

# ON

**ONCO.NEWS**

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

# 40

ANO XIII · JAN-JUN 2020

DOI.10.31877ON.2020.40



Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa

## **VIVÊNCIAS DO CUIDAR INFORMAL À PESSOA COM DISPNEIA NO DOMICÍLIO**

Estudo descritivo-exploratório sobre as vivências predominantes dos cuidadores informais de pessoas com dispneia no domicílio.

## **DESSENSIBILIZAÇÃO ONCOLÓGICA EM HEMATO-ONCOLOGIA E O PAPEL DO ENFERMEIRO: ESTUDO DE CASO**

A existência de protocolos de dessensibilização em hemat-oncologia veio permitir que os doentes mantivessem a terapêutica inicial de forma segura e eficaz. O estudo de caso apresentado comprova essa possibilidade e demonstra que o papel do enfermeiro é fundamental em todo o procedimento.

## **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO DOENTE SUBMETIDO A ANTINEOPLÁSICOS ORAIS: CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO - REVISÃO SCOPING**

Revisão de estudos relacionados com as intervenções de enfermagem que capacitam o doente submetido a antineoplásicos orais para o autocuidado.

## **A PERTINÊNCIA DA FORMAÇÃO ESPECIALIZADA EM QUIMIOTERAPIA**

A importância da formação especializada, com programas específicos sobre administração de quimioterapia, para uma prática segura e de qualidade em Oncologia é um dos requisitos importantes no desenvolvimento dos enfermeiros oncológicos. Artigo de Revisão.





**INDICAÇÕES APROVADAS:<sup>1</sup>**

Verzenios é indicado para o tratamento de mulheres com cancro da mama localmente avançado ou metastático com recetor hormonal (HR) positivo e recetor do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2 (HER2-) negativo: em combinação com um inibidor da aromatase ou fulvestrant como terapêutica endócrina inicial, ou em mulheres que receberam anteriormente uma terapêutica endócrina.



▼ 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. Para mais informações contactar o representante do titular da AIM, Lilly Portugal - Produtos Farmacêuticos, Lda. De acordo com a legislação Portuguesa, a decisão sobre financiamento do SNS carece de avaliação prévia. Medicamento sujeito a receita médica restrita.

- 1) Verzenios - Resumo das características do medicamento  
2) Schettini F, Del Mastro L et al. CDK 4/6 Inhibitors as Single Agent in Advanced Solid Tumors. Front Oncol. 2018 Dec 12;8:608

Lilly Portugal - Produtos Farmacêuticos, Lda.  
Torre Ocidente, Rua Galileu Galilei, N.º 2, Piso 7, Fração A/D, 1500-392 LISBOA  
Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Cascais sob o número único de matrícula e de pessoa colectiva 500165602. Sociedade por quotas com o capital de €1.650.000,00.

*Lilly*



**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**

Sandra Ponte

**ARTIGOS****06**

VIVÊNCIAS DO CUIDAR INFORMAL À PESSOA COM DISPNEIA NO DOMICÍLIO

Filipe Ferreira, Esmeralda Barreira

**12**

DESSENSIBILIZAÇÃO ONCOLÓGICA EM HEMATO-ONCOLOGIA E O PAPEL DO ENFERMEIRO: ESTUDO DE CASO

Cláudia Gaspar, Ortélia Dias, Sónia Frias

**16**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO DOENTE SUBMETIDO A ANTINEOPLÁSICOS ORAIS: CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO - REVISÃO SCOPING

Carine dos Reis Lopes, Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

**24**

A PERTINÊNCIA DA FORMAÇÃO ESPECIALIZADA EM QUIMIOTERAPIA

Sandra Marques

**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

**CONSULTORES TÉCNICOS/TECHNICAL CONSULTANTS**

**Emília Rito, Fundação Champalimaud,**  
Lisboa, Portugal

**Ana Paula Moreira, IPO Porto, Porto, Portugal**  
**Albertina Santos, Hospital Luz Lisboa, Portugal**  
**Eunice Almeida, CHEntre Douro e Vouga, Portugal**  
**Carina Raposo, CHPorto, Porto, 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: Norgáfica, 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 valid 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 eletrônico 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, 2010).

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 da Literatura. As Revisões da Literatura podem ser Sistemáticas ou Integrativas. As Revisões Sistemáticas deverão cumprir as exigências de síntese da evidência implementadas pelo Portugal Centre for Evidence Based Practice, em coerência com as políticas Cochrane.

Os artigos devem ser submetidos por e-mail para revista@aeop.pt. Assim que aceites para análise pelo Diretor da Revista, automaticamente os autores assumem:

- A originalidade dos artigos submetidos;
- A não submissão/publicação a qualquer outro periódico, entre outros;
- A responsabilidade dos autores;
- A 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, divulgação impressa e digital). Os artigos admitidos podem ser em língua Portuguesa ou Espanhola.

## 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 e 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 documento 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 incluídas as que sejam absolutamente necessárias para a compreensão do artigo. Devem ser referidas no texto e estar numeradas 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 com 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: Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde.
- 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. retirado de <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/33/10/1129.full>
- Documento eletrónico com DOI: Buckley, D., Codina, C., Bhardwaj, P., & Pascalis, O. (2010). Action video game players and deaf observers have larger Goldmann visual fields. *Vision Research*, 50 (5), 548- 556. retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T0W-4XVC4KW-1/2/18ef13d8ac72c9d722b905102216d898>. doi: 10.1016/j.visres.2009.11.018

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

- 1º Passo: Entrar no site da Revista : [www.onco.news](http://www.onco.news)
- 2º Passo: Clicar em "Submeter Artigo"
- 3º Passo: Fazer o preenchimento dos dados solicitados (nomeadamente informação sobre autores – num máximo de 5).
- 4º Passo: Fazer o preenchimento e submissão automática dos conteúdos obrigatórios a cada tipo de artigo. 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 submetidos são apreciados num processo double blind (duplamente cego, i.e., os intervenientes – autores, revisores, gestores de artigo – são anonimizados). O processo de revisão dos artigos submetidos à Revista tem um tempo limite de resposta de 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.





## SANDRA PONTE

**I** niciámos 2020 com a celebração do Ano Internacional do Enfermeiro e da Enfermagem (OMS). O reconhecimento de uma profissão sustentada nos mais atuais conhecimentos científicos, que tem vindo a abraçar a inovação tecnológica como forma de uma visão de futuro mais consciente da necessidade do desenvolvimento crescente e contínuo desta profissão.

Ano de reflexão em todo o mundo sobre os cuidados de saúde e o papel fundamental que a enfermagem desempenha no combate à atual pandemia de COVID-19, provocada pelo vírus SARS-CoV-2. Os órgãos da AEOP, preocupados com a dimensão desta situação e alinhados com as orientações da DGS, elaboraram e publicaram documentos assentes em boas práticas, com recomendações tanto para profissionais como para doentes oncológicos. Ainda no âmbito da pandemia COVID-19 e os cuidados ao doente oncológico, foram promovidos Webinares para debater várias temáticas.

Apesar de tudo, demos continuidade aos projetos inovadores em curso, fizemos parcerias e o lançamento de um livro infantil para apoiar os adultos a explicar o que é o Mieloma Múltiplo. Lançamos um debate sobre a questão pertinente da Imunoterapia no domicílio, realidade emergente até pela actual situação. Será um projeto para lançar ideias e recomendações para o futuro.

Estamos também a criar uma escola dedicada a formar enfermeiros oncológicos. Esteja atento às novidades...

Para comemorar o Dia Europeu da Enfermagem Oncológica a 18 de Maio, foi lançado o desafio de um concurso fotográfico a nível nacional, intitulado “Dia-a-dia do Enfermeiro Oncologista”, no sentido de promover e dar visibilidade a quem cuida com “arte” em Oncologia.

Durante o ano iremos ter participação ativa nos Encontros da Primavera, na reunião da SPH e no Congresso da SPO.

Devido às restrições impostas pela pandemia (inter) nacional, adiámos a 13ª Conferência Nacional da AEOP, que se realizará nos dias 11 e 12 de Dezembro de 2020, no Vila Galé Hotel em Braga. Contamos com todos os enfermeiros oncológicos.

Nesta edição n.º40 da Onco.News publicamos 4 artigos, dois de investigação e dois de revisão. Apresentamos os resultados de um estudo descritivo-exploratório sobre as vivências predominantes dos cuidadores informais de pessoas com dispneia no domicílio e uma revisão scoping de estudos relacionados com as intervenções de enfermagem que capacitam o doente submetido a antineoplásicos orais para o autocuidado. Publicamos um artigo que demonstra a pertinência da formação especializada com programas específicos para administração de quimioterapia para uma prática segura e de qualidade em oncologia. Por fim, o 4.º artigo versa sobre a questão das reações adversas relacionadas com a administração de fármacos em Oncologia, as quais são frequentes, mas difíceis de prever. A existência de protocolos de dessensibilização em hemato-oncologia veio permitir que os doentes mantivessem a terapêutica inicial de forma segura e eficaz. O estudo de caso apresentado veio comprovar essa possibilidade e demonstrar que o papel do enfermeiro é fundamental em todo o procedimento.

No planeamento dos meses seguintes, será necessário paciência e resiliência, comunicação e renovação das energias, para que o segundo semestre nos traga novas oportunidades e determinação para as concretizar.

Caminhamos juntos...

Sandra Ponte

# VIVÊNCIAS DO CUIDAR INFORMAL À PESSOA COM DISPNEIA NO DOMICÍLIO

*Experiences of informal care to the person with dyspnea at home*

Filipe Ferreira

Enfermeiro, Formador ENI –  
Empresário em Nome Individual  
[filipegiao@hotmail.com](mailto:filipegiao@hotmail.com)

Esmeralda Barreira

Enfermeira Especialista  
Instituto Português de Oncologia do Porto  
Francisco Gentil; Investigador, FP-ENAS  
Universidade Fernando Pessoa  
[merbarreira@gmail.com](mailto:merbarreira@gmail.com)

**RESUMO:** A dispneia afeta a qualidade de vida da própria pessoa e da sua família, pela dificuldade de comunicação, pelo comprometimento do desempenho das atividades de vida diária, pela ansiedade e até pelo pânico. A maior parte dos doentes com cancro vivenciam episódios de dispneia, sendo esta, resultado da patologia primária, de metástases ou resultante do próprio tratamento. Nesta fase, o doente no domicílio necessita de um cuidador informal para o ajudar nas suas atividades. Neste estudo de cariz descritivo-exploratório, participaram 14 cuidadores informais de pessoas com dispneia no domicílio. Os resultados evidenciam que os cuidadores informais diminuem as suas atividades sociais, e manifestam sentimentos dicotómicos de reconforto e tristeza por cuidarem do seu familiar. Em situações de episódios agudos de dispneia a apatia e desespero são as vivências predominantes nestes cuidadores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidador Informal; Dispneia; Domicílio; Cancro.

**ABSTRACT:** *Dyspnoea affects life quality of the patient and its family due to the impairment of communication and every day activities, anxiety and even panic. Most patients with cancer suffer dyspnoea episodes resulting from the primary disease, metastasis or even from treatment. During these phases, patients at home need informal caregivers to assist them in their activities. The present descriptive exploratory study, includes the participation of 14 informal caregivers of cancer patients with dyspnoea. The results showed that caregivers reduce their social activities and present dichotomous feelings of both comfort and sadness. During acute episodes of dyspnoea apathy and despair are the predominant experiences reported by these caregivers.*

**Keywords:** *Informal caregivers; Dyspnoea; Homecare; Cancer.*

## Fundamentação Teórica

### Cuidador Informal: Conceitos

O Cuidador Informal, sendo considerada a “... pessoa que cuida de outra numa situação de doença e com dependência ...” (Sequeira, 2018, p. 168), é também responsável pela prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade e organização de prestação dos cuidados (ICN, 2015). As vias pelas quais a pessoa começa a ser cuidador informal são diversas; podendo o processo ser iniciado por instinto,

quando a pessoa reage a uma motivação inconsciente que o dirige para prestar cuidados; por eleição própria, quando pela reação a uma motivação consciente a pessoa escolhe criar a relação cuidador-cuidado; ou ser desempenhado por Capacidade, quando a pessoa não encontra alternativa, sendo que esta apresenta formação técnica para a prestação de cuidados (Maia, 2003 *cit in* Caldeira, 2009).

O papel do cuidador informal estabelece-se assim através de uma relação não institucional, é maioritariamente assumido por parte de membros da família, sendo



a mulher o cuidador mais predominante, sobretudo a esposa, a filha ou a nora (Cruz et al., 2010; Sarmento et al., 2010).

### **Dispneia**

A dispneia traduz-se pela necessidade de um esforço respiratório difícil de objetivar. A The American Thoracic Society (1999) surge com uma das primeiras definições de dispneia, referindo que é uma experiência de cariz subjetivo, de desconforto respiratório que se caracteriza por sensações quantitativamente distintas e de variabilidade quanto à sua intensidade. Pela diversidade de definições, mais recentemente o ICN (2015, p. 54) caracteriza a dispneia por um “processo do sistema respiratório comprometido: movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade”.

Este sintoma é predominante (65% a 90%) na pessoa com cancro em estádios de doença avançada e incurável (Breaden, 2011). Nesta situação a dispneia pode resultar da patologia neoplásica primária, da sua metastização, ou ser resultado de tratamentos como a quimioterapia, a radioterapia, a imunoterapia ou a cirurgia (Joyce, 2010). A dispneia, sendo um dos sintomas mais assustadores e angustiantes, limita a autonomia da pessoa, não só afetando as atividades básicas de vida, mas também a continuidade dos seus projetos de vida (Breaden, 2011; Soares, 2012).

A avaliação desta experiência subjetiva é difícil. Para objetivar o tão complexo processo de respiração têm sido usadas diversas ferramentas como a Escala de Borg modificada, a Escala Visual Analógica (EVA), a classificação da dispneia de acordo com a New York Heart Association ou a Escala do Nível de Desempenho, da OMS (Borg, 1982; Pep, 2012; Currow et al., 2013). A escolha depende da finalidade da avaliação, pois nenhuma escala permite isoladamente avaliar todas as dimensões da dispneia.

### **Estratégias de controlo da dispneia**

As opções terapêuticas focam-se no alívio ou eliminação da dispneia, restaurando assim a normalidade funcional. O alívio deste sintoma abrange o tratamento farmacológico e não farmacológico, dotando os doentes e seus cuidadores com ferramentas práticas para poderem gerir os episódios dispneicos.

Estratégias farmacológicas como a oxigenoterapia e os

opíoides têm sido alvo de diversos estudos para comprovar a sua eficácia no controlo da dispneia (Pep, 2012). Recorrer à administração de oxigénio suplementar é muitas vezes a primeira medida tomada. Está indicado em doentes com hipoxia e dispneia em repouso. Quando administrado o oxigénio, a saturação de oxigénio, a frequência respiratória e o esforço respiratório melhoram significativamente (Cachia & Ahmedzai, 2008).

Relativamente aos opióides, os mais comuns no controlo da dispneia são a morfina, o citrato de fentanilo e a hidromorfina, conjugando as vias de administração com a farmacocinética e considerando as vantagens e desvantagens quanto à sua opção. O recurso e escolha do opióide deverá ser definida de acordo com a intensidade da dispneia relatada pelos doentes, pelo índice de Karnovsky e em concordância com a habituação e sensibilidade do doente aos mesmos (Clemens et al., 2008; Viola et al., 2008). Estas terapêuticas têm sido consideradas como um potencial tratamento para a dispneia, muito embora subsistam precauções relacionadas com a indução da depressão respiratória (Clemens et al., 2008; Viola et al., 2008; Marciniuk et al., 2011).

### **Reeducação funcional respiratória**

A reeducação funcional respiratória incide sobre a componente mecânica do trabalho da respiração, com o objetivo de melhorar a sintomatologia com redução do esforço respiratório, facilitando assim as atividades diárias e consequentemente a qualidade de vida da pessoa. Importa referir que a intervenção não é só do doente, mas também do seu cuidador de forma a identificar os fatores de risco, a execução dos exercícios respiratórios específicos (respirar com os lábios franzidos e respiração diafragmática) que ajudem a evitar e/ou controlar episódios de dispneia (Matos, 2011; Corcoran, 2013).

As técnicas de gestão e de reeducação do esforço para conservação de energia nas atividades diárias incluem ensino sobre cuidados de higiene corporal sentado e higiene oral sentado com os membros superiores apoiados no lavatório.

As situações que exigem esforços acrescidos como a obstipação, as refeições de difícil mastigação ou digestão ou o vestir roupas apertadas, devem ser prevenidas.

A estimulação do nervo trigémio por meio de receptores cutâneos ou nasais reduz a intensidade da dispneia.

Estimular os recetores faciais através de arejamento, como abrir janelas, ligar ventoinhas direccionadas para a face ou usar um leque também pode ser útil (Booth et al, 2008; Breden, 2011). A eficácia provocada pelo fluxo de ar frio que estimula o segundo ramo do trigémeo e desencadeia relaxamento (Galbraith, 2010).

Também a otimização dos posicionamentos permite aumentar a capacidade residual funcional e a relação ventilação/perfusão. Na posição sentada o doente aumenta os volumes pulmonares e diminui o trabalho respiratório, e nos posicionamentos laterais a ventilação aumenta. A alteração de posicionamentos também promove a eliminação de secreções e otimiza a respiração.

As técnicas de gestão de stress e estratégias de coping como a distração (imagens, música), atividades alternativas (meditar/rezar) têm sido usadas também como estratégias para prevenir a dispneia (Booth et al, 2008). O relaxamento é um vetor complementar às demais terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas, tendo como foco principal o controlo da ansiedade que muito contribui na obtenção de ganhos na prevenção da dispneia e melhora os episódios presentes.

Assim, são utilizadas técnicas de relaxamento muscular, posicionamentos, educação e abordagens cognitivo-comportamentais, como alívio dos sintomas de forma a evitar esforços que possam induzir a dispneia. Melhora assim não só o funcionamento pulmonar como diminui estados de ansiedade tanto do doente como dos seus familiares/cuidadores informais (Cairns, 2012).

## Metodologia do Estudo

Desenvolveu-se um estudo do tipo descritivo e exploratório com o objetivo de conhecer as vivências dos cuidadores informais da pessoa com dispneia no domicílio e saber quais as estratégias que estes cuidadores adotam para ajudar no controlo deste sintoma.

A amostra selecionada através da técnica de amostragem não probabilística intencional (Streubert e Carpenter, 2006), foi constituída por 14 cuidadores informais de pessoas com patologia oncológica e com dispneia, no domicílio. Estes cuidadores acompanhavam o doente a uma instituição de saúde para tratamentos médicos de controlo da dispneia. Foi utilizado como instrumento de colheita de dados o questionário misto, composto por perguntas abertas e fechadas (Fortin, 2009; Hill e Hill, 2016).

## Resultados e Discussão

Nesta amostra, como também evidenciado em estudos anteriores, o cuidador informal é maioritariamente do género feminino (57,1%), com idade superior a 63 anos (42,8%) e casados (78,6%). Verificou-se, no que concerne à necessidade de prestar cuidados ao doente com dispneia, que os sentimentos mais vivenciados pelos cuidadores informais no ato de cuidar são o sentir-se reconfortado (36%) por ter a oportunidade de cuidar, e triste (28%) por não conseguir melhorar a condição do doente (Tabela 1).

**Tabela 1.** Sentimentos do cuidador informal no cuidar a pessoa com dispneia

| CATEGORIA                                 | SUBCATEGORIAS | UNIDADES DE REGISTO  | FREQUÊNCIA |
|---|---------------|--|------------|
| SENTIMENTOS NO PAPEL DE CUIDADOR INFORMAL | Tristeza      | Q3 “triste, custa ver sofrer... envelheci muito...”<br>Q5 “triste, deprimida”<br>Q6 “triste”<br>Q12 “mal”  | 4          |
|   | Frustração    | Q4 “vejo progressão da doença e maior dificuldade”<br>Q13 “frustrante não poder ajudar”  | 2          |
|   | Reconfortante | Q7 “bem”<br>Q9 “bem por poder ajudar e retribuir”<br>Q10 “sentir-se humana porque prestava a qualquer pessoa”<br>Q12 “necessitamos de ajudar”<br>Q13 “por um lado orgulho por poder ajudar, recompensatório” | 5          |
|   | Proativo      | Q8 “a ter uma postura de pesquisa proativa nos meios de informação disponíveis”  | 1          |
|   | Limitada      | Q2 “nervoso e tento acalmar”<br>Q4 “sinto-me limitada no apoio”  | 2          |
|   | Ajuda         | Q1 “capaz de ajudar”<br>Q11 “por outras doenças já habituado cuidar”   | 2          |
|   | Cansaço       | Q4 “pouco descanso à noite por medo de algo acontecer”<br>Q14 “explodiu o cansaço acumulado”   | 2          |



Esta dicotomia de sentimentos também está evidenciada em literatura onde por um lado muitos cuidadores acabam por reconhecer benefícios no ato de cuidar, com sentimentos de orgulho e satisfação, como, em simultâneo, são propensos a experimentar consequências negativas, entre as quais o sofrimento emocional e o humor deprimido (Hudson et al., 2015; Miravittles et al., 2015).

Este papel de cuidador informal provoca cansaço (14%) e mudanças no contexto familiar, com implicações na sua vida social (64%) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Mudanças no contexto familiar no cuidar da pessoa com dispneia

| CATEGORIA                     | SUBCATEGORIAS                        | UNIDADES DE REGISTO  | FREQUÊNCIA |
|-------------------------------|--------------------------------------|--|------------|
| MUDANÇAS NO CONTEXTO FAMILIAR | Sem alteração                        | Q1 "nada"<br>Q2 "não mudou nada..."<br>Q6 "o dia a dia mantém"   | 3          |
|                               | Inversão de papeis                   | Q3 "o trabalho passou a ser feito pelos filhos"<br>Q7 "substituí o pai no trabalho familiar"<br>Q13 "substituição papeis"  | 3          |
|                               | Alterações estruturais/habitacionais | Q4 "alterei a mobilidade da casa, tem dois pisos e marido fica no r/c"<br>Q8 "aquisição equipamentos"<br>Q10 "cama articulada"   | 3          |
|                               | Implicações na vida social           | Q2 "bombeiro de serviço"<br>Q3 "tudo feito de forma muito lenta"<br>Q4 "sem vida própria, apenas cuido do marido"<br>Q7 "supervisão constante"<br>Q8 "monitorização constante"<br>Q9 "mais necessidade de proximidade"<br>Q11 "ficar por casa"<br>Q12 "tivemos que a levar para a nossa casa"<br>Q14 "a oportunidade de viver sozinho, adiada" | 9          |
|                               | Total alteração                      | Q5 "mudou tudo"  | 1          |

O cuidador faz assim restrições na sua vida pessoal, com menos disponibilidade para estar com os amigos, ou para realizar atividades de lazer. Provoca também alterações nos papéis familiares (21%), com distribuição de trabalhos domésticos pelos filhos (Duan et al., 2015; Janse et al., 2014; Miravittles et al., 2015).

As vivências do cuidador informal face a um episódio agudo e súbito de dispneia da pessoa que cuida caracterizam-se pela apatia/choque (43%) de não saber o que fazer para resolver a situação e pelo desespero (21%) de ver a pessoa a não conseguir respirar (Tabela 3).

**Tabela 3.** Reação dos cuidadores informais face a um episódio agudo de dispneia

| CATEGORIA                                   | SUBCATEGORIAS      | UNIDADES DE REGISTO  | FREQUÊNCIA |
|---|--------------------|--|------------|
| REAÇÃO FACE A UM EPISÓDIO AGUDO DE DISPNEIA | Sem reação/apático | Q1 "não sabia o que se estava a passar"<br>Q4 "sem reação, o que faço agora"<br>Q5 "o que vou fazer"<br>Q6 "não senti nada"<br>Q10 "perceber a situação"<br>Q12 "com sensação de não poder fazer nada" | 6          |
|   | Ajudas práticas    | Q2 "abrir janelas"<br>Q8 "acalmá-lo"<br>Q9 "tentar que ele se acalme"  | 3          |
|   | Angústia           | Q3 "aflição"<br>Q7 "aflição"<br>Q13 "desespero, choque"  | 3          |
|   | Não assistiu       | Q11 "ainda não assistiu"<br>Q14 "ainda não assistiu"   | 2          |
|   |                    |  |            |

Como estratégias no controlo da dispneia, a maioria dos cuidadores assumem medidas não farmacológicas, como o "sentar" (50%) e a gestão de esforço e tempo (43%) nas atividades de vida diária. Como ação farmacológica utilizam as terapêuticas inalatórias (14%) (Tabela 4).

**Tabela 4.** Estratégias adotadas para diminuir e/ou evitar períodos agudos de dispneia, nas AVD (Atividade de Vida Diária)

| CATEGORIA                                    | SUBCATEGORIAS                    | UNIDADES DE REGISTO   | FREQUÊNCIA |
|--|----------------------------------|---|------------|
| <b>AÇÕES PARA MINIMIZAR DISPNEIA NAS AVD</b> | <b>Equipamentos de auxílio</b>   | Q4 "cadeira na banheira e poltrona elétrica"<br>Q14 "adotou uma cadeira de rodas"   | 2          |
|  | <b>Gestão de esforço e tempo</b> | Q2 "sento ou deito e arejo a área"<br>Q7 "as paragens entre atividades"<br>Q8 "doseando o esforço das rotinas"<br>Q9 "evitar que faça esforços"<br>Q13 "para o que está a fazer, senta"<br>Q14 "isentar de subir escadas" | 6          |
|  | <b>Nada</b>                      | Q1 "supervisão, numa crise é levar ao hospital"<br>Q3 "apenas supervisão, estar alerta"<br>Q5 "neste momento persente a sensação e pára"<br>Q6 "não consigo"<br>Q11 "não consigo"   | 5          |
|  | <b>Produtos de higienização</b>  | Q10 "mudança de produtos de higiene e limpeza"  | 1          |

As vivências destes cuidadores informais no cuidar do doente com dispneia reforçam os resultados encontrados em diversos estudos sobre esta temática tão pertinente e atual na sociedade portuguesa (Sequeira 2018; Kirby et al., 2014 e Dose et al., 2015).

## Conclusão

A dispneia, sendo um processo que se caracteriza por alterações fisiológicas e psicológicas, condiciona as atividades de vida diária do doente e do seu cuidador. As vivências dos cuidadores informais, com experiências emocionais, positivas e negativas, são transversais e influencia toda a família por ser esta o único apoio no cuidar. O reconforto por ter a oportunidade de cuidar e a tristeza por ver a pessoa a sofrer foram os sentimentos mais mencionados pelos cuidadores informais. As estratégias para controlo da dispneia num episódio agudo, a maioria dos participantes assumem "sentar" mais a pessoa nas atividades e efetuam a gestão de esforço e tempo para prevenir o aumento da dispneia. O estudo enfatiza a necessidade de apoio multidisciplinar ao cuidador informal numa abordagem holística deste

e da sua família, com enfoque para a educação para o auto-cuidado, com técnicas de conservação de energia, apoio psico-emocional e o instruir sobre técnicas de relaxamento e de gestão de stress.

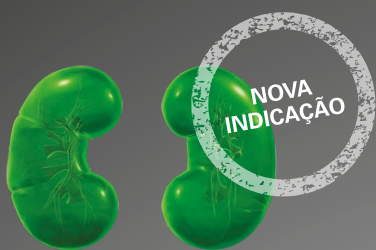
## Referências bibliográficas

- American Thoracic Society. (1999). Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: A consensus statement. American Journal of Respiratory and Critical Care medicine, 159, 321-340.
- Bardin, L. (2016). Análise de Conteúdo. Lisboa, Edições 70.
- Borg, G. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. Medicine & Science in Sports & Exercise, n.º 14, pp. 377-381.
- Breaden, K. (2011). Recent advances in the management of Breathlessness. Indian Journal of Palliative Care, Supplement, pp. s39-s32.
- Cachia, E. & Ahmedzai S. H. (2008). Breathlessness in cancer patient. European Journal of Cancer, vol. 44, pp. 1116-1123.
- Cairns, L. (2012). Managing breathlessness in patients with lung cancer. Nursing Standard, 27 (13) pp. 44-49.
- Caldeira, L. F. (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Conselho de Ribeira Grande. [Em linha]. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf> [Consultado em 18/05/2018]
- Clemens, K. E., Quednau, I., & Klaschik, E. (2008). Is there a Higher risk of respiratory depression in opioid-naïve palliative care patients during symptomatic therapy of dyspnea with strong opioids? Journal of Palliative Medicine, vol. 11 n.º 2.
- Cruz, D. C., Loureiro, H. A., Silva, M. A., & Fernandes, M. M., (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem, 3 (2), pp. 127-136.
- Currow, David C., Higginson, I. J., & Johnson, M. J. (2013). Breathlessness – current and emerging mechanisms, measurement and management: A discussion from the European Association of Palliative Care workshop, Journal of Palliative Medicine, pp. 932-938
- Dose, A.M., Carey, E. C., Rhudy, L. M., Chiu, Y., Frimannsdottir, K., Ottenber, A. L., & Koenig, B. A. (2015). Dying in the hospital: perspectives of family members. Journal of Palliative Care, 31 (1), pp. 13-20.
- Duan, J., Fu, J., Gao, H., Chen, C., Fu, J., Shi, X. & Liu, X. (2015). Factor analysis of the caregiver quality of life index-cancer (CQQLC) scale for Chinese cancer caregivers: a preliminary reliability and validity study of the CQQLC. Chinese Version, Journal Plos One. Vol. 10, p. 1371.
- Fortin, M. (2009b). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Lusociência.
- Hill, M. e Hill, A (2016). Investigação por questionário. 2ª edição, 6ª impressão, Lisboa, Edições Sílabo.
- Hudson, P., Trauer T., Kelly B., O'Connor M., Thomas K., Zordan R., & Summers M., (2015). Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: longer term effects from a randomised controlled trial. Psycho-Oncology, 24(1), pp. 19-24.
- International Council Of Nurses (2015). CIPE, Classificação Internacional para a prática de enfermagem, versão 2015, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros
- Janse, B., Huijsman, R., Kuyper, R. D. M. & Fabbriotti, I. N. (2014). The effects of an integrated care intervention for the frail elderly on informal caregivers: a quasi-experimental study. BMC Geriatrics, Vol. 14, pp. 58-70.
- Joyce, M. M. (2010). Dyspnea In C.G. Brown, A guide to oncology symptom management. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society, p. 199-223.
- Kirby, E., Good, A. B. P., Wootton, J. & Admas, J., (2014). Families and the transition to specialist palliative care. Mortality, Vol. 19, pp. 323-341.
- Marciniuk, D., Goodridge, D., Hernandez, P., Rocker, G., Balter, M., Bailey, P., Ford, G., Bourbeau, J., O'Donnell, D. E., Maltais, F., Mularski, R. A., Cave, A. J., Mayers, I., Kennedy, V., Oliver, T. K., Brown, C., & Canadian Thoracic Society COPD Committee Dyspnea Expert Working Group (2011). Managing dyspnea in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline. Canadian Respiratory Journal, vol. 18, pp. 1-10.
- Miravittles, M., Longobardo, L. M. P., Moreno, J. O., & Vega, A. H., (2015). Caregivers' burden in patients with COPD. International Journal of COPD: 10. pp. 347-356.
- Putting Evidence into Practice - Transpondo a Evidência para a Prática (PEP), (2012). Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. Adaptado para os Recursos Euro-PEP de www.ons.org/Research/PEP
- Sarmento, E., Pinto, P., & Monteiro, S., (2010). Cuidar do Idoso, dificuldades dos familiares. Coimbra: Formasau.
- Sequeira, C. (2018). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental, 2ª edição. Lisboa, Lidel Edições.
- Soares, Maria S. R. (2012). A pessoa com oxigenoterapia de longa duração. Estudo sobre o modelo de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário. Tese de doutoramento apresentada a Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Porto.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2006). Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista. Loures, Lusociência
- Viola, R., Kiteley, C., Lloyd, N.S., Mackay, J.A., Wilson, J., & Wong, R.K. (2008). The management of dyspnea in cancer patients: a systematic review. Support Care Center, vol. 16, pp. 329-337.

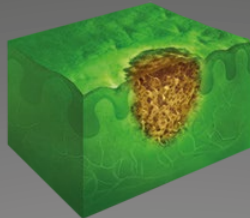


# ESTÁ APROVADO NAS SEGUINTE INDICAÇÕES\*:

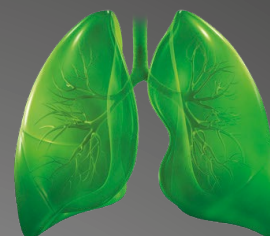
**KEYTRUDA®**  
(pembrolizumab) injetável para perfusão



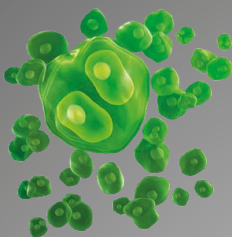
CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIAS  
AVANÇADO EM COMBINAÇÃO  
COM AXITINIB



MELANOMA AVANÇADO  
TRATAMENTO ADJUVANTE  
DE MELANOMA ESTADIO III



CPCNP METASTÁTICO  
EM MONOTERAPIA E EM  
COMBINAÇÃO COM QUIMIOTERAPIA



LINFOMA DE HODGKIN  
CLÁSSICO REFRATÁRIO



CARCINOMA UROTELIAL  
AVANÇADO



CARCINOMA DE CÉLULAS  
ESCAMOSAS DA CABEÇA E PESÇOÇO

▼ 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. **Nome do medicamento** – KEYTRUDA® 25 mg/ml concentrado para solução para perfusão. **Composição quantitativa e qualitativa** – Um frasco para injetáveis de 4 ml de concentrado contém 100 mg 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); no tratamento do 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 platina e pemetrexado no tratamento em primeira linha do CPCNP não escamoso metastático em adultos cujos tumores não tenham mutações positivas EGFR ou ALK. KEYTRUDA em combinação com axitinib está indicado para o tratamento em primeira linha de carcinoma de células renais (CCR) avançado em adultos. KEYTRUDA em combinação com quimioterapia com platina e 5-fluorouracilo (5-FU) está indicado para o tratamento em primeira linha de CCECP metastático ou recorrente em adultos cujos tumores expressam PD L1 com CPS ≥ 1. KEYTRUDA está indicado em combinação com carboplatina e com paclitaxel ou nab-paclitaxel no tratamento em primeira linha do CPCNP escamoso metastático; em combinação com quimioterapia contendo platina e pemetrexado no tratamento em primeira linha do CPCNP não escamoso metastático em adultos cujos tumores não tenham mutações positivas EGFR ou ALK. KEYTRUDA em combinação com axitinib está indicado para o tratamento em primeira linha de 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; tratamento em primeira linha de carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço metastático ou recorrente irressecável ou metastático (CCECP), em adultos cujos tumores expressam PD L1 com CPS ≥ 1. **Posologia e modo de administração** – em monoterapia, 200 mg a cada 3 semanas ou 400 mg a cada 6 semanas administrado por perfusão intravenosa durante um período de 30 minutos, como parte de terapêutica de combinação, 200 mg a cada 3 semanas administrado por perfusão intravenosa durante um período de 30 minutos. Para utilizações em combinação, consultar RCM das terapêuticas concomitantes 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, CCECP ou carcinoma urotelial não previamente tratado devem ser selecionados para o tratamento com base na expressão de PD- L1 no tumor confirmada por teste validado. **Contraindicações** – 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 afetar 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 5.884 doentes com melanoma avançado ou estadio III ressecado, CPCNP, LHC, carcinoma urotelial, ou CCECP sendo as reações adversas mais frequentes fadiga, náuseas, e diarreia, 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 em CNPCP ou CCECP foram anemia (50%), náuseas (50%), fadiga (37%), obstipação (35%), diarreia (30%), neutropenia (30%), e apetite diminuído (28%) e vômitos (25%). A incidência de reações adversas de Grau 3-5 para CNPCP foi de 67% para o tratamento combinado com pembrolizumab e 66% para quimioterapia isolada; para CCECP foi de 85% para tratamento combinado com pembrolizumab e 84% para quimioterapia mais cetuximab. A reações adversas mais frequentes de pembrolizumab em combinação com axitinib foram diarreia (54%), hipertensão (45%), fadiga (38%), hipotireoidismo (35%), apetite diminuído (30%), síndrome de eritrodismetria palmoplantar (28%), náuseas (28%), ALT aumentada (27%), AST aumentada (26%), disfonia (25%), tosse (21%), e obstipação (21%). A incidências de reações adversas de Graus 3-5 foram de 76% para a terapêutica de combinação e 71% para sunitinib. As reações adversas conhecidas por ocorrerem com pembrolizumab ou quimioterapias administradas 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. Pneumonite: 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, Hipertireoidismo 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; Hipotireoidismo 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 miastênica, 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 à 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 com compromisso renal grave, compromisso hepático moderado ou grave. Para aumento de enzimas hepáticas em doentes com CCR a ser tratados com KEYTRUDA em combinação com axitinib, se ALT ou AST ≥ 3 x LSN es < 10 x LSN, sem bilirrubina total concomitante ≥ 2 x LSN, interromper KEYTRUDA e axitinib até recuperação para Graus 0-1. Pode ser considerada corticoterapia e re-administração, de um dos medicamento ou sequencial com ambos e redução da dose de axitinib de acordo com RCM respetivo; se ALT ou AST ≥ 10 x LSN ou > 3 x LSN com bilirrubina total concomitante ≥ 2 x LSN, descontinuar KEYTRUDA e axitinib. Dados limitados de segurança e eficácia em doentes com melanoma ocular ou doentes com LHC de idade superior a 65 anos. Os dados de pembrolizumab para tratar reações adversas imunitárias. Os corticosteroides podem também ser utilizados como medicação prévia, quando pembrolizumab é utilizado em associação com quimioterapia, como profilaxia antiemética e/ou para aliviar as reações adversas relacionadas com a quimioterapia. Não existem dados sobre a utilização de pembrolizumab em mulheres grávidas ou excreção no leite materno. Pembrolizumab não deve ser utilizado durante a gravidez. **Títular de Autorização de Introdução no Mercado (AIM)** Merck Sharp & Dohme B.V. **Data da Revisão do texto** 11/2019. 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 | 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-00184 02/2020

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

# DESSENSIBILIZAÇÃO ONCOLÓGICA EM HEMATO-ONCOLOGIA E O PAPEL DO ENFERMEIRO: ESTUDO DE CASO

*Oncological Desensitization in Hemato-Oncology and the role of the Nurse: a case study*

Cláudia Gaspar

Enfermeira Especialista na área de especialização Médico-Cirúrgica, vertente pessoa em situação crítica, CHULN, Hospital de Santa Maria  
[sofia\\_g19@hotmail.com](mailto:sofia_g19@hotmail.com)

Ortélia Dias

Enfermeira Chefe, Especialista na área de especialização de Reabilitação CHULN, Hospital de Santa Maria  
[ortelia.dias@chln.min-saude.pt](mailto:ortelia.dias@chln.min-saude.pt)

Sónia Frias

Enfermeira Chefe, Especialista na área de especialização de Reabilitação CHULN, Hospital de Santa Maria  
[sonia.frias@chln.min-saude.pt](mailto:sonia.frias@chln.min-saude.pt)

**RESUMO:** Associado ao aparecimento de novas armas terapêuticas e à maior sobrevivência dos doentes oncológicos, verifica-se um aumento da incidência de reações adversas à quimioterapia.

A Reação de Hipersensibilidade (RHS) é descrita como uma reação adversa a fármacos imprevisível e dose-independente, e pode ser classificada em leve, moderada, grave ou fatal, de acordo com a sintomatologia do doente.

Perante uma RHS a fármacos antineoplásicos, os doentes hemato-oncológicos eram privados do tratamento de eleição. Atualmente, a Dessensibilização Oncológica (DO) surge como a estratégia terapêutica que permite a reintrodução do tratamento de eleição, de forma segura e eficaz, traduzindo-se numa nova esperança para esses doentes. Com o objetivo de demonstrar a importância do papel do Enfermeiro junto do doente a realizar DO, apresentamos o caso de uma jovem de 22 anos de idade com o diagnóstico de Linfoma de Hodgkin, com hipersensibilidade a um fármaco antineoplásico e que cumpriu o protocolo de DO com sucesso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Reação de hipersensibilidade; Dessensibilização oncológica; Cuidados de enfermagem.

**ABSTRACT:** *Associated with the emergence of new therapeutic weapons and the increased survival of cancer patients, there is an increased incidence of adverse reactions to chemotherapy.*

*Hypersensitivity Reaction (HR) is described as an unpredictable and dose-independent adverse drug reaction, and may be classified as mild, moderate, severe, or fatal, according to the patient's symptomatology.*

*Before HR to antineoplastic drugs, haemato-oncological patients were deprived of the treatment of choice. Currently, Oncological Desensitization (OD) emerges as the therapeutic strategy that allows the re-introduction of the first line of treatment, safely and effectively, which translates into a new hope for these patients. In order to demonstrate the importance of the role of the Nurse in the patient to perform the DO, we present the case of a 22-year-old girl with diagnosis of Hodgkin's lymphoma, hypersensitive to an antineoplastic drug and who complied with DO protocol, successfully.*

**KEYWORDS:** *Hypersensitivity reaction; Oncological desensitization; Nursing care.*



## Introdução

O Linfoma de Hodgkin é uma patologia pouco frequente, com uma incidência aproximada de 2,3/100.000 habitantes por ano. É principalmente um linfoma do adulto jovem (idade compreendida entre 15-34 anos) e do adulto a partir dos 55 anos, sendo a quarta neoplasia mais frequente no sexo feminino (Raposo, J., Esteves, G., Lacerda et al.; 2014).

O seu estadiamento clínico, laboratorial e imagiológico permite distinguir estadios precoces e doença avançada. Simultaneamente, a utilização de fatores preditivos de prognóstico, nomeadamente a classificação de *Ann Arbor* modificada com as revisões de *Cotswold* para o estadiamento clínico, e os fatores de risco da EORTC para doença localizada, permitem identificar a terapêutica mais indicada para os diferentes estadios da doença. Assumindo-se que a terapêutica para o Linfoma de Hodgkin deve ser a suficiente para atingir a cura, e a menos tóxica a longo prazo, surge a estratificação de terapêutica para os estadios precoces e avançados da doença. Nesta estratificação preconiza-se que as formas limitadas da doença poderão ser submetidas a menos ciclos de quimioterapia, associados ou não a radioterapia adjuvante dos campos envolvidos. As formas avançadas da doença podem curar-se com cursos extensos de ABVD (Raposo, J., Esteves, G., Lacerda, J., Martins, C., Lopes, C., Valle, S., ... Alves, D., 2014).

Associado ao aparecimento de novas armas terapêuticas e à maior sobrevivência dos doentes oncológicos, verifica-se um aumento da incidência de reações adversas à quimioterapia e terapêuticas biológicas (Caiado, J., 2016).

As reações adversas a fármacos são genericamente classificadas em tipo A, mais comuns, previsíveis e dose-dependentes, e tipo B, menos frequentes, imprevisíveis e dose-independentes, onde se incluem as reações de hipersensibilidade. As reações de hipersensibilidade, por sua vez, são subdivididas em alérgicas, quando desencadeadas por um mecanismo imunológico, ou não alérgicas, quando este mecanismo não é identificado. As reações alérgicas podem ainda ser mediadas ou não por IgE e caracterizam-se por sinais e/ou sintomas objetivamente reproduzíveis, após a exposição a um determinado estímulo, numa dose geralmente bem tolerada por indivíduos normais (Caiado, J., Rodrigues, et al, 2009).

As reações com fármacos antineoplásicos, nomeadamente quimioterapia e anticorpos monoclonais, são relativamente comuns, contudo os mecanismos a elas subjacentes são ainda objeto de controvérsia e dependem essencialmente do grupo de fármacos implicados (Lenz, H. J.; s.d.).

A reação adversa a fármacos ocorre em cerca de 7% dos tratamentos realizados em ambulatório, causando morbilidade e mortalidade significativas e apresentando um importante impacto na prática clínica e na saúde pública. Dada sua imprevisibilidade, a RHS causa stress, medo, angústia e ansiedade afetando o doente que a experiencia (Vogel, W. H., 2010).

A reação de hipersensibilidade a quimioterapia tem, assim, impacto no bem-estar e na qualidade de vida do doente, bem como nos resultados clínicos, dando origem a atrasos no tratamento ou à necessidade da sua substituição geralmente por alternativas terapêuticas menos eficazes, com maiores níveis de toxicidade e/ou mais dispendiosas (Winkeljohn, D., & Polovich, M., 2006).

Atualmente, a Dessensibilização Oncológica (DO) permite encontrar alternativas terapêuticas e a possibilidade de induzir tolerância à quimioterapia que desencadeou a reação, mantendo-se a linha de tratamento de eleição, sem prejuízo da segurança do doente bem como do seu prognóstico.

Surge assim uma nova esperança para os doentes hemato-oncológicos que apresentem reações de hipersensibilidade durante ou imediatamente após o tratamento com quimioterapia.

A DO assenta num protocolo standard de dessensibilização, que se baseia no proposto pelo Serviço de Alergologia do *Brigham and Women's Hospital*. Consiste na administração gradual de três soluções: solução A (X/100), solução B (X/10) e solução C (X), sendo X a concentração do fármaco na forma não diluída. A administração faz-se em 12 passos, com aumentos sucessivos da velocidade de perfusão a cada 15 minutos. A perfusão total do agente de quimioterapia tem a duração aproximada de 6 horas (Caiado, J., Rodrigues, T., Pedro, E., Costa, L., & Barbosa, M. P., 2009).

Os protocolos de DO são seguros, mas implicam o desenvolvimento de competências específicas por parte da equipa de Enfermagem, pela sua complexidade e rigor.

Neste contexto, a atitude terapêutica de enfermagem tem por objetivo minimizar os riscos associados à RHS durante e após a administração de quimioterapia, otimizando a segurança do doente e aumentando a eficácia do tratamento (Akel, P., Cynthia, C., Braskett, M., & Carino, A., 2016).

O papel do Enfermeiro é preponderante para a operacionalização dos protocolos de DO, e incide na promoção do autocuidado, da adesão ao regime terapêutico e na gestão, precoce e rápida, de sintomatologia de RHS.

## Desenvolvimento

A jovem A., saudável até aos 22 anos de idade, em Março/2014 recorre ao médico de família por apresentar nódulos supra-claviculares. Após realizar biópsia de gânglio supra-clavicular é confrontada com o diagnóstico de Linfoma de Hodgkin clássico variante esclero-nodular, estadio IA. Inicia tratamento com 1ª linha – ABVD 1a apresentado RHS Leve, manifestada por prurido e rash cutâneo na face, tronco e braços, após término de tratamento de quimioterapia. Cumpre terapêutica anti-histamínica e corticoides no domicílio, com melhoria. No ciclo de ABVD (1b), é administrada terapêutica anti-histamínica prévia ao início de perfusão de quimioterapia. Contudo, a doente apresenta RHS Moderada, manifestada por rash cutâneo na face, tronco e braços, com evolução para edema da língua e broncospasma imediatamente após início de perfusão de dacarbazina. Admitida por reação adversa a dacarbazina, a 1ª linha de tratamento é descontinuada.

Em Junho/2014, três meses após o diagnóstico, prossegue tratamento com 2ª linha – ChLOPP (cloramucil, vincristina, procarbazona, prednisolona), cumprindo 6 ciclos, sem intercorrências. Após término de quimioterapia, realiza PET (tomografia por emissão de positrões), que demonstra remissão completa da doença.

Em Outubro/2016, a doente apresenta nódulos cervicais na mesma localização da apresentação da doença inicial. A biópsia ganglionar, revelou Linfoma de Hodgkin clássico. Proposto tratamento com ABVD com intenção de auto-THP, após discussão clínica.

Em Novembro e Dezembro/2016, repete assim, ciclo de ABVD sob pré-medicação: anti-histamínicos e

corticoides, apresentando RHS Moderada manifestada por rash maculopapular pruriginoso no tronco e face e broncospasma.

E em Maio/2017, prossegue tratamento com 3ª linha – GVD (gencitabina, vinorelbina e doxorrubicina lipossômica), apresentando RHS Moderada a Grave, imediatamente após perfusão de doxorrubicina lipossômica, manifestada por rash pruriginoso na face e tronco, acompanhado por hipotensão transitória e desconforto pré-esternal.

Em Junho/2016, perante o quadro de RHS, a doente é referenciada à nossa instituição hospitalar com proposta para auto-TPH. Por decisão conjunta das especialidades de Hematologia e Imunoalergologia, é retomada linha de tratamento de eleição – ABVD – com administração de dose total de dacarbazina sob DO. Este fármaco foi administrado, utilizando três soluções com concentrações crescentes (dilução 1:100, 1:10 e 1:1), em 12 passos com aumentos sucessivos da velocidade de perfusão, a cada 15 minutos, durante cerca de 6 horas, seguindo o protocolo médico ilustrado na Figura 1. Até Dezembro/2017, a doente cumpre seis ciclos de ABVD, sem intercorrências significativas e cumprindo a dose diária prevista de dacarbazina. Este foi um caso de sucesso, observando-se resposta completa ao tratamento, sem ser necessário auto-TMO.

Local da Dessensibilização: H. Dia de Imunoalergologia

**PROTOCOLO**

**Name of medication:** DACARBAZINA

|                                |       |
|--------------------------------|-------|
| Target Dose (mg)               | 635.0 |
| Standard volume per bag (ml)   | 250   |
| Final rate of infusion (ml/hr) | 80    |

Calculated final concentration (mg/ml) 2.54

Standard time of infusion (minutes) 187.5

| Solution   | Volume (ml) | Concentration (mg/ml) | Total mg per bag |
|------------|-------------|-----------------------|------------------|
| Solution 1 | 250         | 0.025                 | 6.350            |
| Solution 2 | 250         | 0.254                 | 63.500           |
| Solution 3 | 250         | 2.520                 | 630.003          |

\*\*\* PLEASE NOTE \*\*\* The total volume and dose dispensed are more than the final dose given to patient because many of the solutions are not completely infused

| Step | Solution | Rate (ml/hr) | Time (min) | Volume infused per step (ml) | Dose administered with this step (mg) | Cumulative dose (mg) |
|------|----------|--------------|------------|------------------------------|---------------------------------------|----------------------|
| 1    | 1        | 2.0          | 15         | 0.50                         | 0.0127                                | 0.0127               |
| 2    | 1        | 5.0          | 15         | 1.25                         | 0.0318                                | 0.0445               |
| 3    | 1        | 10.0         | 15         | 2.50                         | 0.0635                                | 0.1080               |
| 4    | 1        | 20.0         | 15         | 5.00                         | 0.1270                                | 0.2350               |
| 5    | 2        | 5.0          | 15         | 1.25                         | 0.3175                                | 0.5525               |
| 6    | 2        | 10.0         | 15         | 2.50                         | 0.6350                                | 1.1875               |
| 7    | 2        | 20.0         | 15         | 5.00                         | 1.2700                                | 2.4575               |
| 8    | 2        | 40.0         | 15         | 10.00                        | 2.5400                                | 4.9975               |
| 9    | 3        | 10.0         | 15         | 2.50                         | 6.3000                                | 11.2975              |
| 10   | 3        | 20.0         | 15         | 5.00                         | 12.6001                               | 23.8975              |
| 11   | 3        | 40.0         | 15         | 10.00                        | 25.2001                               | 49.0976              |
| 12   | 3        | 80.0         | 174.375    | 232.50                       | 585.8024                              | 635.0000             |

Total time (minutes) = 339.375 = 5.66 hrs

Verificar se toda a terapêutica de urgência está disponível à cabeceira da doente

Figura 1. Protocolo médico de Dessensibilização Oncológica



No momento de acolhimento da doente A. no serviço, o Enfermeiro realizou colheita de dados detalhada e estruturada, incluindo a sintomatologia manifestada em cada episódio de RHS, estratificando o risco da doente face ao protocolo de DO.

O Enfermeiro, com objetivo de capacitar a doente A. para o autocuidado e reduzir a ansiedade por si vivenciada, transmitiu-lhe informações essenciais quanto ao tipo de tratamento, duração e eventos adversos que poderiam ocorrer. A doente foi alertada ainda quanto aos sinais e sintomas que podiam indicar RHS tardia e quanto aos cuidados a ter na gestão rápida e precoce dessa sintomatologia, nomeadamente pela adesão ao regime terapêutico prescrito pelo Imunoalergologista (Winkeljohn, D., & Polovich, M., 2006).

Assumindo-se um risco elevado de possível RHS, coube ao Enfermeiro a preparação do ambiente envolvente: assegurando o teste e operacionalização do material/equipamento, nomeadamente cânulas de aspiração/oxigénio e a preparação de terapêutica de emergência e/ou urgência, para eventual uso imediato.

A operacionalização do protocolo de DO foi da responsabilidade do Enfermeiro. Preparou e administrou pré-medicação prévia ao ciclo de quimioterapia e verificou e administrou quimioterapia de acordo com esse protocolo.

A doente A. foi monitorizada e vigiada continuamente pelo Enfermeiro durante e até duas horas após a completa perfusão de dacarbazina.

O Enfermeiro, ao reconhecer precocemente os sinais e sintomas manifestados pelo doente, terá uma intervenção adequada e atempada perante a RHS, melhorando os resultados da sua atuação (Vogel, W. H., 2010).

## Conclusões

Com a apresentação deste caso clínico é possível demonstrar que, apesar da história prévia de RHS a um fármaco, é possível retomar a sua perfusão de forma segura e eficaz.

O Enfermeiro tem um papel fulcral no cuidado ao doente hemato-oncológico sob DO, pela sua atuação específica e individualizada, que incide na promoção do autocuidado, da adesão ao regime terapêutico e na gestão precoce e rápida de sintomatologia de RHS.

No caso particular da administração de protocolos de DO, tendo em conta a especificidade deste procedimento, o Enfermeiro desenvolve um papel essencial na preparação, verificação, avaliação, administração, vigilância/monitorização e coordenação de todo o procedimento, sendo um elemento-chave na articulação da equipa multidisciplinar, fundamental neste tipo de intervenção.

## Referências bibliográficas

- Caiado, J. (2016). Hipersensibilidade a fármacos - tratar, documentar e dessensibilizar. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 24(2), pp. 111-114.
- Caiado, J., Rodrigues, T., Pedro, E., Costa, L., & Barbosa, M. P. (2009). Dessensibilização a fármacos em oncologia: Experiência de um serviço de Imunoalergologia. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 17(1), pp. 57-74.
- Castells, M. (2006). Rapid desensitization for hypersensitivity reactions to chemotherapy agents. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 6, pp. 271-277.
- Jakel, P., Carsten, C., Carino, A., & Melinda, B. (Abril de 2016). Nursing Care of Patients undergoing Chemotherapy Desensitization: Part II. *Clinical Journal of oncology Nursing*, 20(2), 137-139.
- Jakel, P., Cynthia, C., Braskett, M., & Carino, A. (Abril de 2016). Nursing Care of patients undergoing Chemotherapy Desensitization: Part I. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(1), 29-32.
- Johansson, S., Bieber, T., Dahl, R., Friedmann, P., Lanier, B., & Lockey, R. (2004). Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of World Allergy Organization, October 2003. *Journal Allergy Clin Immunology*, 113, pp. 832-836.
- Lenz, H. (2007). Management and preparedness for infusion and hypersensitivity reactions. *Oncologist*, 12(5), pp. 601-609.
- Lenz, H. J. (s.d.). Management and preparedness for infusion and hypersensitivity reactions. *Oncologist*, 12, pp. 601-609.
- Raposo, J., Esteves, G., Lacerda, J., Martins, C., Lopes, C., Valle, S., ... Alves, D. (2014). Serviço de Hematologia Transplantação de Medula - Protocolos de Abordagem terapêutica. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E - Hospital de Santa Maria.
- Regateiro, F., & Faria, E. (2016). Mecanismo Imunopatológicos das reações de hipersensibilidade a fármacos. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 24(2), pp. 63-78.
- Vogel, W. H. (Abril de 2010). Infusion Reactions: diagnosis, assessment, and management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 10-21.
- Winkeljohn, D., & Polovich, M. (2006). Carboplatin Hypersensitivity Reactions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(5), pp. 595-598.
- Zanotti, K., & Markman, M. (2001). Prevention and management of antineoplastic-induced hypersensitivity reactions. *Drug Safety*, 10, pp. 767-779.
- Zetka, E. S. (Outubro de 2012). The essential of Chemotherapy-Induced infusion reactions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(5), 527-529.

# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO DOENTE SUBMETIDO A ANTINEOPLÁSICOS ORAIS: CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO – REVISÃO SCOPING

*Nursing interventions in patient submitted to oral antineoplastic: empowerment for self-care - Scoping review*

Carine dos Reis Lopes  
Enfermeira Especialista em Enfermagem  
Médico-cirúrgica vertente oncológica,  
Hospital da Luz Coimbra  
[carinedriopes@gmail.com](mailto:carinedriopes@gmail.com)

Eunice Maria Casimiro  
dos Santos Sá  
Professora Adjunta  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
[esa@esel.pt](mailto:esa@esel.pt)

**RESUMO:** Atualmente verificamos um aumento de utilização dos antineoplásicos orais (AO) no tratamento do doente oncológico. Torna-se premente que os enfermeiros desenvolvam intervenções eficazes na gestão segura dos AO e permitam a capacitação do doente oncológico.

**Objetivo:** Identificar as intervenções de enfermagem que capacitem o doente oncológico submetido a AO para o autocuidado.

**Método de revisão:** Utilizamos a *scoping review* baseada na *Joanna Briggs Institute*, tendo sido realizada a seleção, extração e síntese dos dados por um revisor de forma independente.

**Apresentação e discussão de resultados:** Incluímos 15 estudos na revisão que revelaram que as áreas de intervenção do enfermeiro são a desmitificação de crenças, adesão, suporte e educação do doente, gestão de efeitos secundários e da terapêutica AO.

**Conclusão:** Concluímos que a maioria dos estudos são revisões nas quais existem diferenças relativamente às intervenções de enfermagem na capacitação do doente oncológico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doentes; Enfermeiros; Antineoplásicos orais; Intervenções de enfermagem; Autocuidado.

**ABSTRACT:** *Currently, there is an increase in the use of oral antineoplastics (OA) in the treatment of cancer patients. So, it is emerging (essential) that nurses develop interventions which guaranties a safety management and promote empowerment of oncology patient.*

**Objective:** *To map nursing interventions who empower oncology patients submitted to OA for self-care.*

**Review method:** *We used a scoping review based on the Joanna Briggs Institute, having performed a selection, extraction and data collection by an independent reviewer.*

**Presentation and discussion of results:** *We include 15 studies in the review, that have revealed that the nurse's areas of intervention are believes demystification, adherence, patient support and education, side effect and therapy management of OA.*

**Conclusion:** *We conclude that most of studies are reviews which had some differences regarding nursing interventions to empower oncology patient.*

**KEYWORDS:** *Patients; Nurses; Oral antineoplastic; Nursing interventions; Self-care.*

## Introdução

Os antineoplásicos orais (AO) trouxeram uma mudança de paradigma nas condições de administração da quimioterapia. Por um lado, os AO trouxeram mais autonomia para o doente, mas também maior responsabilidade para os enfermeiros (Arber, Odelius, Williams, Lemanska e Faithfull, 2017). No entanto, os profissionais de saúde têm demonstrado menos capacidade na sua intervenção junto dos doentes submetidos a AO comparativamente à quimioterapia endovenosa (Jacobson et al., 2012).

Consideram-se AO todas as substâncias antineoplásicas citotóxicas, assim como agentes biológicos que podem ser administrados oralmente (Weingart et al., 2008). Os autores, Schneider, Adams e Gosselin (2014), consideram-nos vantajosos na medida em que permitem uma maior flexibilidade e conveniência para o doente causando menos interferências na sua vida diária. Vioral, Leslie, Best e Somerville (2014) referem que o aumento dos AO tem tido um grande impacto nos cuidados ao doente. Embora refirmam que é uma vantagem permanecer no domicílio durante o tratamento, alguns dos doentes referem sentir-se inseguros por não obterem aconselhamento em casa e poderem resolver algumas situações (Gassman, Kolbe e Brenner, 2016).

Assim, os enfermeiros necessitam de instruir os doentes acerca dos esquemas terapêuticos, auxiliá-los na gestão dos efeitos secundários, incentivá-los a comunicar com os profissionais de saúde sempre que experimentem efeitos

secundários graves e ajudá-los a compreender a importância da adesão à terapêutica para que seja mantida a sua eficácia (Spolestra et al., 2013).

LeFebvre e Felice (2016) referem que esta transição de ambiente em que é administrada a quimioterapia reduziu a capacidade dos profissionais de saúde em garantir a segurança na administração de AO. Desta forma, os enfermeiros têm uma intervenção fundamental junto do doente submetido a AO, relativamente à educação, adesão e gestão de AO efeitos secundários.

Nos dias de hoje, ainda existem crenças erróneas acerca da maior ou menor eficácia relativamente aos AO. Moody e Jackowski (2010) dizem que os doentes ainda acreditam incorretamente que os AO são menos tóxicos do que os tratamentos com quimioterapia endovenosa pelo que os enfermeiros têm um papel imprescindível na desmitificação de crenças.

Para além da desmistificação de crenças, os enfermeiros devem focar a sua intervenção na gestão de efeitos secundários, pois quando são demasiado perturbadores para o doente podem resultar em que ocorra diminuição ou omissões de doses, o que pode ter como consequência que o doente não faça a dose recomendada (Schneider et al., 2014). Por outro lado, mesmo quando os doentes experienciam toxicidades graves, verifica-se que nem sempre as comunicam aos profissionais de saúde, por receio que o seu tratamento seja suspenso (Gassman et al., 2016). Alguns dos doentes têm receio de cessar o



tratamento se não aderirem à terapêutica ou se tiverem efeitos secundários pelo que omitem a verdade. Assim, é importante uma atitude proactiva dos enfermeiros para que os doentes se sintam confortáveis e recorram aos mesmos sempre que necessário (Yagasaki e Komatsu, 2013). Nesse sentido, o *follow-up* telefónico é fundamental para despistar estas situações oferecendo suporte ao doente e família na gestão destes sintomas (Gassman et al., 2016). Boucher, Lucca, Hooper, Pedulla e Berry (2015) referem que o papel dos enfermeiros é de reforçar os ensinamentos, particularmente entre as seis e oito semanas, e de monitorizar os efeitos secundários.

Os enfermeiros são imprescindíveis na educação dos doentes oncológicos submetidos a AO e a sua presença é crucial no momento em que o doente inicia os AO (Yagasaki e Komatsu, 2013). Moody e Jackowski (2010) referem que a educação é a chave do sucesso no tratamento com AO. E que esta possibilita aos doentes a aquisição de conhecimentos corretos, permitindo uma boa gestão dos AO e dos efeitos secundários (Boucher et al., 2015).

Yagasaki e Komatsu (2013) dizem que é importante que os enfermeiros em oncologia estabeleçam uma relação de parceria com os seus doentes. Estes devem prestar atenção aos seus doentes, estabelecer uma relação de ajuda e oferecer suporte psicológico e emocional aos mesmos, no sentido de capacitá-los para o autocuidado.

A intervenção dos enfermeiros especialistas em oncologia deve ser focada no desenvolvimento de estratégias que permitam aquisição de conhecimentos dos doentes. Schneider et al. (2014) defendem que os enfermeiros devem utilizar estratégias na gestão de efeitos secundários, estratégias comportamentais tais como o envolvimento cuidadores ou familiares que permitam lembrar o doente que deve tomar o AO, e ainda fornecer suporte afetivo recorrendo ao *follow-up* telefónico semanal. Pois as consequências de uma gestão ineficaz de AO pode levar à progressão da doença ou ter consequências fatais pelas suas toxicidades (Yagasaki e Komatsu, 2013).

A adesão aos AO é importante para que haja eficácia no tratamento. As intervenções de enfermagem são essenciais e têm tido um impacto positivo nos doentes, pois permitem uma melhor adesão ao tratamento, melhoraram as probabilidades de cura e a qualidade de vida dos doentes (Schneider et al., 2014). Por vezes, a não adesão aos AO deve-se ao facto de existir défice de conhecimento

acerca dos AO (Arber et al., 2017). Assim, pode dizer-se que os enfermeiros detêm um papel imprescindível na reeducação e suporte do paciente (Harrold, 2010).

Fez-nos sentido a elaboração desta revisão *scoping* para analisar e mapear as intervenções de enfermagem utilizadas na capacitação do doente submetida a AO. Desta forma, foi realizada uma pesquisa prévia sobre outras revisões sistemáticas e revisões *scoping* acerca da temática nas bases de dados *The Joanna Briggs Institute*, CINAHL e MEDLINE. Nesta revisão *scoping* foi utilizada a metodologia conforme preconizado pela *Joanna Briggs Institute* (2015). Verificamos na nossa prática que nem sempre existe consenso relativamente às intervenções de enfermagem junto do doente submetido a AO. Desta forma, procuramos responder a seguinte questão de investigação que guiou o desenvolvimento da nossa revisão *scoping*, “Quais as intervenções de enfermagem utilizadas no doente submetido a antineoplásicos orais?”.

## Método de revisão

Foi utilizada a revisão *scoping* que seguiu a metodologia descrita pela *Joanna Briggs Institute* (2015), utilizando a estratégia de pesquisa *Participants, Concept e Context* (PCC) em que os participantes incluíam enfermeiros e doentes oncológicos (P) com idade igual ou superior a 18 anos, de qualquer etnia e com doença oncológica submetidos a qualquer tipo de terapêutica antineoplásica oral; relativamente aos conceitos, integramos na nossa revisão todos os estudos que incluíam intervenções de enfermagem utilizadas no doente submetido a AO (C) e quanto ao contexto foram considerados todos os contextos de Hospital de dia e ambulatório (C). Relativamente ao tipo de estudos, incluímos os qualitativos e quantitativos, publicados entre 2007-2017 na língua inglesa.

## Estratégia de pesquisa

Numa primeira fase foi realizada uma pesquisa utilizando as palavras-chave *Patient, Nurses, oral antineoplastic, nursing intervention, self-care* nas bases de dados CINAHL e MEDLINE. Numa segunda fase, após análise dos títulos e resumos de forma a alargar a pesquisa, foi acrescentado termos como *oral chemotherapy* por ser sinónimo do *oral antineoplastic* e submetidas as palavras-chave e os termos de indexação nas bases de dados (Tabela 1).

**Tabela 1.** Estratégia de pesquisa nas bases de dados e respectivos resultados

| CINAHL WITH FULL TEXT<br>(PESQUISA REALIZADA A 23 DE NOVEMBRO DE 2017) |   |
|--|---|
| RESULTADOS: 55 ARTIGOS   |   |
| #15  | Limite 01-01-2007 e 31-01-2017<br>Limite idioma: Inglês |
| #14  | #11 AND #12 AND #13                                     |
| #13  | #9 OR #10   |
| #12  | #6 OR #7 OR #8  |
| #11  | #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5                              |
| #10  | "Oral chemotherapy"                                     |
| #9   | "Oral antineoplastic"                                   |
| #8   | "Patient self-care"                                     |
| #7   | "Patient"   |
| #6   | MH "Patients"   |
| #5   | "Nursing interventions"                                 |
| #4   | MH "Nursing interventions"                              |
| #3   | "Nursing"   |
| #2   | "Nurse"   |
| #1   | MH "Nurses"   |

| MEDLINE WITH FULL TEXT<br>(PESQUISA REALIZADA A 23 DE NOVEMBRO DE 2017) |   |
|---|---|
| RESULTADOS: 56 ARTIGOS  |   |
| #15   | Limite 01-01-2007 e 31-01-2017<br>Limite idioma: Inglês |
| #14   | #11 AND #12 AND #13                                     |
| #13   | #9 OR #10   |
| #12   | #6 OR #7 OR #8  |
| #11   | #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5                              |
| #10   | "Oral chemotherapy"                                     |
| #9  | "Oral antineoplastic"                                   |
| #8  | "Patient self-care"                                     |
| #7  | "Patient"   |
| #6  | MH "Patients"   |
| #5  | "Nursing interventions"                                 |
| #4  | MH "Nursing interventions"                              |
| #3  | "Nursing"   |
| #2  | "Nurse"   |
| #1  | MH "Nurses"   |

## Extração de resultados

A extração dos resultados deve conter os dados extraídos que foram revistados para responder ao objetivo e questão de investigação (JBI, 2015). Desta forma, recorreremos ao instrumento de extração de dados para a nossa revisão *scoping*, utilizando o fluxograma PRISMA conforme apresentado na figura 1. Da pesquisa efetuada na base de dados EBSCO da *CINAHL* e *MEDLINE*, conforme descrito no fluxograma da figura 1, obtivemos um total de 111 artigos, sendo estes respetivamente 55 e 56 artigos. Foram eliminados 3 artigos na *CINAHL* e 24 na *MEDLINE* por se encontrarem repetidos, obtendo-se um total de 52 artigos e 32 respetivamente. Dessa pesquisa através dos abstract e títulos foram selecionados 20 artigos na *CINAHL* e 11 na *MEDLINE* de acordo com os critérios de inclusão. Desta pesquisa resultaram 11 artigos na *CINAHL* e 4 na *MEDLINE*, alguns dos artigos foram excluídos por incluírem população pediátrica nos doentes ou por incluírem outros grupos profissionais que não enfermeiros. Na pesquisa foi estabelecido um limite temporal de 10 anos – entre 2007-2017 – com a finalidade de obter a evidência científica mais atual.

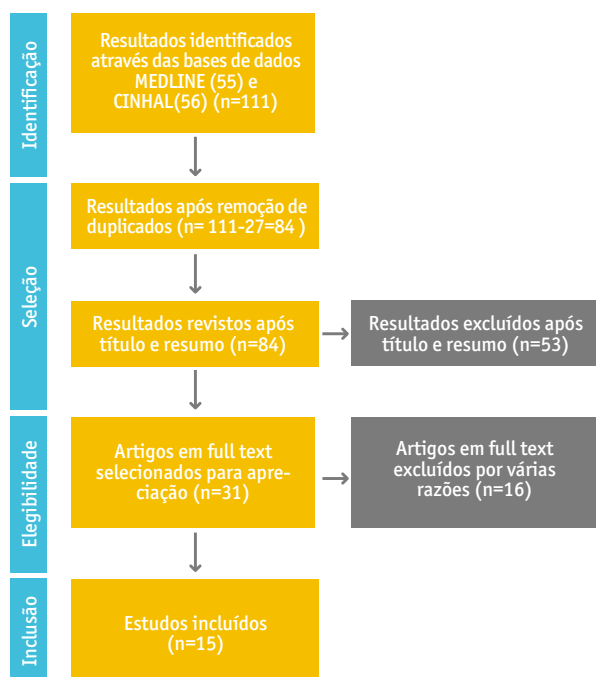
## Apresentação e discussão dos resultados

Após a seleção dos estudos foi elaborado um quadro (Quadro 1) que permite uma descrição dos mesmos relativamente às intervenções de enfermagem no doente submetido a AO que permitissem responder a nossa questão de investigação.

Nos últimos anos, verificou-se um aumento do número de AO no tratamento da doença oncológica. Cerca de 25% dos cerca de 400 antineoplásicos são orais (Kav et al., 2008). Por um lado, os AO têm sido considerados por muitos como sendo mais convenientes e menos tóxicos no tratamento do cancro. Winkeljohn (2007) refere que o facto de os doentes poderem tomar os AO no domicílio sem terem de se deslocar ao hospital melhorou a sua qualidade de vida, uma vez que realizar o tratamento em casa permite maior flexibilidade, conveniência e controlo, promovendo a sua autonomia (Arber et al., 2017; Schneider et al., 2011; Winkeljohn, 2007). Muitos dos doentes, preferem o tratamento administrado oralmente do que pela via endovenosa desde que a sua eficácia seja mantida (Arber et al., 2017).

Ao analisar os artigos selecionados é possível perceber a importância da intervenção do enfermeiro junto do doente oncológico submetido AO. Desta forma, verificamos que as

principais áreas de atuação do enfermeiro perante o doente submetido a AO são na desmitificação de crenças, na gestão de efeitos secundários, na adesão aos AO, no suporte e educação do doente, na gestão de efeitos secundários e na gestão da terapêutica conforme apresentado no quadro 1.



**Figura 1.** Fluxograma PRISMA para revisão *scoping* (Adaptado, JBI 2015)

### Desmitificação de crenças

Alguns doentes podem pensar que a administração de um “comprimido” de quimioterapia é menos tóxico do que o tratamento realizado via endovenosa. No entanto, isto é na realidade uma “falsa crença” (Moody e Jackowsky, 2010). Neste sentido, os enfermeiros devem intervir na desmistificação de crenças erróneas relativamente aos AO, esclarecendo os doentes submetidos a estas terapêuticas.

Para além da desmistificação de crenças, os enfermeiros têm um papel fundamental na sua intervenção junto do doente submetido a AO. Os mesmos devem promover a adesão terapêutica AO, garantir a segurança do próprio doente nomeadamente na gestão da terapêutica e na gestão de efeitos secundários, oferecer suporte, educar e monitorizar os mesmos através do *follow-up*.

### Adesão terapêutica

A adesão tem sido identificada como sendo o maior desafio para o sucesso dos resultados relativamente as terapêuticas (Vioral et al., 2014). Esta foi definida pela OMS (2003) como o cumprimento do comportamento da pessoa em relação ao regime medicamentoso de acordo com as indicações dos profissionais (OE, 2009). A adesão correta significa que nunca existiu um esquecimento do AO, nem foi tomado nenhuma dose extra para além do prescrito (Vioral et al., 2014). A sobre-dosagem ou não adesão é considerada um grande problema devido ao impacto que esta tem nos resultados sensíveis aos cuidados (Vioral et al., 2014). Os doentes submetidos a AO apresentam uma maior incidência de não adesão uma vez que a terapêutica é auto-administrada (Kav et al., 2008).

Em cada visita ao hospital, deve ser verificada a adesão ao tratamento. Esta pode ser um problema quando não é controlada pela equipa de oncologia (Winkeljohn, 2007). Os doentes devem estar despertados para a importância de tomar os AO e perceber os riscos associados quando não tomam a mesma ou quando não reportam os efeitos secundários (Moody e Jackowski, 2010).

Os cuidados relativamente aos AO necessitam de ser reconhecidos e identificados como sendo de alto risco para melhorar a adesão do doente. Arber et al. (2017) referem que os conhecimentos dos doentes, a compreensão e a retenção da informação interferem com a adesão terapêutica. LeFebvre e Felice (2016) referem que este défice de conhecimento acerca dos AO está relacionado com a não adesão. O envolvimento dos enfermeiros junto dos doentes submetidos a AO é fundamental para identificar situações de não-adesão (Yagasaki e Komatsu, 2013). Pois esta pode potenciar os efeitos secundários, a resistência à terapêutica e progressão do cancro (Vioral et al., 2014). Moody e Jackowski (2010) referem que doentes que tenham uma maior compreensão acerca da sua doença e esquema terapêutico tem uma maior adesão à terapêutica. Assim, os enfermeiros devem ajudar os doentes a compreender a complexidade dos AO (Vioral et al., 2014).

### Suporte e Educação do doente

A responsabilidade da gestão dos AO mudou dos profissionais para os doentes, que também se tornaram res-



ponsáveis pela gestão dos AO (Gassman et al., 2016). A educação do doente e sua família são o fator mais importante no sucesso dos doentes submetidos a AO (Kav et al., 2008). Winkeljohn (2007) refere que os enfermeiros são responsáveis pela maior parte dos ensinamentos. Devem pensar, atuar e intervir antecipadamente nas necessidades dos doentes (Yagasaki e Komatsu, 2013). Kav et al. (2008), mencionam que os enfermeiros se encontram numa posição privilegiada que lhes permite oferecer suporte, sendo este fundamental na educação ao doente e sua família e na gestão de efeitos secundários.

A maioria dos doentes prefere o tratamento com AO do que a via endovenosa. No entanto, os doentes mencionam sentir insegurança por não terem apoio dos profissionais no domicílio (Gassman et al., 2016). Kav et al. (2008), mencionam que é necessário capacitar os enfermeiros para contrariar este facto para que os mesmos sejam capazes de acompanhar os doentes submetidos a AO. Harrold (2010) acrescenta que os enfermeiros têm um papel imprescindível na educação do paciente e suporte e que apenas quando o doente e os profissionais de saúde sabem qual a melhor maneira de gerir as práticas pode haver diminuição de toxicidades e melhoria de resultados.

Moody e Jackowski (2010) referem que é importante existirem enfermeiros de referência em oncologia, pois é uma forma de melhorar a segurança do doente e adesão ao regime terapêutico. Estes enfermeiros podem ajudar os doentes e seus cuidadores na compreensão da importância da adesão ao regime terapêutico, reconhecimento precoce de efeitos secundários e segurança no manuseamento e armazenamento dos AO (Moody e Jackowski, 2010).

Vioral et al. (2014) referem que sempre que existe um contacto entre o doente e profissional cria-se uma oportunidade para reforçar ensinamentos acerca dos AO e esclarecer dúvidas que possam existir acerca do esquema terapêutico, cuidados no manuseamento e armazenamento dos AO, omissões de tomadas, em que situações devem ser contactados os profissionais de saúde, efeitos secundários e como gerir os mesmos.

### **Gestão de efeitos secundários**

Os AO têm efeitos secundários tão graves como a quimioterapia endovenosa (Gassman et al., 2016). Quando os efeitos secundários dos AO são geridos de forma inadequada podem ocorrer interrupções do tratamento ou

necessidade de suspender o mesmo (Vioral et al., 2014). Assim, os ensinamentos acerca da gestão de efeitos secundários e o esquema terapêutico devem ser o foco de atenção dos enfermeiros, uma vez que a presença dos efeitos secundários não só afeta a adesão à terapêutica, mas também a imagem corporal do doente e sua qualidade de vida (Schneider et al., 2011).

As intervenções de enfermagem que incorporam a educação e a deteção precoce de sintomas têm tido um impacto positivo na gestão de efeitos secundários e permitem a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem (Arber et al., 2017; Gassman et al., 2016; Schneider et al., 2011).

### **Gestão da terapêutica e Segurança na administração**

A transição na administração da quimioterapia reduziu a capacidade dos profissionais em manter a segurança e correta administração dos AO (LeFebvre e Felice, 2016). Uma gestão terapêutica ineficaz pode causar progressão da doença ou levar a morte pela gravidade dos efeitos secundários (Yagasaki e Komatsu, 2013). Os autores Schneider et al. (2011) referem que a segurança na administração dos AO é fundamental para a proteção do próprio doente, cuidadores e ambiente. Assim, é importante que o doente esteja capacitado para gerir os AO, o que requer responsabilidade e segurança na sua auto-administração (Arber et al., 2017).

Os problemas de segurança relacionados com a quimioterapia oral são tão importantes como aqueles associados à quimioterapia endovenosa pelo que os doentes e cuidadores devem estar instruídos e devem compreender os perigos associados a tais terapêuticas (Moody e Jackowski, 2010; Schneider et al., 2011). Desta forma, o envolvimento dos enfermeiros desde início é fundamental para determinar se o doente ou cuidador são capazes de assumir as responsabilidades associadas aos AO antes de prosseguir com o planeamento e identificar possíveis “doentes de risco” (Yagasaki e Komatsu, 2013).

Após a análise dos resultados encontrados concluímos que os 15 estudos incluídos na revisão respondem a nossa questão de investigação acerca das intervenções de enfermagem utilizadas no doente submetido a antineoplásicos orais, revelando que as áreas de intervenção do enfermeiro são a desmitificação de crenças, adesão, suporte e educação do doente, gestão de efeitos secundários e da terapêutica AO, tal como espelhado no quadro 1.

**Quadro 1.** Descrição dos estudos relativamente às intervenções de enfermagem no doente submetido a AO

| ÁREA DE INTERVENÇÃO           | INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM  | AUTORES  |
|-------------------------------|--|--|
| Desmistificação de crenças    | Desmistificar crenças acerca da toxicidade e eficácia dos AO   | (Moody e Jackowski (2010); Schneider et al. (2011)   |
|                               | Esclarecer acerca de crenças erróneas antes de fornecer qualquer informação  | Gassmann et al.(2016); Kav et al. (2008)   |
| Adesão terapêutica            | Comunicar eficazmente para garantir a adesão terapêutica   | Gassmann et al. (2016); Kav et al. (2008)  |
|                               | Envolver os doentes e familiares nos tratamentos   | Kav et al. (2008)  |
|                               | Abordar os fatores que influenciam a adesão terapêutica (características dos doentes, doença, sistema de saúde)  | Gassman et al. (2016); Schneider et al. (2011)   |
|                               | Diminuir barreiras à adesão terapêutica (gestão ineficaz de efeitos secundários, crenças erróneas, esquecimento, falta de suporte e compreensão acerca do esquema terapêutico)   | LeFebvre e Felice (2016); Arber et al. (2017); Gassmann et al. (2016); Schneider et al. (2011); Schneider et al. (2014)                        |
|                               | Utilizar estratégias educativas para melhorar a adesão terapêutica tais como informação escrita e utilização de diários, Medication Electronic Monitoring System, lembretes, caixas terapêutica, alarmes, mensagens de texto ou caixas terapêuticas electrónicas | Maloney e Kagan (2011); Kav et al. (2008)<br>Schneider et al. (2011); Arber et al. (2017)<br>LeFebvre e Felice (2016); Spolestra et al. (2013) |
|                               | Estabelecer relações terapêuticas entre doentes e profissionais para promover a adesão terapêutica   | Kav et al. (2008)  |
|                               | Monitorizar a adesão terapêutica utilizando instrumentos de avaliação  | Winkeljohn (2007); Kav et al. (2008); Vioral et al. (2014); Arber et al. (2017)  |
|                               | Reduzir a complexidade do regime terapêutico e individualizar a cada doente  | Gassmann et al. (2016); Kav et al. (2008)  |
| Suporte e educação            | Ter uma atitude proactiva na educação do doente  | Yagasaki e Komatsu (2013)  |
|                               | Oferecer suporte educacional, psicológico e emocional  | Kav et al. (2008); Yagasaki e Komatsu (2013)   |
|                               | Promover a capacitação do autocuidado na gestão de AO  | Yagasaki e Komatsu (2013)  |
|                               | Fornecer informação verbal e suporte escrito (Folhetos informativos) personalizada tendo em conta a individualidade de cada doente   | Vioral et al. (2014); LeFebvre e Felice (2016)<br>Winkeljohn (2007); Moody e Jackowski (2010)<br>Arber et al. (2017)                           |
|                               | Não transmitir informações acerca do tratamento no momento de diagnóstico  | LeFebvre e Felice (2016)   |
|                               | Providenciar apoio ao doente e cuidadores no domicílio   | Gasmann et al. (2016)  |
|                               | Educar o doente acerca do esquema terapêutico, armazenamento e manuseamento, terapêuticas de suporte, interações alimentares/medicamentosas e omissões de tomas, efeitos secundários e quando contactar o profissional de saúde                                  | LeFebvre e Felice (2016); Moody e Jackowski (2010); Winkeljohn (2007); Schneider et al. (2011); Vioral et al. (2014)                           |
|                               | Estabelecer uma relação de parceria com o doente e cuidadores  | Yagasaki e Komatsu (2013)  |
|                               | Envolver doentes e cuidadores para a educação do doente  | LeFebvre e Felice (2016); Kav et al. (2008)  |
|                               | Promover a atualização contínua dos enfermeiros acerca das terapêuticas AO   | Vioral et al. (2014)   |
|                               | Estabelecer contacto telefónico (follow-up ) para validar informação transmitida   | LeFebvre e Felice (2016); Boucher et al. (2015)  |
|                               | Transmitir a informação de forma simples, clara e concisa  | Harrold (2010); Moody e Jackowski (2010)   |
| Gestão de efeitos secundários | Esclarecer dúvidas sempre que necessário   | Vioral et al. (2014)   |
|                               | Incentivar a reportar a presença de efeitos secundários  | Moody e Jackowski (2010); Arber et al. (2017)  |
|                               | Monitorizar complicações como interações alimentares/medicamentosas, adesão aos AO   | Moody e Jackowski (2010);  |
|                               | Detectar atempadamente efeitos secundários e prevenir complicações   | Schneider et al. (2011)  |
|                               | Alertar acerca dos riscos associados aos AO  | Schneider et al. (2011); Gassman et al. (2016); Arber et al. (2017).   |
| Gestão de terapêutica         | Monitorizar as toxicidades utilizando escalas tais como a Common Terminology Criteria for Adverse Events (NCI, 2017)   | Gassman et al. (2016); Vioral et al. (2014)  |
|                               | Cumprir guidelines recomendadas pela ASCO/ONS acerca da Chemotherapy Administration Safety Standars  | LeFebvre e Felice (2016)   |
|                               | Monitorizar os riscos associados à segurança na administração de AO  | Arber et al. (2017)  |
|                               | Informar acerca dos riscos associados ao manuseamento dos AO   | Moody e Jackowski (2010); Schneider et al. (2011)  |

## Conclusão

O objetivo desta revisão *scoping* foi analisar e mapear as intervenções de enfermagem no doente submetido a AO. Incluímos 15 estudos na nossa revisão, tendo verificado que a maioria são revisões sistemáticas da literatura. Embora exista algumas diferenças nos estudos encontrados relativamente às intervenções de enfermagem, constatamos que apenas quatro dos estudos que mencionam a desmitificação de crenças como intervenção junto do doente submetido a AO. Em contrapartida, a maioria dos estudos incluídos mencionam o suporte e educação como estratégia junto dos doentes oncológicos. Para além destas intervenções, nos estudos selecionados, são ainda definidas como estratégias a promoção de adesão terapêutica, a gestão dos AO e dos efeitos secundários. Consideramos que existem lacunas nos estudos incluídos e que a maioria são revisões de literatura. Constatamos que é necessário realizar mais investigação para melhorar a nossa intervenção junto dos doentes submetidos a AO, capacitando-os para o seu próprio autocuidado.

## Implicações para a prática

Tendo em conta a pertinência do tema e a relevância das intervenções de enfermagem no doente submetido a AO, constatamos que seria importante futuramente a realização de mais estudos de investigação a fim de melhorar as intervenções de enfermagem procurando a uniformidade na prática junto do doente oncológico.

## Referências bibliográficas

- Arber, A., Odelius, A., Williams, P., Lemanska, A., & Faithfull, S. (2017). Do patients on oral chemotherapy have sufficient knowledge for optimal adherence? *European Journal of Cancer*, 26, 1-8.
- Boucher, J., Lucca, J., Hooper, C., Pedulla, L. & Berry, D. (2015). A structured nursing intervention to address oral chemotherapy adherence in Patients with non-small cell lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 42(4), 383-389.
- Gassmann, C., Kolbe, N., & Brenner, A. (2016). Experiences and coping strategies of oncology patients undergoing oral chemotherapy: first steps of a grounded theory study. *European Journal of Oncology Nursing*, 23, 106-114.
- Harrold, K. (2010). Effective management of adverse effects while on chemotherapy implications for nursing practice. *European Journal of Cancer*, 19, 12-20.
- Given, B. Spolestra, S. & Grant, M. (2011). The challenges of oral agents as antineoplastic treatments. *Seminars in Oncology Nursing*, 27(2), 93-103.
- Jacobson, J., Polovich, M., Gilmore, T., Schulmeister, L., Esper, P. ... Neuss, M. (2012). Revisions to the 2009 American Society of Oncology/Oncology Nursing Society chemotherapy administration standards: expanding the scope to include inpatient settings. *Oncology Nursing Forum*, 39(1), 31-38.
- Kav, S., Johnson, J., Rittenberg, C., Fernandez-Ortega, P., Suominen, T., ... Clark-Snow, R. (2008). Role of the nurse in the patient education and follow-up of people receiving oral chemotherapy treatment: an International survey. *Support Care Cancer*, 16, 1075-1083.
- LeFebvre, K., & Felice, T. (2016). Nursing application of oral chemotherapy safety standards: an Informal Survey. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20 (3), 258-62.
- Maloney, K., & Kagan S. (2011). Adherence and oral agents with older patients. *Seminars in Oncology*, 27(2), 154-160
- Moody, M., & Jackowski, J. (2010). Are patients on oral chemotherapy in your practice setting safe? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(3), 339-346.
- Rudnitzki, T., & McMahon, D. (2015). Safety challenges and recommendations. *Clinical Journal of Oncology*, 19(3), 41-46. Schneider, S., Hess, K., & Gosselin T. (2011). Interventions to Promote Adherence with Oral Agents. *Seminars of oncology*, 27 (2), 133-141.
- Schneider, S., Adams, D., & Gosselin, T. (2014). A tailored nurse coaching intervention for oral chemotherapy. *Journal of the advanced practitioner in Oncology*, 5(3), 163-172.
- Spolestra, S., Given, B., Given, C., Grant, M., Sikorskii, A., You, M., & Decker, V. (2013). An intervention to improve adherence and management of symptoms for patients prescribed oral chemotherapy. *Cancer nursing*, 36(1), 18-28.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews. Consultada em Fevereiro, 2018 em [https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual\\_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews\\_2015\\_v2.pdf](https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf).
- Yagasaki, K., & Komatsu, H. (2013). The need for a nursing presence in oral chemotherapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17 (5), 512-516.
- Vioral, A., Leslie, M., Best, R., & Somerville, D. (2014). Patient adherence with oral oncolytic therapies. *Seminars in Oncology Nursing*, 30(3), 190-199.
- Weingart, S.N., Brown, E., Bach, P.B., Eng, K., Johnson, S.A., Kuzel, T.M. & Walters, R.S. 2008. NCCN task force report: oral chemotherapy. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 6 (Suppl. 3), 1-14.



# A PERTINÊNCIA DA FORMAÇÃO ESPECIALIZADA EM QUIMIOTERAPIA

*The pertinence of a specialized chemotherapy training*

Sandra Marques

Enfermeira, Trabalhadora independente  
[sandrasofiamarques@gmail.com](mailto:sandrasofiamarques@gmail.com)

**RESUMO:** Administração de quimioterapia é uma das práticas mais comuns nos Serviços de Oncologia e, como qualquer prática de Enfermagem, requer um sólido conhecimento sobre a mesma. É fundamental para assegurar uma prática segura que o enfermeiro detenha um bom nível de conhecimento e compreensão sobre as drogas citotóxicas, formas de administração, efeitos secundários, os potenciais riscos para si e para o doente e que saiba como atuar em caso de extravasamento. E isto só é possível com formação prévia e específica a nível formal e informal e a existência de protocolos que sustentem esta prática. Em determinados países existem programas específicos sobre a administração de quimioterapia, que combinam a teoria com a prática clínica nas Unidades de Oncologia. Esta formação é aplicada a toda a equipa de enfermagem, sendo obrigatória para todo os novos elementos do serviço. Como exemplo, neste artigo será apresentado um instrumento de avaliação, integrado num programa de formação na administração de quimioterapia, existente num hospital especializado em Oncologia do Reino Unido. Mais do que um método de avaliação, este instrumento serve como testemunho do desenvolvimento progressivo das competências adquiridas pelos enfermeiros que trabalham nas Unidades de Oncologia. Permite ainda uma aproximação entre o enfermeiro mais experiente e aquele recém-chegado ao serviço, facilitando a sua integração em Oncologia. Neste artigo pretende-se promover uma reflexão sobre a formação especializada em quimioterapia nos Serviços de Oncologia e a sua importância para uma prática segura em enfermagem.

**PALAVRAS-CHAVE:** Quimioterapia; Formação de Enfermeiros; Prática Segura; Serviços de Oncologia.

**ABSTRACT:** *Chemotherapy administration is one of the most common practices on the Oncology Units and, as any nursing practice, it requires the existence of a solid knowledge. It is fundamental, to ensure a safe practice, for the nurse to have knowledge and understanding about the chemotherapy drugs, how to administer them, their side effects, the potential risks for himself and for the patient and how to act in case of extravasation. And this is only possible with a previous specialized training and the existence of protocols to support the practice. In some countries, there are specific training programs about the administration of chemotherapy, which combine the theory with the clinical practice in the Oncology units. This training is applied to all the nursing team and it is mandatory for the new elements working on the wards. As an example, it will be presented an instrument of evaluation integrated on a training programme about administration of chemotherapy, used by one of the Oncology hospitals*

*in the United Kingdom. More than just an evaluation method, this instrument shows the progressive development of the acquired competencies of the nurses that work on Oncology Units. It also promotes a closer proximity between a more experienced nurse and the new nurse on the ward, making his induction easier in Oncology. This article aims to promote a reflection about the chemotherapy specialized training on the Oncology Units.*

**KEYWORDS:** *Chemotherapy; Nursing Training; Safe Practice; Oncology Units.*

## Introdução

A chegada a um novo serviço é, pela sua natureza, um momento de ansiedade e angústia para o novo elemento da equipa. Para quem nunca trabalhou em Oncologia, a diversidade de tipos de cancros, os diferentes protocolos de quimioterapia, os cuidados específicos na manipulação e administração e os efeitos secundários das mesmas podem fazer um profissional sentir-se perdido, ansioso e, por conseguinte, comprometer o sucesso da sua integração. Algo já exemplificado por Patricia Benner quando nos refere a dificuldade de integração de uma enfermeira, mesmo que experiente em cardiologia neste caso, num serviço que lhe é totalmente estranho (Benner, 2005, p.173).

A experiência da autora em diferentes serviços de Oncologia ao longo da sua carreira, tanto em Portugal como no Reino Unido, permitiu-lhe observar a forma como cada hospital abordava esta questão da integração dos novos elementos, com ou sem um plano de formação dedicado em quimioterapia, com os seus benefícios e as consequências.

Com base na sua experiência e na consulta bibliográfica, este trabalho tem como objetivo promover uma reflexão sobre:

- A integração e formação em quimioterapia dos enfermeiros recém-chegados ao serviço de oncologia;
- A importância de uma formação estruturada para assegurar a boa prática na administração de quimioterapia.

Pretende-se deste modo promover a discussão sobre o estado da arte da integração dos novos enfermeiros nos serviços especializados em oncologia e qual o potencial papel de uma formação formalmente instituída nos serviços para melhorar a segurança nos cuidados de enfermagem prestados.

## Desenvolvimento

O Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas 2007-2010 definiu como requisitos para a prestação de cuidados em Oncologia médica, no que respeita à administração de quimioterapia, o seguinte: (...) “O serviço deve possuir enfermagem com formação específica e competências na abordagem terapêutica do doente.” (...) “Deve existir um plano de formação para os grupos profissionais envolvidos no tratamento dos doentes oncológicos.” (Coordenação Nacional de Doenças Oncológicas 2009, p.10)

O mesmo documento reforça, mais adiante, que para as unidades de nível 1, 2 e 3, são requisitos para a Enfermagem: “Educação do doente sobre efeitos dos tratamentos” (...) “Treino na administração parentérica de terapêutica citotóxica e monitorização de efeitos adversos e reações.” (Coordenação Nacional Doenças Oncológicas, 2009, p15)

Em 2017, Shari Keller, uma enfermeira da Universidade de São Francisco, desenvolveu um estudo que pretendia compreender as barreiras que impediam a adesão de um grande número de enfermeiras e enfermeiros à prática de administração da quimioterapia nos serviços de internamento de Oncologia em que estes eram integrados enquanto novos elementos.

O estudo identificou como principais barreiras “(...) o medo de exposição a medicação citotóxica (especialmente o risco de toxicidade no aparelho reprodutivo, em mulheres em idade fértil) (...), a falta de competências em quimioterapia por parte das chefias e liderança” (Keller, 2017, p.2-3).

Estas barreiras foram sendo também reconhecidas ao longo da própria experiência profissional da autora que teve a oportunidade de constatar que estas dúvidas são frequentes no dia-a-dia de uma unidade de oncologia, especialmente em equipas de mulheres jovens onde não havia um plano de formação estruturado.

Ainda segundo Keller, como resultado da renitência dos novos elementos em assumir a administração de quimioterapia, foi reportado no estudo a sobrecarga de trabalho para os restantes elementos da equipa que se viam obrigados a administrar a quimioterapia e por conseguinte, uma menor flexibilidade e disponibilidade dos mesmos para assegurar os turnos.

Perante esta realidade, Keller concluiu pela “(...) *necessidade de formação em Oncologia (...) sobre uso de equipamentos de proteção pessoal e manuseamento seguro para minimizar o risco de exposição, exercícios de resiliência para desmistificar o stress de cuidar de doentes oncológicos (...)*” (Keller, 2017, p.2-3).

Seguindo as recomendações do estudo, os responsáveis do serviço decidiram adotar as seguintes medidas:

- Educação sobre o correto manuseamento e o uso do equipamento de proteção;
- Educação sobre o risco de exposição aos agentes citotóxicos;
- Exercícios de resiliência para desmistificar o stress associado ao cuidado de doentes em tratamentos de quimioterapia;
- Certificação das diversas competências (Keller, 2017, p.5).

Embora a bibliografia sobre esta temática seja escassa, o estudo de Keller vem de encontro à visão adquirida pela experiência da autora segundo a qual a formação em Quimioterapia permite salvaguardar dois fatores cruciais no cuidar, que são: a segurança da pessoa que recebe o tratamento bem como do profissional que o administra. Uma administração de medicação sem conhecimento pode ser, nalgumas situações, fatal. E noutras situações, mesmo não sendo fatal, pode ser gerador de dano físico, emocional e mental tanto ao doente como ao enfermeiro envolvidos num potencial incidente (Schelbred, 2007).

Um programa estruturado que assegure uma integração cuidada do profissional irá permitir que este consiga aumentar os seus conhecimentos sobre esta nova realidade, melhorar os seus índices de confiança e diminuir os riscos associados à sua prática profissional diária (Bush, 2010).

Em relação a esta temática, Patricia Benner (2005, p.169-185) realça a importância de programas de forma-

ção em serviço que têm como objetivo promover a aquisição de conhecimentos clínicos de maneira a que cada enfermeira adquira experiência. Defende ainda a existência de estruturas que permitam assegurar a formação contínua ao nível do serviço. Segundo Benner, “A prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (2005, p.16).

Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros define Boas Práticas como “(...) enunciados sistemáticos que têm em conta diversos parâmetros (legais, éticos, psicossociais e técnicos) e assentam tanto em avaliações como em intervenções necessárias aos processos de cuidados e seus resultados” (2007).

Perante esta realidade, é opinião da autora que seria importante o desenvolvimento de um Programa de Educação em Quimioterapia composto por uma componente teórica e outra prática. A teoria poderá ser assegurada enquanto formação interna, por enfermeiros experientes do serviço e com o apoio de entidades externas como Universidades ou outras organizações reconhecidas e de grande relevância na área (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, Liga Portuguesa Contra o Cancro, etc.). A consolidação dos conhecimentos teóricos na prática clínica seria realizada através do preenchimento de um *workbook* pelo enfermeiro em formação em conjunto com um enfermeiro experiente do serviço que serviria de mentor.

Da implementação do programa será esperado:

- Que enfermeiros sem experiência possam adquirir um nível de conhecimentos adequado, maior confiança e, por conseguinte, uma prática mais segura;
- Maior conhecimento generalizado no serviço sobre a administração de quimioterapia, seus riscos associados e protocolo em caso de extravasamento;
- Aprendizagem por pares, através da demonstração, repetição e supervisão;
- Integração no serviço facilitada;
- Diminuição da pressão nos enfermeiros do serviço em conciliar a obrigação de orientar e supervisionar os novos elementos com as decorrentes do seu próprio trabalho.



### Instrumento de avaliação - workbook

Como exemplo, será apresentado um exemplar de um instrumento de avaliação (*workbook*), que a autora do artigo utilizou quando começou a trabalhar em Oncologia, no Reino Unido, em 2010.

Este instrumento de avaliação faz parte do Curso *Foundations in Chemotherapy Cancer Practice*, ministrado pelo *The Royal Marsden School of Cancer Nursing & Rehabilitation*, e serve para avaliar os conhecimentos teóricos sobre a administração de quimioterapia e a sua aplicação na prática clínica. Este curso é obrigatório para todos os enfermeiros que iniciem funções nos serviços de Oncologia, só depois de completarem o *workbook* e passarem com sucesso o curso é que podem administrar quimioterapia.

Cada competência adquirida é assinada no *workbook* pelo enfermeiro mentor nomeado para a integração do enfermeiro recém-chegado ao serviço. A seleção deste enfermeiro mentor baseia-se na sua experiência clínica, formação na área e revalidação atualizada das suas próprias competências.

Sob a orientação de uma enfermeira mentora, a autora teve a oportunidade de observar e praticar a administração de quimioterapia e de testar e consolidar os conhecimentos teóricos aprendidos sobre as drogas administradas no decorrer dos ensinamentos ao doente e/ou em resposta às questões apresentadas.

Para a avaliação de competências, é obrigatória a supervisão em 2 métodos diferentes de administração de quimioterapia (oral, bólus endovenoso ou perfusão endovenosa), que no *workbook* se dividem em *Chemotherapy Assessment 1* e *Chemotherapy Assessment 2*.

Em cada *Assessment* são atribuídos objetivos específicos de formação, e as competências associadas.

Na primeira página do *Chemotherapy Assessment 1*, o enfermeiro mentor deve assinalar se se trata da avaliação de uma administração de quimioterapia via oral/bólus endovenoso/perfusão endovenosa e assinar, junto a cada uma das competências descritas, se o novo enfermeiro é competente, não competente ou não aplicável.

| CHEMOTHERAPY ASSESSMENT 1  |                                     |               |               |
|--|-------------------------------------|---------------|---------------|
| ORAL   | INTRAVENOUS BOLUS                   | INFUSIONAL    | (Please tick) |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> |               |               |
| You must be assessed in the administration of <b>two</b> methods of chemotherapy administration  |                                     |               |               |
| Learning Outcome: 3<br>Develop and demonstrate the skills to safely prepare and administer cytotoxic drugs to patients in compliance with local and national policy.<br>Criteria for Competence:<br>An ability to: |                                     |               |               |
|  | Competent                           | Not Competent | N/A           |
| • Check blood test and other relevant tests  | <input checked="" type="checkbox"/> |               |               |
| • Patient identification   | <input checked="" type="checkbox"/> |               |               |
| • Checking prescription and proforma/protocol  | <input checked="" type="checkbox"/> |               |               |
| • Select the correct vascular access device  | <input checked="" type="checkbox"/> |               |               |
| • Assess the patency of the device   | <input checked="" type="checkbox"/> |               |               |
| • Safely handle cytotoxic drugs during preparation, administration and disposal of waste, including wearing the appropriate protective clothing  | <input checked="" type="checkbox"/> |               |               |
| • Safely administer cytotoxic drugs avoiding preventable complications   | <input checked="" type="checkbox"/> |               |               |
| • Manage local reactions e.g. flare reactions, venospasm   | <input checked="" type="checkbox"/> |               |               |
| • Recognise and manage immediate side effects e.g. taste changes and any complications e.g. extravasations   | <input checked="" type="checkbox"/> |               |               |
| • Deal with accidents/incidents and problem solve any complications which may arise during or following administration   | <input checked="" type="checkbox"/> |               |               |
| • Prepare cytotoxic drugs safely in the isolator cabinet use an aseptic technique as appropriate   | <input checked="" type="checkbox"/> |               |               |
| The student must achieve a rating of "competent" in every applicable component of each learning outcome.   |                                     |               |               |
| Assessor's Signature.....  |                                     | Date.....     | 13/10         |

**Figura 1.** Avaliação de Quimioterapia – objetivo de aprendizagem: desenvolvimento e demonstração de competências para preparar e administrar com segurança drogas citostáticas a pacientes de acordo com as orientações nacionais e locais

Nesta avaliação, são alvo de atenção as medidas gerais de segurança na administração de medicação, tais como a confirmação da identificação do paciente, confirmação da prescrição/protocolo, confirmação dos resultados de sangue ou outros testes, seleção do correto acesso vascular e confirmação da sua permeabilidade.

São também focadas as **medidas de segurança específicas da administração de citotóxicos** tais como:

- O correto manuseio da quimioterapia durante a sua preparação, administração e eliminação, incluindo o uso de apropriado equipamento de proteção;
- Administração segura da quimioterapia, de forma a prevenir complicações;
- Atuação perante reações no local de administração, tais como inflamação ou venospasmo;
- Reconhecimento e gestão/atuação perante os efeitos secundários imediatos tais como alterações do paladar, e/ou complicações imediatas, por ex. no caso de extravasamento;
- Saber lidar e resolver eventuais acidentes, incidentes, problemas e complicações que possam surgir durante ou após a administração da quimioterapia;
- Preparação segura de drogas citotóxicas, em ambientes isolados e preparados para o efeito, com uso de técnica asséptica.

**CHEMOTHERAPY ASSESSMENT 1 (continued)**

**Learning Outcome: 1**  
Effectively apply knowledge and skills to assess, plan, implement and evaluate care of the patient at all stages of the chemotherapy journey.

**Learning Outcome: 2**  
Evaluate the physiological impact and action of cytotoxic drugs.

**Criteria for Competence:**  
An ability to assess and plan the patient care in relation to the chemotherapy regimen

|   | Competent | Not Competent | N/A |
|---|-----------|---------------|-----|
| • Demonstrates the knowledge of the cytotoxic drug(s) – their actions, side effects, appropriate method and route of administration.                | 1         |               |     |
| • Demonstrates knowledge of the chemotherapy protocol.  | 1         |               |     |
| • Can identify key elements of complex problems in decision making and chooses the appropriate methods for their resolution in a considered manner. | 1         |               |     |

**Learning Outcome: 4**  
Discuss the potential short and long term effects of chemotherapy treatment with patients and carers.

**Criteria for Competence:**  
An ability to provide the patient and carer with the relevant psychological educational and physical preparation of the cytotoxic drug(s) in relation to:

|  | Competent | Not Competent | N/A |
|--|-----------|---------------|-----|
| • The patient and carer level of knowledge | 1         |               |     |
| • The patient and carer level of anxiety   | 1         |               |     |
| • The validity of consent                  | 1         |               |     |
| • The patient's physical comfort           | 1         |               |     |

The student must achieve a rating of "competent" in every applicable component of each learning outcome.

Assessor's Signature: \_\_\_\_\_ Date: 17/10

The Royal Marsden NHS Foundation Trust Page 6 of 16

**Figura 2.** Objetivo de aprendizagem: aplicação eficiente de conhecimentos e competências para analisar, planejar, implementar e avaliar os cuidados ao paciente durante todas os estádios no tratamento de quimioterapia. Avaliar o impacto fisiológico e ação das drogas citotóxicas. Reflectir sobre os efeitos secundários do tratamento de quimioterapia a curto e longo prazo para os pacientes e cuidadores

Na continuação da avaliação de competências específicas sobre a administração de quimioterapia foram avaliadas:

- A capacidade de avaliar e planejar cuidados ao doente sob um regime de tratamento com quimioterapia, nomeadamente:
  1. Demonstrando conhecimento sobre as drogas citotóxicas – modo de ação, efeitos secundários, via e método de administração apropriados;
  2. Demonstrando conhecimento sobre o protocolo de quimioterapia;
  3. Identificando os elementos-chave na tomada de decisão de problemas complexos e conseguindo resolvê-los da forma mais adequada.
- A capacidade de providenciar ao paciente e ao seu cuidador conhecimentos e preparação psicológica e física, em relação à quimioterapia, no que respeita ao:
  1. Nível de conhecimento do paciente e do cuidador;
  2. Nível de ansiedade do paciente e do cuidador;
  3. Validação do consentimento informado;
  4. Conforto físico do paciente.

**CHEMOTHERAPY ASSESSMENT 1 (continued)**

**Learning Outcome: 5**  
Collaborate with the patient and carers to develop strategies to prevent, reduce and manage any toxicities.

**Criteria for Competence:**

|  | Competent | Not Competent | N/A |
|--|-----------|---------------|-----|
| • To recognise short and long term side effects.   | 1         |               |     |
| • To provide appropriate interventions for the common side effects associated with the drug(s) administered. | 1         |               |     |
| • To work in partnership with the patient and carer to develop self care actions                             | 1         |               |     |
| • To collaborate with the multi-professional team and make referrals as appropriate                          | 1         |               |     |

The student must achieve a rating of "competent" in every applicable component of each learning outcome.

Assessor's Signature: \_\_\_\_\_ Date: 17/10

**Figura 3.** Objetivo de aprendizagem: Colaborar com pacientes e cuidadores no desenvolvimento de estratégias para prevenir, reduzir e lidar com possíveis toxicidades

São também competências específicas da administração de quimioterapia do enfermeiro responsável pelo paciente, **colaborar com o mesmo e com os cuidadores para o desenvolvimento de estratégias para prevenir, reduzir e gerir quaisquer toxicidades do tratamento:**

- Reconhecer os efeitos secundários a curto e a longo tempo;
- Providenciar as intervenções apropriadas para os efeitos secundários mais comuns associados às drogas administradas;
- Trabalhar em parceria com o cliente e os cuidadores para desenvolver ações de autocuidado;
- Colaborar com a equipa multidisciplinar e referenciar os doentes, conforme apropriado.

**CHEMOTHERAPY ASSESSMENT 1 (continued)**

**Learning Outcome: 6**  
Discuss professional issues including accountability, risk management and the nurse's responsibilities in the care of the patient and carers at all stages of the chemotherapy journey.

**Criteria for Competence:**  
An ability to:

|  | Competent | Not Competent | N/A |
|--|-----------|---------------|-----|
| • Apply the NMC (2008) Code of Professional Conduct and local policies and procedures for drug administration                                | 1         |               |     |
| • Check allergy status of patients   | 1         |               |     |
| • Check drug prescription – route of administration, dosage, timing of drug administration   | 1         |               |     |
| • Check patient identification   | 1         |               |     |
| • Check the patients understanding of medications prior to administration  | 1         |               |     |
| • Complete relevant documentation in accordance with the NMC Guidelines for Records and Record Keeping e.g. prescription and nursing records | 1         |               |     |
| • Confirm the validity of patient consent and to provide care in accordance to local policy for confidentiality.                             | 1         |               |     |

The student must achieve a rating of "competent" in every applicable component of each learning outcome.

Assessor's Signature: \_\_\_\_\_ Date: 17/10

**Figura 4:** Objetivo de aprendizagem: refletir sobre questões profissionais, nomeadamente responsabilidade profissional, gestão de riscos e responsabilidade individual

Na última tabela de avaliação da prática clínica são avaliadas as competências profissionais para a gestão do risco e responsabilidades do enfermeiro, o cumprimento dos protocolos e do Código de Conduta Profissional. São competências gerais, transversais à administração de qualquer medicamento, não sendo específicas da administração de quimioterapia, mas igualmente importantes.

No decorrer do Processo de avaliação (Assessment), seguem-se seis perguntas de resposta aberta, específicas sobre a administração de quimioterapia, que o novo enfermeiro deve completar sob supervisão do seu mentor:

#### **Questões:**

1. **Qual é o diagnóstico do paciente e o estadió da doença?** (What's the patient's cancer diagnosis and stage of disease?) (Foco na doença)
2. **Qual a racionalidade na escolha do regime de quimioterapia (incluindo a racionalidade na combinação de quimioterapia se for caso disso)?** (What is the rationale for the choice of this chemotherapy regime (including the rationale for combination chemotherapy if applicable?)) (Foco no regime terapêutico)
3. **Qual a racionalidade da escolha da via de administração?** (What is the rationale for the choice of this particular route of administration?) (Foco na via de administração)
4. **Existe algum ponto em particular que se tenha que tomar em consideração antes da administração (ex. Efeitos secundários, risco de extravasamento)?** (Did you have anything particular to take into consideration prior to the administration (eg. side effects, extravasation risk?)) (Foco na avaliação de riscos)
5. **Como preparamos o paciente antes da administração de quimioterapia?** (How did you prepare your patient prior to administration of their chemotherapy?) (Foco no ensino ao doente)

6. **Como avalias a tua prestação durante a administração da droga citostática?** (How do you evaluate your performance in this administration of a cytotoxic drug?) (Foco na atuação durante a administração)

Estas questões levam o enfermeiro a criar um plano de cuidados, recorrendo aos seus conhecimentos teóricos e práticos, que seja adequado à situação clínica do doente e que promova uma administração segura, eficaz e com qualidade da quimioterapia. Uma vez compreendida a lógica por detrás de cada regime terapêutico, das prescrições, da combinação de diferentes tipos de quimioterapia, de como os administra, dos efeitos secundários e das possíveis complicações, o enfermeiro tornar-se-á mais confiante em si, na sua prática e nos cuidados que presta. Este esforço conjunto entre o novo enfermeiro e o seu mentor é encarado como algo extremamente importante no processo de integração dos novos elementos da equipa pois como refere Benner: “Quando alguma enfermeira falha na compreensão dos fins e dos objetivos da prática, o bom julgamento clínico é impossível, pois depende de se ver o correto em cada situação clínica e na compreensão correta desta prática” (Benner, 2005:21)

Este processo é repetido uma segunda vez para novos fármacos para assegurar consolidação de conhecimentos, o que para além dos ganhos individuais por parte dos envolvidos no processo, representa em termos globais a enorme vantagem de também contribuir para a uniformização da prática dos enfermeiros de Oncologia no serviço e consequentemente ganhos qualitativos claros nos cuidados prestados ao doente.



## Conclusão

A evolução da Enfermagem resultou do “(...) fortalecimento da prática através da educação, mentoria, dos estágios clínicos, e das avaliações de competências regulares para sua validação. Ao avaliar e medir os níveis de competência e ao identificar as lacunas na prática, leva as enfermeiras a manterem a excelência no cuidar ao longo dos diferentes estágios da trajetória do cancro” (Pirschel, 2017). Segundo o mesmo autor, é de esperar que a formação em enfermagem oncológica corresponda aos níveis elevados de excelência e especialização dos cuidados que são prestados.

Assim sendo, podemos concluir que seria benéfica para os enfermeiros de oncologia uma formação em quimioterapia em contexto de serviço que seja estruturada e uniformizada, de modo a permitir a todos os novos elementos uma mais fácil e forte aquisição de competências e a confiança para cuidar com segurança, eficácia e eficiência, assim como com coerência e qualidade. Em última instância, os beneficiários últimos das boas práticas seriam os doentes (Pirschel, 2017).

É da opinião da autora a pertinência de mais estudos sobre esta temática que permitam um melhor conhecimento sobre esta realidade, em particular no contexto português.

## Referências bibliográficas

- Benner, P. (2005). De iniciado a perito – Excelência e poder na prática clínica da Enfermagem (2ª ed., pp16-186), Coimbra: Quarteto Editora.
- Bush, T., Smith, K. (2010, December 13). Introducing a programme for post registration induction and knowledge and essential skills development. Nursing Times. Disponível em: <https://www.nursingtimes.net/roles/nurse-educators/introducing-a-programme-for-post-registration-induction-and-knowledge-and-essential-skills-development-13-12-2010/>.
- Coordenação Nacional Doenças Oncológicas. (2009). Requisitos para a prestação de Cuidados em Oncologia. Disponível em: <http://www.europacoln.pt/Files/Ficheiros/PDFs/Noticias/RequisitosparaPrestacaodeCuidadosemOncologia.pdf>.
- Kellen, S. L. (2017). Clearing the Pathway to Chemotherapy Certification for Inpatient Nurses. Master's Projects and Capstones. Disponível em: <https://repository.usfca.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1653&context=capstone>.
- Pirschel, C. (2017). Competencies Create Expert, Accountable Nurses Delivering Quality Care. Disponível em <https://voice.ons.org/news-and-views/how-oncology-nurses-support-non-oncology-units-administering-chemotherapy>.
- Schelbred, A.B., Nord, R. (2007, November). Nurses' experiences of drug administration errors. PubMed. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Schelbred%20AB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=17908127](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Schelbred%20AB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17908127).
- The Royal Marsden NHS School of Cancer Nursing & Rehabilitation. (2010). Foundations in Chemotherapy Cancer Practice – Practice Assessment Level 5. Disponível em: <https://www.Royalmarsdenschool.ac.uk/courses/modules/principles-systemic-anticancer-therapy>.



# Fresubin®

## Reencontre o Sabor da Vida

Fresubin é a marca de nutrição entérica da Fresenius Kabi. Esta gama de produtos foi desenvolvida para ajudar nos momentos de maior fragilidade, ajudando a manter a força e a vitalidade.

Desenvolvemos esta marca com perícia e paixão porque nos preocupamos com a saúde de todos. O resultado desta dedicação são produtos e serviços eficazes e convenientes nos quais pode confiar.



Mistura proteica de elevada qualidade



Diversas densidades energéticas



Diferentes sabores e consistências

Ref. 675/2020 - Fevereiro 2020



# Redefinir os limites do tratamento no Mieloma Múltiplo<sup>1</sup>

**DARZALEX® em combinação desempenha um papel central no tratamento do MM em 1ª Linha ou na 1ª Recaída<sup>2,3</sup>**

# 45 meses

de mPFS com a combinação de **DARZALEX® + Rd em doentes com MMRR<sup>4</sup>**

▼ **Informações Essenciais Compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento.** 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. Para saber como notificar reações adversas, ver secção 4.8 do RCM completo. **DARZALEX® 20 mg/ml concentrado para solução para perfusão. Composição qualitativa e quantitativa:** Cada frasco para injetáveis de 5 ml contém 100 mg de daratumumab (20 mg de daratumumab por ml). Cada frasco para injetáveis de 20 ml contém 400 mg de daratumumab (20 mg de daratumumab por ml). O daratumumab é um anticorpo monoclonal humano IgG1κ anti-CD38, produzido em linhagens celulares de mamíferos (*Chinese Hamster Ovary* [CHO]) usando a tecnologia do ADN recombinante. Excipiente(s) com efeito conhecido: Cada frasco para injetáveis de 5 ml e 20 ml de DARZALEX® contém 0,4 mmol e 1,6 mmol (9,3 mg e 37,3 mg) de sódio, respetivamente. Para a lista completa de excipientes, ver secção 6.1 do RCM completo. **Forma farmacéutica:** Concentrado para solução para perfusão. A solução é incolor a amarela. **Indicações terapêuticas:** DARZALEX® está indicado: em associação com lenalidomida e dexametasona ou com bortezomib, melalano e prednisona para o tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo não tratado previamente, não elegíveis para transplante autólogo de células estaminais; em associação com bortezomib, talidomida e dexametasona no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo não tratado previamente, elegíveis para transplante autólogo de células estaminais; em associação com bortezomib e dexametasona ou com bortezomib e dexametasona no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo que tenham recebido pelo menos uma terapêutica anterior; e em monoterapia no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo em recaída e refratário, cuja terapêutica anterior tenha incluído um inibidor do proteossoma e um imunomodulador e que tenham demonstrado progressão da doença à terapêutica anterior. **Posologia e modo de administração:** DARZALEX® deve ser administrado por um profissional de saúde, em ambiente onde esteja disponível equipamento de ressuscitação de emergência. Deve ser administrada medicação pré e pós-perfusão para reduzir o risco de reações relacionadas com a perfusão (RRP) de daratumumab. Para mais informações relativas à posologia, consulte o RCM completo. **Posologia:** *Esquema posológico em associação com lenalidomida (esquema posológico de ciclos de 4 semanas) e em monoterapia:* A dose recomendada de DARZALEX® é de 16 mg/kg de peso corporal, administrada por perfusão intravenosa, de acordo com o seguinte esquema posológico: semanas 1 a 8 – semanalmente (total de 8 doses); semanas 9 a 24 – intervalos de duas semanas (total de 8 doses); a partir da semana 25 até progressão de doença – intervalos de quatro semanas. Para informações sobre a dose e o esquema posológico dos medicamentos administrados com DARZALEX®, consulte o RCM completo. *Esquema posológico em associação com bortezomib, melalano e prednisona (esquema posológico de ciclos de 6 semanas):* A dose recomendada de DARZALEX® é de 16 mg/kg de peso corporal, administrado por perfusão intravenosa, de acordo com o seguinte esquema posológico: semanas 1 a 6 – semanalmente (total de 6 doses); semanas 7 a 54 – intervalos de três semanas (total de 16 doses); a partir da semana 55 até progressão de doença – intervalos de quatro semanas. O bortezomib é administrado duas vezes por semana nas Semanas 1, 2, 4 e 5 no primeiro ciclo de 6 semanas, e seguidamente uma vez por semana nas Semanas 1, 2, 4 e 5 por mais oito ciclos de 6 semanas. Para informações sobre a dose de VMP e esquema posológico aquando da administração de DARZALEX®, consulte o RCM completo. *Esquema posológico em associação com bortezomib, talidomida e dexametasona (esquema posológico de ciclos de 4 semanas) para o tratamento de doentes não tratados previamente, elegíveis para transplante autólogo de células estaminais (TACE):* A dose recomendada de DARZALEX® é de 16 mg/kg de peso corporal, administrada por perfusão intravenosa, de acordo com o seguinte esquema posológico: Indução: semanas 1 a 8 – semanalmente (total de 8 doses); semanas 9 a 16 – intervalos de duas semanas (total de 4 doses); - Pausa para quimioterapia em alta dose e TACE; - Consolidação: semanas 1 a 8 – intervalos de duas semanas (total de 4 doses). Para informações sobre a dose e o esquema posológico dos medicamentos administrados com DARZALEX®, ver secção 5.1 do RCM completo e o RCM do medicamento correspondente. *Esquema posológico para a associação com bortezomib (esquema de ciclos de 3 semanas):* A dose recomendada de DARZALEX® é de 16 mg/kg de peso corporal, administrada por perfusão intravenosa, de acordo com o seguinte esquema posológico: semanas 1 a 9 – semanalmente (total de 9 doses); semanas 10 a 24 – intervalos de três semanas (total de 5 doses); a partir da semana 25 até progressão de doença – intervalos de quatro semanas. Para informações sobre a dose e o esquema posológico dos medicamentos administrados com DARZALEX®, ver secção 5.1 do RCM completo e o RCM do medicamento correspondente. **Taxas de perfusão:** Após diluição, a perfusão de DARZALEX® deve ser administrada por via intravenosa na taxa de perfusão inicial, de acordo com o seguinte: perfusão Semana 1 - Opção 1 (perfusão de dose única) - Semana 1 Dia 1 (16 mg/kg), com um volume de diluição de 1000 ml, a uma taxa de perfusão inicial de 50 ml/h, com aumentos da taxa de perfusão de 50 ml/h, em intervalos de perfusão de uma hora, com uma taxa de perfusão máxima de 200 ml/h - Opção 2 (perfusão em dose dividida) - Semana 1 Dia 1 (8 mg/kg) e Semana 1 Dia 2 (8 mg/kg), com um volume de diluição de 500 ml, a uma taxa de perfusão inicial de 50 ml/h, com aumentos da taxa de perfusão de 50 ml/h, em intervalos de perfusão de uma hora, com uma taxa de perfusão máxima de 200 ml/h; perfusão Semana 2 (16 mg/kg), com um volume de diluição de 500 ml, a uma taxa de perfusão inicial de 50 ml/h, com aumentos da taxa de perfusão de 50 ml/h, em intervalos de uma hora, com uma taxa de perfusão máxima de 200 ml/h; perfusões seguintes (16 mg/kg), com volume de diluição de 500 ml, a uma taxa de perfusão inicial de 100 ml/h, com aumentos da taxa de perfusão de 50 ml/h, em intervalos de uma hora, com uma taxa de perfusão máxima de 200 ml/h. O aumento progressivo da taxa de perfusão deve ser considerado apenas na ausência de reações relacionadas com a perfusão. **Gestão das reações relacionadas com a perfusão:** Deve ser administrada medicação pré-perfusão antes de efetuar o tratamento com DARZALEX® para reduzir o risco de RRP. Caso surjam RRP de qualquer grau/gravidade, interrompa imediatamente a perfusão de DARZALEX® e controle os sintomas. A gestão das RRP pode ainda requerer a redução da taxa de perfusão ou a descontinuação do tratamento com DARZALEX®, conforme descrito no RCM completo. **Omissão de doses:** Caso seja omitida uma dose planeada de DARZALEX®, esta deve ser administrada o mais rápido possível e o esquema posológico deve ser ajustado em conformidade, mantendo-se o intervalo de tratamento. **Alterações de dose:** Não são recomendadas reduções de dose de DARZALEX®. Poderá ser necessário o atraso na administração da dose para permitir uma recuperação da contagem de células sanguíneas em caso de toxicidade hematológica. **Medicação concomitante recomendada:** Medicação pré-perfusão: Deve ser administrada medicação pré-perfusão para reduzir o risco de RRP em todos os doentes, 1-3 horas antes de cada perfusão de DARZALEX®, de acordo com o seguinte: corticosteroide (de ação prolongada ou intermédia) - Monoterapia: 100 mg de metilprednisolona, ou equivalente, administrado por via intravenosa. Após a segunda perfusão, a dose do corticosteroide pode ser reduzida (60 mg de metilprednisolona por via oral ou intravenosa). - Terapêutica combinada: 20 mg de dexametasona (ou equivalente), administrada antes de cada perfusão de DARZALEX®, quando o doente receber dexametasona como pré-medicação; antipirético (650 a 1000 mg de paracetamol por via oral); e anti-histamínico (25 a 50 mg de difenidramina por via oral ou intravenosa, ou equivalente). **Medicação pós-perfusão:** Deve ser administrada medicação pós-perfusão para reduzir o risco de reações tardias relacionadas com a perfusão, de acordo com o seguinte: Monoterapia: deve administrar-se um corticosteroide oral (20 mg de metilprednisolona ou uma dose equivalente de corticosteroide de ação intermédia ou prolongada, de acordo com as práticas locais) em cada um dos dois dias após todas as perfusões (com início no dia a seguir à perfusão); Terapêutica combinada: considerar administrar metilprednisolona em baixa dose por via oral (<20 mg) ou equivalente, no dia após a perfusão de DARZALEX®. No entanto, se for administrado um corticosteroide específico como parte do esquema terapêutico (ex: dexametasona, prednisona) no dia após a perfusão de DARZALEX®, pode não ser necessária medicação pós-perfusão adicional. Adicionalmente, em doentes com história de doença pulmonar obstrutiva crónica, deve ser considerada a administração de medicação pós-perfusão, incluindo broncodilatadores de ação curta e longa, e corticosteroides de inalação. Após as primeiras quatro perfusões, se o doente não sofrer nenhuma RRP maior, esta medicação pós-perfusão para inalação pode ser descontinuada, de acordo com a decisão do médico. **Profilaxia da reativação do vírus herpes zoster:** Deve ser considerada profilaxia antiviral para prevenir a reativação do vírus herpes zoster. **Populações especiais:** **Compromisso renal:** Não foram realizados estudos formais de daratumumab em doentes com compromisso renal. Com base em análises de farmacocinética populacional, não é necessário ajuste de dose nos doentes com compromisso renal. **Compromisso hepático:** Não foram realizados estudos formais de daratumumab em doentes com compromisso hepático. Com base em análises de farmacocinética populacional, não é necessário ajuste de dose em doentes com compromisso hepático. **Idosos:** Os ajustes de dose não são considerados necessários. **População pediátrica:** A segurança e eficácia de DARZALEX® em crianças de idade inferior a 18 anos não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Modo de administração:** DARZALEX® é utilizado por via intravenosa. É administrado por perfusão intravenosa, após diluição com uma solução injetável de cloreto de sódio a 9 mg/ml (0,9%). Para instruções sobre a diluição do medicamento antes da administração, consulte o RCM completo. **Contraindicações:** Hipersensibilidade às(s) substância(s) ativas) ou a qualquer um dos excipientes mencionados na secção 6.1 do RCM completo. **Efeitos indesejáveis:** As reações adversas mais frequentes (≥ 20%) foram reações à perfusão, fadiga, náuseas, diarreia, obstipação, piroxia, dispneia, tosse, neutropenia, trombocitopenia, anemia, edema periférico, astenia, neuropatia sensorial periférica e infeção do trato respiratório superior. As reações adversas graves foram pneumonia, bronquite, infeção das vias respiratórias superiores, edema pulmonar, gripe, piroxia, desidratação, diarreia e fibrilhação auricular. **Reações adversas em doentes a receber DARZALEX®:** **Muito frequentes:** pneumonia, bronquite, infeção das vias respiratórias superiores, neutropenia, trombocitopenia, anemia, linfopenia, leucopenia, apetite diminuído, neuropatia sensitiva periférica, parestesia, cefaleia, hipertensão, tosse, dispneia, diarreia, obstipação, náuseas, vômito, dorralgia, espasmos musculares, fadiga, edema periférico, piroxia, astenia, reação relacionada com a perfusão; **Frequentes:** infeção do trato urinário, gripe, hiperglicemia, hipocalcemia, desidratação, fibrilhação auricular, edema pulmonar, pancreatite, arrepios; **Pouco frequentes:** reativação do Vírus da Hepatite B; **Rara:** reação anafilática. **Reações relacionadas com a perfusão:** Nos ensaios clínicos, a incidência de reações relacionadas com a perfusão de qualquer grau foi de 37% na primeira perfusão de DARZALEX®, 2% na Semana 2 de perfusão e cumulativamente 6% nas perfusões seguintes. Menos de 1% dos doentes tiveram uma reação relacionada com a perfusão de Grau 3/4 na Semana 2 ou subsequentes perfusões. A mediana do tempo até o início de uma reação foi de 1,5 horas (intervalo: 0 a 72,8 horas). A incidência de modificações à perfusão devido a reações foi de 36%. A duração mediana das perfusões de 16 mg/kg para a 1ª Semana, 2ª Semana e subsequentes perfusões foi de aproximadamente 7, 4 e 3 horas, respetivamente. As reações relacionadas com a perfusão graves incluíam broncospasma, dispneia, edema da laringe, edema pulmonar, hipoxia e hipertensão. Outras reações adversas relacionadas com a perfusão incluíam congestão nasal, tosse, arrepios, irritação da garganta, vômitos e náuseas. No estudo MM1001, os doentes que receberam tratamento com daratumumab em associação receberam a 1ª dose de 16 mg/kg na Semana 1 dividida em 2 dias, 8 mg/kg no Dia 1 e Dia 2, respetivamente. A incidência de quaisquer reações relacionadas com a perfusão de qualquer grau foi de 42%, em que 36% dos doentes tiveram reações relacionadas com a perfusão no Dia 1 da Semana 1, 4% no Dia 2 da Semana 1 e 8% em perfusões subsequentes. O tempo mediano até ao início de uma reação foi de 1,8 horas. A incidência de interrupções de perfusão devido a reações foi de 30%. A duração mediana das perfusões foi de 4,2 h para a Semana 1 - Dia 1, 4,2 h para a Semana 1 - Dia 2 e 3,4 horas para as perfusões subsequentes. **Infeções:** Em doentes tratados com DARZALEX® em terapêutica de associação, foram notificadas infeções de Grau 3 ou 4. A pneumonia foi a infeção grave (Grau 3 ou 4) mais frequentemente notificada em todos os estudos. Nos estudos com controlo ativo, as descontinuações do tratamento devido a infeções (1-4%) e infeções fatais foram, no geral, pouco frequentes e equilibradas entre esquemas posológicos com DARZALEX® e braços com controlo ativo. As infeções fatais foram principalmente devidas a pneumonia e sépsis. **Hemólise:** Existe um risco teórico de hemólise. A monitorização contínua deste sinal de segurança será efetuada nos estudos clínicos e em dados de segurança pós-comercialização. **Outras populações especiais:** No estudo de Fase III MM13007, que comparou o tratamento com D-VMP ao tratamento com D-VMP plus lenalidomida e dexametasona (D-Rd) Versus Lenalidomida e Dexametasona (Rd) Alone in Relapsed or Refractory Multiple Myeloma (RRMM), Poster 1866. ASH Annual Meeting 2019, Orlando.

MM: Mieloma Múltiplo; MMRR: Mieloma Múltiplo em Recaída e/ou Refratário; mPFS: mediana da Sobrevida Livre de Progressão; Rd: Lenalidomida + dexametasona.

**Referências:** 1. Kals, Joseph A. et al. Daratumumab: Dawn of a New Paradigm in Multiple Myeloma? J Adv Pract Oncol 2017;8:82-90; 2. RCM de Darzalex®, disponível em [www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu), acessado em maio de 2020; 3. Plesner, T & Krejci, J. Daratumumab for the Treatment of Multiple Myeloma. Front. Immunol. 2018;9:1228; 4. Kaufman, J. et al. Four-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). Poster 1866. ASH Annual Meeting 2019, Orlando.