

ON

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

SUPLEMENTO

AEOP 15 · Reunião Nacional · Maio 2022



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

TRABALHOS DE BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS & INVESTIGAÇÃO

Divulgamos os resumos dos Trabalhos seleccionados à apresentação, defesa e discussão pública que ocorreu no dia 28 maio 2022, durante a 15ª Conferência Nacional de Enfermagem Oncológica.

TRABALHOS SUBMETIDOS EM E-POSTERS

Divulgamos os resumos e publicações dos Trabalhos em formato de e-Pósters apresentados durante a 15ª Conferência nacional de Enfermagem Oncológica.

RESUMO DAS SESSÕES CIENTÍFICAS

Publicamos os resumos de todas as sessões científicas apresentadas durante os dias 26 a 28 Maio na 15ª Conferência Nacional de Enfermagem Oncológica.

ON

ONCO.NEWS INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

FICHA TÉCNICA

EDITOR/EDITOR:

AEOP – Associação Enfermagem
Oncológica Portuguesa

PUBLICAÇÃO E REVISÃO/EDITOR-IN-CHIEF:

M. Jorge Freitas Almeida, RN, MSc
Departamento de Imagem e Radioncologia - IPO Porto,
Portugal

DIRETOR ADJUNTO DE PUBLICAÇÃO/DEPUTY EDITOR:

Bruno Magalhães, RN, MPH, PhD
Departamento de Cirurgia Oncológica - IPO Porto,
Portugal
Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto, Portugal
Unidade de Investigação em Enfermagem Oncológica,
Centro de Investigação do IPO -Porto (CI-IPOP),
Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO Porto)
/ Porto Comprehensive Cancer Centre (Porto.CCC) &
RISE@CI-IPOP (Health Research Network), Porto,
Portugal

**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 - Edições e Design de Comunicação, Lda.

PERIODICIDADE E IMPRESSÃO / PERIODICITY AND PRINTING

Tiragem única

TIRAGEM E DEPÓSITO LEGAL / PRINT RUN AND LEGAL DEPOSIT

Separata Revista Onco.News 44, ISSN 978-989-53475-2-0

DATA DE PUBLICAÇÃO

Junho 2022

aeop 15

CENTRO DE CONGRESSOS HOTEL REAL
MARINA OLHÃO · 26-28 MAIO 2022





ANA PAULA AMORIM

Presidente da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa

As Razões e as Evidências desta Publicação...

Terminou a 15ª Reunião Nacional de Enfermagem Oncológica que decorreu entre 26 e 28 de Maio, em Olhão cujo tema foi “*Os enfermeiros Oncologistas na vanguarda da inovação dos cuidados em oncologia*”.

Chegou o momento reflexivo acerca da mesma. Podemos afirmar que é o maior evento nacional da Enfermagem Oncológica, onde foram debatidos temas emergentes na Oncologia, houve troca de experiências bem como, partilha de conhecimentos.

Disso é prova não só a qualidade e a inovação dos temas apresentados, bem como o número elevado de congressistas (285 inscritos) vindos de diferentes áreas do continente, das ilhas e de Espanha, bem como os nossos palestrantes nacionais e internacionais (21 palestrantes). A reunião foi composta por 21 sessões, dois cursos pré-congresso e 30 Patrocinadores.

No dia 26 de maio, realizaram-se dois cursos pré-congressos, um dedicado à nutrição em oncologia e outro ao luto do profissional em oncologia. Paralelamente, decorreram duas sessões plenárias: *o papel do hipofracionamento na radiodermite em doentes com cancro de mama - a experiência de Portugal e Espanha* e *a outra sessão sobre a transplantação de medula óssea com células CAR-T*.

Dia 27 de Maio, o dia iniciou com a conferência de abertura – *O direito a ser esque-*

cido. É um problema ético e jurídico, ainda controverso, mas fomos os primeiros a trazer a discussão para um evento desta natureza. A sua discussão permite um papel de relevo no desenvolvimento de legislação que contemple o direito do doente oncológico a ser esquecido, numa lógica de ética e de equilíbrio.

Durante o dia, decorreram várias sessões educacionais onde foram debatidos temas distintos tais como, as diferentes abordagens no cancro de mama (Com uma palestra Francesa), a sexualidade na doença oncológica, nomeadamente em casos de cancro ginecológico, o estado da arte do tratamento do mieloma múltiplo, as novas abordagens em enfermagem oncológica: estudo MPN 10, os domínios da enfermagem na radioterapia e a Gamificação no contexto de oncologia.

A sessão ibérica foi mais um momento de parceria internacional onde foi debatido o que une e o que separa Portugal e Espanha em termos de competências e desenvolvimento da Enfermagem Oncológica.

O dia terminou com dois momentos inovadores: o Laboratório de Ideias e a apresentação do livro *Cuidar em Oncologia: Reflexões para a prática clínica*. O primeiro foi um espaço em que enfermeiros oncológicos puderam participar com ideias criativas e soluções inovadoras, contribuindo desta forma para o desenvolvimento e visibilidade da Enfermagem Oncológica em

Portugal, em diferentes áreas do cuidar. O segundo, foi o momento de apresentação de um livro com a chancela da AEOP com a coordenação do Prof. Bruno Magalhães e prof. Ana Galvão. Este livro veio colmatar uma lacuna existente na enfermagem oncológica e evidenciar a importância de uma abordagem multidisciplinar.

No terceiro e último dia da reunião, tivemos a apresentação dos trabalhos de investigação e de boas práticas e entrega dos prémios aos vencedores. A última sessão educacional abordou as emergências oncológicas e o papel dos enfermeiros no reconhecimento e na gestão precoce das situações de emergência oncológica.

De salientar, que nos dois dias e ao longo da reunião foram realizados vários simpósios abordando terapêuticas inovadoras e boas práticas, sendo o enfermeiro oncolologista um elemento fulcral na gestão terapêutica, evidenciando também a sua importância na qualidade de vida do doente e no trabalho em equipa multidisciplinar.

A reunião encerrou com um momento emotivo e de coesão entre os congressistas, *Somos força e poder* é o novo nome do hino da AEOP, composto e interpretado pelo artista João Leiria, que pretende dar voz à essência da enfermagem oncológica.

Durante os três dias da reunião, decorreu a apresentação de 15 trabalhos em formato de e-posters.

Lançamos esta Separata da Revista Onco. news 44 com a finalidade de divulgar toda a informação científica relevante que foi apresentada e discutida permitindo assim disponibilizar a toda a comunidade científica não presente mas interessada o acesso a informação relevante. Planeamos manter esta estratégia nos futuros eventos porque o que não é divulgado e publicado, o tempo se encarrega de o fazer esquecer. Queremos manter-nos na linha da frente da publi-

cação de evidência científica e contribuir para a evolução de ciência de enfermagem oncológica.

Por último, mas não menos importante, é de enaltecer o momento de descontração, convívio e boa energia do jantar da reunião, agradecendo também à Ordem dos Enfermeiros a sua representação. Um momento social tão ansiado por todos e um contributo tão positivo para o estreitamento de laços entre os congressistas, mas também uma “terapia” para a nossa saúde mental.

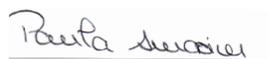
Defendemos a enfermagem oncológica sustentada nos mais atuais conhecimentos científicos e esta tem vindo a abraçar a inovação tecnológica como forma de uma visão de futuro mais consciente da necessidade do desenvolvimento crescente e contínuo desta profissão.

Um evento desta dimensão e qualidade não se constrói sozinho, é fruto de um trabalho intenso e em equipa de vários intervenientes, daí o meu agradecimento especial a todos eles. É com orgulho que faço também menção à presença de palestrantes e congressistas não enfermeiros, demonstrando a evidência científica da nossa reunião.

Convido-vos a estarem presentes e participarem com trabalhos na AEOP 16, que se realiza em Espinho, nos dias 25 a 27 Maio de 2023.

Até lá estejam atentos à participação da AEOP em diferentes eventos científicos e trabalhos desenvolvidos – informação na página da associação ou na nossa APP.

Espero que esta publicação vos seja útil.



Ana Paula Amorim
Presidente da Associação de Enfermagem
Oncológica Portuguesa





CUIDAR EM ONCOLOGIA:
RESENCIAMENTO E QUALIDADE DE VIDA

aeop 15

AV
LABORATOIRE DE

TRABALHOS DE BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS & INVESTIGAÇÃO

BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS

T01

APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS DE SUCESSO DE DOENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO, A REALIZAR CARFILZOMIB

Liliana Barbosa, Jacinta Viana

Centro Hospitalar e Universitário São João
lilianapbarbosa@gmail.com

1) Objectivos

Neste trabalho pretendemos apresentar o mecanismo de ação dos inibidores de proteossomas, em particular do carfilzomib que poderá ser utilizado apenas em combinação com corticóide (dexametasona) ou pode ser associado a um imunomodulador (lenalidomida) ou a um anticorpo monoclonal (daratumumab).

No centro hospitalar e universitário são João, temos vários doentes a realizar esta terapêutica com resultados muito positivos, pelo que iremos fornecer dados mais precisos relativamente ao número de doentes e à combinação utilizada.

Pretendemos apresentar 2 casos clínicos, que consideramos serem de sucesso:

- O primeiro, de um doente diagnosticado numa fase muito precoce de doença (plasmocitoma) e que já realizou várias linhas de tratamento. Atualmente a realizar o carfilzomib + dexametasona, com melhoria significativa de qualidade de vida.
- O segundo, um doente diagnosticado numa fase mais avançada de doença, já realizou várias linhas de tratamento e atualmente a realizar carfilzomib + daratumumab + dexametasona. À

semelhança do caso anterior, com bastante qualidade de vida.

2) Resultados

Atualmente as perspetivas relativamente ao diagnóstico de mieloma múltiplo são francamente melhores com um significativo aumento da esperança e da qualidade de vida devido aos recentes fármacos desenvolvidos.

3) Conclusões

Carfilzomib, mais uma "arma" ao dispor para tratar os doentes com mieloma múltiplo.

T02

DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NAVIGATOR EM ONCOLOGIA: DA TEORIA À PRÁTICA

Marisa Pinheiro Falé, Graça André,
 Ana Santos Pereira, Albertina Santos

Hospital da Luz de Lisboa
marisa.pinheiro.80@gmail.com

1) Objectivos

Melhorar o Suporte social e emocional e promover uma melhor adaptação ao processo de doença.

Promover a gestão dos efeitos adversos, relacionados aos tratamentos ou sintomas associados ao processo de doença e a adesão terapêutica.

2) Resultados

As competências do Enfermeiro Navigator em Oncologia baseiam-se na definição do Oncology Nurse Navigator publicada pela Oncology Nursing Society. É um enfermeiro com experiência em oncologia que integra a equipa multidisciplinar, fornece suporte e educação, gere a complexidade do

diagnóstico, coordena os cuidados especializados, nas fases de diagnóstico e tratamento, faz a articulação com a equipa multidisciplinar, acompanha o doente e família em todo o percurso da doença oncológica, antecipando e respondendo às suas necessidades e promovendo suporte emocional ao longo de todo o percurso da doença.

Em 2015, para responder às necessidades dos nossos doentes, este conceito foi incorporado na prática, para os doentes com cancro da mama e posteriormente alargado a outras patologias. A nomeação do Enfermeiro Navigator em oncologia permitiu o acompanhamento sistemático de todos os doentes, com a definição das áreas de intervenção: Participação em reuniões de decisão clínica; Consultas de Enfermagem programadas e não programadas; Atendimento telefónico permanente; Articulação multidisciplinar; Sessões sensibilização para a saúde; Grupos de suporte emocionais e psico-educacionais.

3) Conclusões

O Enfermeiro Navigator em oncologia desenvolve intervenções centradas na promoção da qualidade de vida dos doentes e cuidadores, e na diminuição do sofrimento associado ao diagnóstico e tratamento de cancro. A individualização dos cuidados é um desafio constante e os projetos que visam esta individualização devem ser dinâmicos e ajustados aos contextos clínicos. No Centro de Oncologia do Hospital da Luz, todos os doentes com patologia mamária e digestiva são acompanhados pelo Enfermeiro Navigator ao longo de todo o percurso de doença.

Em 2021, foram realizadas 2802 Consultas de Enfermagem presen-

ciais, das quais, 209 em regime de internamento e 7067 Consultas Telefónicas Prevê-se o alargamento desta prática de cuidados a doentes com outras patologias e a realização de estudos que demonstrem os benefícios do acompanhamento sistemático de doentes com cancro.

4) Bibliografia

- Oncology Nursing Society. (2017). Oncology nurse navigator core competencies. Retrieved from <https://www.ons.org/sites/default/files/2017ONNcompetencies.pdf>

T03

ESTRATÉGIAS DE POSITIVIDADE EM ONCOLOGIA

Liliana Barbosa, Jacinta Viana

Centro Hospitalar e Universitário São João
lilianapbarbosa@gmail.com

1) Objectivos

Abordar as intervenções de enfermagem como estratégias de positividade em oncologia, que ajudem a minimizar o impacto que a doença oncológica e os seus tratamentos têm no doente, família e nas pessoas significativas.

2) Resultados

O cancro atualmente pode ser considerado mais como uma doença crónica do que fatal, sendo a qualidade de vida destas pessoas uma preocupação e alvo de atenção por parte dos enfermeiros.

Frequentemente o cancro e os seus tratamentos interferem na pessoa com doença oncológica nas suas várias dimensões (física, psicológica, social, espiritual...) que pode ser de forma temporária ou definitiva.

Por vezes, passar por este processo, evoca nas pessoas com cancro sentimentos como raiva, frustração, medo, tristeza, solidão e revolta. O não reconhecimento destas emoções por parte do doente pode levar a um afastamento da realidade. Não reconhecer esse comportamento na pessoa com cancro pode classificar algumas ações como positividade tóxica, fenómeno caracterizado pela exaltação do positivo e tentativas frenéticas de reprimir o negativo. Este conceito está relacionado com a invalidação emocional.

3) Conclusões

O enfermeiro tem um papel fundamental com as intervenções (de enfermagem) ao ajudar a pessoa com cancro na reformulação da imagem corporal, na reestruturação da auto-estima e do autoconceito, assumindo uma extrema relevância no ajustamento e vivência da doença.

4) Bibliografia

- Grondin, L., Lussier, R., Phaneuf, M. e Riopelle, L. (1992). Panificação dos cuidados de enfermagem. Coleção Medicina e Saúde. Direitos para Portugal: Instituto Piaget. pp 186-234
- Hammerschmidt, R. e Meader, C. (1994). O pequeno livro de regras de enfermagem. Lusodidata. Regra 316
- Oliveira, S. e Castro, L. (2022). Um outro corpo, uma outra vida. Notícias Magazine, p. 1, 4 e 14-21
- Phipps, W., Sands, J. e Marek, J. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e prática clínica. 6ª edição, Edições Lusociência. Vol. 1 pp 342-354
- Samico, S. (2007). O impacto da mastectomia e histerectomia na imagem corporal e na sexualidade na doença oncológica no feminino. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade do Porto, Porto.

T04

O CAMINHO ATÉ À CONSULTA DE ENFERMAGEM

Catarina Santos, Cristina Santos

Serviço Hematologia Clínica - Enfermaria B/
Unidade de Transplante Hematopoiético,
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
23735@chuc.min-saude.pt

1) Objectivos

A Organização Mundial da Saúde define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde”.

A consulta em enfermagem é essencial para promover a literacia do doente, pois permite conhecer a pessoa, perceber os seus conhecimentos, motivações e competências, de forma a promover o autocontrolo sobre a sua saúde, assumir responsabilidades e tomar decisões. Após evidência da prática da necessidade de iniciar precocemente a preparação do doente candidato a transplante de células hematopoiéticas, pretende-se descrever o percurso da implementação da consulta.

Os objetivos vão no sentido de capacitar a pessoa na gestão do processo de saúde e facilitar o processo de adaptação e recuperação.

2) Resultados

Para a implementação da consulta de enfermagem na unidade de transplantes, começou-se por solicitar autorização à direção de serviço e posteriormente à Direção de Enfermagem. Foi criado o padrão de documentação e elaborados folhetos informativos. A colheita de dados foi realizada entre agosto de 2021

e abril de 2022, utilizando um questionário satisfação, elaborado com base na bibliografia consultada.

As consultas tiveram o seu início em agosto de 2021 e foram realizadas, até Abril 2022, 124, das quais 72 foram conexas e as restantes independentes.

Relativamente à informação transmitida 80% dos doentes referem que ficaram muito satisfeitos e que a entrega de folhetos contribuiu para o esclarecimento de dúvidas. 80% dos doentes mencionam que foram esclarecidas as dificuldades sentidas e 70% referem ficar muito satisfeitos com o tempo que foi dedicado para a consulta. 90% Referem-se muitos satisfeitos na avaliação global relativamente à consulta e que esta contribuiu para a sua tomada de decisão.

3) Conclusões

Estando cientes que há um longo caminho a percorrer, sabemos que o sucesso depende da interação dos diferentes parceiros, mas com o fim único de promover ganhos em saúde e bem-estar.

4) Bibliografia

- Oliveira, Sherida Karanini Paz de et al, Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura, Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2012 jan-fev; 65(1): 155-61
- Parecer do Conselho de Enfermagem nº 53/2021, Ordem dos Enfermeiros
- Portaria n.º 207/2017, Diário da República, 1.ª série — N.º 132 — 11 de julho de 2017

T05

VIA VERDE DOS CUIDADOS NUTRICIONAIS”: UM PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS NUTRICIONAIS EM DOENTES ONCOLÓGICOS

Ana Paula Moreira¹, Joana Cunha¹, Bruno Magalhães^{1,2,3}

¹Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-Porto), ²Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM), ³CINTESIS da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Innovation and Development in Nursing – NursID
paula.moreira@ipoporto.min-saude.pt

1) Objectivos

A malnutrição é um fenómeno muito comum em pessoas com cancro e pode ocorrer em todas as fases da trajetória da doença. A sua ocorrência pode ter um impacto negativo significativo nos resultados clínicos dos tratamentos do cancro ao nível das toxicidades, da qualidade de vida e da sobrevivência^{1,2}, traduzindo-se na morte para 10% a 20% dos doentes oncológicos³. Sendo fundamental criar mecanismos para uma deteção precoce e um tratamento atempado do ponto de vista nutricional, promovendo-se a recuperação e melhoria no prognóstico. Com este projeto: “Via Verde dos Cuidados Nutricionais” pretende-se avaliar o risco nutricional de todos os doentes admitidos num serviço de internamento de oncologia cirúrgica através da aplicação da ferramenta de rastreio MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)⁴ e, em função dos scores obtidos, identificar os doentes em risco de malnutrição. Aos doentes com risco de malnutrição é aplicado um segundo instrumento para a avaliação do estado nutricional: PG-SGA (Scored Patient-Generated Subjective Global Asses-

ment)⁵ e é, em função dos scores obtidos, definida uma monitorização e intervenção nutricional⁶ diferenciada por parte da equipa de enfermagem e/ou equipa de nutrição. O projeto a implementar passa por uma fase piloto inicial (1º mês) centrada em três objetivos principais: quantificação objetiva das necessidades, previamente percecionadas pelos profissionais que estão na génese do projeto; implementação do projeto, e análise preliminar dos resultados e caso necessário refinamento do protocolo idealizado.

2) Resultados

Durante o mês de Março formam admitidos 160 doentes (70% do sexo feminino). A maioria com patologia digestiva 45% (n=72), da mama 38% (n= 61) e outras patologias 17% (n=27). À admissão 43% dos doentes encontravam-se normoponderais, 54.5% com excesso de peso (dos quais 15% com Obesidade grau I e II) e 2.5% com baixo peso. À admissão, por aplicação do MUST, 12.5% dos doentes apresentavam risco médio de malnutrição (70% dos quais pertencentes ao grupo de patologia digestiva) e 10% risco elevado (score 2 – 85% com patologia digestiva; score 3 – 100% com patologia digestiva). Destaca-se numa comparação entre o momento de admissão na instituição e o momento de admissão ao internamento, para a patologia digestiva, um aumento de casos de rastreio positivo pela aplicação da MUST (1) de 20.7% para 39.4%. O internamento teve uma duração média de 6.9 dias, havendo uma perda ponderal média aos 7 dias de 1.76Kg (t=5.084, p<0.001). De facto, 13 de 46 destes doentes que ainda se mantêm internados viram o seu score de risco aumentado, 30 mantiveram e 3 diminuíram o risco. Com destaque para

o facto de 65.4% dos doentes rastreados positivamente não terem sido alvo de intervenção de enfermagem e/ou nutrição dirigida. E, 31.3% dos doentes sinalizados em alto risco pela MUST também não foram alvo desta intervenção. Salienta-se que 2 doentes foram alvo de um plano alimentar via nutrição entérica e 6 via nutrição parentérica.

3) Conclusões

A desnutrição é um fator prognóstico negativo em doentes com cancro. Diferentes metodologias e ferramentas estão disponíveis para avaliar o risco de malnutrição nesta população, com a finalidade de identificar e tratar essa condição precocemente. Este projeto vem salientar a necessidade de um protocolo estruturado e coordenado para uma intervenção nutricional eficaz em doentes oncológicos sinalizados em médio e alto risco de malnutrição. Mas também, alerta para uma necessidade de intervenção e vigilância nutricional proativa nos doentes que não apresentam risco, dado este não ser sinónimo de ausência de risco potencial futuro, particularmente em doentes de patologia digestiva. Os dados reforçam também a necessidade de um registo clínico padronizado e uma referência e intervenção rápida e eficaz pelas equipas de enfermagem e nutrição em todos os doentes sinalizados, o qual será alvo nas etapas futuras do presente projeto.

4) Bibliografia

- Baracos VE, Martin L, Korc M, Guttridge DC, Fearon KCH. Cancer-associated cachexia. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:17105. doi:10.1038/nrdp.2017.105
- Leiva Badosa E, Badia Tahull M, Virgili Casas N, Elguezabal Sangrador G, Faz Méndez C, Herrero Meseguer I, Izquierdo González À, López Urdiales

R, Oca Burguete FJ, Tubau Molas M, Vilarasau Farré C, Llop Talaveron JM. Hospital malnutrition screening at admission: malnutrition increases mortality and length of stay. *Nutr Hosp*. 2017 Jul 28;34(4):907-913. doi: 10.20960/nh.657

- Argilés JM, Busquets S, Stemmler B, López-Soriano FJ. Cancer cachexia: understanding the molecular basis. *Nat Rev Cancer*. 2014;14(11):754-762. doi:10.1038/nrc3829
- Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: Prevalence, concurrent validity and ease of use of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for adults. *Br J Nutr* 2004; 92:799e808
- Silva SCG, Pinho JP. Cross-cultural adaptation and validation of the Portuguese version of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA). *Clin Nutr* 2015;34(S1):S194-S195.
- Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, Hütterer E, Isenring E, Kaasa S, Krznaric Z, Laird B, Larsson M, Laviano A, Mühlebach S, Oldervoll L, Ravasco P, Solheim TS, Strasser F, de van der Schueren M, Preiser JC, Bischoff SC. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr*. 2021 May;40(5):2898-2913. doi: 10.1016/j.clnu.2021.02.005

mudanças transversais a todos os seres humanos pela necessidade de confinamento de isolamento social. A comunicação foi um dos aspetos mais desafiantes quando falamos de cuidados altamente humanizantes como os cuidados paliativos.

A tele saúde é uma ferramenta que pode ajudar a ultrapassar alguns destes desafios. Em Portugal, a telemedicina tem mais de duas décadas de existência, contudo a implementação de consultas à distância surge neste contexto atual de forma mais amplificada como uma oferta alternativa ou complementar à consulta presencial.

O modelo de funcionamento a teleconsulta encontra-se definido pela Direção Geral de Saúde desde 2013 através do Despacho n.º 3571/2013 publicado no Diário da República, 2.ª série, de 6 de março de 2013.

Pretende-se com este protocolo de atuação, estabelecer linhas orientadoras no que respeita à prática da teleconsulta em enfermagem e normalizar procedimentos que garantam uma boa prática em condições de qualidade e segurança.

2) Resultados

É importante desenvolver linhas orientadoras para a realização de teleconsulta de enfermagem aos doentes oncológicos e com doença avançada pelo que a teleconsulta é bastante promissora na prática clínica tendo por foco o doente e família/cuidador.

É fundamental a apresentação de uma norma para a telenfermagem onde estejam descritos critérios, orientações, procedimentos, registos e indicadores de avaliação que permitam a uniformização de procedimentos para consultas de enfermagem à distância.

TO6

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA CONSULTA À DISTÂNCIA - TELENFERMAGEM

Ana Carrancho, Teresa Guedes

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Unidade Hospitalar de Faro, Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
anacarrancho@gmail.com

1) Objectivos

A pandemia motivada pelo novo Coronavírus (Covid-19) induziu

3) Conclusões

Fazer desta ameaça uma oportunidade para a mudança e para melhorar a comunicação e a acessibilidade do doente aos melhores cuidados de saúde de acordo com as suas necessidades.

INVESTIGAÇÃO

T01

PREVALÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS DE FIM DE VIDA EM PESSOAS COM GLIOBLASTOMA – ESTUDO DESCRITIVO E RETROSPECTIVO

Liliana Vasconcelos, Mafalda Ferreira, José Costa

Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil EPE, Serviço de Neurologia e Oncologia Médica
lilianavasconcelos88@gmail.com

1) Objectivos

Objetivo Geral:

- Identificar os principais sinais e sintomas presentes nos últimos sete dias de vida do doente com glioblastoma num serviço de neurologia oncológico.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar uma coorte de doentes com glioblastoma nos últimos sete dias de vida, em relação ao género e à idade;
- Estimar a prevalência de sinais e sintomas presentes nos últimos sete dias de vida do doente com glioblastoma num serviço de neurologia oncológico.

2) Materiais e métodos

Tipo de estudo:

- Estudo descritivo e retrospectivo, relativo aos sinais e sintomas nos últimos sete dias de vida de doentes com glioblastoma, internados no Serviço de Neurologia de um centro de referência de oncologia nacional, admitidos através de consulta de Neuro-oncologia nos anos de 2019 e 2020.

Amostra:

- A amostra define-se como todos os doentes com diagnóstico de glioblastoma com registo clínico médico e de enfermagem nos últimos sete dias de vida, internados no Serviço de Neurologia de um centro de referência de oncologia nacional através de consulta de neuro-oncologia durante os anos de 2019 e 2020.

CrITÉRIOS de Inclusão:

- Como critérios de inclusão definem-se: doentes com diagnóstico de glioblastoma, admitidos no Serviço de Neurologia através de consulta de neuro-oncologia durante os anos de 2019 e 2020, que tenham falecido nesse serviço de internamento, e que aí tenham estado internados durante um período igual ou superior a sete dias.

CrITÉRIOS de Exclusão:

- Como critérios de exclusão definem-se: doentes com o diagnóstico de glioblastoma cuja admissão não se enquadre no período temporal anteriormente definido e cujo período de internamento seja inferior a sete dias, mesmo que tenham

morrido no serviço de Neurologia.

Local de Investigação:

- No Serviço de Neurologia de um centro de referência de oncologia nacional.

Recolha de Dados:

- Análise retrospectiva dos processos clínicos e de enfermagem de doentes elegíveis de acordo com os critérios de inclusão.
- O Instrumento de Colheita de Dados utilizado foi baseado no documento “The Last Hours of Living”.
- Consulta dos processos realizada entre Abril e Outubro de 2021.
- Considerações Éticas:
- Confidencialidade e anonimato dos participantes.
- Obtido parecer favorável da Comissão de Ética da instituição.

3) Resultados

A amostra tem um total de 17 pessoas (13 homens e 4 mulheres), numa média de internamento de 17,3 dias. A média de idades correspondeu a 61,8 anos nos homens e 63 anos nas mulheres.

Utilizando o instrumento de colheita de dados anteriormente referido, os sinais e sintomas que surgiram com maior frequência (em número) foram: a diminuição do nível de consciência; os acontecimentos raros e inesperados; a disfunção respiratória e a perda de capacidade em engolir. A prevalência destes sintomas corresponde a 94% de diminuição do nível de consciência, 94% de acontecimentos raros e inesperados, 88% de disfunção respiratória e a 76% da perda de capacidade de deglutir.

Relativamente à diminuição do nível de consciência, emergiu nos registos consultados como “prostração” em 14 pessoas e “estupor” em 2 pessoas. Relativamente aos acontecimentos raros e inesperados, emergiram nos registos consultados como “febre” em 9 pessoas, “mioclonias” em 3 pessoas, “convulsão”, “náuseas e vômitos” e “insónias” em 2 pessoas e “ansiedade”, “candidíase” e “ferida traumática” em 1 pessoa cada. Relativamente à disfunção respiratória, emergiu nos registos consultados como “farfalheira” em 14 pessoas e “polipneia” em 4 pessoas. Relativamente à perda de capacidade em engolir, emergiu nos registos como “sem via oral segura” em 12 pessoas e “disfagia” em 1 pessoa.

Das 8 pessoas em que emergiu o registo de dor, este sintoma surgiu nos registos como “esgar de dor” (4), “gemidos” (2), “lombalgias” (1), “cefaleias” (1).

Considerando a presença de dispositivos médicos e a frequência com que surgiram na amostra, coloca-se por ordem decrescente: drenagem vesical (13), acesso venoso periférico (12), acesso subcutâneo (9), óculos nasais (4), sonda nasogástrica (3), máscara de venturi (2), high-flow (1), PICC (1).

Em 10 pessoas da amostra (58,8%), verificou-se que estava presente uma perfusão contínua de terapêutica para controlo sintomático: morfina (8), midazolam (8), butilescopolamina (7), haloperidol (3), valproato de sódio (1). Os três fármacos mais administrados em regime de SOS foram: butilescopolamina (10), morfina (8) e antipirético (7).

Em 76,4% da amostra foi solicitado o apoio da Equipa Suporte intra-hospitalar de Cuidados Paliativos.

4) Conclusões

A maior prevalência de diagnóstico de glioblastomas em homens coincide com o que reflete a amostra. Contudo há que considerar que a amostra é reduzida.

O facto da diminuição do nível de consciência e das alterações na deglutição serem dos sintomas mais prevalentes, vai ao encontro do que emerge na evidência científica.

A prevalência de acontecimentos raros e inesperados pode ser enquadrada ao considerar-se que estudos já realizados indicam que os sinais e sintomas apresentados em pessoas com glioblastoma nos últimos dias de vida diferem de pessoas com outras doenças oncológicas.

As alterações comunicacionais são apontadas na literatura como sintoma prevalente. Na amostra estas alterações foram registadas em 6 pessoas. A febre e as mioclonias/convulsões são sintomas que foram registados como frequentes em estudos anteriormente realizados em pessoas com glioblastoma. Neste estudo emergiram registados em 9 e 5 pessoas, respectivamente.

A disfunção respiratória emergiu como um dos sintomas mais prevalentes da amostra. Nos estudos consultados a prevalência da disfunção respiratória não mostrou ser tão significativa. Nestes estudos a disfunção respiratória está associada aos sintomas de dispneia ou acumulação de secreções nas vias respiratórias; A prevalência da dor na amostra vai de encontro ao que surge na literatura relativamente ao facto desta poder surgir de forma inferior ao que é reportado na restante população oncológica.

A diminuição do nível de consciência e o compromisso na comunicação podem, assim, dificultar a avaliação de sinais e

sintomas, tais como, dor, náuseas, ansiedade, sintomas depressivos.

O registo dos sinais e sintomas apresentados, bem como as intervenções realizadas e avaliação da sua eficácia são essenciais para garantir a qualidade dos cuidados prestados no fim de vida.

É fundamental a realização de estudos de investigação nesta área com amostras mais representativas. A maior parte dos estudos encontrados focam-se na população oncológica no geral.

Para esta população neuro-oncológica é importante abordar antecipadamente o planeamento de cuidados no fim de vida, visto que se verifica a diminuição do nível de consciência e alterações comunicacionais à medida que a doença progride.

Tal como descrito na literatura, a articulação precoce com equipas de cuidados paliativos é importante para a prevenção e tratamento eficaz de sintomas, acompanhamento psicossocial e promoção de qualidade de vida.

Neste estudo apenas foram analisadas terapêuticas utilizadas em perfusões contínuas e em regime de administração em SOS. É importante refletir sobre a articulação entre as abordagens farmacológicas e não farmacológicas no controlo de sintomas.

5) Bibliografia

- Abrey, L., Mason. W. (2011). Fast Facts: Brain Tumors. Oxford: Health Press Limited, 2aEd. ISBN 978-1- 905832-87-3.
- Bi, W., Beroukjm, R. (2014). Beating the odds: extreme long-term survival with glioblastoma. Neuro- oncology, 16 (9). 1159-1160. DOI 10.1093/neuonc/nou166.

- Bergo, E., et al. (2015). Neurocognitive functions and health-related quality of life in glioblastoma patients: a concise review of the literature. *Eur J Cancer Care*, 28 (1). DOI 10.1111/ecc.12410.
- Cahill, J., Armstrong, T. (2011). Caring for an adult with a malignant primary brain tumor. *Nursing*, 28. DOI 10.1097/01.NURSE.0000397930.50420.c6.
- Capelas, Manuel (2014). Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos em Portugal. Lisboa: Universidade Católica Editora, Unipessoal, Lda. ISBN 978-972-54-0408-9.
- Chaichana, K. et al. Factors involved in maintaining prolonged functional independence following supratentorial glioblastoma resection. *J Neurosurg*, 114 (3), 604-612. DOI 10.3171/2010.4.JNS091340.
- Crooms, R., et al. (2020). Palliative Care in High-Grade Glioblastoma: A Review. *Brain Sciences*, 10 (723), 1-26. DOI 10.3390/brainsci10100723.
- Emanuel, L., et al. (2015). The Last Hours of Living: Practical Advice for Clinicians. *Medscape Internal Medicine*, acessado em Abril de 2020, disponível em <https://ipalapp.com/wp-content/uploads/2013/08/The-Last-Hours-of-Living.pdf>.
- Khan, M., Walbert, T. (2014). End-of-Life symptoms and care in patients with primary malignant brain tumors: a systematic literature review. *Journal Neurooncology*, 117, 217-224. DOI 10.1007/s11060-014-1393-6.
- Koekkoek, J., et al. (2014). Symptoms and medication management in the end of life phase of high-grade glioma patients. *J Neurooncology*, 120, 589-595. DOI 10.1007/s11060-014-1591-2.
- Louis, D., et al. (2016). The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. *Acta Neuropathol*. DOI 10.1007/s00401-016-1545-1.
- Oberndorfer, S., et al. (2008). The End-of-Life Hospital Setting in Patients with Glioblastoma. *Journal of Palliative Medicine*, 11 (1), 26-30. DOI 10.1089/jpm.2007.0137.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde (2020). Globocan: Brain, central nervous system. Acessado em Abril 2021. Disponível em <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancer/31-Brain-central-nervous-system-fact-sheet.pdf>.
- Organização Mundial da Saúde (2020). Globocan: Portugal in 2020. Acessado em Abril 2021. Disponível em <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>.
- Oronsky B., et al. (2021). A Review Of Newly Diagnosed Glioblastoma. *Frontiers of Oncology*, 10, 1-10. DOI 10.3389/fonc.574012.
- Pace, A., et al. (2009). End of life issues in brain tumor patients. *J Neurooncology*, 91, 39-43. DOI 10.1007/s11060-008-9670-x.
- Pace, A., et al (2017). European Association for Neuro-Oncology (EANO) guidelines for palliative care in adults with glioma. *Lancet Oncol*, 18, e330-40. DOI 10.1016/s1470-2045(17)30345-5.
- Ross DD, Alexander CS. Management of common symptoms in terminally ill patients: part I. Fatigue, anorexia, cachexia, nausea and vomiting. *Am Fam Physician*. 2001;64(5):807 – 814.
- Ross DD, Alexander CS. Management of common symptoms in terminally ill patients: part II. Constipation, delirium and dyspnea. *Am Fam Physician*. 2001;64(6):1019 – 1026.
- Sizoo, E., et al. (2010). Symptoms and problems in the end-of-life phase of high-grade glioma patients. *Neuro-oncology*, 12 (11), 1162-1166. DOI 10.1093/neuonc/nop045.
- Sizoo, E., et al. (2014). The end-of-life phase of high-grade glioma patients: a systematic review. *Support Care Cancer*, 22, 847-857. DOI 10.1007/s00520-013-2088-9.
- Thier, K., et al. (2015). The Last 10 Days of Patients With Glioblastoma: Assessment of Clinical Signs and Symptoms as well as Treatment. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 1-4, DOI 10.1177/1049909115609295.
- Walbert, T. (2017). Palliative Care, End-of-Life Care, and Advance Care Planning in Neuro-oncology. *American Academy of Neurology*, 23 (6), 1709-1726. DOI 10.1212/CON0000000000000538.

TO2

OTIMIZAÇÃO DA MANUTENÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL TOTALMENTE IMPLANTADO

Ena Alves, Ana Berta Monteiro, Julia Amorim, Herlander Marques

Hospital de Braga
ema.alves@hb.min-saude.pt

1) Objetivos

Desenvolver o protocolo de ensaio clínico: “Otimização do Cateter Venoso Central Totalmente Implantado” (OTIMACAT), e levá-lo até à sua implementação no serviço de Oncologia do Hospital de Braga.

A justificação para este estudo prende-se com o fato dos CVCTI, dispositivos que são utilizados para administração de citostáticos e determinantes na qualidade de vida dos doentes oncológicos, serem sujeitos a períodos de manutenção diferentes de acordo com o centro oncológico em que são utilizados, não havendo assim estudos científicos que abordem este procedimento de forma a estabelecer guias de orientação.

Objectivo principal do estudo

O objetivo principal deste estudo é avaliar a necessidade de manutenção do cateter venoso central totalmente implantado, mantendo mesmo assim

a sua viabilidade, e obtendo igual ou menor número de incidência de complicações.

Objectivo secundário do estudo

Comparar os custos associados aos dois grupos do estudo (manutenção do CVCTI com solução salina vs sem manutenção/standard of care). Os custos associados aos procedimentos definidos para cada um dos grupos serão calculados com base na Portaria do SNS

Endpoint Primário

A ocorrência de qualquer evento adverso relacionado com o uso do CVCTI, permitindo desta forma avaliar a diferença entre os 2 grupos com o maior número de dados possível.

Endpoints Secundários

A ocorrência de eventos adversos relacionados com complicações infecciosas nos 2 grupos.

A ocorrência de eventos adversos relacionados com complicações trombóticas nos 2 grupos.

Pretende-se com estes endpoints avaliar a prevalência destes eventos adversos em cada um dos grupos

2) Materiais e métodos

Os ensaios clínicos randomizados (RCTs) apresentam-se como a melhor forma de comprovar uma determinada hipótese possibilitando a transferência dos dados da pesquisa para a prática clínica, sendo a base ideal para a medicina baseada na evidência

Desenhámos um Estudo interventivo experimental, prospetivo, em centro único, aberto, aleatorizado, de não-inferioridade, onde será avaliada a segurança em cada procedimento ((i) manutenção com solução salina e (ii) sem manu-

tenção (standard of care)), através da monitorização e vigilância dos eventos adversos com pacientes oncológicos em follow-up após tratamento de quimioterapia.

A amostra é recrutada na população de pacientes oncológicos submetidos à implantação do CVCTI para quimioterapia, que passaram à fase de follow-up. Os participantes são aleatorizados num dos dois braços: (i) manutenção com solução salina e (ii) sem manutenção (standard of care).

A hipótese que pretendemos testar é: poderá a não manutenção dos CVCTI resultar no mesmo número de eventos adversos e complicações do que a manutenção periódica?

O recrutamento é realizado no Serviço de Oncologia do HB, através da consulta externa com pacientes oncológicos submetidos à implantação do CVCTI para quimioterapia, sem doença metastática, que passaram à fase de follow-up e seguidos em ambulatório, sendo recrutados até ao período de 8 semanas após o término da quimioterapia.

O promotor é o Centro clínico académico de Braga (2CA-Braga). O ensaio clínico foi submetido às autoridades competentes (Infarmed e CEIC), o que se revelou um percurso complexo e longo. A monitorização do ensaio está a ser executada pela mesma entidade.

3) Resultados

Este projeto teve início em 2017. Foi aprovado pelas autoridades competentes e iniciou o recrutamento a 30 de Junho de 2020, entretanto já foi submetida e aprovada uma alteração substancial ao protocolo. Calcula-se uma duração de aproximadamente 3 anos para a sua conclusão.

Conta atualmente com 21 participantes, 10 alocados ao grupo 1 e 11 alocados ao grupo 2. 1 participante foi descontinuado, e 1 participante desistiu.

Foram realizadas 202 visitas (102 não presenciais e 100 presenciais).

Foi reportado apenas 1 evento, não relacionado diretamente com a manutenção do cateter (exteriorização do CVCTI) - participante descontinuado.

4) Conclusões

A realização de um Ensaio Clínico de iniciativa de Investigador é possível em Portugal, mas não sem muita perseverança e o apoio fundamental de um centro de Investigação com Colaboradores qualificados e disponíveis.

Estes resultados são intercalares, e ainda não se revelam estatisticamente significativos (amostra insuficiente), mas vão de encontro à confirmação da nossa hipótese.

T03

A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS EM UNIDADES DE INTERNAMENTO SOBRE SÉPSIS E CHOQUE SÉTICO

Celina Ferreira Amaral¹,
António Madureira Dias²

¹ Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Serviço de Oncologia Médica,
² Escola Superior de Saúde de Viseu
celina2265@hotmail.com

1) Objectivos

Este estudo tem como objetivo geral determinar os níveis de percepção do conhecimento sobre sépsis e choque séptico dos enfermeiros em unidades de internamento e como objetivos específicos conhecer a importância que é dada pelos enfermeiros à problemática

em estudo, saber se existem protocolos institucionais para gestão da pessoa com sépsis, identificar a formação dos enfermeiros nesta área e analisar a motivação dos enfermeiros para integrarem grupos de trabalho que permitam a atualização de conhecimentos nesta área. Pretende-se ainda com este trabalho responder à seguinte questão de investigação: “Qual o nível de percepção de conhecimento sobre sépsis e choque séptico dos enfermeiros em unidades de internamento?”

2) Materiais e métodos

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, abordagem quantitativa. Este estudo irá permitir realizar um diagnóstico de situação de modo a implementar intervenções de melhoria nos serviços do IPOC, na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com sépsis ou choque séptico.

A população alvo são os enfermeiros que pertencem aos serviços de internamento do IPOC, (oncologia médica, cirurgia cabeça-pescoço, unidade de cuidados intermédios, cirurgia geral, ginecologia e serviço de radioterapia). Os critérios de exclusão utilizados foram exercer funções no serviço há menos de 6 meses, exercer funções exclusivas de gestão no serviço e trabalhar no serviço de cuidados paliativos. De uma população constituída por 143 enfermeiros obtve-se uma amostra de 85 participantes.

O instrumento utilizado para recolha de dados foi o questionário “A percepção dos enfermeiros em unidades de internamento sobre sépsis e choque séptico”, que foi elaborado tendo por base as diretrizes internacionais para a gestão da sépsis e choque séptico da Surviving Sepsis Campaign, foi solicitada a apreciação do instrumento de recolha de dados a

um grupo de peritos na área, Grupo de Infecção e Sépsis, no sentido de verificar a sua objetividade, pertinência e clareza. Foi realizado pré teste aplicado a 20 enfermeiros com funções em serviços médico, cirúrgico e unidades de cuidados intensivos. Para o estudo da consistência interna das escalas e respetivas subescalas utilizadas no presente estudo utilizámos o coeficiente Alpha de Cronbach (α) e o coeficiente de bipartição, ou método das metades (split-half).

3) Resultados

A maioria dos enfermeiros (77.6%) revelou um nível de percepção moderada/baixa dos seus conhecimentos sobre sépsis e choque séptico e 22.4% evidenciaram nível de percepção elevado. Dos participantes no estudo 71.8% não tem qualquer formação específica na área de prestação de cuidados à pessoa com sépsis ou choque séptico. No âmbito da formação em serviço 96.5% dos enfermeiros refere nunca ter tido formação relacionada com sépsis. A maioria dos enfermeiros, 90.6%, desconhece protocolos para a gestão da pessoa com sépsis.

4) Conclusões

Os enfermeiros incluídos no estudo, na sua maioria, revelaram um nível de percepção moderada/baixa de conhecimento sobre sépsis e choque séptico, identificando-se lacunas importantes relativamente à formação. A necessidade de formação contínua, de atualização de conhecimentos e a elaboração de um protocolo institucional para a gestão da pessoa com sépsis ou choque séptico é evidente.

A formação contínua tem um impacto decisivo na prática e só assim se conseguirá promover uma cultura de segurança assente na qualidade dos cuidados.

5) Bibliografia

- Amário, A. P. S., Covay, D. L. A., Veloso, L. M., Carminatte, D. A., Stabile, A. M., & De Souza, A. L. T. (2019). Conhecimento do enfermeiro sobre os sinais e sintomas da sepse em adulto. *Enfermagem Brasil*, 18(4), 481. <https://doi.org/10.33233/eb.v18i4.1326>
- Barros, L. L. dos S., Maia, C. do S. F., & Monteiro, M. C. (2016). Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(4), 388–396. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201600040091>
- Branco, M. J. C., Lucas, A. P. M., Marques, R. M. D., & Sousa, P. P. (2020). O papel do enfermeiro perante o paciente crítico com sepse. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20190031. <http://www.scielo.br/rjreben/a/vpDRwFcxG6TFRXyZhyVtbX-Q/?lang=pt>
- Borguezam, C. B., Sanches, C. T., Albaner, S. P. R., Moraes, U. R. de O., Grion, C. M. C., & Kerbauy, G. (2021). Managed clinical protocol: impact of implementation on sepsis treatment quality indicators. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), e20200282. <https://doi.org/10.1590/1414-462x20200282>
- Delaney, M. M., Friedman, M. I., Dolansky, M. A., & Fitzpatrick, J. J. (2015). Impact of a sepsis educational program on nurse competence. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(4), 179–186. <https://doi.org/10.3928/00220124-20150320-03>
- Dugani, S., Veillard, J., & Kissoon, N. (2017). Reducing the global burden of sepsis. *Cmaj*, 189(1), E2–E3. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160798>
- Goulart, L. de S., Ferreira Júnior, M. A., Sarti, E. C. F. B., Sousa, Á. F. L. de, Ferreira, A. M., & Frota, O. P. (2019). Are nurses updated on the proper management of patients with sepsis? *Escola Anna Nery*, 23(4), 1–6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-can-2019-0013>
- Kaukonen, K. M., Bailey, M., Suzuki, S., Pilcher, D., & Bellomo, R. (2014). Morta-

- lity related to severe sepsis and septic shock among critically ill patients in Australia and New Zealand, 2000-2012. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 311(13), 1308-1316. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.2637>
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics (8 ed.)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
 - Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde (3a ed.)*. Porto: Legis Editora.
 - Pestana, M., & Gagueiro, J. (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementariedade do SPSS (6 ed.)*. Lisboa: Sílabo.
 - Proffitt, R. D., & Hooper, G. (2020). Evaluation of the (qSOFA) Tool in the Emergency Department Setting: Nurse Perception and the Impact on Patient Care. *Advanced*
 - *Emergency Nursing Journal*, 42(1), 54-62. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000281>
 - Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., Kumar, A., Sevransky, J. E., Sprung, C. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Rubenfeld, G. D.,
 - Angus, D. C., Annane, D., Beale, R. J., Bellingham, G. J., Bernard, G. R., Chiche, J. D., Coopersmith, C., ... Dellinger, R. P. (2017). *Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016*. In *Intensive Care Medicine (Vol. 43, Issue 3)*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4683-6>
 - Silveira, L. M., Basile-Filho, A., Nicolini, E. A., Dessotte, C. A. M., Aguiar, G. C. S., & Stabile, A. M. (2017). Glycaemic variability in patients with severe sepsis or septic shock admitted to an Intensive Care Unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41, 98-103. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.004>
 - Souza, A. L. T. de, Amário, A. P. S., Covay, D. L. A., Veloso, L. M., Silveira, L. M., & Stabile, A. M. (2018). Conhecimento

do enfermeiro sobre o choque séptico/ Nurses" knowledge on septic shock. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 17(1), 1-7. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v17i1.39895>

- Vilela de Sousa, T., Morena Rosa Melchior, L., Rêgo Bezerra, M. L., Soares Souza Carvalho Filha, F., Pereira dos Santos, O., Cândida Pereira, M., Félis, K. C., & de
- Moraes Filho, I. M. (2020). Conhecimento de enfermeiros sobre sepse e choque séptico em um hospital escola. *Journal Health NPEPS*, 5(1), 132-146. <https://doi.org/10.30681/252610104365>
- Yealy, D. M., Huang, D. T., Delaney, A., Knight, M., Randolph, A. G., Daniels, R., & Nutbeam, T. (2015). Recognizing and managing sepsis: What needs to be done? *BMC Medicine*, 13(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0335-2>

TO4

CHEMOINMOTION - O EXERCÍCIO FÍSICO NO CONTROLO DA FADIGA EM PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA SUBMETIDAS A QUIMIOTERAPIA

Catarina Rodrigues¹, Bárbara Gomes², Carlos Albuquerque³

¹ICBAS-UP; CHTMAD, Hospital de Dia Oncologia; ² ESEP; UNIESEP/CINTESIS; ³IPV-ESSV; UICISA: E acataryn@gmail.com

1) Objectivos

Implementar um programa de exercício baseado na evidência, para pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia; Reduzir a fadiga associada à doença oncológica; Melhorar a qualidade de vida; Avaliar a eficácia do projeto de reabilitação "ChemoIn-Motion".

2) Materiais e métodos

Recorreu-se a um desenho quasi-experimental de um só grupo simples, com pré-teste e pós-teste, sem grupo de controlo. Trata-se de um estudo empírico de intervenção de enfermagem usado para estimar o impacto de um programa de exercício físico (treino aeróbico e resistido), na modalidade Home-based, sem atribuição aleatória. Adultos com o diagnóstico de doença oncológica, em qualquer estadio da doença, a iniciar tratamentos de quimioterapia em regime de ambulatório (Hospital de dia) a título primário, adjuvante ou paliativo, são elegíveis para estudo. É realizada uma avaliação pré-exercício que engloba a avaliação do estado nutricional, da aptidão para o exercício (equilíbrio e força dos membros inferiores, capacidade funcional e esforço percebido) e outras comorbidades. O primeiro contacto com a pessoa com doença oncológica é realizado numa sessão presencial e individual, de forma a proceder à entrevista motivacional, e os contactos seguintes também podem ser realizados via telefone, respeitando um esquema de seguimento previamente estabelecido. Após o consentimento informado, a pessoa com doença oncológica é submetida a um questionário de prontidão para a atividade física, e é instituído um plano de exercício individualizado e com uma progressão gradual, partindo das suas capacidades e preferências.

3) Resultados

O resultado principal a ser avaliado é a fadiga associada à doença oncológica. Os resultados secundários englobam a qualidade de vida, a funcionalidade, e a atitude face à atividade física. A monitorização do programa de exercício é realizada aos 2, 6 e 12 meses e/ou no final

do tratamento ativo de quimioterapia. Os resultados deste estudo permitirão perceber qual a viabilidade (home-based) e a eficácia do projeto ChemoInMotion, no controlo da fadiga associada à doença oncológica em indivíduos submetidos a quimioterapia. Se esta intervenção se se provar efetiva, poderá ser implementada em outras unidades vocacionadas para o tratamento do cancro.

4) Conclusões

A evidência científica relata que o exercício físico é considerado seguro, quer durante o tratamento ativo, quer após o término do mesmo, e deve fazer parte do continuum de tratamento de todos os indivíduos com cancro. É importante que seja realizada uma avaliação pré-exercício, para identificar os efeitos da doença oncológica e/ou dos seus tratamentos e outras comorbilidades. Os enfermeiros, integrados numa equipa multidisciplinar, possuem competências que lhes permitem intervir junto da pessoa com doença oncológica, quer seja na educação sobre a importância de ser um indivíduo ativo, quer no desenvolvimento e supervisão de programas baseados no exercício físico para controlo da fadiga associada ao cancro.

5) Bibliografia

- Batalik, L., Winnige, P., Doshaba, F., Vlazna, D., & Janikova, A. (2021). Home-based aerobic and resistance exercise interventions in cancer patients and survivors: A systematic review. *Cancers*, 13(8), 1–17. <https://doi.org/10.3390/cancers13081915>
- Campbell, K. L., Winters-stone, K. M., Wiskemann, J., May, A. M., Schwartz, A. L., Courneya, K. S., et al. (2019). Exercise Guidelines for Cancer Survivors: June, 2375–2390. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002116>
- Foster, J., Worbey, S., Chamberlain, K., Horlock, R., & Marsh, T. (2019). Integrating physical activity into cancer care Evidence and guidance. https://www.macmillan.org.uk/_images/integrating-physical-activity-into-cancer-care-evidence-and-guidance_tcm9-339684.pdf
- Huether, K., Abbott, L., Cullen, L., Cullen, L., & Gaarde, A. (2016). Energy Through Motion©: An EvidenceBased Exercise Program to Reduce Cancer-Related Fatigue and Improve Quality of Life. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(3), E60–E70. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1188/16.CJON.E60-E70>
- Huizinga, F., Westerink, N. D. L., Berendsen, A. J., Walenkamp, A. M. E., de Greef, M. H. G., Oude Nijeweeme, J. K., et al. (2021). Home-based Physical Activity to Alleviate Fatigue in Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-analysis. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 53(12), 2661–2674. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002735>
- McGowan, K. (2016). Physical exercise and cancer-related fatigue in hospitalized patients: Role of the clinical nurse leader in implementation of interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(1), E20–E27. <https://doi.org/10.1188/16.CJON.E20-E27>
- National Comprehensive Cancer Network (2021). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cancer-Related Fatigue. Version 1.2021. Plymouth Meeting, Pa: National Comprehensive Cancer Network. https://www.nccn.org/guidelines/category_1
- OMS. (2020). Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário. World Health Organization, 24. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf>
- Perdigão, M. M. de M., Rodrigues, A. B., Magalhães, T. de L., Freitas, F. M. C., Bravo, L. G., & Oliveira, P. P. de. (2019). Educational technology for fatigue management related to antineoplastic chemotherapy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1519–1525. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0505>
- Relatório-PNPAF2020. (2020). Programa Nacional para a Promoção da atividade Física. Portugal 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2020. ISBN: 978-972-675-318-6
- Riebe, D., Ehrman, J., Liguori, G., & Magal, M. (2018). ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Tenth edition. American College of Sports Medicine. Philadelphia : Wolters Kluwer, ISBN: 9781496339065 1496339061 149633907X 9781496339072
- Rodrigues, C. Gomes, B., Albuquerque, C. (2021). Controlo da Fadiga Associada à Doença Oncológica através de Programas de Exercício Físico: uma Scoping Review. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicologia*, No2 - Volumen 1. ISSN: 0214-9877. pp:465-474
- Scott, K., & Posmontier, B. (2017). Exercise interventions to reduce cancer-related fatigue and improve health-related quality of life in cancer patients. *Holistic Nursing Practice*, 31(2), 66–79. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000194>
- Segal, R., Zwaal, C., Green, E., Tomasone Phd, J. R., Loblaw Md Msc, A., & Petrella, T. (2017). Exercise for people with cancer: a systematic review. *Current Oncology*, 24(4), e290. <https://doi.org/10.3747/co.24.3619>
- Smith, T. M., Broomhall, C. N., & Crecelius, A. R. (2016). Physical and psychological effects of a 12-session cancer rehabilitation exercise program. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(6), 653–659. <https://doi.org/10.1188/16.CJON.653-659>
- Song, J., Wang, T., Wang, Y., Hong, J., Li, R., Niu, S., Zhuo, L., & Li, X. (2021). Evaluation of evidence for exercise intervention in patients with cancer-related fatigue during chemoradiotherapy. *Journal of Clinical Nursing*, 30(13–14), 1854–1862. <https://doi.org/10.1111/jocn.15696>
- Stout, N. L., Brown, J. C., Schwartz, A. L., Marshall, T. F., Campbell, A. M., Nekhlyudov, L., et al. (2021). An exercise oncology clinical pathway: Screening and referral for personalized interventions. *HHS Public Access*. 126(12), 2750–2758. <https://doi.org/10.1002/cncr.32860.An>

T05

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA SOBREVIVENTES ONCOLÓGICOS

Telma Sofia Ribeiro Henriques Grãos

Hospital CUF Descobertas
telma.graos@gmail.com

1) Objectivos

As necessidades do sobrevivente de cancro são tão complexas que exigem dos profissionais o desenvolvimento de competências específicas. Os enfermeiros especialistas em oncologia são os profissionais indicados para prestar estes cuidados à população sobrevivente (Corcoran, Dunne, & McCabe, 2015). Perante esta problemática, defini como objetivos: (i) desenvolver competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na opção de Enfermagem Oncológica e (ii) estruturar a Consulta de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico (CESO).

2) Materiais e métodos

Para o desenvolvimento deste trabalho de investigação, utilizei a metodologia de projeto de Ruivo, Ferrito & Nunes (2010). Desenvolvi “uma investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (Ruivo, Ferrito & Nunes 2010, p.2).

Recorri, de modo a implementar este projeto, a dois instrumentos de colheita de dados: o guião de observação e o questionário. O guião de observação foi utilizado com o intuito de identificar as necessidades manifestadas pelos sobreviventes oncológicos e as intervenções prestadas pelos Enfermeiros a esta população. Este guião permitiu uma observação estruturada: os dados

foram recolhidos e tratados de uma forma organizada, através de estatística descritiva e análise de conteúdo. O questionário foi aplicado a enfermeiros com experiência em oncologia e permitiu, por um lado, identificar o que estes profissionais consideram ser as necessidades dos sobreviventes oncológicos e, por outro, observar as intervenções de Enfermagem desenvolvidas neste contexto.

3) Resultados

Depois da revisão Scoping e da pesquisa bibliográfica, identifiquei as principais necessidades dos sobreviventes oncológicos (os efeitos secundários a longo prazo e/ou tardios dos tratamentos oncológicos) e a natureza das mesmas. Constatei que podem ser físicas, emocionais, económico-sociais, espirituais e/ou estar relacionadas com o bem-estar e a qualidade de vida. Tornou-se clara a importância das intervenções de Enfermagem direccionadas para promover a adaptação à sobrevivência oncológica. Feita a revisão Scoping e a pesquisa bibliográfica, cheguei à conclusão de que a existência de programas multidisciplinares (referidos no enquadramento teórico) direccionados para o acompanhamento do sobrevivente oncológico são uma necessidade que não pode ser ignorada.

Das análises dos guiões de observação aplicados, os sinais e os sintomas mais prevalentes, depois do fim dos tratamentos, são a dor, as alterações da imagem corporal, a fadiga, neuropatia periférica e o medo e/ou ansiedade. Além das necessidades físicas, também os aspetos emocionais e sociais se alteram na fase de sobrevivência. As alterações nas relações familiares, as dificuldades em regressar ao trabalho, o medo de uma recaída, a incerteza e o isolamento social foram os aspetos mais

verbalizados durante a interação com os sobreviventes oncológicos.

No que diz respeito às intervenções de Enfermagem desenvolvidas para promover a adaptação à sobrevivência, os enfermeiros demonstram uma disponibilidade total para a escuta ativa da população sobrevivente. Os enfermeiros realizam a gestão de ansiedade, vigiam e gerem os sintomas/efeitos secundários tardios dos tratamentos, incentivam a participação e/ou retoma de atividades sociais e também promovem a realização de exercício físico adequado. Todos os planos de cuidados são individualizados e as intervenções são adequadas às necessidades de cada sobrevivente.

Relativamente aos questionários aplicados aos enfermeiros de oncologia, os enfermeiros identificam, nos cuidados aos sobreviventes, efeitos secundários do domínio físico, emocional, económico-social, espiritual, do bem-estar e da qualidade de vida. Quanto aos cuidados prestados, apesar de não haver nem uma consulta de Enfermagem nem um plano estruturado de cuidados ao sobrevivente, os Enfermeiros referem que conseguem realizar algumas intervenções isoladas que contribuem para a adaptação desta população à sobrevivência.

De modo a organizar a consulta de Enfermagem para o sobrevivente oncológico, decidi elaborar um fluxograma que me permitisse estruturar o acompanhamento do sobrevivente oncológico.

Durante a realização destes estágios, foi elaborada a norma da Consulta de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico (CESO), na qual foram estabelecidos o objetivo, o âmbito, a finalidade, o espaço físico, o horário, a descrição do processo e a estrutura da consulta. Para que a consulta não se tornasse um conjunto avulso de cuidados, foi criado

um guião da CESO, tendo por base o modelo de adaptação de Callista Roy e o processo de Enfermagem.

4) Conclusões

Em Portugal, os cuidados de Enfermagem durante o período de sobrevivência oncológica são muitas vezes descurados pela inexistência de recursos humanos, financeiros e organizacionais. Contudo, a população sobrevivente de doença oncológica, mesmo depois de terminar os tratamentos, não deixa de sofrer vários efeitos secundários a longo-prazo e/ou tardios. Os sinais e sintomas, quando não devidamente identificados e intervencionados, têm repercussões na qualidade de vida, no bem-estar e na saúde do sobrevivente e da sua família. A consciencialização destas necessidades fez-me debruçar sobre a temática e verifiquei que internacionalmente existem planos de cuidados de Enfermagem bem estruturados e delineados.

A implementação da CESO terá consequências muito positivas para os sobreviventes oncológicos, nomeadamente na melhoria da qualidade de vida, na gestão mais profícua dos efeitos secundários a longo prazo e tardios, na prevenção e deteção precoce de recidiva e de uma nova neoplasia e na gestão de comorbilidades. Permitirá a criação e implementação de um plano de cuidados de saúde personalizado e dar visibilidade aos cuidados de Enfermagem.

5) Biografia

- Corcoran, S., Dunne, M., & McCabe, M. S. (2015). The Role of Advanced Practice Nurses in Cancer Survivorship Care. *Seminars in Oncology Nursing*, Vol. 31 (4), 338–347. Acedido em: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2015.08.009>
- EONS - European Oncology Nursing Society. (2018). *Cancer Nursing Educa-*

tion Framework Contents. © European Oncology Nursing Society.

- Macmillan Cancer Support. (2014). *A Competence Framework for Nurses: Caring for patients Living with and Beyond Cancer*. Acedido em: http://www.macmillan.org.uk/Documents/AboutUs/Health_professionals/competence-framework-for-nurses.pdf
- National Cancer Institute. (2018). *Facing Forward: Life after cancer treatment*. Acedido em: <http://cancercontrol.cancer.gov/ocs/>
- Ness, S., Kokal, J., & Fee-schroeder, K. (2013). Concerns Across the Survivorship Trajectory: Results from a Survey of Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, Vol. 40 (1), 35–42.
- Nekhlyudov, L., Ganz, P. A., Arora, N. K., & Rowland, J. H. (2017). Going beyond being lost in transition: A decade of progress in cancer survivorship. *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 35 (18), 1978–1981. Acedido em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.72.1373>
- Pongthavornkamol, K., Lekdamrongkul, P., Pinsuntorn, P., & Molassiotis, A. (2019). Physical Symptoms, Unmet Needs, and Quality of Life in Thai Cancer Survivors after the Completion of Primary Treatment. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, Vol.6(4), 363–371. Acedido em: <https://doi.org/10.4103/apjon.apjon>
- Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Assembleia da República. Diário da República, 2.ª Série (N.º 135 de 16 de julho de 2018), 19359 – 19370. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Roy, C., & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem: Modelo de Adaptação de Roy*. Bobadela LRS: Instituto Piaget.

T06

A INTERVENÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS NO CUIDADO À PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO

Ana Cristina Silva Gomes, Tânia Filipa Brogueira Vieira, Ana Matilde Cabral, Ana Rute Costa Alho

Hospital Beatriz Ângelo
ana.cgomes@hbeatrizangelo.pt

1) Objetivos

Analisar o perfil, a intervenção e os apoios da comunidade a que o cuidador informal recorre no cuidado à pessoa com ostomia de eliminação acompanhada na Consulta de Estomatoterapia no Hospital Beatriz Ângelo.

2) Materiais e métodos

Foi realizado um estudo qualitativo envolvendo respostas individuais de 23 cuidadores informais a um questionário sobre o “papel dos cuidadores informais no cuidar da pessoa com ostomia de eliminação”. A aplicação dos questionários ocorreu entre Agosto de 2021 e Fevereiro de 2022. A amostra selecionada teve em conta os critérios de inclusão e exclusão definidos. Foram agrupados os resultados por categorias e contextos próprios.

3) Resultados

O padrão da amostra corresponde ao sexo feminino, principalmente filhas (43,5%) e esposas (43,5%) de pessoas com ostomia de eliminação com idade compreendida entre os 21 e os 78 anos, 48% com o 4.º ano de escolaridade, com atividade profissional ativa (56%), e 65% coabitam com a pessoa com ostomia de eliminação.

Os cuidados prestados pelo cuidador centram-se na organização do material

(87%), medição do estoma (70%), corte da placa (83%), desadaptação do sistema de ostomia (74%), descolagem da placa (83%), limpeza da ostomia (87%), higiene e secagem da pele peri-estoma (91%), aplicação de protetor cutâneo (91%), aplicação da placa de ostomia (96%), adaptação do saco (87%), ajuste do dispositivo (96%), substituição do saco de ostomia (74%), acompanhamento da pessoa com ostomia CEEE (100%), contato para marcação de CEEE (70%). Verificamos que apenas 22% tem apoio domiciliar externo, sendo que a maioria dos CI é que auxilia na prestação de cuidados, nomeadamente cuidados de higiene, alimentação, manutenção do lar.

Os resultados demonstram que esta amostra não é totalmente representativa da população total seguida na consulta, pois só foram inquiridos 23 cuidadores.

4) Conclusões

Este estudo permitiu identificar o perfil do cuidador, analisar a intervenção do mesmo e evidenciar os meios de suporte aos quais os cuidadores recorrem no cuidado à pessoa com ostomia de eliminação.

Estes dados demonstram que a pessoa com ostomia de eliminação está dependente do cuidador no seu autocuidado.

Identificamos que os cuidados realizados pelo cuidador informal centram-se na organização dos materiais, medição do estoma, corte da placa, desadaptação do sistema de ostomia, descolagem da placa, limpeza da ostomia, higiene e secagem da pele peri-estoma, aplicação de protetores cutâneos, aplicação da placa, adaptação da placa, ajuste do dispositivo, substituição do saco de ostomia, contato telefónico para agendar marcação de CEEE e deslocação para aquisição de materiais.

Verificamos que apenas 22% recorre a apoio domiciliário externo, principalmente na realização dos cuidados de higiene.

A nível nacional não foram encontrados estudos nesta área específica dos CI da pessoa com ostomia de eliminação, pelo que se considera pertinente este estudo, pois após conhecermos as intervenções que o cuidador desempenha junto da pessoa com ostomia de eliminação, conseguimos identificar as necessidades quer da pessoa com ostomia quer do cuidador e estabelecer um plano de intervenção dirigido e personalizado à pessoa com ostomia e ao cuidador informal.

5) Bibliografia

- Cabral, L. et al. (2010). A importância da Educação em Saúde aos cuidadores de idosos. Paraná. Brasil.
- Collière, M.-F. (2003). Cuidar...A Primeira Arte da Vida (2.a Edição). Loures: Lusodidacta.
- Direção Geral de Saúde (2017). Indicações clínicas e intervenções em ostomias intestinais de eliminação na idade pediátrica e no adulto. Ministério da Saúde. Lisboa Figueiredo, D. (2007). Cuidados Familiares ao Idoso Dependente. Forte da Casa: Climepsi Editores.
- Ferreira, P., Mendes, A., Fernandes, I., & Ferreira, R. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). Revista de Enfermagem Referência, III Série (no5), 121-133. <https://doi.org/10.12707/RIII1032>.
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital - Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Loures: Lusociência.
- Pereira, H. (2013). Subitamente Cuidadores Informais - Dando voz(es) às experiências vividas. Loures: Lusociência.

- Reveles, A. et al (2007) - Educação em Saúde Ostromizada: um estudo bibliométrico, Revista Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, 2007, 41829, 245-50 Brasil

TRABALHOS SUBMETIDOS EM E-POSTERS

P01

CONSULTA DE ENFERMAGEM TELEFÓNICA (CET) – UMA FERRAMENTA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Ana Silva, Ana Pereira, Mafalda Ferreira

Centro Hospitalar Baixo Vouga, Hospital de Dia de Oncologia
acmart@gmail.com

1) Objetivos

Apresentar a CET, do hospital de dia de Oncologia do Centro Hospitalar Baixo Vouga, como ferramenta no combate à pandemia por COVID 19.

2) Fundamentação

A pandemia de COVID-19 trouxe muitos desafios para a gestão da aboradagem da pessoa com doença oncológica.

A DGS estabeleceu que as doenças oncológicas, mesmo em contexto de pandemia, têm caráter prioritário, devendo os serviços reorganizarem-se sem comprometer a segurança clínica.

Desta forma, a equipa de Enfermagem do Hospital de Dia (HD) redefiniu as

suas práticas de acordo com as diversas recomendações das entidades reguladoras da Saúde, dando prioridade à CET.

Segundo Paguia A., 2017, a consulta de enfermagem não presencial do serviço de Oncologia tem contribuído para um melhor controlo sintomático dos doentes e uma melhor gestão do regime medicamentoso.

Realizamos um estudo descritivo observacional retrospectivo. Foram efetuadas 2109 CET correspondentes à fase pandémica compreendida entre 01.04.2020 e 31.08.2021. Para a colheita de dados obtivemos uma amostra de 421 CET's de forma aleatória.

3) Resultados e Conclusões

Verificou-se que 2% dos doentes apresentava sintomatologia COVID-19 levando ao adiamento do tratamento e encaminhamento de acordo com as recomendações.

Na colheita de dados, 21% dos doentes (N=86) apresentavam toxicidades associadas ao tratamento sendo que 62% adiaram o tratamento sem necessidade de recorrer ao HD.

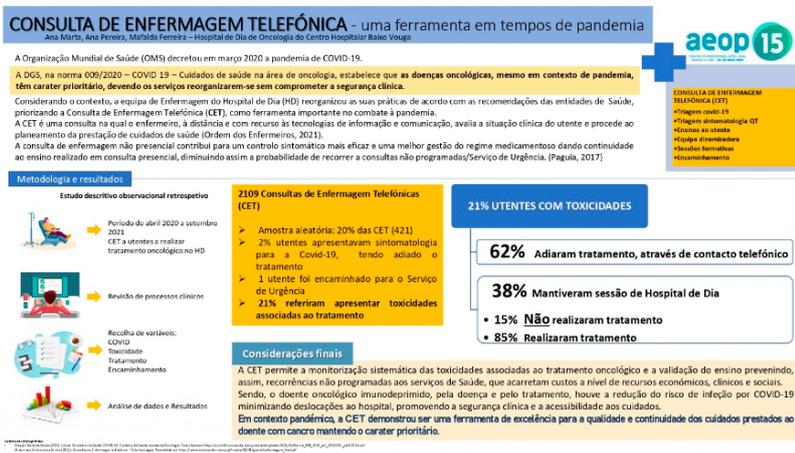
Do total da amostra, verificou-se que um doente teve necessidade de ser encaminhado ao serviço de urgência para resolução das toxicidades.

Em contexto pandémico a CET possibilita a realização da consulta respeitando a individualidade do doente, sem deslocação ao hospital (reduzindo os possíveis contatos), o que se converte num recurso que promove a segurança e a acessibilidade aos cuidados.

A monitorização sistemática das toxicidades associadas à quimioterapia e a validação do ensino permitiram estabelecer intervenções de enfermagem mais eficazes e personalizadas, prevenindo recorrências não programadas que acarretam custos quer a nível de recursos humanos quer a nível de consumo clínico e transportes, indo ao encontro de Paguia A. 2017

4) Bibliografia

- Direção Geral de Saúde (2020). Lisboa: Ministério da Saúde. COVID-19: Cuidados de Saúde na área de Oncologia. Consultada em https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/Norma_009_2020_act_25012021_pdf-267kb.pdf
- Ordem dos Enfermeiros Centro (2021). Consultas de Enfermagem à distância – Telenfermagem. Consultado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21380/guia-telenfermagem_final.pdf
- Paguia, A., Saraiva, T., Costa, D. (2017). A consulta de Enfermagem de controlo sintomático não presencial. OncoNews, 34



PO2

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA DESSENSIBILIZAÇÃO ONCOLÓGICA – ESTUDO DE CASO

Maria José Rosando, Márcia Andrez, Raquel Calixto

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão, Hospital de Dia de Oncologia
mariajoserosando@hotmail.com

1) Objetivos

- Descrever a intervenção do enfermeiro a nível da educação e prevenção e da Reação de hipersensibilidade terapêutica antineoplásica;
- Descrever a intervenção do enfermeiro a nível do diagnóstico e gestão da Reação de hipersensibilidade terapêutica antineoplásica;
- Descrever a intervenção do enfermeiro durante a Dessensibilização de Oxaliplatino.

2) Fundamentação

A reação de hipersensibilidade a um fármaco, neste caso antineoplásico, surge de forma inesperada, manifesta-se num conjunto de sinais/sintomas específicos provocados pela exposição a esse mesmo fármaco, numa dose que normalmente seria bem tolerada.

As reações de hipersensibilidade a fármacos têm aumentado de forma importante à medida que vários medicamentos, nomeadamente anti inflamatórios não esteróides (AINEs) e antibióticos, vão sendo utilizados com maior frequência. (...) Paralelamente ao aparecimento de novas armas terapêuticas em Oncologia e a maior longevidade dos doentes oncológicos, tem se igualmente

verificado um aumento da incidência de reacções a quimioterapia e terapêuticas biológicas (Caiado, 2016).

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

Nos casos em que ocorrem reações de hipersensibilidade a fármacos, denominadas como graves, que impossibilitam a continuidade dessa linha terapêutica, foram estudados protocolos de dessensibilização, que viabilizam a aquisição de tolerância temporária a um determinado fármaco, mantendo a segurança do doente.

O Enfermeiro assume o papel fundamental na monitorização contínua do doente submetido à Dessensibilização Oncológica.

3) Resultados e Conclusões

No passado, o fármaco que provocava uma reação de hipersensibilidade era descontinuado de imediato e, se possível, o doente iniciava uma linha de tratamento subsequente.

Atualmente o Hospital de Dia de Oncologia da Unidade de Portimão conta a colaboração clínica de Imunoalergologia, que avalia, diagnóstica e acompanha estes doentes, e caso seja possível manter a terapêutica é prescrito um protocolo de Dessensibilização Oncológica. A equipa de enfermagem colabora com a equipa clínica de Imunoalergologia em todo o processo relativo ao doente, que teve reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica, desde o registo detalhado da reação, ensino ao doente

nos cuidados após a mesma, no ensino para a realização dos testes cutâneos, na vigilância e monitorização dos mesmos e nas provas de provocação e protocolos de dessensibilização.

O papel do enfermeiro é primordial no cuidado ao doente submetido a Dessensibilização Oncológica, pela sua supervisão rigorosa e individualizada, intervindo na promoção para a adesão à pré-medicação instituída, na identificação/monitorização precoce e rápida de sintomatologia de reação de hipersensibilidade.

O nosso poster evidencia um estudo de caso de uma doente com 67 anos de idade, diagnóstico de neoplasia do colon, proposta para quimioterapia adjuvante com 12 ciclos Folfox (14/14 dias).

No 6º Ciclo, a doente apresentou reação de hipersensibilidade grave, após 15 minutos de perfusão de Oxaliplatino, que reverteu com a intervenção da equipa multidisciplinar. Posteriormente, em articulação com equipa Imunoalergologia, ficou decidido que a utente retomaria o tratamento em protocolo de Dessensibilização Oncológica de Oxaliplatino.

Neste estudo de caso, na administração do protocolo de Dessensibilização de Oxaliplatino, o Enfermeiro desenvolveu 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.

Demonstrou-se que, apesar da existência prévia da reação de hipersensibilidade da doente ao oxaliplatino, foi possível manter a linha de tratamento que inicialmente foi proposta, terminando os 12 ciclos de Folfox com segurança e eficácia.

4) Bibliografia

- Caiado, J. (2016). Hipersensibilidade a fármacos – Tratar, documentar, dessensibilizar. Revista Portuguesa de Imunologia. 24(2), 111-114. Disponível em https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf Acedido a 28.04.2022
- Jakel, P., Cynthia, C., Braskett, M., & Carino, A. (Abril de 2016). Nursing Care of patients undergoing Chemotherapy: Part I. Clinical Journal of Oncology Nursing, 20(1), 29-32.

Intervenção do Enfermeiro na Dessensibilização Oncológica – Estudo de Caso
 Centro Hospitalar Universitário Do Algarve - Hospital do Dia de Oncologia - Unidade de Portimão
 M^l José Rosário, Raquel Calhaz, Mónica Andrez

Introdução
 A reação de hipersensibilidade a um fármaco, neste caso anti-inflamatório, surge de forma inesperada, manifestando-se num conjunto de sinais/sintomas específicos provocados pela exposição a esse mesmo fármaco, mesmo depois que anteriormente seria bem tolerada. Nos casos em que se verifica reação de hipersensibilidade a fármacos, é recomendada uma gestão que responsabiliza a comunidade de saúde familiar/especialista. Assim, resultados positivos de dessensibilização, que substitua a aplicação de medicação sintomática a um determinado fármaco, mantendo a segurança do doente. O enfermeiro assume o papel central na monitorização, confirmação do doente submetido à fase de dessensibilização biológica.

Objetivo
 - Descrever a intervenção de enfermeiro antes, durante e após a dessensibilização de analgésico.
 - Realizada pesquisa bibliográfica associada à apresentação de estudo de caso.

Metodologia
 - Realizada pesquisa bibliográfica associada à apresentação de estudo de caso.

Intervenção de Enfermagem antes da realização da dessensibilização
 Realizar o diagnóstico de enfermagem, avaliar a disponibilidade para o caso e a história clínica e a capacidade de cumprir o protocolo de segurança. Avaliar a importância de garantir ao enfermeiro procedimentos seguros, eficazes, éticos e respeitosos de acordo com o protocolo de segurança. Avaliar a importância de garantir ao enfermeiro procedimentos seguros, eficazes, éticos e respeitosos de acordo com o protocolo de segurança. Avaliar a importância de garantir ao enfermeiro procedimentos seguros, eficazes, éticos e respeitosos de acordo com o protocolo de segurança.

Intervenção de Enfermagem durante a realização da dessensibilização
 Monitorizar o doente durante a realização da dessensibilização, avaliar a tolerância ao fármaco e a ocorrência de reações adversas. Avaliar a importância de garantir ao enfermeiro procedimentos seguros, eficazes, éticos e respeitosos de acordo com o protocolo de segurança. Avaliar a importância de garantir ao enfermeiro procedimentos seguros, eficazes, éticos e respeitosos de acordo com o protocolo de segurança.

Intervenção de Enfermagem após a realização da dessensibilização
 Avaliar a importância de garantir ao enfermeiro procedimentos seguros, eficazes, éticos e respeitosos de acordo com o protocolo de segurança. Avaliar a importância de garantir ao enfermeiro procedimentos seguros, eficazes, éticos e respeitosos de acordo com o protocolo de segurança.

Conclusão
 No presente estudo, o fármaco que provocou uma reação de hipersensibilidade era do tipo analgésico. A intervenção de enfermagem antes, durante e após a dessensibilização foi realizada de acordo com o protocolo de segurança. A intervenção de enfermagem antes, durante e após a dessensibilização foi realizada de acordo com o protocolo de segurança. A intervenção de enfermagem antes, durante e após a dessensibilização foi realizada de acordo com o protocolo de segurança.

Bibliografia
 - Caiado, J. (2016). Hipersensibilidade a fármacos – Tratar, documentar, dessensibilizar. Revista Portuguesa de Imunologia. 24(2), 111-114. Disponível em https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf Acedido a 28.04.2022.

P03

ESTUDO CASO DE UMA DOENTE SUBMETIDA A TERAPÊUTICA COM TRASTUZUMAB DERUXTECAN (TDX) NO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA (HESE)

Sofia Oliveira Pedro, Rui Dinis
 Hospital do Espírito Santo de Évora, Serviço de Oncologia Médica
p.sofia.oliveira@gmail.com

1) Objetivos

- Apresentar o caso de uma doente submetida ao tratamento com TDX, tendo por base as etapas do processo de enfermagem;
- Compreender a importância da utilização deste fármaco no tratamento desta doente.

2) Fundamentação

A doente “A”, género feminino, 55 anos de idade, foi diagnosticada em julho 2019 com Carcinoma Invasivo da mama

esq. (cT2cNM1) (metastização óssea), fez QT Neoadjuvante com esquema “Cleópatra” e depois cirurgia (mastectomia simples bilateral- Ypt1cN0). Por recidiva ganglionar axilar esq. em janeiro de 2021, iniciou 2º linha com Trastuzumab Emtansina (TDM1). Em dezembro de 2021, após nova PET, metastização pulmonar e inicia TDX a 14 de janeiro 2022.

O TDX é um fármaco usado em monoterapia para o tratamento de doentes adultos com cancro da mama irrecorrível ou metastático HER2 + e que receberam 2 ou mais regimes terapêuticos anteriores baseados em terapêutica anti-HER2+.

O ensaio que lhe deu a aprovação foi DESTINY- BREAST01, ensaio de fase 2 de grupo único e teve a sua aprovação pela EMA em março de 2020. A posologia do medicamento é 5,4mg/KG 1x de 3/3s, até progressão ou toxicidade inaceitável.

Neste caso, esta doente iniciou a sua terapêutica com esta posologia no dia 14 de janeiro de 2022. Nesse dia ocorreu uma

consulta de enfermagem de seguimento. Esta consulta teve como objetivos: (1) Validar com a doente a informação que a mesma recebeu na consulta médica sobre o novo tratamento; (2) Informar sobre o protocolo terapêutico e seus efeitos adversos e (3) Esclarecer dúvidas e angústias manifestadas pela doente.

1º ciclo- 14/1 decorreu sem incidentes.

18/1- Consulta de enfermagem telefónica tendo-se constatado os seguintes diagnósticos de enfermagem: Náuseas e Vômitos presente (grau 2/3) e Xerostomia presente (grau1). Foram planeadas ações interdependentes, nomeadamente ensinos relativamente à sintomatologia apresentada (de acordo com as guidelines internacionais- NCCN e ASCO).

28/1 - Consulta de enfermagem telefónica, onde a doente referiu melhoria da sintomatologia; Náuseas e Vômitos (grau 1) e Xerostomia ausente.

2º ciclo- 4/2- Alteração da anti-emese, pré e pós tratamento, nomeadamente com substituição de ondasetron por palonsetron antes do tratamento e

substituição de ondasetron após tratamento por esquema de olanzapina. Esta alteração teve resultado positivo, isto é, a doente já não manifestou náuseas ou vômitos após esta modificação.

10/2- Consulta de enfermagem telefónica, onde foi diagnosticado Fadiga presente (grau2) e Ansiedade presente. Para o 1ª diagnóstico foram planeadas ações, nomeadamente ensino sobre a necessidade de alternar períodos de descanso ao longo dia, ensino sobre técnicas de relaxamento, ensino sobre manter uma atividade física (no caso da doente, hidroginástica, que tanto prazer lhe dá), entre outras....

O diagnóstico de ansiedade presente deveu-se ao fato de haver neste caso um acompanhamento mais de perto (consultas telefónicas iniciais, fornecimento da escala de reações adversas no que diz respeito à fadiga, náuseas e vômitos para a doente registar diariamente o grau) que apesar de ter sido uma mais-valia e muito importante (reconhece a doente), lhe causou alguma ansiedade.

3º ciclo- 25/2- doente que apresentou discreto broncoespasmo na ACP, fez RX Tórax PA sem evidência de novas alterações pulmonares.

4º, 5º e 6º ciclos decorreram sem nenhuma intercorrência.

3) Resultados e Conclusões

Resultados

A doente “A” foi a primeira doente a realizar este tratamento com TDX no Hospital de Dia de Oncologia do HESE. Através do trabalho multidisciplinar (equipa enfermagem, equipa médica, equipa farmacêutica do HD) conseguiu-se fazer o acompanhamento desta doente, monitorizando e avaliando sinais e sintomas através de consultas presenciais (médica e enfermagem) e de 3 consultas de enfermagem telefónicas. Foram levantados alguns diagnósticos de enfermagem, realizado o planeamento e executado ações de enfermagem interdependentes (como os ensinamentos) e dependentes (revisão da anti-emese),

benéficas para a doente e para o seu tratamento.

Ao 6º tratamento, no dia 29 de abril, mantém-se apenas o diagnóstico de enfermagem de Fadiga presente (grau 1).

Conclusões

A doente “A”, submetida ao regime de tratamento com TDX, como 3º linha no tratamento da sua doença, veio a beneficiar até ao momento atual com a introdução desta nova terapêutica. Esta, tem permitido manter a sua qualidade de vida, através de um processo de monitorização contínua entre todos os membros da equipa multidisciplinar. Apesar dos efeitos adversos que desta terapêutica possam ocorrer, tem-se conseguido ajustar e debelar alguma sintomatologia, no sentido de proporcionar à doente um maior bem-estar que lhe é possível. Assim, consideramos que esta abordagem biopsicossocial e espiritual inserida num trabalho de equipa, é a mais indicada para cuidar as mulheres com cancro da mama submetida a esta terapêutica, bem como todos os outros doentes oncológicos.

ESTUDO CASO DE UMA DOENTE SUBMETIDA A TERAPÊUTICA COM TRASTUZUMAB DERUXTECAN (T-DXd) NO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA (HESE)



Enf. Sofia Pedro, HESE
Rui Dinis, HESE

OBJETIVOS

- Apresentar o caso de uma doente submetida ao tratamento com T-DXd, tendo por base as etapas do processo de enfermagem.
- Considerar a importância da utilização deste fármaco no tratamento desta doente.



Tratamento de doentes adultos com cancro da mama irredutível ou metastático HER2+ após 2 ou mais regimes terapêuticos anteriores baseados em terapêutica anti-HER2+.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<https://www.oncologymagazine.com/2022/02/22/ondasetron-anti-nausea-2022/>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8911191/>
<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines.html>
<https://www.ctcaev5.com/quick-reference-5x7/>

Resumo do caso: Mulher de 55 anos de idade, com Carcinoma Invasivo da Mama esq. (cT2cN1M1) diagnosticado em julho 2019, (metástase óssea). Q1 Neoadjuvante com esquema “Tidapatra” seguido de mastectomia simples bilateral. Recidiva ganglionar axilar esq. em janeiro de 2021. Iniciou 2ª linha com Trastuzumab Entansina (TDM1). Dezembro de 2021. metástase pulmonar e inicia T-DXd.

Ciclo 1: 14 Janeiro Consulta Enfermagem: Avaliação do estado clínico da doente (sinais vitais, estado emocional, validação da informação fornecida na consulta médica sobre o novo tratamento, explicação do protocolo terapêutico e efeitos adversos).

18/1- Consulta Enfermagem telefónica: Diagnósticos de Enfermagem: Náuseas e Vômitos presente (grau 2/3) e Xerostomia presente (grau 1)- Planeamento e execução de ensinamentos de acordo com guidelines NCCN.

28/1- Consulta Enfermagem telefónica: Náuseas e Vômitos presente (grau1) e Xerostomia ausente.

Ciclo 2: 4 fevereiro Consulta Enfermagem de seguimento: Alteração da anti-emese (substituição ondasetron por palonosetron pré tratamento e substituição de ondasetron por esquema de olanzapina pós tratamento).

10/2- Consulta Enfermagem telefónica: Diagnósticos de Enfermagem: Fadiga presente (grau2) e Ansiedade presente- Planeamento e execução de ensinamentos.

Ciclo 3: 25 fevereiro Consulta Enfermagem de seguimento: Discreto broncoespasmo, fez RX tórax que não revelou novas evidências pulmonares

Ciclo 4, 5- Sem intercorrências

Ciclo 6: 29 abril Consulta Enfermagem de seguimento: Fadiga (grau 1)

A terapêutica com T-DXd tem permitido manter a qualidade de vida desta doente, através de um processo de monitorização contínua entre todos os membros da equipa multidisciplinar. Uma abordagem biopsicossociocultural e espiritual inserida num trabalho de equipa, é a mais indicada para cuidar as mulheres com cancro da mama submetida a esta terapêutica, bem como todos os outros doentes oncológicos.

4) Bibliografia

- Modi S, et al. N Engl J Med. 2020;382 (7):610-621
- <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1914510>
- NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology (NCCN Guidelines) for Anticancer, Cancer- Related Fatigue, V.2.2022, Accessed March 2022 https://www.nccn.org/guidelines/category_1
- https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_5x7.

P04

DESAFIOS DA AUTONOMIA DOS ENFERMEIROS NA GESTÃO DAS EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS

Susana Gonçalves¹, Cristina Santos², Inês Claro³, Susana Silva¹, Esmeralda Barreira¹

¹Instituto Português de Oncologia Porto,

²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, ³Centro Hospitalar Universitário do Algarve

sugoncalvesmarques@gmail.com

1) Objectivos

Objetivos

Este trabalho tem como objetivos alertar para a importância de uma rápida intervenção do enfermeiro perante as situações de emergências metabólicas e infecciosas em oncologia e uniformizar procedimentos na gestão destas emergências através da elaboração de fluxogramas de atuação.

Metodologia

Foi realizada uma revisão da literatura para sistematizar os procedimentos relacionados com a gestão das emergências metabólicas e infecciosas na prática clínica. A metodologia utilizada foi o método de Delphi.

Inicialmente partiu-se de um grupo de peritos constituído por 4 enfermeiros de diferentes instituições hospitalares e com experiência na atuação neste tipo de emergências, tendo sido definidos os objetivos. Com o parecer dos peritos foi possível refletir e atingir um maior entendimento baseado nas diferentes perspetivas, o que gerou significados e acordos em situações em que uma análise comparativa. Posteriormente, os fluxogramas foram enviados a 20 enfermeiros de diferentes instituições para validação, tendo a amostra

sido selecionada através de técnica de amostragem não aleatória em bola de neve, por conveniência, ao eleger enfermeiros com mais de 5 anos de experiência em oncologia.

2) Fundamentação

Emergências oncológicas são condições agudas causadas pelo cancro, ou pelo seu tratamento, que requerem rápida intervenção, já que envolvem risco de vida iminente ou risco de dano grave permanente.

O aumento da sobrevivência dos doentes com cancro pode levar à evolução da doença que, associada a comorbilidades e toxicidades dos tratamentos, proporciona uma ampliação dos casos de emergências oncológicas.

A capacitação dos profissionais para identificar precocemente o problema e iniciar terapêutica instituída de forma adequada, pode alterar o prognóstico e melhorar significativamente a qualidade de vida desses doentes.

3) Resultados e Conclusões

Resultados

Relativamente à caracterização da amostra, 100% tem licenciatura e 75% mestrado, sendo que 75% tem entre 11 e 20 anos de profissão e 25% entre 21 e 30 anos. No que se refere ao tempo de experiência em oncologia 80% tem entre 11 e 20 anos de experiência e 20% tem entre 0 e 10 anos.

Após a análise foi sugerido que no fluxograma da hiponatremia era necessário colocar dosagens relativamente à medicação a administrar e identificar a quantidade para a restrição hídrica; no fluxograma da hipercalemia foi sugerido valor de referência do cálcio e acrescentar o tratamento com bifos-

fonatos e hemodiálise; no fluxograma da neutropenia febril foi sugerido não utilizar valor de tensão arterial média, não utilizar siglas e colocar valores de referência de neutropenia. Os instrumentos foram ajustados com as sugestões dos participantes.

Todos os participantes consideraram os fluxogramas de fácil interpretação, úteis e intuitivos.

Conclusão

O conhecimento das principais emergências oncológicas permite ao enfermeiro agir com rapidez e segurança, contribuindo para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

A deteção precoce das emergências oncológicas torna-se condição fundamental para um adequado tratamento, contribuindo para melhorar o prognóstico e traduzindo-se numa melhor qualidade de vida para o doente. Desta forma os enfermeiros devem estar habilitados a identificar e avaliar a sintomatologia consequente das emergências oncológicas o mais precocemente possível.

4) Bibliografia

- Mark L., Charles J., Atkinson, M., Kelley V., (2018). Oncologic Emergências: Recognition and Initial Management. Am Fam Physician. Jun 1;97(11):741-748.
- Lewis, M. A.; Hendrickson, A. W. & Moynihan, T. J. (2011). Oncologic emergencies: pathophysiology, diagnosis, and treatment. CA: Cancer Journal for Clinicians. 61(5):287-314. American Cancer Society. DOI: 10.3322/caac.20124 Sammut SJ, Mazhar D. Management of febrile neutropenia in an acute oncology service. QJ Med 2012; 105:327:336



DESAFIOS DA AUTONOMIA DOS ENFERMEIROS NA GESTÃO DAS EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS



Santos, C (Autor); Gonçalves, Susana; Silva, Susana; Clara, Inês; Barreira, Ermelinda
 Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.; Instituto Português de Oncologia do Porto; Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, E.P.E.; Unidade do Nordeste

Introdução

Emergências oncológicas são condições agudas causadas pelo cancro, no seu tratamento, que requerem rápida intervenção, já que envolvem risco de vida iminente ou risco de dano grave permanente. Podem ser identificadas como metabólicas, neurológicas, cardiovasculares, hematológicas, respiratórias ou urológicas. O aumento da sobrevivência dos doentes com cancro pode levar à evolução da doença que, associada à toxicidade e toxicidades dos tratamentos, proporciona uma ampliação dos casos de emergências oncológicas. A capacitação dos profissionais para identificar precocemente o problema e iniciar terapêutica instituída de forma adequada, pode alterar o prognóstico e melhorar significativamente a qualidade de vida destes doentes. Neste trabalho apenas será feita referência às emergências metabólicas e infecciosas por serem as que ocorrem com mais frequência na prática clínica.

Objetivos

Alertar para a importância de uma rápida intervenção do enfermeiro perante as situações de emergências metabólicas e infecciosas em oncologia e uniformizar procedimentos na gestão destas emergências através da elaboração de fluxogramas de atuação.

Material e Métodos

Tipo de Estudo: Revisão da literatura, método de Delphi. Partiu-se de um grupo de peritos constituído por 4 enfermeiros de diferentes instituições hospitalares e com experiência na atuação neste tipo de emergências para elaboração dos fluxogramas. Posteriormente estes foram enviados a 20 enfermeiros de diferentes instituições para validação.

Análise: Técnica de ancoragem não utilizada em função da natureza, por conveniência.

Resultados

Caracterização da Amostra: Dos participantes, 75% têm mestrado; 75% com 11 a 20 anos de profissão e 80% com 11-20 anos de experiência em oncologia.

Sugestões: No fluxograma da hiponatremia - colocar diágnosis relativamente à medicação a administrar e identificar a quantidade na restrição hídrica; no fluxograma da hipercalcemia - colocar valor de referência do cálcio e acrescentar o tratamento com bifosfonatos e heroína; no fluxograma da neutropenia febril - retirar valor de tendo arterial média, não utilizar siglas e colocar valores de referência da neutropenia.

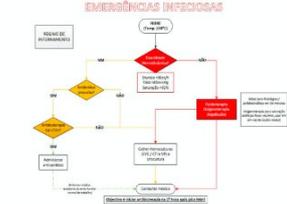
Conclusões

O conhecimento das principais emergências oncológicas permite ao Enfermeiro agir com rapidez e segurança, contribuindo para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. A deteção precoce torna-se condição fundamental para um adequado tratamento, contribuindo para melhorar o prognóstico e traduzindo-se numa melhor qualidade de vida para o doente. Desta modo, os enfermeiros devem estar habilitados para identificar e avaliar a sintomatologia associada às emergências oncológicas o mais precocemente possível.

Palavras-chave: Emergências oncológicas, Enfermeiro, Fluxogramas de Atuação

Referências: 1. Santos, C. (2018). Desafios da autonomia dos enfermeiros na gestão das emergências oncológicas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Oncologia*, 15(1), 1-10. 2. Santos, C. (2017). *Management of acute oncology emergencies in a tertiary care center*. *Journal of Clinical Oncology*, 35(18), 2017-2018. 3. Santos, C. (2016). *Management of acute oncology emergencies in a tertiary care center*. *Journal of Clinical Oncology*, 34(18), 2016-2017.

EMERGÊNCIAS INFECCIOSAS



EMERGÊNCIAS METABÓLICAS



PO5

MUCOSITE ORAL NO CLIENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOIÉTICAS: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Ana Guerreiro¹, Carlos Lança², Diogo Pereira³

Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Unidade de Transplante de Medula acgalmeida@ipolisboa.min-saude.pt

1) Objectivos

Objetivo geral

Compreender o cuidado de enfermagem ao cliente submetido a Transplante de Células Progenitoras Hematopoiéticas (TCPH) com mucosite oral

Objetivos específicos

Descrever as intervenções de Enfermagem ao cliente submetido a TCPH com risco de mucosite oral

Descrever as intervenções de Enfermagem ao cliente submetido a TCPH com mucosite oral.

2) Fundamentação

A mucosite oral consiste num dos principais efeitos secundários associados à quimio e radioterapia, sobretudo aquando da realização de um condicionamento mieloablativo, como acontece na preparação para o TCPH. É definida como uma inflamação da membrana mucosa que poderá ser conducente de dor, eritema, úlceras, xerostomia, disfagia ou compromisso na dificuldade de deglutição, bem como alterações na capacidade de falar (EMBT, 2019).

Por outro lado, a mucosite oral oferece aos clientes um risco acrescido de desenvolver infeções, sobretudo quando estes se encontram imunocomprometidos, no decorrer do processo de tratamento. Destarte, contribui para o risco acrescido de sépsis. Segundo a EBMT (2019), nos auto transplantes este efeito secundário surge em 68% dos casos, sendo mais frequente nos alo transplantes (98%).

Importa a priori efetuar-se uma avaliação da cavidade oral, seguida da elaboração de um plano de cuidados individualizado com base na prevenção.

Efetuiu-se uma revisão integrativa da literatura (Cronin, Ryan & Coughlan, 2008), tendo sido definida a seguinte questão de partida, com alicerce no acrónimo PICO: “Quais as intervenções de Enfermagem (I) ao cliente com mucosite (P) submetido a Transplante de Medula Óssea (Co)?”. Recorreu-se à base de dados EBSCO (CINAHL, MEDLINE e Cochrane Central Register of Controlled Trial+s e Database of Systematic Reviews), bem como a literatura cinzenta. Deste modo, obteve-se inicialmente um total de 73 artigos, que após a eliminação dos artigos duplicados, foram selecionados 66 para análise. Após a aplicação dos critérios de inclusão (artigos publicados nos últimos 10 anos; artigos que contenham intervenções de Enfermagem; artigos primários e secundários; artigos disponíveis na íntegra; artigos que apresentem no título, abstract ou palavras chave: “mucosite” e “TMO/TCPH”; Idioma: de língua portuguesa, inglesa ou espanhola) e de exclusão (artigos que incluam população pediátrica), foram incluídos 20 artigos.

27

Este processo de análise foi efetuado de forma independente pelos autores, tendo sido a posteriori discutidos os resultados.

3) Resultados e Conclusões

A mucosite é um dos efeitos secundários mais comuns durante este processo de tratamento. Destarte, a sua prevenção torna-se crucial, sobretudo através de intervenções não farmacológicas, como

sejam: a crioterapia e a higiene oral, conforme todos os artigos o sugerem. A higiene oral com clorexidina apenas deverá ser efetuada no caso da existência de úlceras ou infeções, segundo alguns autores. Aquando da existência de mucosite às intervenções anteriormente mencionadas acrescem as farmacológicas, designadamente a utilização de opióides. Adicionalmente, a adaptação

da dieta torna-se crucial, sendo que, por vezes, é necessário o recurso a nutrição parentérica.

Em suma, a gestão da mucosite apresenta um conjunto de intervenções autónomas e interdependentes de Enfermagem, que carece de um cuidado holístico e multidisciplinar ao cliente. A prevenção e o tratamento deste problema implica uma parceria de cuidados com o cliente, sendo crucial a realização de sessões de educação para a saúde neste âmbito.

Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E.: Unidade de Transplante de Medula

MUCOSITE ORAL NO CLIENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOIÉTICAS: Intervenção de Enfermagem na prevenção e tratamento

Autores: Ana Guerreiro (acgalmeida@ipolisboa.min-saude.pt), Carlos Lança e Diogo Pereira

1 INTRODUÇÃO

A mucosite oral (MO) consiste numa inflamação da membrana mucosa que poderá manifestar-se por: dor, eritema, úlceras, xerostomia, disfagia e/ou alterações na capacidade de falar (EBMT, 2019). É um dos principais efeitos secundários da quimio e radioterapia (68% dos casos), sobretudo num condicionamento mieloblástico, associado ao Transplante de Células Progenitoras Hematopoéticas (TCPH), sendo mais frequente nos alo-transplantes - 98% (EBMT, 2019).

A MO oferece aos clientes imunocomprometidos um risco acrescido de infeções e de sépsis. Importa *a priori* avaliar a cavidade oral e elaborar um plano de cuidados individualizado, preventivamente.

Palavras-chave: Stomatitis, Bone Marrow Transplantation, Hematopoietic Stem Cells, Nursing

2 METODOLOGIA

Revisão Integrativa da Literatura (RIL) ➡ Motor de busca: EBSCO - Literatura Cinzenta ➡ Amostra final: 20 artigos

Objetivos

Objetivo geral
Compreender o cuidado de enfermagem ao cliente submetido a TCPH com MO

Objetivos específicos
✓ Descrever as intervenções de enfermagem ao cliente submetido a TCPH com risco de MO
✓ Descrever as intervenções de enfermagem ao cliente submetido a TCPH com MO

3 REVISÃO DA LITERATURA

III: Presença de eritema e lesões; tolera dieta líquida

- Crioterapia
- Caphosol (A + B) 4 a 6x/dia - 1 min - metade 30 min antes da refeição e o restante após.
- Bochechos compostos, 3 a 4x/dia
- Uso de esponja escova de dentes e pasta dentífrica (se plaquetas > 50.000)
- Se dor: analgesia (opióides e/ou outros)

IV: Presença de eritema e lesões; não tolera dieta oral

- Crioterapia
- Caphosol (A + B) 4 a 6x/dia - 1 min - metade 30 min antes da refeição e o restante após.
- Bochechos compostos, 3 a 4x/dia
- Uso de esponja
- Bochechos com solução antimicrobiana, 15/30ml, 1 min, 3x/dia
- Se dor: analgesia (opióides e/ou outros)
- Nutrição parentérica

4 CONCLUSÃO

Em suma, a gestão da mucosite apresenta um conjunto de intervenções autónomas e interdependentes de Enfermagem, que carece de um cuidado holístico e multidisciplinar ao cliente. A prevenção e o tratamento deste problema implica uma parceria de cuidados com o cliente, sendo crucial a realização de sessões de educação para a saúde neste âmbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

QR CODE: SCAN ME

4) Bibliografia

- Carreras, E., Mohty, C., Kröger, N. (2019). The EBMT Handbook Hematopoietic - Stem Cell Transplantation and Cellular Therapies. Suíça: Springer Open Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. British Journal of Nursing, 17(1), 38- 43. <https://10.12968/bjon.2008.17.1.28059>

PO6

EXTRAVASAMENTO DE CITOSTÁTICO – ESTUDO DE CASO

Sónia Prazeres Lourenço,
Eunice Fernandes, Patrícia Mestre
CHUA Portimão - Hospital de Dia de Oncologia
sicprazeresh@hotmail.com

1) Objectivos

Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao utente com doença oncológica no âmbito da prevenção e monitorização do extravasamento endovenoso de citostáticos.

Promover a formação da equipa de enfermagem na prevenção, monitorização e atuação perante o extravasamento.

Demonstrar a importância do ensino ao utente, tanto na prevenção do extravasamento, como nos cuidados a ter em caso de ocorrência até ausência de sinais e sintomas.

2) Fundamentação

No decurso da doença oncológica existem várias abordagens de intervenção para controlo e tratamento da doença, que podem ser usadas isoladamente ou combinadas, entre elas a quimioterapia endovenosa (Melo, et al., 2019).

O tratamento com quimioterapia endovenosa pode implicar múltiplos eventos adversos, entre os quais o extravasamento, que é definido como a saída acidental do medicamento do vaso sanguíneo para os tecidos adjacentes, podendo ocorrer danos teciduais, inclusive necrose e sequelas muitas vezes limitantes, que podem afetar a qualidade de vida do utente (Melo, et al., 2019).

Os enfermeiros que trabalham na área de oncologia devem ter habilidades e capacidades para reconhecer uma situação de extravasamento, tendo conhecimentos tanto na área de prevenção como de atuação, minimizando as complicações. Desta forma, os fatores de risco devem ser ponderados antes de uma adminis-

tração endovenosa, estando relacionados com as características e individualidade do utente, com a experiência do profissional de saúde, com o tipo de medicamento a administrar, com o local da administração, assim como os dispositivos utilizados na administração (Scheiner & Pedrolo, 2011) Dependendo do fármaco administrado é importante que se conheça a sua capacidade de severidade de dano tecidual caso ocorra um extravasamento. Segundo Kreidieh, Moukadem, & El Saghir (2016), os citostáticos podem classificar-se em cinco grupos: vesicantes, exfoliantes, irritantes, inflamatórios e neutros, respetivamente do mais agressivo até ao menos agressivo.

O reconhecimento precoce e o diagnóstico do extravasamento são um ponto crítico na sua gestão. Atualmente existem três linhas de atuação na gestão do extravasamento. A primeira linha passa pela implementação de medidas gerais, que têm como objetivo inicial minimizar o volume do fármaco citostático extravasado para os tecidos circundantes. A segunda linha diz respeito à adoção de medidas específicas de acordo com o fármaco que provocou o extravasamento e sua monitorização. A terceira e última linha utiliza a aplicação de antídotos específicos (National Health Service - Worcestershire Acute Hospitals NHS Trust, 2015).

A documentação do extravasamento é de suma prioridade, uma vez que fornece informações sobre o evento e evidencia possíveis défices no atendimento. Ajuda na melhoria da continuidade dos cuidados, além de proteger os profissionais legalmente. Há necessidade de realizar o seguimento dos casos de extravasamento de citostáticos, desde o início do evento, descrevendo as ações implementadas, além da avaliação completa

e descrição da área com fotografia do evento e sua evolução. A falta de registo ou registos incoerentes pode ser interpretada como o não cumprimento dos protocolos da instituição, demonstrando uma diminuição na qualidade de cuidados prestados (Melo, et al., 2019).

Deste modo, considera-se de grande importância intervir na prevenção de extravasamentos e complicações associadas, bem como na monitorização dos mesmos, uniformizando procedimentos e delineando estratégias de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, garantindo a segurança do utente e a prevenção de complicações.

3) Resultados e Conclusões

Neste poster é apresentado um estudo de caso e alguma revisão bibliográfica sobre o extravasamento de citostáticos, de modo a ir de encontro a algumas necessidades do serviço.

A elaboração do estudo de caso sobre o extravasamento de um citostático permitiu compreender vários aspetos a ter em conta na sua gestão, desde o seu início até à inexistência de sinais e sintomas, contribuindo para a melhoria na prática dos cuidados.

Uma vez que trabalhamos num Hospital de Dia de Oncologia e administramos quimioterapia endovenosa todos os dias, é sempre muito importante relembrar que se ocorrer um extravasamento com qualquer agente quimioterápico existem muitas considerações a ter.

Devemos ter presente que existem vários fatores de risco que podem desencadear o extravasamento. O erro profissional não é o único, nem o principal fator desencadeante, como muitas vezes é pensado, erradamente, pelos próprios profissionais de saúde.

Temos de ter em consideração os fatores de risco para melhor prevenir o extravasamento e, caso este ocorra, devemos considerar um diagnóstico precoce, bem como as medidas a tomar.

Este estudo de caso foi sobre uma utente no qual ocorreu um extravasamento com um citostático vesicante. A deteção do extravasamento foi tardia (20 dias após a administração do citostático), tendo-se verificado rubor “tipo queimadura superficial” no local de administração.

Foram adotadas medidas de segunda linha. Foi feito ensino ao utente, fornecida terapêutica tópica (trolamina) e feito o registo escrito em impresso hospitalar próprio, contudo não foi feito o registo fotográfico na primeira avaliação. Foi reagendada próxima avaliação ao 25º dia, e nesse dia constatou-se que a lesão se encontrava piorada com presença de flitena e sinais inflamatórios. Foi realizada nova avaliação ao 27º dia, tendo sido necessário, para além da terapêutica tópica, adicionar terapêutica oral (prednisolona 20mg durante 5 dias). Só se verificou considerável melhoria ao 42º dia após o extravasamento, já com pele íntegra.

O conhecimento da equipa de enfermagem sobre todos os fatores de risco bem como o ensino ao utente, contribuem para a prevenção do extravasamento.

Após a identificação do extravasamento é importante o reconhecimento do mesmo. Nem sempre os sinais e sintomas são imediatos, muitas vezes ocorrem tardiamente. Nesta situação verificou-se a importância do ensino ao utente, tendo sido a utente a alertar para a ocorrência da alteração cutânea assim que a verificou, permitindo a nossa atuação de forma a minimizar uma lesão mais grave.

bilita o acesso antecipado, dos doentes participantes, a medicamentos inovadores, contribuindo para o alargamento da oferta terapêutica e consequentemente favorece de forma sustentável o progresso científico.

No contexto nacional atual regulamentar-se e entende-se como Ensaio Clínico, “qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou a verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou a identificar os efeitos indese-

jáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia” (Dec-Lei 21/2014 de 16 de Abril).

O IPO-Porto é um centro de referência em investigação clínica em oncologia, sendo o único centro com uma Unidade de Ensaios Clínicos Precoces inserido no SNS em Portugal e integrada na Unidade de Investigação Clínica a funcionar desde janeiro de 2020. Tem

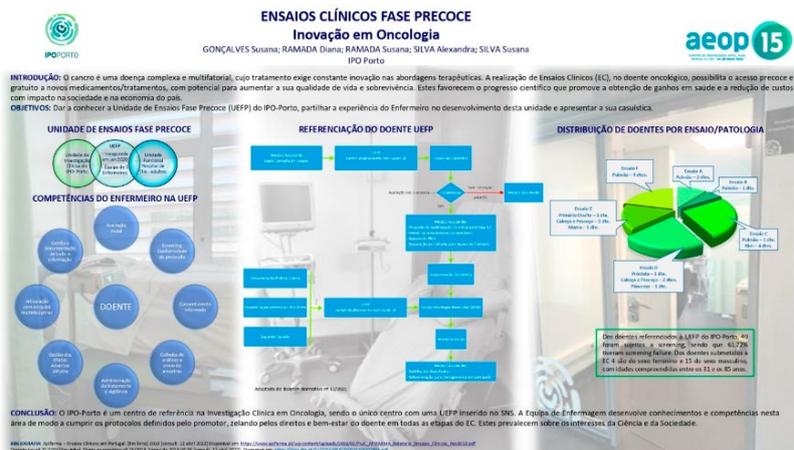
uma equipe multidisciplinar que engloba 5 enfermeiros e tem no momento 6 ensaios Clínicos Fase I ativos, da qual iremos apresentar a casuística.

3) Resultados e Conclusões

Face ao exposto, consideramos uma mais valia para a enfermagem dar a conhecer a nossa experiência com os Ensaios Clínicos de Fase Precoce, contribuindo para o aumento do conhecimento nesta área de atuação dos enfermeiros, ainda tão pouco divulgada no nosso país.

4) Bibliografia

- Apifarma – Ensaios Clínicos em Portugal. [Em linha] 2019 [consult. 12 abril 2022] Disponível em: https://www.apifarma.pt/wp-content/uploads/2019/02/PwC_APIFARMA_Relatorio_Ensaios_Clinicos_Fev2019.pdf
- Decreto-Lei nº 21/2014 [Em linha]. Diário da república nº 75/2014, Série I de 2014-04-16 [consult. 12 abril 2022]. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2014/04/07500/0245002465.pdf>



P08

DOSTARLIMAB – “O PAPEL DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DE UMA NOVA TERAPÊUTICA PARA O CANCRO DO ENDOMÉTRIO”

Claudia Porfírio, Ana Helena Martins, Pedro Vivas, Sofia Filipe
Hospital Beatriz Ângelo- Hospital de Dia Médico de Oncologia
claudia.porfirio@hbeatrizangelo.pt

1) Objectivos

Evidenciar o papel do enfermeiro durante o tratamento/follow-up do doente sob dostarlimab.

Divulgar conhecimentos que permitam a gestão dos efeitos secundários associados ao dostarlimab.

2) Fundamentação

A neoplasia do endométrio é a quarta neoplasia mais frequente na mulher. Representa 6% do total das neoplasias diagnosticadas na população feminina, e mais de >90% dos casos ocorre em mulheres com mais de 50 anos. Em Portugal, a incidência estimada do cancro do endométrio é de 5,2/100,000 habitantes, e a taxa de mortalidade é de 2,9/100,000 habitantes. (1) Quando

diagnosticada precocemente, tem taxas de sobrevida elevadas. Todavia, se diagnosticada em estadios avançados da doença, a taxa de sobrevida varia entre 17 e 68%. A recidiva local ou à distância constitui um problema relevante, pois agrava o prognóstico dos doentes. O tratamento das recidivas nem sempre é consensual e as opções para segunda linha de tratamento são limitadas.

A instabilidade de microssatélites/déficite na reparação de mismatch do DNA (MSI-H/dMMR) provoca acumulação de mutações e aumenta o risco de cancro. Determinados tumores com esta carac-

terística apresentam melhor resposta a certos fármacos anti-neoplásicos. Cerca de 30% dos tumores do endométrio podem apresentar instabilidade de microssatélites/défice na reparação de mismatch do DNA (MSI-H/dMMR).

O dostarlimab é um inibidor de checkpoint imunitário que apresenta atividade anti-tumoral. Foi aprovado a 21/4/2021, através do ensaio GARNET, tendo revelado uma taxa de resposta de 78,3% ao fim de 26 meses. Este fármaco encontra-se indicado em monoterapia no cancro do endométrio recidivante ou avançado, MSI-H/dMMR, que progrediu com ou após tratamento com quimioterapia contendo platina. (2) Os inibidores de checkpoint imunitário estão associados a um espectro de efeitos secundários diferentes dos normalmente associados aos citostáticos. Estes efeitos adversos podem abranger vários sistemas de órgão e variar em intensidade, podendo em alguns casos ser fatais. É fundamental a identificação precoce dos efeitos secundários, através capacitação do doente e família de forma a detetar, comunicar e gerir os possíveis efeitos secundários.

O enfermeiro constitui o elemento da equipa multidisciplinar que mais tempo passa com o doente, tornando-se agente fundamental na transmissão de conhecimentos ao doente, na monitorização dos sintomas que surjam durante o tratamento, e também no follow-up em ambulatório (por exemplo, através da consulta telefónica). O contacto próximo com o doente permite fomentar relação de ajuda, identificar barreiras ou dificuldades sentidas no processo terapêutico, ajudar na gestão de medos e crenças geradores de ansiedade (neste caso em concreto, pelo facto do dostarlimab ser um fármaco novo e pouco utilizado),

que pode prejudicar a adesão ao tratamento.

3) Resultados e Conclusões

É apresentado um estudo de caso de uma doente com recidiva de neoplasia do endométrio após terapêutica com platina, com indicação para iniciar dostarlimab, fármaco utilizado pela primeira vez em Portugal.

Mulher de 75 anos, caucasiana. Professora reformada. Com antecedentes pessoais: psoríase, não medicada, controlada; HTA essencial, não medicada; hérnia do hiato + esófago de Barrett; insuficiência venosa dos membros inferiores; colecistectomia aos 70 anos. Antecedentes ginecológicos: menarca aos 15 anos; menopausa aos 42 anos, não fez contraceptivos orais nem terapêutica de substituição hormonal. Teve 1 cesariana, 1 parto distócico com fórceps, 2 abortos espontâneos.

Antecedentes familiares: tia materna faleceu com neoplasia do colo do útero aos 60 anos; mãe faleceu com neoplasia do intestino aos 75 anos.

Em Março 2020 surge com quadro de metrorragias, acompanhadas de dor pélvica e hipogástrica de agravamento progressivo. Em novembro desse ano é diagnosticada com adenocarcinoma do endométrio, pT1b pN2a (20/31) cM1 (metastização ganglionar retroperitoneal e mediastínica), FIGO IVB, com dMMR. Submetida a histerectomia total (19/01/2021) com anexectomia bilateral + linfadenectomia pélvica e lombo-aórtica + pancreatectomia corpo-caudal + esplenectomia. Inicialmente proposta para realização de 6-8 ciclos de QT paliativa, que iniciou a 05/03/2021, com Paclitaxel + Carbo-platina, suspendeu ao fim de 5 ciclos

(28/5/2021) por astenia, anorexia + hiperbilirrubinemia colestática em contexto de realização de suplementos com artemisinina tomados por iniciativa da doente. A 02/07/2021 iniciou megestrol, com elevação progressiva do CA125. A 6/11/2021 comprovada progressão das adenopatias mediastínicas e interortocava suspeitas de novo, após realização de TAC.

A doente iniciou dostarlimab a 29/12/2021. A administração deste fármaco é realizada por via endovenosa. Os primeiros 4 tratamentos foram administrados de 21 em 21 dias numa dosagem de 500mg (até 02/03/2022), passando os tratamentos subsequentes a ser administrados de 6 em 6 semanas, na dosagem de 1g que iniciou a 12/04/2022.

Antes do início do tratamento com dostarlimab, foi realizada uma consulta de enfermagem de primeira vez presencial, onde foi realizada escuta ativa com o intuito de perceber o que a doente sabia sobre o tratamento. Foram retiradas as dúvidas existentes sobre o fármaco, desmitificadas crenças e valores relativos a este, realizado esclarecimento sobre os principais efeitos adversos e como proceder caso estes aconteçam. Foram entregues os contatos da equipa de enfermagem, bem como o cartão da doente sob este fármaco. De forma a mantermos o acompanhamento da doente e monitorização de possíveis sintomas que possam vir a surgir, na promoção do regime terapêutico instituído, foi realizada consulta de enfermagem de Follow-up telefónico 24 a 48 horas após a administração do fármaco e 7 dias após administração deste, bem como, entre o 7.º e 14.º dia após a realização de cada tratamento subsequente. Em cada ida ao Hospital

de Dia foi promovida a relação de ajuda, e dado espaço para esclarecimento dúvidas.

O principal efeito adverso que a doente apresentou foi agravamento da psoríase, que previamente se encontrava controlada sem necessidade de medicação. Apesar de ter sido medicada com corticoterapia tópica e referenciada para consulta de Dermatologia, a doente mostrou fraca adesão ao regime terapêutico. Foi efectuado contato de follow-up uma semana após o tratamento, no qual foram realizados ensinamentos sobre hidratação cutânea e a sua importância no controlo do prurido, foi explicada a relevância de cumprir o esquema terapêutico instituído, e foi ainda tentado desmistificar alguns medos em relação ao fármaco e à psoríase.

Ao regressar para o quarto tratamento, verificou-se que a doente não cumpriu as indicações dadas sobre a terapêutica específica da psoríase, mostrando-se renitente por ter sido a oncologista e não um dermatologista a prescrever. Foi novamente realizado reforço sobre otimização de terapêutica para a psoríase e importância no cumprimento da mesma. Ao regressar para o quinto tratamento a doente já cumpre em parte aplicação da medicação tópica, com melhoria de algumas lesões.

Em termos de resposta da doença oncológica ao tratamento com dostarlimab, a salientar diminuição progressiva do marcador tumoral CA125 (360»119) e diminuição das dimensões das metástases ganglionares.

No estudo de Garnet, os efeitos adversos de grau 1 ou 2 (superior ou igual a 10%) mais frequentes foram

astenia, diarreia e náusea. O efeito adverso de grau 3 mais relatado foi anemia descrito em 2,9% dos casos. Embora a maioria dos efeitos adversos relatos de grau 1 ou 2, existiu pelo menos uma doente com efeito adverso grave de colite. Apenas 2 doentes tiveram que suspender o tratamento por aumento das transaminases.

No estudo de caso que apresentamos, a doente, que previamente apresentou quadro de astenia, refere ter melhorado significativamente durante os tratamentos com dostorlimab.

O principal efeito adverso que a doente apresentou foi agravamento da psoríase, que previamente se encontrava controlada sem necessidade de medicação. Apesar de ter sido medicada com corticoterapia tópica e referenciada para consulta de Dermatologia, a doente mostrou fraca adesão à terapêutica instituída para controlo sintomático. Foi efectuado contato de follow-up uma semana após o tratamento, no qual foram realizados ensinamentos sobre hidratação cutânea e a sua importância no controlo do prurido, foi explicada a relevância de cumprir o esquema terapêutico instituído, e foi ainda tentado desmistificar alguns medos em relação ao fármaco e à psoríase. Foi-nos possível identificar como principais diagnósticos de enfermagem: adesão ao regime terapêutico comprometido; ansiedade comprometida; conhecimento sobre a saúde comprometido, bem como integridade cutânea comprometida.

Com a identificação destes diagnósticos, foram realizadas as intervenções acima referidas, com vista a adesão ao regime terapêutico. Embora não tenha sido cumprido na totalidade, melhorou a adesão, tendo assim melhorado

igualmente a sintomatologia, nomeadamente as lesões psoriáticas.

Na análise retrospectiva deste estudo de caso salienta-se o esforço da equipa de Enfermagem para fornecer informação atualizada quer ao doente quer à família, tanto na área educacional como na segurança, para que numa etapa ainda desconhecida para ambos se promovesse empoderamento.

A comunicação foi essencial na adesão ao regime terapêutico. O uso da consulta telefónica permitiu a continuidade dos cuidados prestados, capacitando a doente e o filho na tomada de decisões, auxiliando a resolução dos efeitos secundários, transmitindo assim uma maior tranquilidade para a doente. Conseguiu-se uma maior proximidade na relação previamente estabelecida. A maior acessibilidade do Enfermeiro ao doente e vice-versa potenciou a adesão terapêutica. Em suma, foi através abordagem do enfermeiro presencialmente e através da consulta telefónica, que houve uma gestão bem-sucedida de possíveis toxicidades da imunoterapia, bem como uma gradual adaptação da doente ao regime terapêutico. (3)

3) Resultados e Conclusões

A auditoria pré-implantação decorreu durante o mês de março e o início do mês de Abril e envolveu de forma consecutiva 30 pessoas a receber quimioterapia no hospital de dia, bem como 17 médicos e 15 enfermeiros. Nesta auditoria foram identificadas áreas de não conformidade em todos os critérios de boas práticas. As barreiras à implementação agruparam-se em: i) situação clínica da pessoa, ii) escassez de recursos, iii) conhecimento sobre tele-saúde tanto pelos profissionais como pelos doentes, iv) características da pessoa a receber tratamento. As estratégias que se encontram em discussão

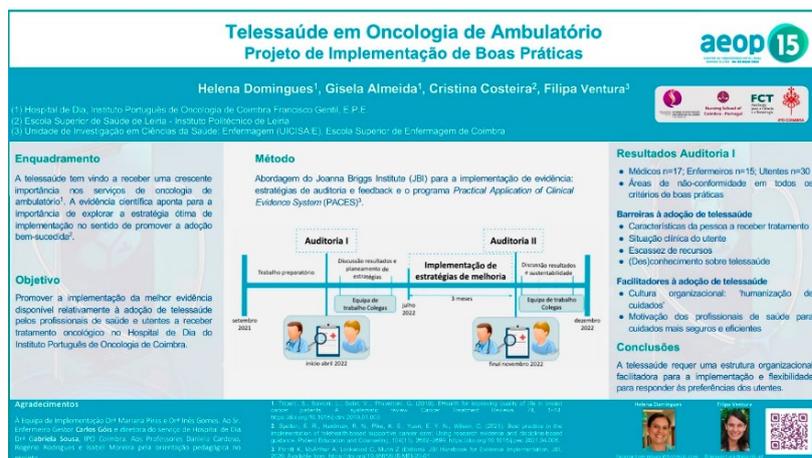
focam-se na área da escassez de recursos e conhecimento e ambicionam ao desenvolvimento de um procedimento de telessaúde para apoio à autogestão da pessoa a receber quimioterapia em hospital de dia. Os facilitadores para a implementação foram identificados como sendo a cultura institucional de humanização de cuidados e a motivação dos profissionais de saúde para prestar cuidados de forma mais eficiente e segura para o doente.

Em conclusão, no seu estado atual, este projeto de boas práticas permitiu compreender as necessidades dos profissionais de saúde e doentes do hospital de dia no que se refere à telessaúde e

em particular direcionada para a gestão de sintomas à distância e informação personalizada. Espera-se que, uma vez concluído, o projeto promova a adoção de telessaúde para apoio à autogestão da pessoa a receber quimioterapia em contexto de hospital de dia.

4) Bibliografia

- Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Editors). JBI Handbook for Evidence Implementation. JBI, 2020. Available from: <https://implementationmanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMEI-20-01>
- Spelten, E. R., Hardman, R. N., Pike, K. E., Yuen, E. Y. N., Wilson, C. (2021). Best practice in the implementation of telehealth-based supportive cancer care: Using research evidence and discipline-based guidance. Patient Education and Counseling, 104(11), 2682–2699. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.04.006>
- Triberti, S., Savioni, L., Sebbi, V., Pravettoni, G. (2019). EHealth for improving quality of life in breast cancer patients: A systematic review. Cancer Treatment Reviews, 74, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2019.01.003>



P10

SÍNDROME PINCH-OFF – COMPLICAÇÃO RARA DO CATETER VENOSO TOTALMENTE IMPLANTADO

Andreia Pacheco, Joana Alves, Cristina Teixeira

Hospital de Dia Hemato-Oncologia, Hospital CUF Descobertas andreia.pacheco@cuf.pt

1) Objectivos

- Dar a conhecer a síndrome pinch-off, enquanto complicação rara do CVCTI;
- Intervenções de enfermagem no síndrome pinch-off.

2) Fundamentação

O cateter venoso central totalmente implantado (CVCTI) tornou-se indispensável na oncologia (Selvakumar et al,

2019), no entanto a evidência científica (Chopra et al., 2015; Moureau, 2019) não recomenda um único tipo de acesso vascular central para o doente oncológico e deve ter em conta vários aspetos, tais como: tipo de terapêutica administrada, previsão do tempo de tratamento, frequência da sua utilização, necessidade de transfusão de hemoderivados, condição da rede venosa periférica e a capacidade de colaboração nos cuidados ao cateter.

O cateterismo subclávia está associado a um menor risco de infecção da corrente sanguínea e trombose sintomática, no entanto a um maior risco de pneumotórax e complicações mecânicas do que o cateterismo jugular-veia ou veia femoral (Parietti et al, 2015). Os mesmos autores concluem que o cateterismo da veia subclávia está associado a um menor risco de complicações.

A fratura com embolização/migração do CVCTI na quimioterapia representa menos de 1% das complicações relacionadas a esse dispositivo, este fenómeno é conhecido como síndrome pinch-off (Garcez, 2018).

O síndrome pinch-off acontece quando há compressão do cateter pela primeira costela e a clavícula (Garcez, 2018). Este pequeno espaço entre a clavícula e a primeira costela é comprimido mecanicamente, resultando em forças de cisalhamento que podem resultar na fratura do cateter (Hadid, 2019). Posteriormente pode ocorrer a migração do fragmento para aurícula, ventrículo, artéria pulmonar ou veia cava (Garcez, 2018).

Segundo Garcez (2018), a radiografia de tórax pode mostrar uma dobra, estreitamento ou fratura no cateter, no entanto este método de imagem não descarta o diagnóstico de síndrome pinch-off. É recomendado um método de imagem com contraste para identificar algum vazamento ou mau posicionamento do cateter.

A síndrome pinch-off pode ser assintomático e muitas vezes é encontrado acidentalmente, no entanto e na sua forma mais grave o cateter deve ser removido imediatamente para evitar complicações graves (Garcez, 2018). A complicação mais grave da síndrome

pinch-off é a fratura do cateter, com migração deste para o coração, o que pode levar a arritmias cardíacas fatais.

De seguida descrevemos um caso da síndrome pinch-off, com fratura e com a extremidade destacada do cateter localizada no ventrículo direito e aurícula direita.

3) Resultados e Conclusões

Cliente de 41 anos, sexo feminino, neoplasia da mama, iniciou tratamentos de quimioterapia em NeoAdjuvância a 28/05 e terminou a 8/11 (4 tratamentos de ciclofosfamida/doxorubicina e 12 tratamentos de paclitaxel). Os 3 primeiros tratamentos realizou por CVP, mas por maus acessos venosos teve indicação para colocação de CVCTI.

Colocação de CVCTI na subclávia esquerda sem intercorrências no dia 2/08/2021. Realizou 2 tratamentos por CVCTI, permeável sem resistência e a refluir. Após estes 2 tratamentos, o CVCTI não refluía e durante a instalação de SF a cliente referiu dor e apresentou tumefação superficial.

Fez Raio X Tórax, com suspeita de CVC fraturado, tendo posteriormente realizado TC Tórax confirmando a suspeita (“Identifica-se cateter venoso central com acesso pela veia subclávia esquerda, com interrupção do mesmo, por fratura e com a extremidade destacada do cateter localizada no ventrículo direito e aurícula direita com uma extensão aproximada de 80 mm”).

Após articulação com a Cirurgia Geral e Cardiologia, programou-se a remoção da extremidade distal do CVCTI no serviço de Angiografia, no mesmo dia. O procedimento decorreu sem intercorrências reportadas. No dia 24/09/2021, a cliente foi admitida

no bloco operatório para extração da câmara do CVCTI e colocação de novo CVCTI na jugular esquerda sob anestesia local.

Foi realizado reporte interno (HER+), com consequente notificação ao fornecedor e ao INFARMED.

O papel do enfermeiro é :

Valorizar as queixas do doente durante a manipulação do CVCTI; Realizar ensinamentos ao doente sobre os sinais e sintomas quando da manipulação do CVCTI; Triar sinais e sintomas durante a manipulação do CVCTI e agir antecipadamente em conformidade com as recomendações internacionais; Articular e fazer encaminhamento para a equipa multidisciplinar; Realizar registo completo das características do CVCTI (retorno venoso, permeabilidade e características da pele) sempre que há manipulação do mesmo; Realizar Follow-up; Planear formação e fazer divulgação pelos pares, pela baixa incidência desta complicação.

4) Bibliografia

- Hadid T, Hernandez M, Zeni A, et al. 2020. Pinch-off syndrome: a rare and serious complication of central venous catheters. *BMJ Case Reports CP* 2020;13:e233779.
- Veda Padma Priya Selvakumar, Rudra Prasad Acharya, Naveen Bhamri. 2019. PinchIndian *J Surg Oncol*. 2019 Mar; 10(1): 77–79.
- Barhbara Brenda Dias Garcez, Walberto Monteiro Neiva Eulálio Filho, Sabas Carlos Vieira. 2018. Embolização para veia cava inferior de cateter totalmente implantável para quimioterapia. *Jornal Vascular Brasileiro*. Vol.17 no.1 Porto Alegre.

P11

CATÉTERES VENOSOS CENTRAIS TOTALMENTE IMPLANTADOS (CVCTI) - CASUÍSTICA DO HOSPITAL DIA HEMATO/ONCOLOGIA

Joana Alves¹, Paula Machado², Telma Grãos¹, Andreia Pacheco¹

¹Hospital de Dia Hemato-Oncologia, Hospital CUF Descobertas

²Equipa Intra-Hospitalar Cuidados Paliativos, Hospital CUF Descobertas
carmo.alves@cuf.pt

1) Objectivos

- Apresentação dos dados da Colocação e Remoção de Catéteres Venosos Centrais Totalmente Implantados;
- Apresentação das complicações da utilização Catéteres Venosos Centrais Totalmente Implantados;
- Intervenções de enfermagem durante a utilização dos Catéteres Venosos Centrais Totalmente Implantados.

2) Fundamentação

Estes dados são referentes ao Hospital de Dia de Hemato-Oncologia, unidade de saúde privada, no período de Janeiro de 2014 a Março de 2022.

Neste período foram colocados 538 Catéteres Venosos Centrais Totalmente Implantados (CVCTI). Destes 64,3% eram do sexo feminino e 35,7% do sexo masculino.

Nos homens, a grande maioria (80%) dos CVCTI foi colocada por exigência de protocolo terapêutico (ex: 5-fluorouracilo). Nas mulheres, a maior parte dos CVCTI (70%), foi colocada por fragilidade venosa e/ou preservação de acessos venosos.

A evidência científica não recomenda um único tipo de acesso vascular central para o doente oncológico e deve ter em conta: tipo de terapêutica administrada, previsão do tempo de tratamento, frequência da sua utilização, necessidade de transfusão de hemoderivados, condição da rede venosa periférica e a capacidade de colaboração nos cuidados

ao catéter (Chopra et al., 2015; Moureau, 2019).

Em Março de 2022, haviam 107 CVCTI em doentes em tratamento ativo e 148 CVCTI tinham sido removidos.

A maior parte dos CVCTI foram removidos (54,7%), decorrente da finalização dos tratamentos.

Segundo a ONS (2017), as principais complicações são a infeção, erosão da pele, tromboses, oclusão, síndrome twidder's, deslocação da câmara e prolongamento (Síndrome de Pinch-off), migração e Fratura.

A ONS (2017), refere que a erosão da pele está relacionada com a perda significativa peso, má técnica de punção da câmara, uso repetido de anestésicos tópicos (cloreto de etilo), deiscência da sutura, má cicatrização da sutura e localização da sutura.

Os doentes com cancro têm um risco cinco vezes a sete vezes maior de trombose, por ativação da cascata de

Síndrome "Pinch-off" - Complicação Rara do Cateter Central

ANDREIA PACHECO, JOANA ALVES, CRISTINA TEIXEIRA | Hospital de Dia Hemato-Oncologia, Hospital CUF Descobertas



INTRODUÇÃO

A fratura com embolização/migração do Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVCTI) por desidratação progressiva (menos de 15 dias) complicada relacionada com esse dispositivo, não tem sido descrita como síndrome "pinch-off" antes. A síndrome "pinch-off" ocorre quando há compressão do cateter pela primeira costela e se encontra entre uma ligeira pequena fratura entre a clavícula e a primeira costela e o comprimento necessariamente relacionado com a fratura do dispositivo. Este caso foi inicialmente considerado a migração do dispositivo, verificada através pulmonar de veia cava inferior (veia cava).

ESTUDO CASO:

Sexo feminino, 41 anos, queixa de febre intermitente. Queixa oncológica de 2019/05/2021 a 08/11/2021.

Por mais de seis meses teve indicação para colocação de CVCTI (colocação de CVCTI na subclávia esquerda sem êxito) e em 02/06/2022 colocou o CVCTI (colocação de CVCTI na subclávia esquerda sem êxito) e em 02/06/2022 colocou o CVCTI (colocação de CVCTI na subclávia esquerda sem êxito) e em 02/06/2022 colocou o CVCTI (colocação de CVCTI na subclávia esquerda sem êxito).

A 06/07/2022 CVCTI não refluxo e durante a instalação de SE o cliente relatou dor e apresentou tumefação superior.

Recebeu tratamento por CVCTI, permitindo sem resistência e a refluxo.

Recebeu tratamento por CVCTI, permitindo sem resistência e a refluxo.

Recebeu tratamento por CVCTI, permitindo sem resistência e a refluxo.




INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

- Validar os sinais de dor durante a manipulação do CVCTI.
- Tratar os sintomas durante a manipulação do CVCTI e agir imediatamente em conformidade com as recomendações internacionais.
- Realizar avaliação de dor sobre os sinais e sintomas durante a manipulação do CVCTI.
- Articular e encaminhar para a equipa multidisciplinar.
- Realizar registo completo das características do CVCTI (retorno venoso, permeabilidade e características do trato) sempre que há manipulação do mesmo.
- Realizar Follow-up.
- Planear formação e fazer divulgação pelos pares.

BIBLIOGRAFIA: Hadid T, Hernandez M, Zeni A, et al. 2020. Pinch-off syndrome: a rare and serious complication of central venous catheters. *BMJ Case Reports CP* 2020;13:e233779. Veda Padma Priya Selvakumar, Rudra Prasad Acharya, Naveen Bhamri. 2019. PinchIndian *J Surg Oncol*. 2019 Mar; 10(1): 77–79. Barhbara Brenda Dias Garcez, Walberto Monteiro Neiva Eulálio Filho, Sabas Carlos Vieira. 2018. Embolização para veia cava inferior de cateter totalmente implantável para quimioterapia. *Jornal Vascular Brasileiro*. Vol.17 no.1 Porto Alegre.

coagulação por células cancerígenas, diminuição dos níveis de inibidores de coagulação (ONS 2017) Na nossa análise, relativamente às complicações, que levaram à remoção do CVCTI, as mais frequentes foram as trombozes (23,6%), seguidas das erosões da pele (14,9%) e as menos frequentes as infecções (3,4%).

Os homens têm maior taxa de incidência de trombozes (7,8%) que as mulheres (5,8%) e as mulheres têm uma maior taxa de erosão da pele (4,9%) e os homens (2,9%).

A ocorrência de trombose é mais precoce nas mulheres, verifica-se que quanto ao

número de dias desde a colocação até à remoção por trombose, nos homens é cerca de 250 dias e nas mulheres cerca de 150 dias.

Relativamente às infecções estas estão divididas entre infecções locais (no local de inserção) e sistémicas (corrente sanguínea), que têm culturas positivas (Infectious Diseases Society of America, 2009).

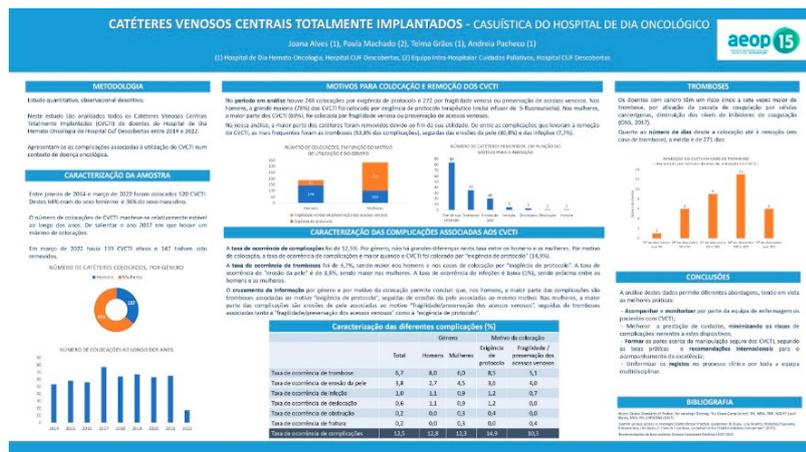
Quanto às infecções, neste período analisado, foram 5, as quais foram demonstradas em culturas. Foram isolados os seguintes microorganismos: Serratia Staphylococcus aureus, Pseudomonas, Staphylococcus caprae.

3) Resultados e Conclusões

A análise destes dados, permite diferentes abordagens, tendo em vista as melhores práticas: acompanhamento e monitorização por parte da equipa de enfermagem aos pacientes com CVCTI; melhorar a prestação de cuidados, minimizando os risco de complicações inerentes a estes dispositivos; formação aos pares acerca da manipulação segura dos CVCTI, segundo as recomendações internacionais mais recentes; necessidade das boas práticas para um acompanhamento de excelência e por último a uniformização dos registos no processo clínico por toda a equipa multidisciplinar.

4) Bibliografia

- Access Device Standarts of Praticce, for oncology Nursing Fby Dawn Camp-Sorrell, RN, MSN, FNP, AOCN® Laurl Matey, MSN, RN, CHPN ONS (2017)
- Central venous access in oncology:ESMO Clinical Practice Guidelines B.Sousa, J.Furlanetto, M.Hutka,P.Gouveia, R.Wuerstein, J.M.Mariz, D. Pinto & F.Cardoso, on behalf of the ESMO Guidelines Committee* (2015)
- Recomendações de boas práticas Acessos Vasculares Centrais AEOP 2021



RESUMO DAS SESSÕES CIENTÍFICAS

SESSÃO PLENÁRIA I

HIPOFRACIONAMENTO NO TRATAMENTO DE RT NO CANCRO DE MAMA: IMPACTO NOS DOENTES**MODERAÇÃO**

Helena Fanica,
Hospital Espírito Santo Évora

Influência do hipofracionamento na radiodermite: Mudança de paradigma

Jorge Buedo García,
Hospital General Valencia – ASCIRES

Hipofracionamento: Realidade Nacional Vs Desafios

Elisabete Soares, IPO Porto,
Coordenadora WG OncoRadioterapia

Impacto na qualidade de vida: Reabilitar é o ponto de partida!

Rosa Ascensão, IPO Porto

O papel do hipofracionamento na radiodermite em doentes com cancro de mama foi o tema em debate na primeira sessão da AEOP15, moderada por Helena Fanica, enfermeira do Hospital de Évora.

No entender de Jorge Buedo García, enfermeiro espanhol responsável pela área técnico-sanitária da ASCIRES (Valência), o hipofracionamento – que consiste na aplicação de uma dose diária mais elevada, em menos sessões, com maior precisão – configura uma “mudança de paradigma” na radioterapia, permitido pelos enormes avanços tecnológicos ocorridos nesta área nos últimos anos.

De acordo com o primeiro preletor desta sessão plenária, o fracionamento-padrão é “de 180-200cGy, 1 fração/dia, 5 dias por semana, sendo o mais utilizado na clínica por obter o melhor índice terapêutico na maioria dos tumores”.

“Ao hipofracionarmos, a eficácia do tratamento nunca é comprometida”, sublinhou o enfermeiro, acrescentando que o hipofracionamento apresenta os mesmos resultados para a sobrevida específica da doença, livre de metástases e global, bem como benefícios em tumores com baixa relação α/β .

Com a utilização desta prática, concluiu Jorge Buedo García, consegue-se diminuir o número de sessões de tratamento, melhorar a qualidade de vida dos doentes e reduzir os efeitos secundários em órgãos de risco saudáveis próximos à lesão.

Também Elisabete Soares, enfermeira do IPO do Porto e coordenadora WG OncoRadioterapia, vê no hipofracionamento uma verdadeira mudança de paradigma no tratamento da radiodermite em doentes com cancro de mama. Porém, e apesar dos seus benefícios, esta ainda não é uma prática generalizada nos centros de radioterapia a nível nacional.

“O retrato do nosso país mostra que, à exceção da Fundação Champalimaud, ainda estamos na cauda do que já se faz na Europa, em termos de hipofracionamento”, adiantou a preletora, identificando alguns dos aspetos que podem ser melhorados, no sentido de “apanhar este comboio”.

Desde logo, a implementação formal e bem estruturada de consultas de enfermagem em todos os centros de radioterapia, bem como o “empoderamento” dos enfermeiros nesta área. “Algo que nem sempre é possível, dado o baixo ratio de recursos humanos de enfermagem nestes serviços”, lamentou. Igualmente fundamental, defendeu Elisabete Soares, é que os

enfermeiros mudem o seu mindset, procurando investigar e conhecer para depois aplicar na prática. “Não faz sentido que na consulta de enfermagem estejamos a tratar da mesma forma doentes que fazem hipofracionamento e doentes que não o fazem. A intervenção tem que ser diferente”, sublinhou.

Ainda essencial, na ótica da enfermeira do IPO do Porto, é proceder a um follow-up robusto do doente, onde ferramentas como a tele-enfermagem se revestem de enorme utilidade, concluiu.

À última palestrante da sessão coube abordar a importância e o impacto da reabilitação na qualidade de vida dos doentes submetidos a radioterapia. Rosa Ascensão, enfermeira do IPO do Porto, salientou que a reabilitação deve estar presente em todo o percurso de doença/tratamento oncológico, o mais precocemente possível. “Quanto mais tempo os doentes estiverem imobilizados, mais difícil vai ser a recuperação. A reabilitação também é uma forma de empoderar o doente e dar-lhe a oportunidade de colaborar e controlar, em certa medida, uma fase do seu processo de tratamento”, referiu a palestrante.

No que respeita ao hipofracionamento no cancro da mama, Rosa Ascensão mencionou que se trata de “uma modalidade em transformação que exige rigor e atenção”. Neste sentido, concluiu que “é urgente desenvolver investigação em enfermagem para avaliar o impacto desta modalidade na qualidade de vida dos sobreviventes”.

SESSÃO PLENÁRIA II

TRANSPLANTE MEDULA ÓSSEA: GESTÃO DE UM PROGRAMA DE CART CELL'S

MODERAÇÃO

Alice Monteiro, IPO Porto
Elsa Oliveira, IPO Lisboa

Elegibilidade e colheita de linfócitos

Cátia Romeiro, IPO Porto

Administração de CART cell's e gestão de complicações imediata

Fátima Penim, IPO Lisboa

Follow-up e resultados da experiência do IPO Lisboa

Patrícia Pinheiro, IPO Lisboa

Foi sob a égide da inovação que decorreu a segunda sessão plenária da AEOP15, dedicada à temática da transplantação de medula óssea com células CAR-T e que foi moderada pelas enfermeiras Alice Monteiro (IPO do Porto) e Elsa Oliveira (IPO de Lisboa).

A elegibilidade e colheita de linfócitos mereceram destaque na apresentação de Cátia Romeiro, enfermeira do Serviço de Terapia Celular do IPO do Porto, que começou por explicar que as células CAR-T (recetor de antígeno quimérico) são o equivalente a dar aos doentes “uma droga viva”.

São critérios de elegibilidade para este tratamento doentes com “doença ativa após, pelo menos, duas linhas de tratamento, idade inferior a 70 anos, ECOG no mínimo 1 e presença de massas de dimensão inferior a 5 cm”, explicou a oradora, apontando também os critérios de exclusão, que consiste na presença de mais do que um dos seguintes critérios: massas de dimensão superior a 5 cm, LDH e PCR elevadas e disfunção hepática, renal, pulmonar ou cardíaca. Quanto à tomada de decisão, explicou, faz-se “com base na rapidez de produção e na toxicidade”.

A Fátima Penim coube falar sobre o processo de administração das células CAR-T e a gestão de complicações imediatas. A enfermeira da Unidade de Transplante de Medula do IPO de Lisboa sublinhou a importância e obrigatoriedade da presença de um cuidador desde o início do processo e lembrou que “até à infusão das células é muitas vezes necessário fazer terapêuticas de ponte”. A quimioterapia de linfodepleção – que vai regular os linfócitos em circulação para potenciar o tratamento com células CAR-T – é um dos momentos em que a presença do cuidador é crucial, salientou a preleitora.

No entender de Fátima Penim, a existência de “uma equipa de enfermagem focada e treinada para o despiste precoce de complicações imediatas, em colaboração com a restante equipa multidisciplinar, favorece a identificação precoce de complicações e uma intervenção imediata, assim como previne a evolução para formas mais graves”.

O papel central do cuidador no âmbito de um programa com células CAR-T também foi destacado pelo mais jovem elemento da equipa de enfermagem da Unidade de Transplante de Medula do IPO de Lisboa, a enfermeira Patrícia Pinheiro, que falou do follow-up destes doentes e dos resultados da experiência com este tratamento na sua instituição.

Segundo a palestrante, “o follow-up é obrigatório até ao 30º dia da infusão” e as complicações mais frequentes e prolongadas no tempo são a hipogamaglobulinemia, a neutropénia e a reativação do CMV. Passados os 30 dias, o doente vai para o domicílio e é seguido aos 3, 6, 9 e 12 meses e anualmente até aos 15 anos após receber as células CAR-T.

De acordo com Patrícia Pinheiro, os resultados da experiência do IPO de

Lisboa mostram que este é “um tratamento promissor, na medida em que dos 13 doentes infundidos desde 2019, nove estão em remissão total da doença”. Atualmente, nesta instituição, há três doentes a aguardar infusão e quatro fármacos disponíveis para tratamento com células CAR-T.

Em jeito de conclusão, a enfermeira sustentou que “a imunoterapia celular vem dar uma resposta aparentemente promissora para um conjunto de doentes que até então não tinham alternativa terapêutica. A motivação e o empenho da equipa multidisciplinar em todo este processo contribui para o sucesso do mesmo”.

CONFERÊNCIA DE ABERTURA

O DIREITO A SER ESQUECIDO

MODERAÇÃO

Cristina Lacerda, Vice-Presidente
Direção AEOP

Sérgio Deodato, Universidade Católica de Lisboa, ICS, UCP

Um problema ético e jurídico. Foi desta forma que o enfermeiro Sérgio Deodato apresentou o tema da conferência de abertura da AEOP15 – O direito a ser esquecido –, uma sessão que foi moderada pela vice-presidente da AEOP, Cristina Lacerda.

No fundo, explicou o também mestre em Bioética e professor da Universidade Católica Portuguesa, trata-se do “direito que qualquer pessoa tem a apagar os seus dados. Uma temática inovadora e um pouco controversa, que marca uma estreia no congresso da AEOP, acabando por gerar uma discussão acesa no final da apresentação.

“Esta questão surgiu pela primeira vez na Europa em 2014, quando já com grande avanço do uso de plataformas

informáticas, um cidadão espanhol interpôs um processo judicial contra a Google, porque queria apagar os seus dados e não havia nenhuma lei que lho permitisse fazer”, revelou o preletor, adiantando que, face a esta ausência, o Tribunal de Justiça da União Europeia (UE) foi à carta dos direitos fundamentais da UE buscar o direito à privacidade e o direito à proteção de dados para decidir pela primeira vez pelo apagamento de dados.

O debate mantém-se, desde então, e em 2016, o RGDP incorporou esta discussão ético-deontológica e colocou no artigo 17.º o direito do apagamento de dados/direito a ser esquecido.

Do ponto de vista teórico, a questão é simples, avançou Sérgio Deodato. Complica-se na prática, quando é preciso, na esfera da saúde, encontrar um equilíbrio entre interesse da pessoa/doente e os motivos de interesse em termos de saúde pública e a lei permanece omissa. No entender do enfermeiro, também licenciado em Direito, se não se colocam em causa terceiros (no caso de uma doença infecciosa, por exemplo), nem se prejudica a descendência (no caso de doença genética), “não vejo nada contra o apagamento dos dados. Caso contrário, discordo”.

A discussão em torno deste tema “ainda está nos primórdios” e, segundo o conferencista, a AEOP pode – e deve – ter um papel de relevo no desenvolvimento de legislação que contemple o direito a ser esquecido, numa lógica de ética e de equilíbrio.

SESSÃO EDUCACIONAL

DIFERENTES ABORDAGENS NO CANCRO DE MAMA

MODERAÇÃO

Sandra Baptista, IPO Coimbra
Ana Paula Amorim, ULS Alto Minho

Cirurgia Reconstructiva da Mama: Experiência de um Centro Francês
Meggi Martins, C. Hospitalar Universitário Heri Mondor, Paris

Projeto MAAT: Multidisciplinary approach in advanced breast cancer treatment (Projeto de colaboração com a Novartis): Como foi implementado, ganhos para as doentes

Anabela Amarelo, CH Gaia
Ricardo Fernandes, CH Gaia

A cirurgia reconstructiva da mama esteve em destaque na apresentação da enfermeira Meggi Martins, que veio de Paris até Olhão para partilhar com os colegas a experiência do Centro Hospitalar Universitário Heri Mondor nesta área.

Neste centro francês, “a DIEP é a técnica gold-standard para cirurgia reconstructiva mamária”, referiu, explicando que “se trata de uma técnica de microcirurgia, que consiste num excerto de pele e gordura da parte abdominal do doente”. Comparativamente com outras técnicas, a DIEP apresenta menor custo, maior tempo de recuperação, mas melhores resultados”, salientou a preletora, destacando como vantagem a realização de uma abdominoplastia e como risco a ocorrência potencial de necrose, entre outros.

A enfermagem tem um papel de charneira nas várias fases do processo, desde o pré-operatório ao pós, e durante as cirurgias, “que são habitualmente intervenções muito longas”, destacou Meggi Martins. No pós-cirurgia, em que o internamento vai de 4 a 7 dias, cabe ao enfermeiro, entre outras tarefas, controlar

a dor. Após alta, é preciso manter a gestão da dor, fazer o penso diariamente, vigiar o trânsito intestinal e instituir cuidados de fisioterapia. Após DIEP, o último passo da reconstrução mamária consiste na simetrização e reconstrução do complexo aréolo-mamilar.

Em resumo, a enfermeira francesa salientou que existem várias opções de reconstrução, sendo que no Centro Hospitalar Universitário Heri Mondor se privilegiam as reconstruções imediatas, uma vez que promovem melhores resultados estéticos, melhor qualidade de vida e maior satisfação das doentes. Respeitar as indicações e a vontade do doente, a cada passo do processo, é mandatório, concluiu.

Nesta sessão sobre abordagens inovadoras no cancro de mama foi ainda apresentado o Projeto MAAT: Multidisciplinary approach in advanced breast cancer treatment (projeto com o apoio da Novartis). Anabela Amarelo, enfermeira do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE), explicou como foi implementado este projeto e que ganhos representa para as doentes.

Partindo da premissa que a multidisciplinaridade e o trabalho de equipa têm um papel central e indispensável, sem os quais nenhum doente com cancro de mama poderá ser adequadamente tratado, o MAAT procura ser “a conceptualização de uma abordagem dinâmica e interdisciplinar com o doente no centro da nossa atenção”, esclareceu a preletora.

A terminar, o Doutor do CHVNGE Ricardo Fernandes mostrou, através de uma apresentação bastante interativa, a importância dos cuidados paliativos no contexto do cancro de mama metastático/avançado e no âmbito do projeto

MAAT, refletindo o shift que tem sido feito no sentido de uma individualização da prestação de cuidados e do foco na melhoria da qualidade de vida do doente. A este propósito, rematou: “A nossa batalha não é com a quantidade de tempo, mas com a qualidade do tempo”.

SIMPÓSIO MERCK

BIÓPSIA LÍQUIDA EM 3.^a LINHA: UMA JANELA DE OPORTUNIDADE NO CCRM

MODERAÇÃO

Fátima Teixeira, IPO Porto

PALESTRANTE

Diogo Alpuim Costa, Hospital Cuf

O estado da arte da Medicina Oncológica de Precisão e o papel da biópsia líquida no cancro colorretal metastático (CCRM) foram os temas centrais do simpósio promovido pela Merck, moderado pela enfermeira Fátima Teixeira (IPO do Porto).

O racional para a utilização da biópsia líquida versus biópsia tecidual neste contexto foi explanado pelo coordenador da Oncologia Médica da CUF Santarém, Diogo Alpuim Costa.

O médico, que encara esta técnica como uma janela de oportunidade em 3.^a linha para doentes com CCRM, explicou que a biópsia líquida é um exame minimamente invasivo e potencialmente representativo da heterogeneidade clonal do CCRM. Além disso, acrescentou o especialista, “é tecnicamente mais acessível e reprodutível, tem um papel importante na monitorização da resposta ao tratamento sistémico, bem como na identificação de fatores preditivos de resposta e de resistência ao tratamento sistémico”. É, ainda, “relevante na identificação de

novos alvos terapêuticos”, sublinhou o orador.

No entender de Diogo Alpuim Costa, a biópsia líquida no CCRM deve ser realizada “se esse for o desejo do doente, mas gerindo sempre muito bem as expectativas do mesmo face aos resultados; tendo em conta o perfil do doente (ECOG, comorbilidades, efeitos laterais, logística); após esgotado tratamentos convencionais de 1.^a e de 2.^a linhas; em doentes com sobrevivência expetável ab initio > (3) 6-12 meses; e aquando da impossibilidade técnica para a biópsia tecidual.

Na era das “ómicas” e da Medicina de Precisão, o clínico destacou a mudança de paradigma no tratamento, com a passagem “do mesmo para todos” para “a melhor opção para cada doente”. De “tratar o cancro do doente” para “tratar o doente com cancro”, concluiu.

SIMPÓSIO ASTRAZENECA & DAIICHI SANKYO

OS ÚLTIMOS AVANÇOS NO TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA HER2 POSITIVO - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

APRESENTAÇÃO

Rui Dinis, Hospital Évora
Sofia Pedro, Hospital Évora

O médico Rui Dinis e a enfermeira Sofia Pedro foram os palestrantes do simpósio AstraZeneca/Daiichi Sankyo, onde apresentaram o primeiro caso de tratamento com Trastuzumab deruxtecano de uma doente com cancro da mama HER2 positivo no Hospital de Dia de Oncologia do Hospital de Évora.

Um caso de sucesso, na medida em que a doente se encontra atualmente assintomática e com boa tolerância ao

tratamento. Numa PET realizada a 10 de maio de 2022 apresentava resposta quase total (> 90%) das metástases pulmonares, com apenas uma lesão mínima no LSD e sem doença extrapulmonar.

De acordo com a enfermeira, “esta 3.^a linha terapêutica tem demonstrado, até ao momento atual, benefícios para o tratamento desta doente, com a manutenção da sua qualidade de vida”. A este respeito, a oradora ressaltou que só através do trabalho multidisciplinar se conseguiu otimizar o tratamento desta doente, monitorizando e avaliando sinais e sintomas através de consultas presenciais (médicas e de enfermagem) e de consultas de enfermagem telefónica. E “apesar da presença de alguns efeitos adversos, conseguiu-se ajustar e/ou debelar esses efeitos, proporcionando à doente o maior bem-estar que lhe é possível”, acrescentou.

Sofia Pedro concluiu, partilhando a ideia de que “uma abordagem biopsicossociocultural e espiritual inserida num trabalho de equipa é a mais indicada para cuidar as mulheres com cancro da mama submetida a esta terapêutica, bem como todos os outros doentes oncológicos”.

SESSÃO EDUCACIONAL

SAÚDE SEXUAL E CANCRO GINECOLÓGICO, O QUE MUDA?

MODERAÇÃO

Albertina Santos, H. Luz Lisboa
Ana Inês Frade, H. Luz Lisboa

O que muda?

Cristina Lérias, IPO Lisboa

Oncosexualidade: o que podemos fazer?

Elda Freitas, Fundação Champalimaud

A sexualidade na doença oncológica, nomeadamente em casos de cancro gine-

cológico, foram o foco de mais uma sessão educacional, que contou com o apoio da GSK e com moderação das enfermeiras do Hospital da Luz de Lisboa, Albertina Santos e Ana Inês Frade.

“O que muda?” foi a questão a que Cristina Lérias, enfermeira do IPO de Lisboa, procurou dar resposta, esclarecendo que “tudo muda, logo aquando do diagnóstico”. O impacto dos tratamentos oncológicos na sexualidade é inegável e implica, entre outros aspetos, redução dos andrógenos, incontinência, alteração da auto-imagem, dor, diminuição da lubrificação, diminuição da testosterona, alteração sensitiva das zonas erógenas.

“As mulheres com cancro da vulva – cuja prevalência tem vindo a aumentar – configuram um enorme desafio neste contexto”, referiu a palestrante, salientando a importância de “ajudar estas doentes (submetidas a vulvectomia parcial ou radical, por vezes sem preservação do clitóris) a reinventar a sua sexualidade em consulta de enfermagem pré-operatória”.

De acordo com Cristina Lérias, “apesar de as áreas da Oncologia e da Medicina Sexual terem evoluído nas últimas décadas, ainda são necessárias informações e intervenções direcionadas que abordem questões de saúde sexual”. E, embora a saúde sexual possa não ser a principal preocupação de todas as utentes/sobreviventes de cancro, “a saúde vaginal deve permanecer uma prioridade mesmo para aquelas que não estão interessadas em atividade sexual”, ressaltou.

A enfermeira acredita que o caminho, a este nível, passa por “perceber qual a importância que a sexualidade assume na vida de cada pessoa, as alterações prévias existentes, as expectativas durante e após o tratamento, permitindo um plano de cuidados com foco na prevenção, trata-

mento e reabilitação, de acordo com a individualidade de cada pessoa e/ou casal”.

A enfermeira Elda Freitas, da Fundação Champalimaud, explicou que o processo de integração da sexualidade na prática dos cuidados de enfermagem não tem que ser complexo. “Devemos começar pelo início de qualquer intervenção: com a avaliação”, sustentou. “Segue-se a intervenção – onde cabe a explicação, a monitorização, a readaptação e a reabilitação – e o reencaminhamento.

A palestrante partilhou com os colegas algumas sugestões práticas para passar da teoria à ação na prestação de cuidados de enfermagem no plano da oncossexualidade. Lubrificantes, hidratantes vaginais, dilatadores vaginais e anais (preventivos da estenose), bombas de vácuo e anéis penianos são alguns dos métodos que podem ajudar os doentes a reinventar a sua sexualidade no contexto de doença oncológica ginecológica.

No final, Elda Freitas apresentou as ferramentas de intervenção que a AEOP já desenvolveu nesta área e que estão à disposição de todos os enfermeiros, como é o caso do consensus paper “Abordagem da Sexualidade na pessoa a realizar radioterapia”.

SESSÃO IBÉRICA

SESSÃO IBÉRICA: DESENVOLVIMENTO E COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS ONCOLOGISTAS

MODERAÇÃO

Ana Paula Amorim, Presidente AEOP
Ana Sofia Ribeiro, Universidade Pontifícia Comillas, Madrid, Espanha

Como Estamos em Portugal
Elisabete Valério, Direção AEOP

Como estamos em Espanha
Julio de la Torre, Directivo SEEO

O que une e o que separa Portugal e Espanha em termos de competências e desenvolvimento da Enfermagem Oncológica deu o mote para um debate moderado pela presidente da AEOP, Ana Paula Amorim, e pela enfermeira Ana Sofia Ribeiro (Universidade Pontifícia Comillas, em Madrid).

Em Portugal, o regulamento n.º 766/2021, de 17 de agosto de 2021 foi um marco a este nível, “na medida em que prevê a atribuição da competência acrescida diferenciada em enfermagem oncológica e que o enfermeiro oncolologista detenha formação específica”, referiu a enfermeira Elisabete Valério, da direção da AEOP, estrutura que contribuiu ativamente para este avanço.

Neste sentido, e numa altura em que “os enfermeiros especializados em Oncologia são menos de 100”, a palestrante instigou todos os colegas que já trabalham nesta área há mais de dois anos, estão inscritos na Ordem dos Enfermeiros e tenham as quotas em dia, a requererem a acreditação nesta competência. Uma proposta que foi reforçada, no final da sessão, pela presidente da AEOP.

Depois de encetado este esforço de mudança, plasmado no Regulamento publicado em Diário da República – e estando bem definidas as competências abrangidas por esta especialidade – “importa criar uma visão para transformar esse esforço em estratégia”, salientou Elisabete Valério. Para isso, acredita a enfermeira, importa “mudar, de forma a conseguirmos adequar-nos a mercados mais competitivos”, bem como “consolidar essas mudanças através de melhoria contínua”. Igualmente fundamental, é a promoção de uma coesão forte e a comunicação

pró-ativa com todos os stakeholders, defendeu.

Para uma Enfermagem Oncológica robusta, a ex-presidente da AEOP sugere desenvolver investigação em áreas prioritárias em Oncologia que giram contributos científicos relevantes para o avanço do conhecimento e para alcançar cuidados de saúde de elevado valor; desenvolver investigação aplicada em tecnologias de cuidados de saúde para a criação de procedimentos técnicos e enfermagem de precisão; manter atividades científicas para implementação da melhor evidência que promovam os cuidados de enfermagem em Oncologia, informada pela evidência; dar visibilidade à enfermagem oncológica junto das entidades reguladoras para o reconhecimento da especialização na assistência avançada à pessoa em situação de doença oncológica.

Do outro lado da fronteira, a realidade a este nível não é tão animadora, reconheceu Julio de la Torre, enfermeiro da direção da SEEO, mostrando que o desenvolvimento da Enfermagem Oncológica como competência especializada está mais atrasada em Espanha, comparativamente a Portugal.

Além do enorme problema de escassez de recursos humanos que afeta a enfermagem (no geral, não apenas na área da Oncologia) no país vizinho, faz falta um quadro regulamentar de competências, emanado pelas autoridades competentes, reconheceu o preletor espanhol.

Neste sentido, há um longo caminho a percorrer, em Espanha, com o enfermeiro a identificar três desafios a ultrapassar num futuro próximo: “estabelecimento de um marco regulatório de uma especialidade que protege e beneficia tanto os doentes como os profissionais; criação de unidades de atenção espe-

cífica para diferentes tumores; e acreditação institucional de unidades de Oncologia”.

SESSÃO EDUCACIONAL

MIELOMA MÚLTIPLO, O QUE EXISTE DE NOVO

MODERAÇÃO

Susana Gonçalves, IPO Porto
Ana Afonso, CH Universitário Algarve

O estado da Arte

Elsa Pedroso, IPO Lisboa

Tratamento no MM recidivante e refratário

Alexandra Silva, IPO Porto

O estado da arte do tratamento do mieloma múltiplo (MM) mereceu destaque numa sessão moderada pelas enfermeiras Susana Gonçalves (IPO Porto) e Ana Afonso (Centro Hospitalar Universitário Algarve), que teve o apoio da Sanofi.

Elsa Pedroso, enfermeira do IPO de Lisboa, lembrou que o MM é uma doença sem cura e que “o enfermeiro está presente desde o diagnóstico até à fase final da doença”.

Em termos de tratamento, as inovações têm-se sucedido nos últimos anos e, “com a introdução de novos fármacos, novos desafios se levantam na prestação de cuidados de enfermagem, quer na manipulação e administração destes fármacos, quer no apoio ao doente e na gestão das expectativas com o aumento da esperança de vida”, sublinhou a oradora.

No que concerne ao tratamento do MM recidivante e refratário, Alexandra Silva, enfermeira do IPO do Porto, destacou o papel do isatuximab, um anticorpo monoclonal (mAb) anti CD-38 distinto que se liga a um epítipo específico, que configura a mais recente inovação terapêutica neste contexto.

Este novo fármaco – atualmente aprovado e reembolsado pelo Serviço Nacional de Saúde – inibe a atividade CD-38 suprimindo a atividade enzimática, desencadeia a apoptose tumoral (destrói diretamente na ausência de cross linking) e potencia a função do sistema imunitário.

A gestão dos efeitos adversos é um dos principais desafios para os enfermeiros, especialmente premente neste contexto do MM. Neste sentido, a Alexandra Silva sugere o caminho do empoderamento, para que os doentes se sintam seguros também no domicílio.

SIMPÓSIO FRESENIUS KABI

MALNUTRIÇÃO NO DOENTE ONCOLÓGICO: O ELEMENTO SUBVALORIZADO

MODERADOR

Célia Lopes, Fresenius

A malnutrição deve ser considerada no plano de cuidados?

O trabalho em equipa: a chave da gestão do estado nutricional do doente

ORADORES

Marta Carriço, Fundação Champalimaud
Beatriz Domingues, Fundação Champalimaud

“A malnutrição é como um incêndio florestal. Temos de o prevenir e tratar o mais precocemente possível”.

Uma ideia partilhada por Beatriz Domingues e Marta Carriço, enfermeira e nutricionista da Fundação Champalimaud, no simpósio promovido pela Fresenius Kabi, dedicado à malnutrição no doente oncológico.

Célia Lopes, da Fresenius Kabi, moderou esta sessão que teve como objetivo chamar a atenção dos enfermeiros oncológicos para a necessi-

dade de incluir a malnutrição – um elemento tantas vezes subvalorizado – no plano de cuidados do doente oncológico, assim como demonstrar que o trabalho em equipa é a chave da gestão do estado nutricional do doente.

As palestrantes salientaram o impacto da sarcopenia na toxicidade no contexto da quimioterapia, por exemplo, e descreveram a relação entre malnutrição e efeitos adversos dos tratamentos oncológicos como “uma pescadinha de rabo na boca”.

De acordo com a nutricionista e com a enfermeira, a intervenção nutricional no doente oncológico deve contemplar a otimização do aporte nutricional, a preservação da massa muscular e capacidade funcional, a monitorização dos fatores de risco (nomeadamente de sintomas com impacto nutricional) e o aconselhamento nutricional personalizado (hipercalórico e hiperproteico, entre outros) com recurso a alimentos, em primeiro lugar, e só posteriormente a suplementos nutricionais orais ou, em último lugar, a suporte de nutricional clínico (entérico ou parentérico).

“Além de intervir, é crucial monitorizar”, sublinhou Beatriz Domingues, salientando o papel central da enfermagem neste domínio.

Em jeito de conclusão, as oradoras salientaram que a malnutrição – da qual a perda de peso é uma manifestação tardia – tem impacto no prognóstico e na qualidade de vida do doente oncológico. Sublinharam, ainda, que a identificação do estado nutricional, através de ferramentas validadas – como a PG-SGA-SF – deve ser incluída no plano de cuidados, concluindo que “o trabalho de equipa é fundamental para proporcionar a melhor qualidade de vida ao doente”.

SIMPÓSIO BMS

BENEFÍCIO DA DUPLA IMUNOTERAPIA E COMO LIDAR COM OS EFEITOS ADVERSOS RELACIONADOS COM O TRATAMENTO

Elsa Filipa Campôa, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro

Elsa Filipa Campôa, médica oncologista do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, foi a palestrante convidada do simpósio da Bristol Meyers Squibb, que decorreu no segundo dia do AEOP15.

Os temas abordados foram o dos benefícios da dupla imunoterapia (nivolumab+ipilimumab) e da gestão dos efeitos adversos relacionados com o tratamento.

A imunoterapia revolucionou os tratamentos oncológicos e a evidência mostra que “os benefícios da dupla imunoterapia estão mais do que comprovados, com o seu mecanismo de ação sinérgico e complementar a explicar a eficácia demonstrada em diferentes tumores (melanoma, carcinoma renal, carcinoma colorretal, carcinoma hepatocelular, carcinoma do pulmão de não pequenas células, mesotelioma metastático)”.

Em termos de eventos adversos (EA), a dupla imunoterapia não traz nada de novo, isto é, “não traz novos efeitos adversos, o que acontece é que estes ocorrem com maior frequência e o seu aparecimento é mais precoce”, salientou Elsa Filipa Campôa.

Face a estes EA, a médica recomendou que “devemos, em primeiro lugar, prevenir e antecipar – e para isso temos que conhecer bem o nosso doente

e fazer a educação do mesmo neste contexto – para depois detetar, tratar e monitorizar”.

De acordo com a oradora, os EA mais comuns com dupla imunoterapia são os cutâneos e os gastrointestinais, sendo também os primeiros a surgir (habitualmente por esta ordem), seguidos dos endócrinos, que demoram mais a surgir e a passar.

Entre os EA cutâneos, os mais comuns são o rash, o eritema, as máculas e pápulas e, menos comum, o vitiligo. Os EA gastrointestinais são habitualmente mais ligeiros e de gestão mais fácil. Já os pulmonares, “assustam-nos um pouco, por poderem ser confundidos com diagnósticos erróneos que vão atrasar o seu tratamento”, acrescentou a médica.

“O papel da equipa de enfermagem é crucial em todos os momentos do tratamento, na educação dos doentes para os eventuais sinais ou sintomas, na deteção precoce dos acontecimentos adversos para uma resposta rápida, na gestão e resolução dos eventos adversos, concluiu a oncologista.

SESSÃO EDUCACIONAL

NOVAS ABORDAGENS EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

MODERAÇÃO

Susana Silva, IPO Porto
Joaquina Rosado; ULS Elvas

Estudo Observacional MPN10: Novos resultados

Diana Roriz, Fundação Champalimaud

Domínios de Intervenção em Radioterapia

Ema Alves, Hospital Braga

Pallium Game: um Recurso à Gamificação em Oncologia

Carla Fernandes, Escola Superior Enfermagem Porto

As enfermeiras Susana Silva (IPO do Porto) e Joaquina Rosado (ULS Elvas) moderaram a última sessão educacional do segundo dia de trabalhos, dedicada à apresentação de três abordagens inovadoras em Enfermagem Oncológica.

Uma delas é o Estudo Observacional MPN10 (projeto levado a cabo em colaboração com a Novartis), cujos novos resultados foram apresentados na AEOP15 pela enfermeira Diana Roriz, da Fundação Champalimaud.

Trata-se de um estudo descritivo de coorte prospetivo (sem intervenção) de pacientes adultos diagnosticados com policitemia vera (PV) com base em dados extraídos dos registos AEOP de pacientes com neoplasmas mieloproliferativos (NMP) criado em 2017, que teve por objetivo caracterizar as características basais dos doentes com PV em Portugal, em termos de perfil clínico, de padrões de tratamento e carga sintomática. Visou, ainda, conhecer a realidade dos doentes portugueses com PV quando à resistência e/ou intolerância à hidroxiureia (HU).

De acordo com a palestrante, a maioria dos doentes foi classificada como de alto

risco para eventos tromboembólicos no início do estudo, mas apenas uma baixa proporção foi tratada apenas com AAS, sugerindo uma adesão abaixo do ideal às diretrizes de tratamento.

Os resultados mostraram que os níveis medianos de hematócrito foram superiores a 45% em metade dos pacientes, “o que se traduz também em alto risco para eventos tromboembólicos”, sublinhou a enfermeira, concluindo que “a escala sintomática MPN10 é uma ferramenta importante no planeamento das intervenções personalizadas para doentes com NMP, complementar à abordagem terapêutica no controlo destas doenças e promoção da qualidade de vida das pessoas.

Os domínios de intervenção em Radioterapia foram abordados pela enfermeira Ema Alves, do Hospital Braga, que apresentou uma linha de consenso muito útil para a prática da enfermagem neste contexto.

Por fim, as vantagens do recurso à gamificação no contexto da Oncologia foram abordadas por Carla Fernandes, professora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, utilizando o exemplo de um destes jogos colaborativos desenvolvido no contexto dos cuidados paliativos: o Pallium Game. A enfermeira provou que é possível “abordar temas sérios de uma forma lúdica”, salientando que “o fator diversão trazido pela gamificação pode tornar os recursos de cuidados de saúde mais centrados no utilizador, aumentar a adesão e modificar o comportamento dos utilizadores para melhorar os resultados em saúde”. Além disso, permite a formação dos profissionais, ajuda a recolher dados e feedback dos doentes e famílias, promove a adesão à terapêutica e melhora a monitorização dos doentes.

Consciente de que a comunicação efetiva entre os membros da equipa interprofissional, pessoa e família é essencial para ir ao encontro das necessidades de cada um destes grupos, a preletora destacou os benefícios da gamificação, nomeadamente nos jogos à base da técnica de intervenção colaborativa, neste contexto. Isto porque, nos jogos colaborativos, como o Pallium Game, “o processo é tão importante quanto o resultado e os jogadores jogam uns com os outros ao invés de uns contra os outros”, explicou, apontando como principal benefício “a externalização através do jogo”.

LABORATÓRIO DE IDEIAS CRIATIVAS

AEOP DÁ PALCO A PROJETOS “FORA DA CAIXA”

APRESENTAÇÃO

Sandra Ponte, CH Lisboa Ocidental
Antonio Pedro Mendes, IPO Coimbra

Capacitação do doente na gestão do regime terapêutico e autocuidado; apoio e Suporte comunitário

Carmelinda Talhinhas, Hospital Évora

mIRC: mobile Intervention Radiology Checklist

Marcia Santos, Ana Almeida, Davide Fernandes, IPO Porto

Almoço de Natal (experiência do HESE-EPE-Serviço Oncologia Évora)

Joaquina Rosado, ULS Elvas
Carmelinda Talhinhas, Hospital Évora

A criação de um espaço de Laboratório de Ideias é uma iniciativa da AEOP dirigida aos Enfermeiros Oncologistas, onde se pretende que estes profissionais participem com ideias criativas e soluções inovadoras, contribuindo desta forma para o desenvolvimento e visibilidade da Enfermagem Oncológica em Portugal.

Os primeiros três projetos concorrentes à iniciativa foram apresentados na AEOP15, numa sessão moderada pelos enfermeiros Sandra Ponte e António Pedro Mendes, que salientaram a importância de se dar palco a “projetos simples, mas fora da caixa, capazes de fazer a diferença na vida dos doentes e das suas famílias e cuidadores, bem como dos profissionais”.

A enfermeira Carmelinda Talhinhas representou dois dos projetos englobados neste Laboratório de ideias: As Almofadas do Coração e o Almoço de Natal. O primeiro trata-se de um projeto de apoio e suporte comunitário, em que por meio de parcerias várias se doam almofadas em formato de coração a doentes com cancro de mama. O segundo é uma experiência do Serviço de Oncologia do Hospital de Évora que teve início em 2011 e se realiza anualmente, com o intuito de fomentar as relações entre profissionais, doentes e familiar, bem como um convívio intergeracional. A implementação deste projeto é de cariz completamente voluntário e mobiliza a sociedade civil. Ambos constituem, no entender de Carmelinda Talhinhas, “pequenos gestos que marcam a diferença na qualidade dos cuidados”.

A terceira ideia incluída nesta iniciativa que teve a sua estreia na AEOP15 foi a app mIRC (mobile Intervention Radio-logy Checklist), cujas funcionalidades foram destacadas no evento pela enfermeira Ana Maria Almeida.

APRESENTAÇÃO DO LIVRO

“CUIDAR EM ONCOLOGIA: REFLEXÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA”

Bruno Magalhães, Jorge Freitas, Susana Miguel, Ass. Enfermagem Oncológica Portuguesa

A apresentação do livro “Cuidar em Oncologia: Reflexões para a prática clínica” fechou o segundo dia da AEOP15.

Da autoria do enfermeiro Bruno Magalhães, com a chancela da AEOP, esta obra vem “preencher um vazio que existia no campo da enfermagem oncológica e reflete aquela que é a mensagem que todos levamos deste congresso: a da importância da abordagem multidisciplinar”, referiu o autor.

Por sua vez, o enfermeiro Jorge Freitas revelou que a AEOP abraçou este projeto “por ter atualmente uma estrutura que permite dar resposta ao que os associados têm a oferecer à comunidade científica”. De acordo com este responsável, este livro “abre a porta da AEOP ao lançamento de outros livros úteis para a nossa atividade, bem como a obras mais técnicas e teóricas”.

BEST OF DE BOAS PRÁTICAS E INVESTIGAÇÃO

MODERAÇÃO

Sylvie Gomes, IPO Coimbra
Daniel Ferreira, IPO Porto

INVESTIGAÇÃO

Prevalência de sinais e sintomas de fim de vida em Pessoas com Glioblastoma – Estudo Descritivo e Retrospectivo
Liliana Vasconcelos, Mafalda Ferreira, José Costa, IPO Lisboa

ChemoInMotion: O exercício físico no controlo da Fadiga em pessoas

com doença oncológica Submetidas a quimioterapia

Catarina Rodrigues, Bárbara Gomes, Carlos Albuquerque, ICBAS-UP; CHTMAD, ESEP; UNIESEP/CINTESIS; IPV-ESSV; UICISA

Consulta de Enfermagem para sobreviventes oncológicos

Telma Sofia Grãos, H. Cuf Descobertas

BOAS PRÁTICAS

Domínios de competências do Enfermeiro Navigator em Oncologia: da teoria à prática

Marisa Pinheiro Falê, Graça André, Ana Santos Pereira, Albertina Santos, H. Luz de Lisboa

O caminho até à consulta de enfermagem

Catarina Santos, Cristina Santos, CH Universitário Coimbra

Via verde dos cuidados Nutricionais:

Um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados nutricionais em doentes oncológicos

Ana Paula Moreira, Joana Cunha, Bruno Magalhães, IPO Porto, ESS Santa Maria, CINTESIS da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Innovation and Development in Nursing – NursID

Os três melhores trabalhos na área de Investigação e os três melhores na área de Boas Práticas da AEOP15 foram apresentados numa sessão moderada pelos enfermeiros Sylvie Gomes (IPO de Coimbra) e Daniel Ferreira (IPO do Porto).

O primeiro trabalho de investigação – da autoria de Liliana Vasconcelos, Mafalda Ferreira e José Costa (IPO de Lisboa) – consiste num estudo descritivo e retrospectivo intitulado “Prevalência de sinais e sintomas de fim de vida em pessoas com glioblastoma”. De acordo com Liliana Vasconcelos, foi objetivo desta investigação “identificar os sintomas e sinais nos últimos sete dias de vida e abrangeu 17 doentes, 13 dos quais homens”. Os resultados mostraram que o declínio da consciência e da capacidade de deglutição foram os sintomas mais frequentes nesta fase.

Como conclusões, a autora destacou a necessidade da realização de estudos de investigação com amostras mais representativas, a importância da articulação precoce com os cuidados paliativos e da comunicação com a família (esclarecendo sobre os sintomas que possam surgir), bem como a relevância do registo de sinais e sintomas, das intervenções “e da avaliação da sua eficácia para uma melhoria da prestação dos cuidados e dos resultados em saúde”.

“ChemoInMotion: O exercício físico no controlo da fadiga em pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia” foi o segundo trabalho de investigação apresentado na AEOP15 por uma das suas autoras, a enfermeira Catarina Rodrigues. Participaram ainda neste projeto os enfermeiros Bárbara Gomes e Carlos Albuquerque (ICBAS-UP; CHTMAD, ESEP; UNIESEP/CINTESIS; IPV-ESSV; UICISA), concluindo que “a evidência científica sustenta que o exercício físico é considerado seguro na pessoa com doença oncológica, quer durante o tratamento ativo, quer após término do mesmo” e que “os enfermeiros, integrados numa equipa multidisciplinar, possuem competências que lhes permitem não apenas educar sobre os benefícios do exercício físico, mas também desenvolver e supervisionar programas baseados no exercício para controlo da fadiga”.

O conceito de sobrevivente oncológico é o foco do último trabalho de investigação apresentado neste best of. Telma Sofia Grãos, enfermeira do Hospital Cuf Descobertas, é a autora desta investigação que identifica a necessidade de criação de uma consulta de enfermagem para o sobrevivente oncológico (CESO). Isto porque, “as necessidades dos sobreviventes de cancro são tão complexas que exigem dos profissionais o desen-

volvimento de competências específicas; os enfermeiros especialistas em Oncologia são os profissionais indicados para prestar estes cuidados à população sobrevivente”, justificou a autora.

Enquanto não consegue implementar esta consulta na prática, Telma Sofia Grãos criou uma plataforma digital dedicada aos sobreviventes oncológicos – SOSobrevivente – e promete não desistir, pois acredita que uma CESO permite, entre outros aspetos, uma prevenção e deteção precoce de recidiva, gestão das comorbilidades, melhor gestão dos efeitos secundários a longo prazo e, ainda, dar maior visibilidade aos cuidados de enfermagem.

Na área das Boas Práticas, Marisa Pinheiro Falé apresentou o projeto desenvolvido com as colegas Ana Santos Pereira e Albertina Santos, do Hospital da Luz de Lisboa. “Domínios de competências do Enfermeiro Navigator em Oncologia: da teoria à prática” é um trabalho sobre a implementação, benefícios e desafios da figura do Enfermeiro Navigator num serviço de Oncologia. De acordo com a autora, “alargar o projeto e produzir indicadores de resultados” são os objetivos a alcançar no futuro próximo.

“O caminho até à consulta de enfermagem” foi outro dos trabalhos apresentados na AEOP15. Da autoria das enfermeiras Catarina Santos e Cristina Santos, do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, este projeto de boas práticas no acompanhamento do doente oncológico foi implementado no contexto do transplante hematopoiético e demonstrou ser “um momento de aprendizagem propício para a aquisição de conhecimentos”, bem como “uma forma de reforçar a relação de confiança entre doente e equipa, com consequente

diminuição do medo e ansiedade face ao procedimento”.

A enfermeira Ana Paula Moreira apresentou o trabalho “Via verde dos cuidados Nutricionais: Um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados nutricionais em doentes oncológicos”, assinado em coautoria pelos enfermeiros Joana Cunha e Bruno Magalhães (IPO do Porto, ESS Santa Maria, CINTESIS/FMUP, NursID). Os resultados do trabalho mostram a necessidade de um protocolo estruturado e coordenado para uma intervenção nutricional eficaz em doentes oncológicos sinalizados em médio e alto risco de mal nutrição; alertam para a necessidade de intervenção e vigilância pró-ativa nos doentes que não apresentam risco, dado este não ser sinónimo de ausência de risco potencial futuro, particularmente em doentes com patologia digestiva. De acordo com os autores, os dados reforçam, ainda, a importância de um registo clínico padronizado e uma referenciação e intervenção rápida e eficaz pelas equipas de enfermagem e nutrição em todos os doentes sinalizados.

SESSÃO EDUCACIONAL

EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS: RECONHECIMENTO E GESTÃO PRECOCE

MODERAÇÃO

Esmeralda Barreira, IPO Porto
Inês Claro, CH Universitário Algarve

Síndrome da Veia Cava Superior
Cristina Santos, CH Universitário Coimbra

Alterações do sistema nervoso central
Joana Silva, CH Gaia

Alterações Metabólicas
Pedro Cardoso, IPO Coimbra

O papel dos enfermeiros no reconhecimento e na gestão precoce das situações

de emergência oncológica é incontornável e ficou bem patente nas apresentações da última sessão educacional da AEOP15, moderada por Esmeralda Barreira (IPO Porto) e Inês Claro (CH Universitário Algarve).

A síndrome da veia cava superior (VCS) é um desses casos que, segundo a enfermeira Cristina Santos, do Centro Hospitalar Universitário Coimbra, é “uma situação clínica grave que coloca em risco a vida do doente e que requer uma intervenção e terapêutica urgente”. Para tal, é fundamental que os enfermeiros conheçam, estejam atentos e saibam identificar os principais sinais e sintomas, adiantou a preletora, acrescentando que “quando associada a patologia maligna, a síndrome da VCS surge muitas vezes relacionada com a progressão da doença em doentes já submetidos a outras terapêuticas, nomeadamente quimioterapia, com estados avançados e mau estado geral”.

De acordo com Esmeralda Barreira, “o prognóstico desta situação é mau, com sobrevidas médias de apenas alguns meses, sendo importante instituir uma terapêutica paliativa e não agressiva”. A radioterapia “continua a ser a principal arma terapêutica da síndrome da VCS de causa maligna, devido à sua ação rápida”, concluiu a enfermeira.

As emergências neuro-oncológicas e alterações do sistema nervoso central foram abordadas por Joana Silva, enfermeira do CHVNGE. No plano do diagnóstico e face a sintomas neurológicos de novo em doente com diagnóstico de cancro, “as alterações do estado mental devem alertar para provável encefalopatia e a lombalgia aguda acompanhada ou não de défice motor deve alertar para compressão

medular”. Neste contexto, alertou, “é urgente fazer exames de imagem e referenciar, bem como iniciar tratamento sintomático”.

No plano do tratamento, “a dexametasona é o corticoide de eleição dada a elevada penetração no sistema nervoso central”, especificou a palestrante, referindo que “a neurocirurgia e radiologia de intervenção devem ser envolvidas rapidamente em caso de suspeita de compressão medular” e que “os sintomas neurológicos que surjam no decorrer ou após quimioterapia devem ser geridos com omissão/redução de doses ou descontinuação do tratamento”.

As principais alterações metabólicas que suscitam cuidados emergentes em doentes oncológicos foram explanadas nesta sessão por Pedro Cardoso, enfermeiro do IPO de Coimbra. Hipocalcemia, síndrome de lise tumoral, hiper e hipoglicemia são algumas dessas situações, “em que o papel da enfermagem é central e em que a tónica deve sempre ser a da prevenção”, sublinhou o orador.

SIMPÓSIO GILEAD

SACITUZUMAB GOVITECANO NO TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA TRIPLO-NEGATIVO METASTÁTICO

Carla Ventura, CH Lisboa Norte, Hospital Santa Maria

O cancro da mama triplo-negativo metastático (CMTNm) configura um enorme desafio para os profissionais de saúde, nomeadamente em termos de abordagem terapêutica.

O tema mereceu destaque no simpósio promovido pela Gilead na AEOP15,

onde Carla Ventura, enfermeira do Serviço de Oncologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Santa Maria, destacou a inovação trazida neste contexto pelo sacituzumab govitecano.

A este respeito, a palestrante referiu que “o CMTNm é um desafio para os oncologistas porque as opções de tratamento são limitadas e os resultados fracos, sendo ainda hoje a quimioterapia o principal pilar do tratamento”. De acordo com a enfermeira, “a aprovação do Trodelvy e a afirmação dos antibody-drug conjugators (ADC) como uma alternativa terapêutica representa uma mudança de paradigma no tratamento destes doentes”.

No ensaio clínico ASCENT – o primeiro estudo de fase III de um ADC – ficou demonstrada a eficácia e segurança do sacituzumab govitecano. Os dados mostram uma melhoria significativa de PFS e OS versus quimioterapia à escolha do clínico no CMTNm. “A sobrevivência global praticamente duplicou”, ressaltou Carla Ventura, acrescentando que “se pensarmos a que custo estaremos a prolongar a vida destes doentes e o que nos oferece este fármaco em termos de qualidade de vida, percebemos pelos dados do ASCENT que houve uma redução de 35% no tamanho do tumor face a 5% com tratamento comparador”.

Em termos de reações adversas, embora mais frequentes com Trodelvy, foram consideradas controláveis e a taxa de interrupção de tratamento foi baixa, referiu a enfermeira, sugerindo ser imperativo que antes do tratamento com sacituzumab govitecano,

os doentes sejam informados sobre as eventuais reações adversas e as estratégias a adotar para fazer face às mesmas”.

SIMPÓSIO JANSSEN

DA RECAÍDA À 1ª LINHA DO MIELOMA MÚLTIPLO COM DARZALEX – UMA NOVA ESPERANÇA

A 1ª linha do Mieloma Múltiplo com Darzalex – o impacto para o médico e doente

Paulo Bernardo, Hospital da Luz Lisboa

O impacto de Darzalex SC – a visão do enfermeiro

Cláudia Gaspar, CH Lisboa Norte, Hospital Santa Maria

Apesar de incurável, o mieloma múltiplo (MM) é uma doença tratável, com elevada taxa de resposta aos tratamentos. Devido aos significativos avanços terapêuticos neste contexto, assiste-se ao aumento da sobrevivência livre de progressão de doença. Assim, indicadores de qualidade de vida revestem-se de enorme importância para a tomada de decisão.

O tratamento de primeira linha do MM com Darzalex foi o tema do simpósio da Janssen, que contou com a participação de Paulo Bernardo, médico oncologista do Hospital da Luz Lisboa, e de Cláudia Gaspar, enfermeira do Centro Hospitalar de Lisboa Norte. Assim, foram apresentadas as visões – complementares – do médico e do enfermeiro sobre o impacto da utilização deste fármaco a doentes com MM.

Enquanto Paulo Bernardo se centrou nos dados de eficácia e segurança do Darzalex, Cláudia Gaspar apresentou a experiência do seu serviço com a

utilização deste fármaco, concluindo que “os dados obtidos pela equipa de enfermagem foram similares à evidência científica relacionada com a administração de Darzalex, fármaco que surge como uma nova realidade no tratamento de doentes com MM”.

Em jeito de conclusão, a oradora salientou que “o papel do enfermeiro, neste contexto, centra-se na promoção do auto-cuidado, administração de terapêutica e gestão atempada e precoce de reações, relacionadas com a administração deste fármaco”.

SIMPÓSIO MSD

GESTÃO DE EVENTOS ADVERSOS IMUNOMEDIADOS

João Dias, IPO Porto

João Dias, médico oncologista do IPO do Porto, foi o palestrante convidado do simpósio promovido pela MSD na AEOP15.

A gestão de eventos adversos imunomediados e da toxicidade associada ao tratamento com pembrolizumab foi o foco da sua apresentação, centrada nas duas mais recentes aprovações deste fármaco (fevereiro de 2022): em combinação com axitinib está indicado para o tratamento em primeira linha de carcinoma de células renais (CCR) avançado em adultos, histologia de células claras e risco intermédio; em monoterapia ou em combinação com quimioterapia com platina e 5-fluorouracilo (5-FU) está indicado para o tratamento em primeira linha de carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço metastático ou recorrente irrissecável (CCECP), em adultos cujos tumores expressam PD-L1 com um CPS >=1.

Em Portugal, atualmente, “o pembrolizumab está aprovado no tratamento de sete neoplasias malignas, o que o torna num dos fármacos de espectro mais alargado na área da Oncologia”, salientou o clínico.

Entre os eventos adversos imunomediados mais graves decorrentes desta terapêutica, destacam-se a colite, a hepatite e a pneumonite e entre os mais comuns, o prurido, as artralguas e a fadiga, apontou o especialista. Prevenir, antecipar, detetar, tratar e monitorizar é o ciclo indispensável à gestão destes eventos adversos, concluiu.

AEOP15 ENCERRA COM HINO, PRÉMIOS E APRESENTAÇÃO DA AEOP16

“Somos força e poder” é o nome do hino da AEOP, composto e interpretado pelo artista João Leiria – uma surpresa apresentada aos associados da AEOP por Elisabete Valério, na sessão AEOP COMVIDA, onde João Leiria interpretou ao vivo esta canção que pretende dar voz à essência da enfermagem oncológica.

A letra do tema reflete o papel da enfermagem enquanto principal cuidador de proximidade e o seu ritmo fez com que os enfermeiros na assistência se levantassem, aplaudissem e entoassem, emocionados, o refrão “Somos força e poder / somos noite no amanhecer / somos água, terra e mar / nunca fracos para lutar”.

Depois deste momento de descontração, mas também de coesão entre os congressistas, decorreu a sessão de encerramento, onde foram anunciados os trabalhos premiados da AEOP15.

Na categoria Investigação, o 1.º Prémio foi atribuído a Catarina Rodrigues, Bárbara Gomes e Carlos Albuquerque (ICBAS-UP; CHTMAD/ESEP; UNIESEP/CINTESIS; IPV-ESSV; UICISA), pelo trabalho “ChemoInMotion: O exercício físico no controlo da fadiga em pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia”. O 2.º Prémio distinguiu o trabalho “Prevalência de sinais e sintomas de fim de vida em pessoas com glioblastoma – Um estudo descritivo e retrospectivo”, da autoria de Liliana Vasconcelos, Mafalda Ferreira e José Costa (IPO de Lisboa).

Na categoria Boas Práticas, Ana Paula Moreira, Joana Cunha e Bruno Magalhães (IPO do Porto, ESS Santa Maria, CINTESIS/FMUP, NursID) receberam o 1º Prémio com o trabalho “Via Verde dos Cuidados Nutricionais: Um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados nutricionais em doentes oncológicos”, enquanto Marisa Pinheiro Falé, Ana Santos Pereira e Albertina Santos, do Hospital da Luz de Lisboa, conquistaram o 2.º Prémio com o trabalho “Domínios de competências do Enfermeiro Navigator em Oncologia: da teoria à prática”.

No que respeita aos E-Poster foram atribuídos um 1.º Prémio e duas Menções Honrosas: “Extravasamento de citostático – Estudo de caso”, de Sónia Lourenço, Eunice Fernandes e Patrícia Mestre (Hospital de Dia de Oncologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Portimão), “Intervenção do enfermeiro na dessensibilização oncológica – Estudo de caso”, de Maria José Rosando, Márcia Andrez e Raquel Calixto (Hospital de Dia de Oncologia do Centro Hospitalar Universitário

do Algarve – Unidade de Portimão) e “Consulta de Enfermagem Telefónica (CET) – Uma ferramenta em tempos de pandemia”, de Ana Silva, Ana Pereira e Mafalda Ferreira (Hospital de Dia de Oncologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga), respetivamente.

No Laboratório de Ideias, a AEOP decidiu atribuir dois primeiros prémios: à app mIRC (mobile Intervention Radiology Checklist), um projeto da autoria dos enfermeiros Márcia Santos, Ana Maria Almeida e Davide Fernandes (IPO do Porto); e ao projeto “Capacitação do doente na gestão do regime terapêutico e autocuidado; apoio e suporte comunitário”, da autoria da enfermeira Carmelinda Talhinhas, do Hospital de Évora.

A terminar, a presidente da AEOP, Ana Paula Amorim levantou o véu sobre o próximo congresso da Associação, anunciando que a AEOP16 terá lugar no Hotel Solverde, em Espinho, de 25 a 27 de maio de 2023.



SAVE THE DATE!

