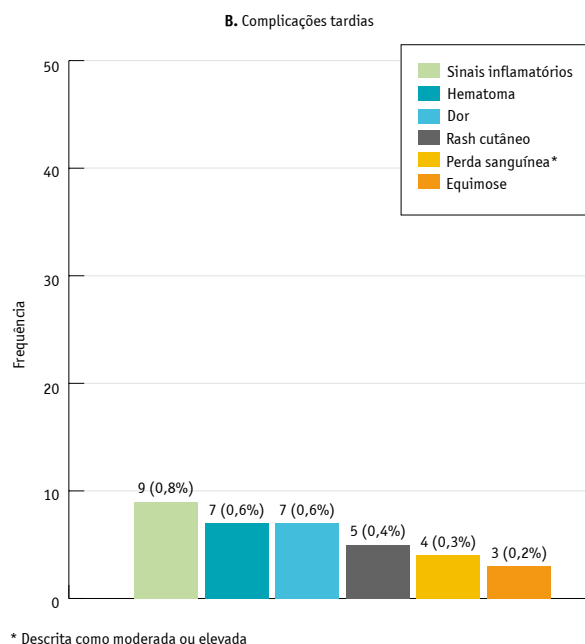
A maior parte dos utentes incluídos no estudo tinha entre 46 e 65 anos (58,2%) e era do sexo feminino (99,3%). Quase a totalidade dos participantes foi submetida a uma biópsia histológica (98,3%) e na maior parte dos casos foi utilizado o apoio de ecografia (77,8%). Em cerca de 8% das pessoas foi utilizado o sistema de vácuo (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características das biópsias guiadas por imagem efetuadas durante o ano de 2017 (n=1180).

BIÓPSIAS	n (%)
<b>Lateralidade</b>	
<i>Direita</i>	561 (47,7)
<i>Esquerda</i>	550 (46,8)
<i>Bilateral</i>	64 (5,5)
<b>Tipo de biópsia</b>	
<i>Histologia</i>	1141 (96,9)
<i>Citologia</i>	20 (1,7)
<i>Histologia e citologia</i>	17 (1,4)
<b>Técnica utilizada</b>	
<i>Ecografia</i>	912 (77,8)
<i>Estereotaxia</i>	235 (20,0)
<i>Ecografia e estereotaxia</i>	27 (2,3)
<b>Utilização de sistema de vácuo</b>	93 (7,9)

Nos Gráficos seguintes, estão representadas as complicações imediatas e tardias das biópsias mamárias.





**Figura 2.** Complicações imediatas (A) e tardias (B) das biópsias mamárias guiadas por imagem efetuadas durante o ano de 2017 (n=1180).

As complicações imediatas mais frequentes foram a dor (3,7%, IC95%: 2,7%–5,0%), a perda sanguínea descrita no processo clínico como moderada ou elevada (1,9%, IC95%: 1,2%–2,8%) e o hematoma (1,0%, IC95%: 0,5%–1,8%). Os sintomas vasovagais e a reação alérgica ocorreram em menos de 1,0% das biópsias efetuadas (0,3%, IC95%: 0,0%–0,7% e 0,8%, 95%CI: 0,3%–1,4%, respetivamente) (Figura 2A). Num total de 6,9% (IC95%: 5,5%–8,6%) dos procedimentos ocorreu pelo menos uma complicação imediata, sendo que em cerca de 13,4% dos procedimentos com complicações (1,0% do total) houve necessidade de intervenção médica: a 7 pessoas (8,5%) foi prescrita analgesia; 2 pessoas (2,4%) foram observadas pela equipa de cirurgia por perda sanguínea elevada (1 foi suturado no local da punção); 1 pessoa (1,2%) foi assistida no serviço de urgência imediatamente após a execução da biópsia por uma provável crise dissociativa; 1 pessoa (1,2%) foi submetida a drenagem de hematoma imediatamente após a realização da biópsia.

Em 22 dos procedimentos (1,9%, IC95%: 1,2%–2,8%) existe registo de pelo menos uma complicação tardia. A complicação mais frequente foi a presença de sinais inflamatórios no local da punção (0,8%, IC95%: 0,3%–1,4%)

(Figura 2B). Em cerca de 50,0% das complicações tardias (1,0% do total) houve necessidade de intervenção médica: a 3 pessoas (13,6%) foi prescrito antibiótico; a 2 pessoas (9,1%) foi prescrito antibiótico e anti-inflamatório; a 1 pessoa (4,6%) foi prescrito anti-inflamatório; a 2 pessoas (9,1%) foi prescrita analgesia; 3 pessoas (13,6%) necessitaram de tratamento ao local da punção.

## Discussão

As complicações decorrentes das biópsias mamárias, efetuadas no ano de 2017 no Serviço de Imagiologia Mamária do IPO-Porto, foram um evento pouco frequente, atingindo 7 em cada 100 pessoas submetidas a biópsia no imediato e cerca de 2 em cada 100 pessoas, até 30 dias após a sua realização.

No presente estudo, a dor no local da biópsia foi a complicação imediata mais frequente atingindo cerca de 4 pessoas em cada 100 procedimentos efetuados. A nossa estimativa de prevalência de dor durante o procedimento é inferior à reportada por outros estudos recentes (Pang, Crystal, Kulkarni, Murphy, & Menezes, 2016; Seely, Hill, Peddle, & Lau, 2017). Por exemplo, Seely et al. avaliaram a experiência de dor em doentes submetidas a biópsia mamária ecoguiada ou biópsia guiada por estereotaxia por vácuo, e concluíram que 32% e 38% das doentes, respetivamente, experienciavam dor moderada ou severa durante o procedimento (Seely et al., 2017).

Num outro estudo que avaliou doentes submetidas a biópsia mamária guiada por mamografia, ecografia ou ressonância magnética, Pang et al. reportaram a presença de dor moderada ou severa em 34% das doentes durante o procedimento (Pang et al., 2016). A discrepância dos nossos resultados com os de estudos anteriores poderá, em parte, ser explicada pela utilização de diferentes métodos para avaliação de dor. Enquanto nos estudos anteriores a presença de dor foi reportada pelas doentes numa escala numérica (0-10) que posteriormente foi convertida numa escala qualitativa (Pang et al., 2016; Seely et al., 2017), a presente análise é baseada numa avaliação de dor qualitativa efetuada pelos profissionais de enfermagem que contactaram durante o procedimento com as pessoas submetidas a biópsia. Assim, prevê-se que a prevalência de dor estimada por este estudo seja uma subestimativa da real.

Apesar de o presente estudo descrever as complicações de um procedimento frequente no diagnóstico do

cancro da mama, usando para tal dados proveniente de um dos centros de referência a nível nacional no diagnóstico e tratamento de cancro da mama, algumas limitações importantes devem ser mencionadas.

Os dados usados para quantificar a prevalência de complicações foram recolhidos dos processos clínicos dos doentes, baseando-se por consequência em informações colhidas com um propósito que não o de investigação. Assim, é esperado que as estimativas de prevalência de complicações apresentadas neste estudo estejam subestimadas, principalmente aquelas que se referem às complicações tardias, e que dependem não só do registo no processo clínico pelo profissional de saúde, mas também da interação dos utentes com o IPO-Porto. Contudo, prevê-se que a maior parte tenha recorrido ao hospital durante os 30 dias após a execução do procedimento, pelo que a subestimativa da prevalência de complicações deverá ser inferior nas complicações mais graves, que necessitaram de intervenção médica. Finalmente, todas as pessoas incluídas no presente estudo foram submetidas a biópsia na mesma instituição, o que pode limitar a validade externa dos nossos resultados. Contudo, o IPO é o maior hospital do norte do país a providenciar diagnóstico e tratamento a doentes com cancro e atende pessoas de uma área geográfica muito alargada, o que se espera que contribua para mitigar esta limitação.

## Conclusão

Os resultados deste estudo corroboram a evidência científica, demonstrando numa amostra de grandes dimensões, que as complicações das biópsias mamárias guiadas por imagem são um evento pouco frequente.

Espera-se contudo que os resultados provenientes deste estudo levem a uma gestão operacional mais contextualizada, permitindo uma melhor qualidade e segurança no planeamento da oferta de cuidados. Os profissionais de saúde intervenientes nas biópsias por imagem devem ser conhecedores destas potenciais complicações, de forma a implementar estratégias para evitar ou minimizar o seu potencial impacto.

## Bibliografia

- Bahl, M., Maunglay, M., D'Alessandro, H. A., & Lehman, C. D. (2019). Comparison of Upright Digital Breast Tomosynthesis-guided versus Prone Stereotactic Vacuum-assisted Breast Biopsy. *Radiology*, 290(2), 298-304. doi:10.1148/radiol.2018181788
- Krug, B., Hellmich, M., Ulhaas, A., Kramer, S., Rhiem, K., Zarghooni, V., . . . Maintz, D. (2016). Vacuum-assisted breast biopsies (VAB) carried out on an open 1.0T MR imager: Influence of patient and target characteristics on the procedural and clinical results. *Eur J Radiol*, 85(6), 1157-1166. doi:10.1016/j.ejrad.2016.02.030
- Lee, S. H., Kim, E. K., Kim, M. J., Moon, H. J., & Yoon, J. H. (2014). Vacuum-assisted breast biopsy under ultrasonographic guidance: analysis of a 10-year experience. *Ultrasonography*, 33(4), 259-266. doi:10.14366/usg.14020
- Pang, E., Crystal, P., Kulkarni, S., Murphy, K., & Menezes, R. J. (2016). An Audit of Pain Experienced During Image-Guided Breast Biopsy Procedures at an Academic Center. *Can Assoc Radiol J*, 67(3), 250-253. doi:10.1016/j.carj.2015.10.001
- Rego Furtado, L. C. (2011). Incidence and predisposing factors of phlebitis in a surgery department. *Br J Nurs*, 20(14), S16-18, S20, S22 passim.
- Seely, J. M., Hill, F., Peddle, S., & Lau, J. (2017). An evaluation of patient experience during percutaneous breast biopsy. *Eur Radiol*, 27(11), 4804-4811. doi:10.1007/s00330-017-4872-2
- The Royal College of Pathologists. (2017). Guidelines for non-operative diagnostic procedures and reporting in breast cancer screening. Retrieved from London, England:

# INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA TRANSIÇÃO PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS: UMA SCOPING REVIEW

## *Nursing intervention in the transition to palliative care: a scoping review*

Pedro Tavares

Enfermeiro / Hospital da Luz Lisboa,  
Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos  
[pedro.vicente.tavares@hospitaldaluiz.pt](mailto:pedro.vicente.tavares@hospitaldaluiz.pt)

**RESUMO:** O processo de transição de cuidados para os cuidados paliativos não deve ser subestimado. Os enfermeiros devem tornar-se agentes facilitadores da transição para cuidados paliativos. Contudo, os dados relativos às intervenções implementadas durante a transição encontram-se dispersos na literatura.

**Objetivo:** Mapear intervenções implementadas pelos enfermeiros durante a transição para cuidados paliativos.

**Método de revisão:** *Scoping review* com base nos princípios preconizados pelo Joanna Briggs Institute. Um revisor independente realizou a análise de relevância dos artigos, a extração e síntese dos dados.

**Apresentação e interpretação dos dados:** Seis estudos foram incluídos na revisão. As intervenções implementadas pelos enfermeiros dizem respeito à comunicação, capacitação, *coping*, emoções e continuidade de cuidados.

**Conclusão:** As intervenções implementadas pelos enfermeiros descritas nos estudos diferem entre si. Mais estudos devem ser realizados para identificar as intervenções implementadas pelos enfermeiros durante a transição para cuidados paliativos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados Paliativos; Intervenções de Enfermagem; Transição; Teoria das Transições.

**ABSTRACT:** *The transition to palliative care should not be underestimated. Nurses should become facilitators of the palliative care transition. However, data submitted to implementations during the transition are scattered in the literature.*

*Objective:* To map interventions implemented by nurses during the transition to palliative care.

*Review Method:* Scoping review following the Joanna Briggs Institute methodology. One independent reviewer analyzed the relevance of the studies and extracted and synthesized data.

*Presentation and interpretation of results:* Six studies were included in the review. The interventions implemented by nurses' concern communication, capacity, coping, emotions and continuity of care.

*Conclusion:* The interventions implemented by nurses described in the studies differ among themselves. Further studies should be conducted to identify the interventions implemented by nurses during the transition to palliative care.

**KEYWORDS:** Palliative Care; Nursing Interventions; Transition; Transitions Theory.

## Introdução

Os cuidados paliativos enquanto conjuntos de cuidados ativos e totais à pessoa com doença crônica, incurável e progressiva são, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, os cuidados que melhoram a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, abordando os problemas associados às doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento, através da identificação precoce e avaliação minuciosa da dor e outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais (WHO, 2002).

A prestação de cuidados de saúde a doentes cujas doenças são crônicas, progressivas, incapacitantes e incuráveis é agente promotor de stress nos profissionais de saúde e com maior notoriedade nos doentes e família (Ronaldson e Devery, 2001).

O processo de transição de cuidados para os cuidados paliativos não deve ser subestimado. Considerando-o como um processo caracterizado pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados vários, determinados pela percepção de cada indivíduo, procura-se uma transição saudável, que é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo. Assim, as intervenções de enfermagem, no âmbito das competências autónomas, devem proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que as vivenciam.

Procuramos uma perspectiva holística no cuidar, precisando o profissional de conhecer o crescimento/ desenvolvimento do indivíduo/família, no decorrer do seu ciclo vital. Desta forma, através de um cuidado culturalmente congruente com as reais necessidades do indivíduo, é possível que este alcance o seu estado de bem-estar (Meleis, 2010).

Assim, a aplicabilidade da Teoria das Transições de Afaf Meleis, nomeadamente das intervenções implementadas pelos enfermeiros no decorrer da transição, pode contribuir para a aquisição de conhecimentos no âmbito da prática e da investigação clínica em enfermagem. Esta teoria, enquanto teoria de médio alcance consagra que durante a nossa vida somos alvo de transições, que vão desde ao tornar-se pai e/ou mãe à morte de um familiar próximo, passando pelas etapas de desenvolvimento humano, como é a infância e a adolescência, ao casamento, enquanto mudança ao nível organizacional, por exemplo, mas também integra as transições de estados de saúde plena para situações de doença (Meleis, 2010).

Este evento de mudança, influenciado por fatores facilitadores e inibidores, caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade e complexidade, que criam diversos significados, determinados pela percepção de cada indivíduo. Todas as transições desencadeiam mudança e para compreendê-la é fundamental identificar os seus efeitos e significados e, assim, o enfermeiro deve envolver-se por forma a providenciar conhecimento e suporte durante este período quer é de grande vulnerabilidade, encontrando os indivíduos dificuldades para o autocuidado e o cuidar (Meleis, 2000).

Uma pesquisa preliminar realizada na *JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *Cochrane Library*, MEDLINE e CINAHL, revelou que não existe nenhuma *scoping review* (publicada ou a ser realizada), sobre as intervenções dos enfermeiros durante a transição para cuidados paliativos.

Consequentemente, decidiu-se realizar uma *scoping review*, orientada pela metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute for Scoping Reviews* (Peters, et. al, 2015; Peters, et. al, 2015), com o objetivo de analisar e mapear as intervenções de enfermagem durante a transição para a prestação de cuidados paliativos. Esta revisão pretende dar resposta à seguinte questão: Quais as intervenções implementadas pelos enfermeiros na transição para a prestação de cuidados paliativos?

## Material e métodos

A síntese de evidências sob a forma da revisão sistemática está no centro da prática baseada em evidência (Pearson, et. al, 2005). Diferentes objetivos e questões de revisão, exigem o desenvolvimento de novas abordagens que são projetadas para sintetizar, de forma mais efetiva e rigorosa, a evidência, sendo as *scoping reviews* um destes tipos de abordagem (Peters, et. al, 2015).

A opção específica pela realização de uma *scoping review* fundamenta-se por este ser um tipo de revisão que assume como principais objetivos: mapear as evidências existentes subjacentes a uma área de pesquisa, identificar lacunas na evidência existente, constituir um exercício preliminar que justifique e informe a realização de uma revisão sistemática da literatura (Peters, et. al, 2015).

Uma das particularidades desta metodologia é que a mesma não visa analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos, dado que o seu objetivo, no seguimento

do mencionado, não é encontrar a melhor evidência científica, mas sim, mapear a evidência científica existente (Peters, et. al, 2015).

Utilizando a estratégia *participants, concept e context* (PCC), foram incluídos na revisão estudos que: a) quanto ao tipo de participantes, abordem profissionais de enfermagem; b) quanto ao conceito, abordem a transição para a prestação de cuidados paliativos, nomeadamente as intervenções de enfermagem implementadas; c) quanto ao contexto, abordem enfermeiros que executam o seu cuidado em âmbito hospitalar); d) quanto ao tipo de estudos, abordem estudos primários qualitativos e quantitativos e estudos secundários.

### Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa incluiu estudos publicados e não publicados, e foi constituída por três passos:

1. Pesquisa inicial limitada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, via EBSCO, seguindo-se uma análise de palavras de texto nos títulos e resumos e dos termos de índice usados para descrever o artigo;
2. Segunda pesquisa usando todas as palavras-chave e termos de índice identificados, em todas as bases de dados incluídas (Tabela 1);
3. As referências bibliográficas de todos os artigos e relatórios identificados foram analisadas para identificar estudos adicionais. Foram considerados para inclusão nesta revisão estudos escritos em todos os idiomas, sem constrição de espaço temporal.

**Tabela 1.** Estratégia e limitadores da pesquisa aplicados por base de dados e os respetivos resultados da pesquisa por base de dados

BASE DE DADOS: COCHRANE CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS RESULTADOS: 19	
ESTRATÉGIA DE PESQUISA (26 DE ABRIL DE 2018):	
S1	TI "transition" OR AB "transition"
S2	TI "health transition" OR AB "health transition"
S3	TI "transitional care" OR AB "transitional care"
S4	MH "health transition"
S5	MH "transitional care"
S6	MH "phase transition"

S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6
S8	TI "palliative care" OR AB "palliative care"
S9	TI "terminal care" OR AB "terminal care"
S10	TI "end of life care" OR AB "end of life care"
S11	TI "hospice care" OR AB "hospice care"
S12	MH "palliative care"
S13	MH "terminal care"
S14	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13
S15	S7 AND S14
S16	TI "nursing interventions" OR AB "nursing interventions"
S17	TI "nursing care" OR AB "nursing care"
S18	MH "nursing care"
S19	S16 OR S17 OR S18
S20	S7 AND S14 AND S19

BASE DE DADOS: CINAHL COMPLETE (VIA EBSCO) RESULTADOS: 24	
ESTRATÉGIA DE PESQUISA (26 DE ABRIL DE 2018):	
S1	TI "transition" OR AB "transition"
S2	TI "health transition" OR AB "health transition"
S3	TI "transitional care" OR AB "transitional care"
S4	MH "health transition"
S5	MH "transitional care"
S6	MH "phase transition"
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6
S8	TI "palliative care" OR AB "palliative care"
S9	TI "terminal care" OR AB "terminal care"
S10	TI "end of life care" OR AB "end of life care"
S11	TI "hospice care" OR AB "hospice care"
S12	MH "palliative care"
S13	MH "terminal care"
S14	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13
S15	S7 AND S14
S16	TI "nursing interventions" OR AB "nursing interventions"
S17	TI "nursing care" OR AB "nursing care"
S18	MH "nursing care"
S19	S16 OR S17 OR S18
S20	S7 AND S14 AND S19

**BASE DE DADOS: MEDLINE (VIA EBSCO)**  
**RESULTADOS: 22**

**ESTRATÉGIA DE PESQUISA (26 DE ABRIL DE 2018):**

(TI "transition" OR AB "transition") OR (TI "health transition" OR AB "health transition") OR (TI "transitional care" OR AB "transitional care") OR (MH "health transition") OR (MH "transitional care") OR (MH "phase transition") AND (TI "palliativecare" OR AB "palliativecare") OR (TI "terminal care" OR AB "terminal care") OR (TI "end of life care" OR AB "end of life care") OR (TI "hospice care" OR AB "hospicecare") OR (MH "palliativecare") OR (MH "terminal care") AND (TI "nursing interventions" OR AB "nursing interventions") OR (TI "nursing care" OR AB "nursing care") OR (MH "nursing care") OR (MH "nursing care")

A relevância dos artigos para a revisão foi analisada por um revisor, com base nas informações fornecidas no título e resumo. O artigo completo foi recuperado para todos os estudos que cumpriam os critérios de inclusão da revisão. Sempre que o revisor teve dúvidas sobre a relevância de um estudo a partir do resumo, o artigo completo foi recuperado.

Um revisor examinou o texto completo dos artigos para verificar se cumpriam os critérios de inclusão. Incertezas surgidas foram resolvidas através de discussão com um segundo revisor.

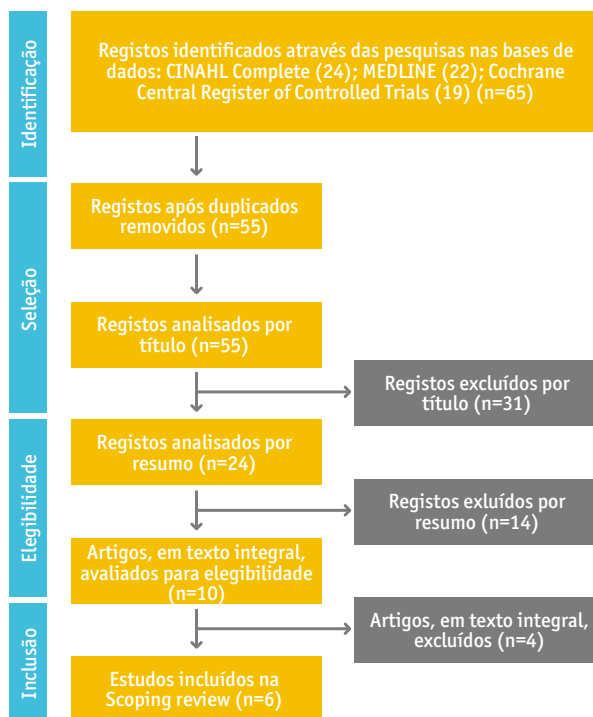
Estudos identificados a partir de listas de referência foram avaliados quanto à relevância com base no seu título e resumo.

### Extração dos Dados

Os dados foram extraídos por dois revisores independente, usando um instrumento desenvolvido pelo investigador, alinhado com o objetivo e questões de revisão. Quando necessário, os autores dos estudos primários foram contactados, com vista à obtenção de mais informação e/ou esclarecimentos sobre os dados.

### Resultados e discussão

Tal como na Figura 1, a pesquisa identificou 65 estudos potencialmente relevantes. Destes, 10 foram excluídos por serem duplicados; dos restantes 55 estudos, 45 foram excluídos após avaliação do título e resumo; 4 dos restantes 10 artigos foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão após a leitura integral do texto. Finalmente, foram incluídos nesta revisão 6 estudos.



**Figura 1.** Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção dos estudos.

Os estudos incluídos, descritos na Tabela 2, dizem respeito a estudos de caso e estudos com metodologia qualitativa.

**Tabela 2.** Resposta à questão de revisão apresentada por estudo.

ESTUDO	FOCO DE ATENÇÃO/AÇÃO	INTERVENÇÕES IMPLEMENTADAS PELOS ENFERMEIROS
<i>Black e Hyde, 2015</i>	Comunicação	Melhorar comunicação
		Facilitar comunicação de sentimentos
		Promover comunicação eficaz
		Identificar obstáculos à comunicação
		Reforçar comunicação
	Capacidade	Melhorar capacidade para o autocuidado

ESTUDO	FOCO DE ATENÇÃO/AÇÃO	INTERVENÇÕES IMPLEMENTADAS PELOS ENFERMEIROS
<i>Fridh, 2014</i>	Comunicação	Melhorar comunicação
		Promover comunicação eficaz
	Ensinar	Ensinar sobre controlo de sintomas
		Ensinar sobre cuidados paliativos
		Ensinar sobre suporte comunitário
		Ensinar sobre doença
		Ensinar sobre processo de morrer
	Continuidade de Cuidados	Promover continuidade de cuidados
		Assegurar continuidade de cuidados
<i>Lunney et.al, 2013</i>	<i>Coping</i>	Promover <i>coping</i> efetivo
	Ansiedade	Gerir ansiedade
	Ensinar	Ensinar sobre controlo de sintomas
<i>Rose e Lopez, 2012</i>	Ensinar	Ensinar sobre controlo de sintomas
		Ensinar sobre cuidados paliativos
		Ensinar sobre suporte comunitário
		Ensinar sobre doença
		Ensinar sobre processo de morrer
	Conforto	Implementar cuidados de conforto
<i>Badger, 2005</i>	Comunicação	Melhorar comunicação
		Facilitar comunicação de sentimentos
		Promover comunicação eficaz
	Emoção	Gerir emoção negativa
	Coping	Promover coping efetivo
<i>Ronaldson e Devery, 2001</i>	Comunicação	Melhorar comunicação
		Facilitar comunicação de sentimentos
		Promover comunicação eficaz
		Identificar obstáculos à comunicação
		Reforçar comunicação
	Ansiedade	Gerir ansiedade

O objetivo desta *scoping review* foi analisar e mapear estudos em que os enfermeiros implementassem intervenções no decorrer da transição para a prestação de cuidados paliativos. Para dar resposta a este objetivo, seis estudos primários foram incluídos nesta revisão.

As metodologias utilizadas evidenciam a necessidade de realizar estudos qualitativos, com o objetivo de compreender as intervenções implementadas pelos enfermeiros durante a transição para cuidados paliativos e os seus resultados. Embora tenham sido considerados, nesta revisão, estudos independentemente do ano de publicação, os estudos incluídos foram publicados a partir de 2001, o que pode ser justificado pela publicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis em 2000.

A Teoria das Transições de Meleis é uma teoria exequível, uma vez que toda a sua construção foi fundada em casos concretos. No entanto, a reflexão e antecipação de todo o percurso não é fácil, uma vez que o doente vive um processo dinâmico. Assim, o profissional de saúde, nomeadamente, o enfermeiro deve ser detentor de competências que lhe permitam tornar-se num agente facilitador da transição.

Os enfermeiros, enquanto mestres da arte do cuidar, constituem-se como os profissionais que melhor podem desempenhar este papel, dada a sua proximidade e conhecimento da realidade e necessidades dos indivíduos.

Dos estudos analisados e mapeados, quatro identificam a comunicação como área de atenção da prática do enfermeiro durante a transição para os cuidados paliativos, promovendo uma reflexão sobre a comunicação em cuidados paliativos e de que forma ela pode ser promotora de uma transição saudável. Ainda assim, nos estudos analisados são ainda descritas como áreas de atenção a capacitação do doente, para melhorar o autocuidado; a continuidade de cuidados, por forma a prestar os melhores cuidados à pessoa; o coping, promovendo uma gestão do stresse, quer do doente, quer da família, proporcionando uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico; a ansiedade, gerindo os sentimentos de ameaça, perigo ou angústia e o conforto, promovendo sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.

Seria, assim, pertinente a realização de estudos onde se verificasse a implementação destas e de outras intervenções, assim como a avaliação dos seus resultados.

Para que o enfermeiro seja um verdadeiro facilitador do processo de transição precisa de ter conhecimento, experiência e uma ampla abertura por forma a recolher, processar e documentar a informação da forma que melhor traduz as reais necessidades dos indivíduos, integrando-a no seu plano assistencial.

### Limitações do Estudo

Embora a qualidade metodológica dos estudos incluídos não tenha sido realizada, uma vez que não é relevante para uma *scoping review*, algumas limitações devem ser mencionadas, de modo a fornecer informações para estudos futuros, primários ou revisões sistemáticas.

Como limitação dos estudos analisados a não avaliação de resultados da implementação das intervenções realizadas pelos enfermeiros dificulta a avaliação do efeito na transição para cuidados paliativos.

Nesta revisão incluímos apenas artigos com disponibilização do texto integral, dadas as limitações temporais. Assim, artigos publicados sem texto integral também poderiam ter sido importantes para esta revisão.

### Conclusão

O objetivo desta *scoping review* foi analisar e mapear as intervenções implementadas pelos enfermeiros na transição para a prestação de cuidados paliativos.

Foram assim identificados seis estudos com metodologia qualitativa que diferiram entre si na forma de implementação de intervenções, dado o contexto em que ocorreu a transição. Todos os estudos ressaltaram a necessidade de os enfermeiros se tornarem agentes facilitadores da transição para cuidados paliativos, colocando a maioria dos estudos ênfase na promoção da comunicação eficaz entre o doente e o profissional de saúde, neste caso, o enfermeiro. Estes dados identificam lacunas que deverão ser contemplados em futuros estudos primários, bem como a necessidade de realização de uma revisão sistemática da literatura, a fim de verificar qual dos estudos apresenta melhor evidência científica.

### Implicações para a Investigação

Tendo em consideração a importância amplamente descrita sobre a promoção da comunicação eficaz, mais estudos de cariz quantitativo e qualitativo precisam de ser efetuados.

## BIBLIOGRAFIA

- Badger J. Factors That Enable or Complicate End-of-Life Transitions in Critical Care. *American Journal of Critical Care*. 2005. Volume 14:6.
- Black P., Hyde C. Caring for people with a learning disability, colorectal cancer and stoma. *British Journal of Nursing*. 2015.
- Fridh I. Caring for the dying patient in the ICU – The past, the present and the future. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2014. Volume 20: 306-311.
- Lunney M. et. al. Participant Action Research With Staff Nurses in End-of-Life Care. *Journal of Hospice & Palliative Care*. 2013. Volume 15: 3.
- Meleis A. *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Ed. Springer Publishing Company: Nova Iorque; 2010.
- Meleis A. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Ed. Philadelphia: Lippincott; 2007.
- Meleis A., Sawyer LM, Im EO, et. al. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 2000.
- Pearson, A., et. al. The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2005. Volume 3: 207-15.
- Peters, M., et. al. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2015. Volume 13: 141-146.
- Peters, M., et. al. Methodology for JBI scoping reviews. *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. 2015.
- Ronaldson S., Devery K. The experience of transition to palliative care services: perspectives of patients and nurses. *International Journal of Palliative Care*. 2001. Volume 7: 4.
- Rose K., Lopez R. Transitions in Dementia Care: Theoretical Support for Nursing Roles. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2012. Volume 17: 4.
- Silva A. *Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Servir. 2007. Volume 55: 11-20.

# DO RISCO À HEMORRAGIA NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA DE CABEÇA E PESCOÇO: COMO INTERVIR

*From risk to haemorrhage in Head and Neck cancer patients: How to intervene*

Susana Miguel

Enfermeira Especialista em médico-cirúrgica,  
IPO Lisboa  
[susanasmiguel@gmail.com](mailto:susanasmiguel@gmail.com)

Ana Inês Frade

Enfermeira Especialista em médico-cirúrgica,  
IPO Lisboa  
[inesfrade9@hotmail.com](mailto:inesfrade9@hotmail.com)

**RESUMO:** A presença de hemorragia na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço pode ser devastadora com implicações graves ao nível da qualidade de vida ou mesmo sobrevivência. A sinalização da pessoa em risco e a sua prevenção é basilar, o que requer por parte do enfermeiro, em articulação com equipa médica, uma rigorosa avaliação das pessoas de risco e da possível etiologia da eventual hemorragia, identificando eventos sentinela predisponente para um episódio hemorrágico, adequando o material e a técnica à situação específica. Os enfermeiros devem, deter conhecimentos e competências no âmbito da prevenção e atuação em situações de hemorragia no doente oncológico de cabeça e pescoço, bem como instruir a pessoa para sinais de alarme.

Neste artigo pretende-se fazer um enquadramento teórico sobre a atuação nos diversos tipos de hemorragia para os quais a pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço tem um risco acrescido.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hemorragia; Cancro de Cabeça e Pescoço; Enfermagem Oncológica.

**ABSTRACT:** *The presence of hemorrhage in the person with head and neck cancer can be devastating with severe implications for quality of life or even survival. The signaling of the person at risk and its prevention is basic, which requires that, in conjunction with the medical team, the nurse to rigorously assess the risk persons and the possible etiology of possible bleeding, identifying sentinel events predisposing to a bleeding episode, tailoring the material and technique to a specific situation. Nurses should have knowledge and skills in the prevention and management of haemorrhage in head and neck cancer patients, as well as instruct the person for alarm signs.*

*This article aims to provide a theoretical framework on the performance in the various types of haemorrhage for which the person with head and neck cancer has an increased risk.*

**KEYWORDS:** *Haemorrhage; Head and Neck Cancer; Oncology nursing.*

## Introdução

A hemorragia, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), pode ser definida como “perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar.” (CIPE: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p.60).

É considerada uma complicação geral e transversal nas cirurgias, pode apresentar como fatores etiológicos a rutura da sutura ou hemóstase deficiente (Stracieri, 2008). A repercussão hemodinâmica na pessoa depende do tipo de hemorragia, calibre do vaso e quantidade de sangue perdida num determinado intervalo de tempo (Stracieri, 2008).

A hipovolémia resultante coloca em risco a vida da pessoa operada, necessitando que se faça um diagnóstico precoce para rápida intervenção e se imprescindível reoperar, procurando evitar chegar ao choque hipovolémico (Stracieri, 2008). Perante uma perda que reduza o volume do compartimento vascular em 15%-25% a pessoa pode entrar em choque hipovolémico (Allen, 2003). Um adulto habitualmente pode perder cerca de 500 ml de sangue sem efeitos graves e prolongados, devido à capacidade do baço de libertar eritrócitos de reserva, no entanto quando a perda é superior a 1000 ml as consequências podem ser graves (Marantides & Lottman, 2003).

## Desenvolvimento

O cancro de cabeça e pescoço pode ser categorizado em função da área da cabeça e pescoço onde se inicia e engloba a cavidade oral, faringe, laringe, seios perinasais e cavidade nasal (National Cancer Institute, 2017). Consoante a localização, assim varia a taxa de incidência e mortalidade, sendo os tumores do lábio e cavidade oral os que apresentam maior incidência, em termos de mortalidade é o tumor da laringe que lidera, conforme Tabela 1:

**Tabela 1.** Incidência e mortalidade dos tumores de Cabeça e Pescoço em Portugal (WHO, 2018)

	INCIDÊNCIA	MORTALIDADE
<i>Lábios e cavidade oral</i>	893 (1.65%)	307 (1.14%)
<i>Laringe</i>	596 (1.08%)	340 (1.26%)
<i>Hipofaringe</i>	419 (0.77%)	180 (0.67%)
<i>Orofaringe</i>	341 (0.63%)	182 (0.67%)
<i>Nasofaringe</i>	141 (0.26%)	80 (0.30%)
<i>Glândulas salivares</i>	105 (0.19%)	55 (0.20%)

O cancro de cabeça e pescoço, particularmente o carcinoma espinocelular tem elevada incidência de metastização para os gânglios cervicais. A proximidade com a cadeia cervical mais profunda e com nobres estruturas como veias e artérias (carótida), predispõe estas pessoas para complicações vasculares como a hemorragia, que podem ocorrer como resultado da progressão da doença, dos tratamentos, como efeito colateral tardio da radioterapia (Rimmer, Giddings, Vaz, Brooks & Hopper, 2012).

Deste modo, pela sua localização este tipo de tumores podem acarretar complicações vasculares importantes, o

aumento do risco de hemorragia em doentes com cancro pode ser atribuído a várias causas (Hulme & Wilcox, 2008):

- Infiltração local de vasos sanguíneos pelo tumor – A hemorragia pode ser o sintoma inicial, com muitos doentes a evidenciarem sinais de hemorragia durante toda a doença. Os riscos de hemorragia aumentam à medida que os tumores progridem e metastizam. Pode haver evidências anatómicas ou radiográficas de tumor nas proximidades de um grande vaso sanguíneo, onde a infiltração direta pode levar a uma hemorragia súbita. Sinais de alerta de pulsações visíveis em feridas malignas ou um aumento súbito da dor devem levar a uma avaliação rápida da pessoa (Hulme & Wilcox, 2008).
- Tratamentos oncológicos, como radioterapia, quimioterapia e cirurgia – Os efeitos mielossupressores da quimioterapia e da radioterapia podem resultar em trombocitopenia e aumento da tendência para a hemorragia. A inflamação local em torno do local cirúrgico ou radioterapia também resulta num risco aumentado de hemorragia (Hulme & Wilcox, 2008).
- Complicações sistêmicas da doença oncológica – O fígado sintetiza fatores de coagulação, sendo necessária a vitamina K na produção dos fatores II, VII, IX e X. Doença hepática, obstrução biliar ou problemas intestinais, como a ressecção do intestino delgado, podem levar a deficiências nos fatores de coagulação e aumento do risco hemorrágico. A trombocitopenia e a disfunção plaquetária também são frequentemente observadas em neoplasias hematológicas e outras condições, devido ao cancro ou à quimioterapia (Hulme & Wilcox, 2008).
- Tratamentos medicamentosos com anticoagulantes ou agentes anti-inflamatórios não esteroides (Hulme & Wilcox, 2008).
- Doença concomitante, incluindo infecção – A infecção local nas cavidades do tumor também pode aumentar o risco de sangramento. Se houver suspeita de infecção, deve-se considerar a antibioticoterapia para reduzir esse risco e também ajudar a aliviar outros sintomas de infecção, como a dor (Hulme & Wilcox, 2008). A hemorragia pode ser um sintoma altamente angustiante para os doentes, familiares e profissionais de saúde (Hulme & Wilcox, 2008).

## Sinais e sintomas de hemorragia

De uma forma global, os principais sinais e sintomas

de hemorragia que levam à hipovolêmia e hipoxêmia, consistem em astenia, estupor, irritabilidade, pele fria e húmida, sendo tão mais graves quanto for a perda de sangue (Marantides & Lottman, 2003).

A hemorragia pode ser externa (em que as perdas hemáticas são visíveis) ou interna e os seus sinais e sintomas, bem como a sua gravidade, variam de acordo com a extensão e volume das perdas hemáticas. Constituem sinais e sintomas de hemorragia externa: palidez cutânea; sudorese; pele fria; sede; taquicardia; hipotensão; pulso fraco; alteração do nível de consciência (agitação, sonolência) e choque hemorrágico (Ricz, Filho; Freitas & Mamede, 2011). Os sinais e sintomas de hemorragia interna são semelhantes ao da hemorragia externa e podem também passar pela eliminação de sangue através de órgãos que comunicam com o exterior (nariz, pavilhão auditivo); hemoptises; hematemeses; retorragias e mecnas (Ricz et al., 2011).

A hemorragia aguda pode estar relacionada com traumatismo, cirurgia, disfunção das plaquetas e perturbações da coagulação (Marantides & Lottman, 2003).

### Técnicas hemostáticas

A hemóstase é de importância fundamental em todos os procedimentos cirúrgicos, perante determinadas hemorragias o controle não depende exclusivamente da equipa cirúrgica, mas existe necessidade de outras opções que ajudem a controlar ou diminuir a hemorragia (Pereira, Bortoto & Fraga, 2018).

Existe uma grande variedade de agentes hemostáticos e de adesivos cirúrgicos, a escolha de cada material vai depender da gravidade, localização, tipo de hemorragia, do estado de coagulação da pessoa e da própria experiência da equipa de saúde (Carvalho et al., 2013).

Da revisão da literatura realizada por Pereira et al. (2018), os autores identificam os agentes hemostáticos tópicos mais utilizados categorizando-os em absorvíveis, biológicos e sintéticos, identificando o seu mecanismo de ação (Figura 1).

Perante uma hemorragia em que o local do sangramento não é acessível a terapêutica local pode ser usado o tratamento sistémico com ácido tranexâmico para reduzir a hemorragia (Hulme & Wilcox, 2008).

**Figura 1.** Tipo de hemostático tópico, nome comercial e mecanismo de ação. *Fonte: Adaptado de Pereira et al. (2018, p2).*

CATEGORIAS	HEMOSTÁTICO TÓPICO	MECANISMO DE AÇÃO
<b>Absorvíveis</b>	Celulose oxidada regenerada	Matriz física para iniciação do coágulo. O baixo pH promove efeito antimicrobiano
	Gelatinas	Matriz física para iniciação do coágulo
	Gelatina + Trombina	Combinação de efeitos das gelatinas e trombinas
	Colagénio microfibrilar	Aderência e ativação plaquetária
<b>Biológicos</b>	Selantes de fibrina	Trombina e fibrinogénio combinados no momento da aplicação. Trombina degrada fibrinogénio em fibrina formando coágulo
	Trombina tópica	Converte fibrinogénio em fibrina para formar coágulo. Promove ativação de fatores de coagulação
<b>Sintéticos</b>	Adesivo de glutaraldeído e albumina bovina	Glutaraldeído interage com albumina bovina e proteína celular no local da ferida para formar uma matriz resistente
	Adesivos de cianoacrilato	Monómeros líquidos formam polímeros na presença de água e colam duas superfícies
	Polietilenoglicol	Dois polímeros de polietilenoglicol se misturam e reagem no local da ferida

### Diagnósticos de Enfermagem

Ao analisar a CIPE (CIPE: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016), na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço com risco de hemorragia, emerge o diagnóstico de enfermagem específico “risco de hemorragia”, cujo objetivo é despistar sinais de hemorragia e os resultados pretendidos consistem em que os sinais de hemorragia sejam previamente detetados através das intervenções de enfermagem planeadas. Na prestação de cuidados à pessoa com hemorragia ativa, emerge o diagnóstico de enfermagem específico “hemorragia”, cujo objetivo reside em atuar de forma a cessar a hemorragia e a manter a estabilidade hemodinâmica.

Na Figura 2 encontram-se descritas as intervenções de enfermagem transversais a estes dois diagnósticos de enfermagem, de acordo com a CIPE e a nossa experiência profissional.

**Figura 2.** Diagnósticos e intervenções de enfermagem.

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS PRETENDIDOS
<b>Risco de Hemorragia</b>	Despistar sinais de hemorragia	Avaliar hemorragia Monitorizar tensão arterial Monitorizar frequência cardíaca	Que os sinais de hemorragia sejam previamente detetados através das intervenções de enfermagem planeadas
<b>Hemorragia</b>	Atuar de forma a cessar hemorragia e manter estado hemodinâmico	Monitorizar drenos Aplicar penso compressivo Aplicar tamponamento	Que a pessoa se mantenha hemodinamicamente estável e que a hemorragia cesse ou diminua

### Principais locais de hemorragias na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, cuidados de enfermagem dirigidos

Iremos refletir sobre de que modo a atuação do enfermeiro perante os diferentes tipos de hemorragia deve ser dirigida, utilizando material adequado.

#### Cavidade nasal

As epistaxis têm como fatores predisponentes, segundo Wong (2018):

- Fatores locais (trauma; irritação da mucosa; doença inflamatória; drogas ilícitas; causa iatrogénicas e neoplasias);
- Fatores sistémicos (hipertensão; álcool; idade 2-10 e 45-65 anos); ritmo circadiano (manhã e final da tarde) e distúrbios genéticos, como por exemplo hemofilia);
- Medicação (antiagregantes plaquetário, como por exemplo a aspirina e clopidogrel); Anti-inflamatórios não esteroides; terapêutica anticoagulante, como a varfarina e medicamentos complementares e alternativos, como por exemplo o alho e o ginseng);
- Fatores ambientais (altas temperaturas e baixa humidade);

Perante uma epistaxis as intervenções podem incluir realizar compressão nasal (conferir Figura 1); crioterapia; aplicar esponja hemostática gelatina standard e realizar cauterização (Wong, 2018). A pessoa não deve realizar esforços ou movimentos que aumentem a pressão. Poderá ainda ser necessário realizar tamponamento utilizando os seguintes materiais: esponja de tamponamento nasal com fio; celulose oxidada regenerada; algália ou cateter para epistaxis.



**Figura 1.** Local onde deve ser efetuada compressão nasal. Fonte: <https://slideplayer.com.br/slide/338039/>, acedido a 2/10/2019.

#### Cavidade oral

Quando ocorrem perdas hemáticas via cavidade oral, importa começar por compreender a origem da hemorragia, ou seja, se esta tem origem pulmonar, gástrica ou se é oriunda de intervenção cirúrgica na cavidade oral (bordos mal unidos das suturas ou consequência de exodóncias). Caso a hemorragia decorra de intervenção cirúrgica à cavidade oral, fazem parte das intervenções de enfermagem:

- Manter a permeabilidade da via aérea;
- Realizar compressão local;
- Administrar medicação conforme prescrito e avaliar a sua eficácia;
- Realizar ensino ao doente relativamente às características expectáveis da sialorreia e em caso de alteração das suas características, informar os enfermeiros.

#### Região cervical

Para além do risco de anemia ou de perda de volémia, a principal gravidade potencial da hemorragia e da formação de hematoma cervical prende-se com a compressão da via aérea superior, com risco de asfixia (Capucho, Escada & Silva, 2008). Nestas situações, a atuação dos enfermeiros compreende:

- Vigiar região cervical;
- Aplicar crioterapia;
- Realizar ensino ao doente para limitar mobilização cervical, para não baixar a cabeça e para informar os enfermeiros caso sinta aumento do volume do pescoço e /ou sensação de falta de ar;
- Por decisão médica, podem ser retirados agrafes e colocado dreno silastic ou ser necessário o doente voltar ao bloco operatório para realizar revisão de hemóstase.

#### Local da Traqueotomia

Em algumas das cirurgias de cabeça e pescoço é necessário a realização de uma traqueotomia profilática para que o doente no pós-operatório tenha assegurada a via aérea. Por esta via, no intraoperatório a hemorragia

tem sobretudo origem nos vasos tireoideus ou cervicais; no pós-operatório mediato as hemorragias são geralmente decorrentes da lesão da veia jugular anterior ou do istmo da tireoide e no pós-operatório tardio maioritariamente as hemorragias são causadas pelo traumatismo direto da cânula nos grandes vasos (Ricz et al., 2011). Em caso de hemorragia pela traqueotomia as intervenções de enfermagem residem em:

- Se o doente tem uma cânula com *cuff*, este deve ser insuflado na totalidade; se o doente tiver uma cânula sem *cuff*, deve-se assistir o médico na mudança para uma cânula com *cuff* e insuflar este na totalidade; se o doente tem uma cânula interna fenestrada, deve-se mudar para cânula interna não fenestrada;
- Aspirar secreções;
- Efetuar compressão cervical;
- Administrar terapêutica hemostática, conforme indicação médica e avaliar a sua eficácia;
- Realizar ensino ao doente, no sentido em que as secreções poderão ser hemáticas nas primeiras horas, mas depois não, deverá alertar se verificar secreções hemáticas.

### **Lesões Tumorais/ Feridas Malignas**

Perante as hemorragias que têm origem neste tipo de lesões, deve-se adotar uma abordagem sistematizada e abrangente para gerir a complexidade das feridas malignas (Woo & Sibbald, 2011).

Importa também compreender a predisposição deste tipo de lesões para a hemorragia. Neste sentido, o tecido de granulação dentro de uma ferida maligna é frequentemente friável e sangra facilmente devido à estimulação local do fator de crescimento endotelial vascular, resultando em formação excessiva de vasos sanguíneos abundantes, mas frágeis (Woo & Sibbald, 2011). A redução da atividade de fibroblastos e trombose em curso de vasos maiores nas feridas malignas infetadas podem comprometer a força da formação de matriz de colagénio, tornando a granulação menos resiliente ao trauma (Sibbald, Woo & Ayello, 2006). Perante uma hemorragia com origem nestas lesões, as intervenções de enfermagem incluem:

- Avaliar a ferida (localização, tamanho, configuração, área de envolvimento, cor, extensão, presença de fistula, odor, exsudato, dor, prurido, sinais de infeção, envolvimento de órgãos e hemorragia);

- Aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes;
- Aplicar Soro Fisiológico a 0,9% gelado;
- Executar penso hemostático à base de gelatina (esponja hemostática gelatina) e de alginato de cálcio;
- Aplicar adrenalina (solução injetável) topicamente sobre os pontos sangrantes;
- Manter o meio húmido evitando aderência da gaze no local da ferida;
- Prestar apoio ao emocional ao doente.
- Verificar, junto da equipa médica, a possibilidade de tratamento com: Coagulante sistémico como o ácido aminocapróico; Intervenção cirúrgica; Radioterapia hemostática e Sedação paliativa para os casos de sangramento intenso acompanhado de agitação, desespero e angústia do paciente.

### **Lesão vascular: rutura da carótida**

O síndrome da rutura da carótida foi descrito pela primeira vez em 1962 (Shah, Gemmete, Chaudhary, Pandey & Ansari, 2011) e é das complicações vasculares mais complexas e graves (Rimmer et al., 2012; Suárez et al. 2018). A rutura da carótida aparece na literatura descrita com tendo três fases, em que a primeira designa-se por “ameaça”, quando radiologicamente existe invasão carotídea pela presença do tumor ou quando existe exposição da carótida, segue-se a fase iminente, quando existem pequenas perdas hemáticas que cedem à compressão e por fim a fase aguda com hemorragia profusa (Rimmer et al., 2012).

Se até algum tempo atrás as complicações vasculares nestes doentes poderiam ser consideradas eventos terminais, apesar de ainda poder acontecer nalguns casos, cada vez mais é possível intervir com benefícios para a qualidade do doente e sua sobrevivência (Rimmer et al., 2012).

A rutura carotídea é rara, no entanto tem elevada taxa de mortalidade e morbilidade neurológica (Powitzky, Vasan, Krempel, & Medina, 2010).

O reconhecimento precoce das pessoas com risco significativo de hemorragia pode levar a um tratamento eficaz e ao planeamento de futuro de cuidados, melhorando o prognóstico da pessoa (Hulme & Wilcox, 2008). A rutura da carótida resulta em alguns casos de uma sequência de complicações da cirurgia de cabeça e pescoço, a radioterapia prévia pode ser considerada fator de risco e o esvaziamento cervical, infeção, fistula (exposição da carótida a saliva), necrose dos tecidos são alguns dos fatores desencadeado-

res (Rimmer et al., 2012; Suárez et al., 2018). Em caso de hemorragia carotídea deverá aplicar-se compressão no seu local de origem (Upile, Triaridis, Archer, Searle & Evans, 2005) se a pessoa for traqueotomizada ou traqueostomizada com cânula com *cuff*, este deve ser insuflado imediatamente e se a cânula não tiver *cuff* deve proceder-se à sua mudança e insuflar *cuff* totalmente para em conjunto com a aspiração, manter a via aérea permeável (University of IOWA Health Care, 2017); deverão monitorizar-se sinais vitais e providenciar acesso endovenoso para se necessário administrar cristaloídes; coloídes e hemoderivados (Upile et al., 2005).

No caso específico de rutura interna, o médico pode realizar um tamponamento intra oral ou ser esta intervenção realizada por um enfermeiro, se o doente tiver traqueotomia ou traqueostomia (University of IOWA Health Care, 2017).

Caso tenha indicação médica, doente é posteriormente transferido para o bloco operatório, para tratamento cirúrgico (Upile et al., 2005).

## Conclusão

Pela reflexão teórica realizada tornou-se evidente que existem um vasto conjunto de fatores que predispõe este grupo de pessoas a um risco acrescido de hemorragia. Consoante a localização da hemorragia, assim a atuação dos profissionais terá de ser diferenciada e sendo a diversidade de materiais grande, importa perceber quais os mais adequados a cada situação.

A par de todo o avanço científico, que contribui para diminuir a morbilidade e mortalidade associada a hemorragias major nos doentes de cabeça e pescoço, o enfermeiro assume um papel fundamental na deteção precoce e intervenção nesta área, o que justifica a necessidade de otimização constante da atuação num episódio de hemorragia, para melhorar o prognóstico, sobrevivência e qualidade de vida da pessoa.

## Referências bibliográficas

- Allen, M. (2003) Choque. In Phipps, W.J.; Sands, J.K. & Marek, J.F. (Eds.) *Enfermagem Médico Cirúrgica - Conceitos e prática clínica*. Vol. I; cap. 7, 497 - 523. Portugal: Loures; Lusociência.
- Capucho, C., Escada, P. & Silva, M. (2008). Complicação cervical hemorrágica da anticoagulação oral. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial*, 46 (2), 109-113.
- Carvalho, M. V. H., Marchi, E., Pantoroto, M., Rossini, M., Silva, C. M. S., & Teodoro, L. F. F. (2013). Agentes hemostáticos locais e adesivos teciduais. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias* [online]. 40 (1): 66-71. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912013000100012>.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Hulme, B., & Wilcox, S. (2008). Guidelines on the management of bleeding for palliative care patients with cancer. *Yorkshire Palliative Medicine Clinical Guidelines Group*. Acedido a 19/9/2019 em [https://www.palliativedrugs.com/download/090331\\_Final\\_bleeding\\_guideline.pdf](https://www.palliativedrugs.com/download/090331_Final_bleeding_guideline.pdf). ISBN 978-989-8444-35-6.
- Marantides, D.K. & Lottman, M.S. (2003). Tratamento de pessoas com problemas hematológicos. In Phipps, W.J.; Sands, J.K. & Marek, J.F. (Eds.) *Enfermagem Médico Cirúrgica - Conceitos e prática clínica*. Vol. I; cap. 9, 905 - 954. Portugal: Loures; Lusociência.
- National Cancer Institute. (2017). *Head and Neck Cancers*. [online] Available at: <https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/head-neck-fact-sheet> [Accessed 9 Jun. 2019].
- Pereira, B. M., Bortoto, J. B., & Fraga, G. P. (2018). Agentes hemostáticos tópicos em cirurgia: revisão e perspectivas. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 45(5), e1900-e1900. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20181900>.
- Powitzky, R., Vasan, N., Kreml, G. & Medina, J. (2010). Carotid Blowout in Patients with Head and Neck Cancer. *Annals of Otolaryngology and Laryngology*, 119(7), 476-484. Doi: <https://doi.org/10.1177%2F000348941011900709>.
- Ricz, H., Filho, F., Freitas, L. & Mamede, R. (2011). Traqueostomia. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 44(1), 63-69.
- Rimmer, J., Giddings, C. E. B., Vaz, F., Brooks, J. & Hopper, C. (2012). Management of vascular complications of head and neck cancer. *The Journal of Laryngology & Otology*, 126 (2), 111-115. Doi: <https://doi.org/10.1017/S0022215111002416>.
- Shah, H., Gemmete, J. J., Chaudhary, N., Pandey, A. S. & Ansari, S. A. (2011). Acute life-threatening hemorrhage in patients with head and neck cancer presenting with carotid blowout syndrome: follow-up results after initial hemostasis with covered-stent placement. *American Journal of Neuroradiology*, 32(4), 743-747. Doi: <https://doi.org/10.3174/ajnr.A2379>.
- Sibbald, R. G., Woo, K. & Ayello, E. A. (2006). Increased bacterial burden and infection: the story of NERDS and STONES. *Advances in Skin & Wound Care*, 19 (8), 447-461.
- Stracieri, L. D. S. (2008). Cuidados e complicações pós-operatórias. *Medicina (Ribeirão Preto)*. [online], 41(4), 465-468. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v41i4p465-468>.
- Suárez, C., Fernández-Alvarez, V., Hamoir, M., Mendenhall, W. M., Strojjan, P., Quer, M., ... & Ferlito, A. (2018). Carotid blowout syndrome: modern trends in management. *Cancer Management and Research*, 10, 5617-5628. Doi: <https://doi.org/10.2147/CMAR.S180164>.
- University of IOWA Health Care (2017). *Head and Neck Protocols – Carotid rupture Precautions*. Acedido a 20/9/2019 às 8h <https://medicine.uiowa.edu/iowaprotocols/carotid-rupture-precautions>.
- Upile, T., Triaridis, S., Archer, P., Searle, A. & Evans, C. (2005). The management of carotid artery rupture. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 262, 555-560.
- Wong, A. M. (2018). Epistaxis: A guide to assesment and management. *The Journal of Family Practice*, 67(12), e13-e20.
- Woo, K.Y., & Sibbald, R. G. (2011). Local wound care for malignant and palliative wounds. *Advances in Skin & Wound Care*, 23 (9), 417-428.
- World Health Organization – International Agency for Research Cancer. 2018. Portugal in <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf> acedido a 19/9



# Energia para a Vida

## Fresubin®

Para melhorar o  
estado nutricional  
e a tolerância aos  
tratamentos

Fresubin é a marca de suplementos nutricionais orais da Fresenius Kabi. Esta gama de produtos foi desenvolvida de acordo com as necessidades nutricionais dos doentes oncológicos que necessitem de suplementação da sua dieta habitual, mas que ainda assim querem desfrutar de uma grande variedade de sabores e texturas.

Fresubin 3.2 kcal DRINK é um suplemento nutricional oral hipercalórico e hiperproteico, com um pequeno volume. Contém uma mistura única de proteínas, com hidrolisado de colagénio, e um elevado teor de vitamina D.



Ref. 553/19 - Maio 2019



**FRESENIUS  
KABI**  
caring for life

# DARZALEX® ALTEROU O PARADIGMA NO MMRR<sup>1</sup>

A ESCOLHA PREFERENCIAL  
NA 1ª RECAÍDA<sup>2-4</sup>

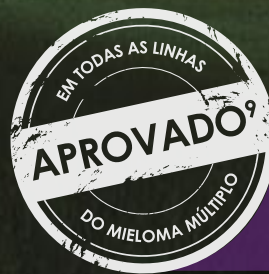
> 56%  
REDUÇÃO NO RISCO  
DE PROGRESSÃO  
OU MORTE<sup>5,6</sup>

MECANISMO DE AÇÃO ÚNICO<sup>7</sup>

EFEITO  
IMUNOMODULADOR<sup>7,8</sup>

EFEITO  
APOPTÓTICO<sup>7,8</sup>

EFEITO DE  
MEDIAÇÃO  
IMUNITÁRIA<sup>7,8</sup>



1ª LINHA  
NÃO ELEGÍVEIS  
PARA ASCT<sup>9</sup>

RECAÍDA E/OU REFRATÁRIO  
≥ 1 LINHAS PRÉVIAS<sup>9</sup>

**Referências:** 1. Kalis, Joseph A. *et al.*; Daratumumab: Dawn of a New Paradigm in Multiple Myeloma?; J Adv Pract Oncol 2017;8:82-90; 2. S Vincent Rajkumar. Treatment of relapsed or refractory multiple myeloma. 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-relapsed-or-refractory-multiple-myeloma>. Acedido em 19-09-2018; 3. Harrousseau and Attal. How I treat first relapse of myeloma. Blood 2017 130:963-973; doi: <https://doi.org/10.1182/blood-2017-03-726703>; 4. CS Chim *et al.* Management of relapsed and refractory multiple myeloma: novel agents, antibodies, immunotherapies and beyond. Leukemia (2018) 32, 252-262; doi:10.1038/leu.2017.329; 5. Bahlis NZ, *et al.* Three-year Follow-up of the Phase 3 POLLUX Study of Daratumumab Plus Lenalidomide and Dexamethasone (D-Rd) versus Lenalidomide and Dexamethasone (Rd) Alone in Relapsed or Refractory Multiple Myeloma (RRMM) Update of POLLUX. Poster 1996. ASH Annual Meeting 2018, San Diego, Califórnia; 6. Mateos M-V, *et al.* Efficacy and Safety of Daratumumab, Bortezomib, and Dexamethasone (D-Vd) Versus Bortezomib and Dexamethasone (Vd) in First Relapse Patients With Multiple Myeloma (MM): Update of CASTOR. Poster 3270. ASH Annual Meeting 2018, San Diego, Califórnia; 7. Varga C, *et al.* Current use of monoclonal antibodies in the treatment of multiple myeloma. British Journal of Haematology 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bjh.15121>, acedido a 17-09-2018; 8. Mateos MV *et al.*; Daratumumab plus Bortezomib, Melphalan and Prednisone for Untreated Myeloma, New England Journal Medical. 2018;378:518-28. DOI: 10.1056/NEJMoa1714678; 9. RCM de DARZALEX®, disponível em [www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu), acedido a 04-02-2019.

**ASCT:** Transplante Autólogo de Células Estaminais;  
**MMRR:** Mieloma Múltiplo em Recaída e/ou Refratário.

 **DARZALEX®**  
daratumumab  
concentrado para solução para perfusão