

ON

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

44

ANO XV · JAN-JUN 2022

DOI.10.31877.ON.2022.44



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

ACESSO VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA E TOTALMENTE IMPLANTADO – MANIPULAÇÃO E OTIMIZAÇÃO

A existência de um acesso vascular central seguro e adequado à terapêutica a realizar é fundamental em Oncologia. Os autores realizaram uma investigação bibliográfica sobre as melhores práticas na manutenção e otimização dos acessos vasculares centrais.

CUIDADOS À PESSOA SUBMETIDA À ADMINISTRAÇÃO DE IODO¹³¹ COMO TERAPÊUTICA NOS TUMORES DA TIROIDE

A administração de iodo¹³¹ tem um papel decisivo na destruição de células malignas que possam restar após a cirurgia, nos cancros diferenciados da tiroide. Um artigo de investigação sobre os cuidados específicos à pessoa submetida a este tipo de tratamento.

INTEGRAÇÃO DE PATIENT-REPORTED OUTCOMES (PRO'S) NUMA CONSULTA DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA: PROJETO-PILOTO IQUALMYVIDA

A monitorização sistemática de *Patient-Reported Outcomes* (PRO's) permite melhorar os cuidados ao doente oncológico. Este projeto-piloto visa avaliar a exequibilidade e o impacto da colheita de PRO's pela Equipa de Enfermagem Oncológica, recorrendo a uma App hospitalar.

COMUNICAÇÃO EFETIVA NA PESSOA LARINGECTOMIZADA

Uma investigação integrativa da literatura para responder à questão: "Quais as intervenções de enfermagem e estratégias terapêuticas promotoras de comunicação efetiva nas pessoas submetidas a laringectomia total?"

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR NEOPLASIA MALIGNA DE ESTÔMAGO

REGISTRADAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS – BRASIL
Os autores descrevem o perfil dos internamentos por neoplasia maligna de estômago (CID 10 – C16) registados no estado de Minas Gerais entre 2008 a 2019. Uma análise quantitativa, descritiva e observacional dos dados oficiais disponíveis.



INDICAÇÕES APROVADAS:¹

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



▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. Para mais informações contactar o representante do titular da AIM, Lilly Portugal - Produtos Farmacêuticos, Lda. De acordo com a legislação Portuguesa, a decisão sobre financiamento do SNS carece de avaliação prévia. Medicamento sujeito a receita médica restrita.

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

Lilly Portugal - Produtos Farmacêuticos, Lda.
Torre Ocidente, Rua Galileu Galilei, N.º2, Piso 7, Fração A/D, 1500-392 LISBOA
Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Cascais sob o número único de matrícula e de pessoa colectiva 500165602. Sociedade por quotas com o capital de €1.650.000,00.

Lilly

IECRCM010422

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiem quaisquer suspeitas de reações adversas. Para saber como notificar reações adversas, ver "Notificação de suspeitas de reações adversas". **Nome do medicamento** Verzenios 50 mg comprimidos revestidos por película. **Verzenios 100 mg comprimidos revestidos por película.** **Composição qualitativa e quantitativa** **Verzenios 50 mg comprimidos revestidos por película** Cada comprimido revestido por película contém 50 mg de abemaciclib. **Excipientes com efeito conhecido:** Cada comprimido revestido por película contém 14 mg de lactose mono-hidratada. **Verzenios 100 mg comprimidos revestidos por película** Cada comprimido revestido por película contém 100 mg de abemaciclib. **Excipientes com efeito conhecido:** Cada comprimido revestido por película contém 28 mg de lactose mono-hidratada. **Verzenios 150 mg comprimidos revestidos por película** Cada comprimido revestido por película contém 150 mg de abemaciclib. **Excipientes com efeito conhecido:** Cada comprimido revestido por película contém 42 mg de lactose mono-hidratada. Lista completa de excipientes, ver "Lista dos excipientes". **Forma farmacêutica** Comprimido revestido por película (comprimido). **Verzenios 50 mg comprimidos revestidos por película:** Comprimido bege, oval com 5,2 x 9,5 mm, gravado com "Lilly" numa das faces e "50" na outra. **Verzenios 100 mg comprimidos revestidos por película:** Comprimido branco, oval com 6,6 x 12,0 mm, gravado com "Lilly" numa das faces e "100" na outra. **Verzenios 150 mg comprimidos revestidos por película:** Comprimido amarelo, oval com 7,5 x 13,7 mm, gravado com "Lilly" numa das faces e "150" na outra. **Indicações terapêuticas** **Cancro da Mama Precoce:** Verzenios em combinação com terapêutica endócrina é indicado para o tratamento adjuvante de doentes adultos com cancro da mama precoce com recetor hormonal (HR)-positivo, recetor do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2 (HER2)-negativo, com gânglios positivos e com elevado risco de recorrência (ver secção 5.1 do RCM). Em mulheres pré- ou perimenopáusicas, a terapêutica endócrina com um inibidor da aromatase deve ser combinada com um agonista da hormona de libertação da hormona luteinizante (LHRH). **Cancro da Mama Avançado ou Metastático:** Verzenios é indicado para o tratamento de mulheres com cancro da mama localmente avançado ou metastático com recetor hormonal (HR)-positivo e recetor do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2 (HER2)-negativo em combinação com um inibidor da aromatase ou fulvestrant como terapêutica endócrina inicial, ou em mulheres que receberam anteriormente uma terapêutica endócrina. No caso de mulheres pré- ou peri-menopáusicas, a terapêutica endócrina deve ser combinada com um agonista LHRH. **Posologia e modo de administração** A terapêutica com Verzenios deve ser iniciada e supervisionada por médicos com experiência na utilização de terapêuticas anticancerígenas. **Posologia** **Verzenios em combinação com a terapêutica endócrina:** A dose recomendada de abemaciclib é de 150 mg, duas vezes por dia, quando utilizada em combinação com a terapêutica endócrina. Consulte o Resumo das Características do Medicamento (RCM) do agente combinado da terapêutica endócrina para a posologia recomendada. **Duração do tratamento** **Cancro da Mama Precoce:** Verzenios deve ser tomado de forma contínua durante dois anos, ou até ocorrer recorrência da doença ou toxicidade inaceitável. **Cancro da Mama Avançado ou Metastático:** Verzenios deve ser tomado concomitantemente, enquanto o doente obtiver benefício clínico da terapêutica ou até ocorrer toxicidade inaceitável. Se o doente vomitar ou falhar uma dose de Verzenios, deve ser instruído a tomar a dose seguinte à hora marcada; não deve ser tomada uma dose adicional. **Ajustes posológicos:** O tratamento de algumas reações adversas pode requerer a interrupção da dose e/ou redução da dose como demonstrado nas Tabelas 1-7.

Tabela 1. Recomendações de ajuste posológico em caso de reações adversas

	Dose de Verzenios terapêutica de combinação
Dose recomendada	150 mg, duas vezes por dia
Ajuste da primeira dose	100 mg, duas vezes por dia
Ajuste da segunda dose	50 mg, duas vezes por dia

Tabela 2. Recomendações de tratamento em caso de toxicidades hematológicas O hemograma completo deve ser monitorizado antes do início da terapêutica com Verzenios, a cada duas semanas nos primeiros dois meses, mensalmente nos dois meses seguintes e como clinicamente indicado. Antes do início do tratamento, os valores recomendados são: contagem absoluta de neutrófilos (CAN) $\geq 1\ 500/\text{mm}^3$, plaquetas $\geq 100\ 000/\text{mm}^3$ e hemoglobina $\geq 8\ \text{g/dl}$.

Toxicidade ^{a,b}	Recomendações de tratamento
Grau 1 ou 2	Não é necessário qualquer ajuste posológico.
Grau 3	Suspender a dose até a toxicidade regredir para Grau 2 ou inferior. A redução da dose não é necessária.
Grau 3, recorrente; ou Grau 4	Suspender a dose até a toxicidade regredir para Grau 2 ou inferior. Retomar com a dose mais baixa seguinte.
O doente necessita da administração de fatores de crescimento celular	Suspender a dose de abemaciclib durante, pelo menos, 48 horas, depois de a última dose de fatores de crescimento celular ter sido administrada ou até a toxicidade regredir para Grau 2 ou inferior. Retomar com a dose mais baixa seguinte, a não ser que a dose já tenha sido reduzida devido à toxicidade que levou à utilização do fator de crescimento.

^a Critérios da Terminologia Comum para Acontecimentos Adversos (CTCAE) do National Cancer Institute (NCI) (Instituto Nacional do Cancro). ^b CAN: Grau 1: CAN < LIN – 1 500/mm³; Grau 2: CAN 1 000 - <1 500/mm³; Grau 3: CAN 500 - <1 000/mm³; Grau 4: CAN <500/mm³. LIN = limite inferior do normal.

Tabela 3. Recomendações de tratamento em caso de diarreia O tratamento com agentes antidiarreicos, como a loperamida, deve ser iniciado ao primeiro sinal de fezes moles.

Toxicidade ^a	Recomendações de tratamento
Grau 1	Não é necessário qualquer ajuste posológico.
Grau 2	Se a toxicidade não regredir em 24 horas para Grau 1 ou inferior, suspenda a dose até à resolução. A redução da dose não é necessária.
Grau 2 que persiste ou reaparece, após retoma da mesma dose, apesar das medidas de suporte.	Suspender a dose até a toxicidade regredir para Grau 1 ou inferior. Retomar com a dose mais baixa seguinte.
Grau 3 ou 4 ou requer hospitalização	

^a CTCAE NCI

Tabela 4. Recomendações de tratamento em caso de aumento de aminotransferases A alanina aminotransferase (ALT) e a aspartato aminotransferase (AST) devem ser monitorizadas antes do início da terapêutica com Verzenios, a cada duas semanas nos primeiros dois meses, mensalmente nos dois meses seguintes e como clinicamente indicado.

Toxicidade ^a	Recomendações de tratamento
Grau 1 (> LSN - 3,0 x LSN) Grau 2 (> 3,0-5,0 x LSN)	Não é necessário qualquer ajuste posológico.
Grau 2 persistente ou recorrente, ou Grau 3 (>5,0-20,0 x LSN)	Suspender a dose até a toxicidade regredir para o grau inicial ou Grau 1. Retomar com a dose mais baixa seguinte.
Aumento da AST e/ou ALT > 3 x LSN com bilirrubina total > 2 x LSN, na ausência de colestase.	Descontinuar o abemaciclib.
Grau 4 (> 20,0 x LSN)	Descontinuar abemaciclib.

^a CTCAE NCI. LSN = limite superior do normal.

Tabela 5. Recomendações de tratamento para doença pulmonar intersticial (DPI)/pneumonite

Toxicidade ^a	Recomendações de tratamento
Grau 1 ou 2	Não é necessário qualquer ajuste posológico.
Toxicidade de Grau 2 persistente ou recorrente que não se resolve com as medidas de suporte máximas para regredir para o grau inicial ou Grau 1 em 7 dias	Suspender a dose até a toxicidade regredir para grau inicial ou Grau 1. Retomar com a dose mais baixa seguinte.
Grau 3 ou 4	Descontinuar abemaciclib.

^a CTCAE NCI

Tabela 6. Recomendações de tratamento em caso de acontecimentos tromboembólicos venosos (TEV)

Toxicidade ^a	Recomendações de tratamento
Grau 1 ou 2.	Não é necessário qualquer ajuste posológico.
Toxicidade de grau 2 persistente ou recorrente que não se resolve com as medidas de suporte máximas para regredir para o grau inicial ou Grau 1 em 7 dias	Suspender a dose até a toxicidade regredir para Grau 1 ou inferior. Retomar com a dose mais baixa seguinte.
Grau 3 ou 4	

^a CTCAE NCI

Tabela 7. Recomendações de tratamento em caso de toxicidades não hematológicas (excluindo diarreia, aumento de aminotransferases, DPI/pneumonite e TEV)

Toxicidade ^a	Recomendações de tratamento
Grau 1 ou 2	Não é necessário qualquer ajuste posológico.
Toxicidade de Grau 2 persistente ou recorrente que não se resolve com as medidas de suporte máximas para regredir para o Grau inicial ou Grau 1 em 7 dias	Suspender a dose até a toxicidade regredir para Grau 1 ou inferior. Retomar com a dose mais baixa seguinte.
Grau 3 ou 4	

^a CTCAE NCI.

Inibidores da CYP3A4: O uso concomitante de inibidores potentes da CYP3A4 deve ser evitado. Se os inibidores potentes da CYP3A4 não podem ser evitados, a dose de abemaciclib deve ser reduzida para 100 mg duas vezes por dia. Doentes que tenham a sua dose de abemaciclib reduzida para 100 mg duas vezes por dia e em que a coadministração de um inibidor potente da CYP3A4 não pode ser evitada, a dose de abemaciclib deve ser ainda mais reduzida para 50 mg duas vezes por dia. Doentes que tenham a sua dose de abemaciclib reduzida para 50 mg duas vezes por dia e em que a coadministração de um inibidor potente da CYP3A4 não pode ser evitada, a dose de abemaciclib deve ser mantida com uma monitorização rigorosa de sinais de toxicidade. Alternativamente, a dose de abemaciclib pode ser reduzida para 50 mg uma vez por dia ou descontinuada. Se o inibidor da CYP3A4 for descontinuado, a dose de abemaciclib deve ser aumentada para a dose utilizada antes do início do inibidor da CYP3A4 (após 3 a 5 semividas do inibidor da CYP3A4). **Populações especiais. Idosos:** Não é necessário qualquer ajuste posológico com base na idade (ver secção 5.2 do RCM). **Compromisso renal:** Não são necessários ajustes posológicos em doentes com compromisso renal ligeiro ou moderado. Não existem dados disponíveis sobre a administração de abemaciclib em doentes com compromisso renal grave, doença renal em fase terminal ou submetidos a diálise (ver secção 5.2 do RCM). O abemaciclib deve ser administrado com precaução em doentes com compromisso renal grave, com uma monitorização atenta para detetar sinais de toxicidade. **Compromisso hepático:** Não são necessários ajustes posológicos em doentes com compromisso hepático ligeiro (Child Pugh A) ou moderado (Child Pugh B). Em doentes com compromisso hepático grave (Child Pugh C), é recomendada uma diminuição na frequência posológica para uma única administração diária (ver secção 5.2 do RCM). **População pediátrica:** A segurança e eficácia de abemaciclib em crianças e adolescentes com 18 anos de idade não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Modo de administração** Verzenios é de administração oral. A dose pode ser tomada com ou sem alimentos. Não deve ser tomado com toranja ou sumo de toranja (ver secção 4.5 do RCM). Os doentes devem tomar as doses aproximadamente à mesma hora, todos os dias. O comprimido deve ser engolido inteiro (os doentes não devem mastigar, esmagar ou partir os comprimidos antes de os engolir). **Contraindicações** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes mencionados na "Lista dos excipientes". **Efeitos indesejáveis** Resumo do perfil de segurança As reações adversas que ocorrem mais frequentemente são diarreia, infeções, neutropenia, leucopenia, anemia, fadiga, náuseas, vômitos, alopecia e diminuição do apetite. Das reações adversas mais frequentes, as de Grau ≥ 3 foram menos de 5% com exceção da neutropenia, leucopenia e diarreia. **Lista tabelada de reações adversas** Nas tabelas seguintes, as reações adversas são listadas de acordo com a ordem das classes de sistemas de órgãos da MedDRA e frequência. Os níveis de frequência são: muito frequentes (≥1/10), frequentes (≥1/100 a <1/10), pouco frequentes (≥1/1 000 a <1/100), raros (≥1/10 000 a <1/1 000), muito raros (<1/10 000), e desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Em cada grupo de frequência, as reações adversas são apresentadas por ordem decrescente de gravidade.

Tabela 8. Reações adversas notificadas em estudos de Fase 3 com abemaciclib em combinação com terapêutica endócrina^a (N = 3 559)

Classe de sistemas de órgãos	Muito frequentes	Frequentes	Pouco frequentes
Infeções e infestações	Infeções ^b		
Doenças do sangue e do sistema linfático	Neutropenia Leucopenia Anemia Trombocitopenia Linfopenia ^b		Neutropenia febril ^b
Doenças do metabolismo e da nutrição	Diminuição do apetite		
Doenças do sistema nervoso	Cefaleias ^d Disgeusia ^a Tonturas ^a		
Afeções oculares		Aumento da lacrimação	
Vasculopatias		Tromboembolismo venoso ^c	
Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino		DPI/pneumonite ^d	
Doenças gastrointestinais	Diarreia Vômitos Náuseas Estomatite ^f	Dispepsia ^f	
Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos	Alopecia ^a Prurido ^a Erupção cutânea ^a	Alterações ungueais ^f Pele seca ^a	
Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos		Fraqueza muscular ^a	
Perturbações gerais e alterações no local de administração	Pirexia ^a Fadiga		
Exames complementares de diagnóstico	Aumento da alanina aminotransferase ^a Aumento da aspartato aminotransferase ^a		
Doenças do sistema nervoso <i>Muito frequentes</i>			
Disgeusia	14,3	0	0
Tonturas	12,9	0,5	0
Afeções oculares <i>Frequentes</i>			
Aumento da lacrimação	6,8	0,1	0

Vasculopatias <i>Frequentes</i> Tromboembolismo venoso ^a	5,3	1,7	0,3
Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino <i>Frequentes</i> Doença pulmonar intersticial (DPI)/pneumonite	3,4	0,4	0,1
Doenças gastrointestinais <i>Muito frequentes</i> Diarreia Vômitos Náuseas	84,6 27,7 43,5	11,7 1,2 2,1	0 0 0
Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos <i>Muito frequentes</i> Alopecia Prurido Erupção cutânea <i>Frequentes</i> Pele seca	20,7 13,5 12,9 9,0	0 0 1,0 0	0 0 0 0
Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos <i>Frequentes</i> Fraqueza muscular	8,3	0,5	0
Perturbações gerais e alterações no local de administração <i>Muito frequentes</i> Fadiga Pírexia	40,5 10,7	2,3 0,1	0 0
Exames complementares de diagnóstico <i>Muito frequentes</i> Aumento da alanina aminotransferase Aumento da aspartato aminotransferase	15,1 14,2	4,8 2,9	0,3 0

^aAbemaciclib em combinação com anastrozol, letrozol, exemestano, tamoxifeno ou fulvestrant. ^bInfeções inclui todos os Termos Preferenciais que fazem parte da Classe de Sistema de Órgãos "Infeções e infestações". ^cOs acontecimentos tromboembólicos venosos incluem trombose venosa profunda (TVP), embolia pulmonar, trombose dos seios venosos cerebrais, trombose das veias axilar-subclávia, TVP da veia cava inferior e trombose venosa pélvica. ^dDoença Pulmonar Intersticial (DPI)/pneumonite no cancro da mama precoce inclui todos os Termos Preferidos que fazem parte de doença pulmonar intersticial do MedDRA SMQ. No cancro da mama metastático, os Termos Preferidos incluem doença pulmonar intersticial, pneumonite, pneumonia em organização, fibrose pulmonar e bronquiolite obliterante. ^eConsiderados Reações Adversas apenas no contexto do cancro da mama metastático (MONARCH 2 e MONARCH 3). ^fConsiderados Reações Adversas apenas no contexto do cancro da mama precoce (monarchE). ^gFrequentes no contexto do cancro da mama precoce (monarchE), muito frequentes no contexto do cancro da mama metastático (MONARCH 2 e MONARCH 3). ^hFrequentes no contexto de cancro da mama metastático (MONARCH 2 e MONARCH 3), muito frequentes no contexto do cancro da mama precoce (monarchE). **Descrição das reações adversas selecionadas** *Neutropenia*: Foi frequentemente notificada neutropenia em todos os estudos. No estudo monarchE, foi notificada neutropenia em 45,8% dos doentes. Foi notificada uma diminuição da contagem do número de neutrófilos de Grau 3 ou 4 (com base nos resultados laboratoriais) em 19,1% dos doentes tratados com abemaciclib em combinação com terapêutica endócrina com uma mediana do tempo até ao início de 30 dias, e uma mediana do tempo até à resolução de 16 dias. Foi notificada neutropenia febril em 0,3% dos doentes. Nos estudos MONARCH 2 e MONARCH 3 foi notificada neutropenia em 45,1% dos doentes. Foi notificada uma diminuição da contagem do número de neutrófilos de Grau 3 ou 4 (com base nos resultados laboratoriais) em 28,2% dos doentes tratados com abemaciclib em combinação com inibidores da aromatase ou fulvestrant. A mediana do tempo até ao início de neutropenia de Grau 3 ou 4 foi de 29 a 33 dias, e a mediana do tempo até à resolução foi de 11 a 15 dias. Foi notificada neutropenia febril em 0,9% dos doentes. É recomendada uma alteração da dose para os doentes que desenvolvam neutropenia de Grau 3 ou 4 (ver "Posologia e modo de administração"). *Diarreia*: A diarreia foi a reação adversa notificada mais frequentemente (ver Tabela 8). A incidência foi superior durante o primeiro mês de tratamento com abemaciclib e foi inferior subsequentemente. No estudo monarchE, a mediana do tempo até à ocorrência do primeiro acontecimento de diarreia de qualquer grau foi de 8 dias. A mediana da duração da diarreia foi de 7 dias para o Grau 2 e 5 dias para o Grau 3. Nos estudos MONARCH 2 e MONARCH 3, a mediana do tempo até à ocorrência do primeiro acontecimento de diarreia de qualquer grau foi aproximadamente 6 a 8 dias. A duração mediana da diarreia foi de 9 a 12 dias para o Grau 2 e 6 a 8 dias para o Grau 3. A diarreia regressou ao grau inicial ou a um grau inferior com um tratamento de suporte, como a loperamida, e/ou um ajuste posológico (ver "Posologia e modo de administração"). *Aumento de aminotransferases*: No estudo monarchE, foram notificados com frequência aumentos da ALT e AST (12,3% e 11,8%, respetivamente) em doentes tratados com abemaciclib em combinação com terapêutica endócrina. Foram notificadas elevações da ALT ou AST de Grau 3 ou 4 (com base nos resultados laboratoriais) em 2,6% e 1,6% dos doentes. A mediana do tempo para o início da elevação da ALT de Grau 3 ou 4 foi de 118 dias, e a mediana do tempo até à resolução foi de 14,5 dias. A mediana do tempo para o início da elevação da AST de Grau 3 ou 4 foi de 90,5 dias, e a mediana do tempo até à resolução foi de 11 dias. Nos estudos MONARCH 2 e MONARCH 3, foram notificadas com frequência elevações da ALT e AST (15,1% e 14,2%, respetivamente) em doentes tratados com abemaciclib em combinação com inibidores da aromatase ou fulvestrant. Foram notificadas elevações de ALT e AST de Grau 3 ou 4 (com base nos resultados laboratoriais) em 6,1% e 4,2% dos doentes. A mediana do tempo para o início da elevação da ALT de Grau 3 ou 4 foi de 57 a 61 dias, e a mediana do tempo até à resolução foi de 14 dias. A mediana do tempo para o início da elevação da AST de Grau 3 ou 4 foi de 71 a 185 dias, e a mediana do tempo até à resolução foi de 13 a 15 dias. É recomendada uma alteração da dose para os doentes que desenvolvam um aumento da ALT ou AST de Grau 3 ou 4 (ver "Posologia e modo de administração"). *Creatinina*: Apesar de não ser uma reação adversa, o abemaciclib demonstrou aumentar a creatinina sérica. No estudo monarchE, 99,3% dos doentes tiveram elevações da creatinina sérica (com base nos resultados laboratoriais) e, entre eles, 0,5% dos doentes tiveram elevações de Grau 3 ou 4. Nos doentes tratados apenas com terapêutica endócrina, 91,0% notificaram uma elevação da creatinina sérica (com todos os graus laboratoriais). Nos estudos MONARCH 2 e MONARCH 3, 98,3% dos doentes tiveram elevações da creatinina sérica (com base nos resultados laboratoriais) e, destes, 1,9% dos doentes tiveram elevações de Grau 3 ou 4. Nos doentes tratados com um inibidor da aromatase ou fulvestrant em monoterapia, 78,4% notificaram um aumento na creatinina sérica (todos os graus laboratoriais). Foi demonstrado que o abemaciclib aumenta a creatinina sérica devido à inibição dos transportadores da secreção tubular renal sem afetar a função glomerular (como medida pela depuração do iohexol) (ver secção 4.5 do RCM). Nos estudos clínicos, ocorreram aumentos na creatinina sérica no primeiro mês de tratamento com abemaciclib, permaneceram elevados mas estáveis durante o período de tratamento, foram reversíveis após a descontinuação do tratamento e não foram acompanhados por alterações nos marcadores da função renal, como o nitrogénio ureico no sangue (BUN), creatinina C ou taxa de filtração glomerular calculada com base na creatinina C. **Notificação de suspeitas de reações adversas**: A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante. Ela permite uma monitorização contínua da relação benefício/risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas através do sistema nacional de notificação: Sítio da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoar> (preferencialmente) ou através dos seguintes contactos: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos, Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53. 1749-004 Lisboa, Tel: +351 21 798 73 73. Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita). E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt **Lista dos excipientes**. Núcleo do comprimido: croscarmellose sódica, lactose mono-hidratada, celulose microcristalina, sílica coloidal hidratada, estearil fumarato de sódio. Revestimento da película *Verzenios 50 mg comprimidos revestidos por película*: álcool polivinílico (E1203), dióxido de titânio (E171), macrogol (E1521), talco (E553b), óxido de ferro amarelo (E172), óxido de ferro vermelho (E172). *Verzenios 100 mg comprimidos revestidos por película*: álcool polivinílico (E1203), dióxido de titânio (E171), macrogol (E1521), talco (E553b), óxido de ferro amarelo (E172). *Verzenios 150 mg comprimidos revestidos por película*: álcool polivinílico (E1203), dióxido de titânio (E171), macrogol (E1521), talco (E553b), óxido de ferro amarelo (E172). **Data da revisão do texto**: 01 de abril de 2022. Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>

EDITOR/EDITOR:

AEOP – Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa

DIRETOR DE PUBLICAÇÃO/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
CINTESIS – Center for Health Technology and Services Research (NursID: Innovation and Development in Nursing), Porto, Portugal

CORPO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD:

Ana Paula Amorim, RN, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal
Susana Miguel, RN, IPO Lisboa, Portugal
Elisabete Soares, RN, IPO Porto, Portugal
M. José Silva, IPO Porto, Portugal
Esmeralda Barreira, RN, MPH, PhD, IPO Porto, Portugal
Carina Raposo, RN, MSC, CH Porto, Portugal

REVISORES/PEER-REVIEWERS:

Ana Leonor Ribeiro, RN, PhD
Mestre em Administração e Planificação da Educação, PhD in Nursing, Escola Superior de Enfermagem do Porto. CINTESIS – Center for Health Technology and Services Research (NursID: Innovation and Development in Nursing), Porto, Portugal
ORCID: 0000-0003-4352-3808
Contacto profissional: ana@esenf.pt

Ana Pinto Fonseca, RN, MPH
Professora/Coordenadora (Departamento de Enfermagem), Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Universidade de Évora, Portugal
Contacto Profissional: afonseca@uevora.pt

Bruno Magalhães, RN, MPH, PhD
Departamento de Cirurgia Oncológica, IPO Porto, Portugal, Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto, Portugal. CINTESIS – Center for Health Technology and Services Research (NursID: Innovation and Development in Nursing), Porto, Portugal
ORCID: 0000-0001-6049-8646
Contacto profissional: bruno.magalhaes@santamariasauade.pt

Esmeralda Barreira, RN, PhD
Enfermeira Especialista, IPO Porto, Portugal
Universidade Fernando Pessoa: FP-ENAS | Energy, Environment and Health Research Unit: Porto
ORCID: 0000-0001-5880-1669
Contacto profissional: merb@ufp.edu.pt / ebarreira@ipoporto.min-saude.pt

Luis Batalha, PhD, HB, RN
Professor/Coordenador, Investigador principal
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
ORCID: 0000-0002-5328-1470
Contacto profissional: batalha@esenfci.pt

Isabel Bico Correia, PhD
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Universidade de Évora, Portugal
ORCID: 0000-0002-3868-2233
Contacto profissional: isabelbico@uevora.pt

Clara Costa Oliveira, PhD
Professora Associada com agregação, Universidade do Minho (CEHUM; IE); UNISC, Braga, Portugal
ORCID: 0000-0003-4153-6787
Contacto profissional: claracol@ie.uminho.pt

Ingrid Félix Modesto, RN

Especialista em Oncologia, Hospital Sírio Libanês, São Paulo, Brasil
Contacto profissional: ingridfelixmodesto@gmail.com

Joana Fernandes Silva, RN

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
Hospital de Dia e Consulta de Enfermagem de Oncologia e Hematologia
Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica
ORCID: 0000-0002-0979-2150
Contacto profissional: joana.silva@chvng.min-saude.pt

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

Bianual / Norgráfica, Lda.

TIRAGEM E DEPÓSITO LEGAL / PRINT RUN AND LEGAL DEPOSIT

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

PREÇO DE ASSINATURA ANUAL EM PAPEL / ANUAL SUBSCRIPTION (2 NÚMEROS, 2 ISSUES)

- 40 Euros para Portugal e para Organizações Portuguesas (Price valid only for Portugal)
- 60 Euros para Organizações Internacionais (Price valide only for International Organizations)

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



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

INDEXANTES:



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



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



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



SERVIÇOS DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO NAS ÁREAS MÉDICA E FARMACÉUTICA.



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



BIBLIOTECA DIGITAL DE ACESSO LIVRE E MODELO COOPERATIVO DE PUBLICAÇÃO DIGITAL DE PERIÓDICOS CIENTÍFICOS BRASILEIROS.

MEMBRO



PARCERIA



Índice

03

NORMAS DE PUBLICAÇÃO E REVISÃO

05

EDITORIAL

Susana Miguel, Coordenação do Workgroup OncoCirurgia

ARTIGOS

06

ACESSO VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA E TOTALMENTE IMPLANTADO - MANIPULAÇÃO E OTIMIZAÇÃO

Albertina Santos, Cristina Santos, Maria Girão, Carine Lopes, Inês Claro, Susana Gonçalves, Susana Silva, Esmeralda Barreira

12

CUIDADOS À PESSOA SUBMETIDA À ADMINISTRAÇÃO DE IODO¹³¹ COMO TERAPÊUTICA NOS TUMORES DA TIROIDE

Cristiana Jesus, Anabela Almeida, Pedro Cardoso

18

INTEGRAÇÃO DE PATIENT-REPORTED OUTCOMES (PRO'S) NUMA CONSULTA DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA: PROJETO-PILOTO IQUALMYVIDA

Sandra Ponte, Leonor Vasconcelos de Matos, Sara Teixeira, Sónia Nunes

26

COMUNICAÇÃO EFETIVA NA PESSOA LARINGECTOMIZADA

Joana Rocha Silva, Ana Bárbara Castro, Sónia Gandra Machado, Patrícia Carolina Silva

37

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR NEOPLASIA MALIGNA DE ESTÔMAGO REGISTRADAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS - BRASIL

Ana Laura Stefani, Stefan Vilges Oliveira



PRINCÍPIOS

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

O conteúdo dos artigos é da exclusiva responsabilidade dos seus autores, aos quais compete respeitar os princípios éticos da investigação e cumprir as normas e orientações de edição da Revista. Ao publicar na Revista, os autores transferem os direitos autorais para a mesma. A Revista segue as normas da American Psychological Association (APA, 6ª edição, 2010).

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

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

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

O processo de submissão dos artigos decorre online, através da página web da AEOP.

O processo de revisão tem 8 fases: pré-análise, revisão por pares (double-blind), gestão do artigo, tratamento técnico e documental, revisão final, maquetização e atribuição de DOI, divulgação impressa e digital. Os artigos admitidos podem ser em língua Portuguesa, Espanhola ou Inglesa.

ESTRUTURA DO ARTIGO

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

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

TEXTO

Estrutura do Texto

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

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

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

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

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

Formato

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

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

Tabelas e Figuras (gráficos, imagens, etc.)

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

Citações

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

Como exemplo, citar:

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

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

Referências Bibliográficas

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

Normas da American Psychological Association (APA). Exemplos:

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

Cardoso, I. F. R., Werberich, P. M., Moreira, L. L. S., Montiani, H., & Carneiro, R. (1997). Educação em saúde: Histórico, conceitos e propostas. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

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

- Autor de colectividade (organismo, instituição...): Ordem dos Enfermeiros. Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Vol. 1). Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde.
- Artigos de Publicações Periódicas: Gallagher, S., Phillips, A. C., Oliver, C., & Carroll, D. (2008). Predictors of psychological morbidity in parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(10), 1129-1136. retirado de <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/33/10/1129.full>
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5).
- Documento impresso com DOI: Edwards, A. S. (1957). Case studies in childhood emotional disabilities. *Journal of Educational Psychology*, 48(7), 470-471. doi: 10.1037/h0039337
- Documento eletrónico com DOI: Buckley, D., Codina, C., Bhardwaj, P., & Pascalis, O. (2010). Action video game players and deaf observers have larger Goldmann visual fields. *Vision Research*, 50 (5), 548-556. retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6TOW4XVC4KW1/2/18ef13d8ac72c9d722b905102216d898>. doi: 10.1016/j.visres.2009.11.018

Procedimentos de submissão do artigo e documentos a juntar

- 1º Passo: Entrar no site da Revista : www.onco.news
- 2º Passo: Clicar em "Submeter Artigo"
- 3º Passo: Fazer o preenchimento dos dados solicitados (nomeadamente informação sobre autores – num máximo de 5).
- 4º Passo: Fazer o preenchimento e submissão automática dos conteúdos obrigatórios a cada tipo de artigo. Assumir termo único (ético-legal, responsabilidade e conflito de interesses);
- 5º Passo: Enviar o artigo completo, em formato word, para revista@aeop.pt construído de acordo com os tópicos específicos de cada tipo de artigo.

Processo de Revisão

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

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

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



SUSANA MIGUEL

Coordenação do Workgroup OncoCirurgia

EDITORIAL

Ao longo dos anos a AEOP tem procurado a construção de saberes na área da oncologia, para contribuir para o desenvolvimento de competências necessárias aos cuidados de saúde de excelência à pessoa/cuidador com doença oncológica.

A revista *Onco.News* é um dos meios de comunicação que dispomos entre os enfermeiros oncologistas para esta difusão de saberes. A máxima *Divulgar aquilo que fazemos bem é o melhor contributo que podemos dar à enfermagem oncológica*, assume particular importância nesta Revista 44, onde percebemos que a partilha de conhecimento que disponibilizamos na nossa revista, não só atravessa Portugal de norte a sul e ilhas, como ultrapassa fronteiras.

Nesta edição 44 da *Onco.News* publicamos 5 artigos. O primeiro é um artigo de revisão, onde são descritos os principais cuidados na manipulação e otimização dos acessos venosos centrais de inserção periférica e dos totalmente implantados. No segundo artigo são descritos os cuidados à pessoa submetida à administração de iodo 131 como terapêutica nos tumores da tiroide, onde são explanados os cuidados de enfermagem durante todo o processo pré e pós administração desta terapêutica. O terceiro é um artigo de revisão que nos remete para a integração de *Patient-Reported Outcomes* numa consulta de Enfermagem oncológica. O quarto artigo, uma revisão integrativa da literatura, dá-nos a conhecer as intervenções de enfermagem e estratégias terapêuticas promotoras de

uma comunicação efetiva nas pessoas submetidas a laringectomia total. No quinto e último artigo contamos com a colaboração dos nossos colegas do Brasil, que nos apresentam o perfil epidemiológico dos internamentos por neoplasia maligna de estômago registadas pelo sistema único de saúde no estado de Minas Gerais, retratando o perfil epidemiológico entre os anos de 2008-2019 desta região e comparando-a a nível nacional.

Não queria terminar sem agradecer à nossa Associação e a todos os enfermeiros oncologistas que exercem a sua atividade tanto no setor público como no privado, atrever-me-ia a dizer de todo o Mundo. Sim, sem dúvida estamos a chegar cada vez mais longe, a ganhar visibilidade, “a colher o que temos vindo a semear”. Mas temos de continuar a semear e a disseminar o conhecimento em prol da qualidade de vida da pessoa com doença oncológica. A qualidade das nossas decisões têm um impacto positivo na vida dos nossos doentes. Somos Enfermeiros Oncologistas, queremos a excelência do cuidar!

Desejamos a todos ótimas leituras e partilhas.

Susana Miguel

Coordenação Workgroup OncoCirurgia

ACESSO VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA E TOTALMENTE IMPLANTADO – MANIPULAÇÃO E OTIMIZAÇÃO

Central venous access of peripheral insertion and fully implanted, manipulation and optimization

Acceso venoso central de inserción periférica y totalmente implantado, manipulación y optimización

Albertina Santos¹ (Concetualização, Análise Formal)

Cristina Santos² (Metodologia)

Maria Girão³ (Redação-revisão e Edição)

Carine Lopes⁴ (Metodologia)

Inês Claro⁵ (Redação e Rascunho Original)

Susana Gonçalves⁶ (Visualização)

Susana Silva⁷ (Supervisão)

Esmeralda Barreira⁸ (Validação)

Autor para correspondência

Albertina Santos,
albertinasantos80@gmail.com

¹ Centro de Oncologia, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal
albertinasantos80@gmail.com

² Serviço de Hematologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal
tinitasantos@gmail.com

³ Hospital de Dia, Hospital Internacional dos Açores, Açores, Portugal
maria.c.girao@gmail.com

⁴ Centro de Oncologia, Hospital da Luz de Coimbra, Coimbra, Portugal
carinedrlopes@gmail.com

⁵ Hospital de Dia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão, Portugal
inesvicenteclaro@gmail.com

⁶ Hospital de Dia-Adultos, Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto, Portugal
sugoncalvesmarques@gmail.com

⁷ Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto, Portugal
susana.silva1975@gmail.com

⁸ Clínica de Patologia do Pulmão, Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto, Portugal
merbarreira@gmail.com

RESUMO: Os tratamentos em oncologia têm vindo a aumentar, tanto em número como em complexidade. A existência de um acesso vascular central seguro e adequado à terapêutica a realizar é fundamental, promovendo a melhor prática no cuidado ao doente com cancro.

O cateter venoso central totalmente implantado permite a administração segura de terapêuticas antineoplásicas com baixo risco de complicações e um impacto positivo na qualidade de vida da pessoa com patologia oncológica. Mais recentemente, o cateter central de inserção periférica sendo menos invasivo, tem demonstrado benefícios comprovados para o doente e para a gestão de cuidados de saúde. No entanto, ainda necessita de maior divulgação.

Apesar de existirem várias recomendações internacionais referentes à manutenção e otimização dos acessos vasculares centrais, ainda persistem dúvidas na prática clínica. Este facto, motivou esta pesquisa bibliográfica para desenvolver competências nesta área de intervenção.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso venoso, CVCTI, PICC, Cateter, Boas práticas.

ABSTRACT: *Oncology treatments have been increasing, both in number and in complexity. The existence of a safe central vascular access suitable for the therapy to be performed is essential, promoting best practice in the care of cancer patients.*

The fully implanted central venous catheter allows the safe administration of antineoplastic therapies with a low risk of complications and a positive impact on the quality of life of the person with oncological pathology. More recently, peripherally inserted central catheter, being less invasive, has demonstrated proven benefits for the patient and health care management. However, it still needs more publicity.

Although there are several international recommendations regarding the maintenance and optimization of central vascular access, doubts still persist in clinical practice. This fact motivated this bibliographic research to develop skills in this area of intervention.

Keywords: *Venous access, CVCTI, PICC, Catheter, Good practices.*

RESUMEN: *Los tratamientos oncológicos han ido en aumento, tanto en número como en complejidad. La existencia de un acceso vascular central seguro y adecuado a la terapia a realizar es fundamental, fomentando las mejores prácticas en el cuidado de los pacientes oncológicos.*

El catéter venoso central totalmente implantado permite la administración segura de terapias antineoplásicas con bajo riesgo de complicaciones y un impacto positivo en la calidad de vida de la persona con patología oncológica. Más recientemente, el catéter central de inserción periférica, al ser menos invasivo, ha demostrado beneficios comprobados para el paciente y el manejo de la atención médica. Sin embargo, todavía necesita más publicidad.

Aunque existen varias recomendaciones internacionales en cuanto al mantenimiento y optimización del acceso vascular central, aún persisten dudas en la práctica clínica. Este hecho motivó esta investigación bibliográfica para desarrollar competencias en esta área de intervención.

Palabras clave: *Acceso venoso, CVCTI, PICC, Catéter, Buenas prácticas.*

Introdução

O aumento de pessoas com doença oncológica e conseqüentemente a necessidade de receber tratamentos antineoplásicos cada vez mais complexos é uma realidade atual. De acordo, com as decisões terapêuticas a realizar é fundamental a existência de um acesso vascular central seguro e adequado.

A administração de terapêutica endovenosa através de cateter venoso central (CVC) é parte integrante da prática clínica dos enfermeiros, pelo que o desenvolvimento de competências técnico-científicas sobre a inserção, manutenção, prevenção e a gestão das complicações associadas a estes dispositivos é essencial.

A evidência científica não recomenda um único tipo de acesso vascular central devendo a escolha do mesmo ser influenciada pelo tipo de terapêutica a ser administrada, pela previsão do tempo de tratamento, frequência da sua utilização, condição da rede venosa periférica do indivíduo e a capacidade de colaboração do doente nos cuidados ao cateter.

Existem diversos tipos de acessos venosos centrais, destacando-se os de curta duração, os de inserção periférica (PICC) e os de longa duração, como os semi-implantados (tunelizados) e os totalmente implantados (CVCTI).

A elaboração deste artigo tem como objetivo a uniformização das recomendações de boas práticas de enfermagem relativamente à otimização do CVCTI e do PICC. Como metodologia efetuou-se uma revisão da literatura sobre a temática.

Tipologia de Acessos Venosos Centrais

A escolha do acesso vascular central (Fig. 1) depende da natureza da infusão a administrar ($\text{pH} < 5$ ou > 9 , e osmolaridade > 600 mOsm/l), da existência de um “património vascular” diminuído (≤ 2 veias palpáveis/visíveis com dificuldade na punção), da necessidade de flebotomias frequentes (≥ 3 dia) e a duração do regime terapêutico (≥ 6 dias) (Moureau, 2019).

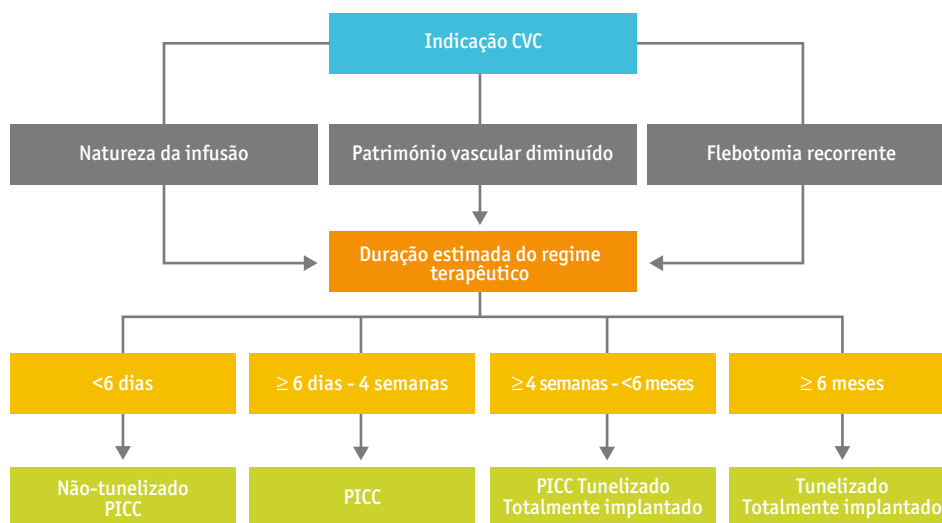


Figura 1. Indicações para a escolha do Acesso Vascular Central (adaptado de Moureau, 2019)

O CVCTI (Cateter Venoso Central Totalmente Implantado) com reservatório subcutâneo consiste num sistema de acesso venoso a uma veia profunda. O acesso é normalmente encontrado em diferentes locais anatómicos e realizado por punção percutânea para cateterizar a veia com o apoio ecográfico (Heffner & Androes, 2021). O cateter pode ser fabricado em poliuretano ou silicone [menor risco de adesão da fibrina ao cateter (Khal et al. 2017)]. A extremidade distal deste situa-se, normalmente, na veia cava superior e a extremidade proximal é fixa na câmara que é implantada no tecido subcutâneo do doente, geralmente abaixo da clavícula (Malcata & Pequito, 2007 citado por Santos, 2015). O reservatório é fabricado em titânio ou plástico com câmara simples ou dupla, tendo uma membrana em silicone, onde são realizadas as punções (Zerati et al, 2017). O CVCTI pode permanecer no local durante semanas ou meses e permite diminuir a ansiedade do doente associada a punções venosas repetidas (Schiffer et al, 2013).

Relativamente ao acesso vascular PICC (Cateter Central Periférico), estes são inseridos na veia basilíca e cefálica no espaço ante cubital ou na veia braquial até à transição entre a veia cava superior e o átrio direito ou junção cavo-arterial. Todavia, a veia basilíca é a de eleição, por permitir o maior diâmetro dos vasos da extremidade superior e por permitir uma entrada mais direta na veia

subclávia (Hockenberry, 2011). A veia cefálica com ângulo de 90 graus na porção terminal da veia axilar, dificulta por vezes a progressão do cateter. A sua inserção deve ser realizada com auxílio de ecógrafo (Hockenberry, 2011).

Os PICC estão disponíveis em vários tamanhos e podem ter um ou vários lúmens. Existem diferentes tipos e materiais de cateteres como os de poliuretano ou silicone. O cateter de poliuretano é mais resistente, permite paredes de lúmen mais finas e de maiores diâmetros, aumentando significativamente as taxas de fluxo e reduz a possibilidade de rotura do cateter (Loveday et al, 2014). Esta tipologia de cateter pode ser inserida pelo enfermeiro, sendo uma via muito fiável para a administração de antibioterapia, nutrição parentérica e quimioterapia (Derudas et al., 2013).

No doente oncológico, o CVCTI está indicado em situações tais como uma rede venosa periférica inadequada, em casos de ser necessário um acesso venoso frequente e em tratamentos de longa duração (Sousa et al. 2015; Zerati et al, 2017; Khalil et al, 2017; Heffner & Androes, 2021). Nesta tipologia de acessos venosos centrais as complicações mais frequentes são:

- **Infeção:** é a complicação que mais afeta a vida do CVCTI, podendo incluir a pele, o túnel e a câmara (Zerati et al, 2017; Ding et al, 2019). A infeção na corrente sanguínea associada ao cateter, que persiste após 48 a 72 horas de cobertura antibiótica adequada, ou infeções com *S. aureus*, *fungi* ou *mycobacteria*

implicam a remoção do CVCTI (Sousa et al, 2015; Ding et al, 2019).

- **Oclusão:** é a segunda complicação mais prevalente (Vasques, 2017). Verifica-se quando existe pressão ao administrar um *bólus* e pela ausência de retorno venoso (Ding et al, 2019). As principais causas desta complicação pode estar relacionada com a compressão mecânica do cateter, obstrução do lúmen associada à existência de trombos ou precipitação de medicamentos e/ou alimentação parentérica (Goossens, 2015; Ding et al, 2019). Para o tratamento da oclusão trombótica, deve ser utilizada a uroquinase ou alteplase de acordo com o protocolo existente na instituição (Ding et al, 2019).
- **Trombose venosa profunda:** ocorre na veia onde está colocado o CVCTI e classifica-se como trombose assintomática ou sintomática (Ding et al, 2019). Enquanto a assintomática é detetada ocasionalmente através de exames de rotina, a sintomática surge associada a desconforto na zona de inserção do CVCTI, dor no trajeto venoso, sensibilidade e/ou endurecimento da veia, edema do membro, da face ou do pescoço, cefaleias, presença de circulação venosa colateral na parede torácica, rash cutâneo e febre (Zerati et al, 2017; Ding et al, 2019).
- **Embolia por cateter:** pode acontecer quando o cateter se desconecta do reservatório ou por fratura do mesmo. A suspeita surge quando o cateter não apresenta refluxo e o doente apresenta queixas de dor aquando da infusão, sendo neste caso obrigatório remover o cateter (Zerati et al, 2017).
- **Fibrina:** a presença do cateter no espaço intravascular pode provocar a formação de fibrina na sua superfície ou no orifício final, o que impede o refluxo venoso por atuar como mecanismo de válvula, quando se faz pressão negativa durante a aspiração, resultando na perda da sua função (Zerati et al, 2017; Ding et al, 2019).
- **Deslocação do cateter:** pode ocorrer deslocação da ponta do cateter durante a cirurgia (Zerati et al, 2017).
- **Mau funcionamento ou rutura/dano do cateter:** a situação de mau funcionamento ocorre quando existe disfunção no refluxo e/ou na infusão, que pode ser causado por falha técnica no implante, nomeadamente posicionamento inadequado da extremidade do cateter, angulação excessiva ou constrição deste (Zerati et al, 2017). As causas de rutura ou dano do cateter podem ser diversas, tais como síndrome de “*pinch-off*” (compressão do lúmen do cateter); forças externas como cintos de segurança, roupas excessivamente

apertadas ou uma colisão; utilização de uma seringa com diâmetro inadequado que cause uma pressão elevada, etc. (Ding et al, 2019).

- **Rotação do reservatório:** a rotação do reservatório faz com que a área de punção fique contra a parede torácica e o fundo virado para cima, o que impede a sua punção. Neste caso é necessária abordagem cirúrgica para reposicionar ou remover o cateter (Zerati et al, 2017).

Relativamente ao PICC, é considerado um dispositivo de acesso vascular seguro, por permitir a administração de fluidos e medicamentos que não podem ser infundidos em veia periférica. As indicações para o seu uso incluem tratamentos de duração prolongada (superior a uma semana); administração de nutrição parentérica com concentração de dextrose maior que 10%; antibioterapia, quimioterapia, administração de hemoderivados, avaliação da pressão venosa central e colheitas sanguíneas (Stocco et al, 2011). Algumas das contraindicações mencionadas, são as veias de pequeno calibre ou com trombose prévia, distúrbios osteoarticulares do braço, esvaziamento axilar, hemodiálise, quimioterapia com perfusão superior a 12h e a não colaboração do doente (Montes et al, 2011). Nesta tipologia de acessos venosos centrais as complicações mais frequentes que podem ocorrer são:

- **Flebite:** esta inflamação das células endoteliais da parede venosa está relacionada com fatores mecânicos, químicos ou infecciosos. A sua incidência varia entre 5 e 26%. Esta taxa é a mais baixa, quando comparada à verificada nos cateteres periféricos, que é de 65% (Griffiths & Philpot, 2002).
- **Infeção local:** a incidência da infeção varia entre 2 e 3%. A fonte mais comum pode estar relacionada com a contaminação microbiana da infusão ou do cateter, e pode ser prevenida utilizando corretamente a técnica asséptica durante a inserção e otimização do cateter (Krein et al, 2019). O tempo de permanência do cateter e os critérios utilizados para a sua substituição são igualmente importantes (Gorski & Czaplewski, 2004).
- **Trombose:** pode ser multicausal: aderência de plaquetas e fibrina que vão obstruir o cateter e o lúmen do vaso; a interrupção da medicação por tempo prolongado que pode levar ao refluxo de sangue para o ca-

teter ou perfusões a ritmo muito lento (Toma, 2004).

- **Embolia gasosa:** é uma complicação rara relacionada com o PICC. As causas incluem a presença de ar nos sistemas, as desconexões, o frasco de solução vazio e técnica inadequada na otimização dos cateteres em acessos centrais (Toma, 2004).
- **Oclusão do cateter:** a obstrução parcial ou completa do cateter, impede ou dificulta a aspiração de sangue e conseqüentemente leva à perda da permeabilidade do cateter. A incidência deste tipo de complicação varia entre 2 e 44% (Farjo et al, 2003). Os fatores principais são a ineficiente lavagem do PICC e o seu uso frequente para colheitas de sangue (Gorski & Philpot, 2004).

Estas complicações podem ser prevenidas com a implementação de práticas seguras na inserção, manutenção e otimização destes dispositivos.

Procedimentos de boas práticas na utilização dos Acessos Vasculares Centrais: CVCTI e PICC

Foram identificados na literatura alguns princípios gerais nos procedimentos de inserção, manutenção e otimização dos acessos vasculares relacionados que contribuem para a melhoria da prática e da segurança dos cuidados de enfermagem:

- Inserir o cateter em ambiente controlado (preferencialmente com ventilação mecânica de pressão positiva) do bloco operatório (DGS, 2015; Moureau, 2019).
- Utilizar técnica asséptica de forma a minimizar o risco de infecção (CDC, 2011; NHS 2019, Ding et al., 2019).
- Usar solução antisséptica com chlorohexidina a 2% em solução alcoólica em todos os processos de desinfecção (Moureau, 2019; Martinez et al., 2015).
- Substituir o penso sempre que se verifique uma das seguintes condições (DGS, 2015; Moureau, 2019; Rupp & Karnatak, 2018):
 - Penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele;
 - Penso com compressa de 48 a 72h;
 - Penso transparente de 7/7 dias.
- Especificamente nos CVCTI, puncionar o reservatório subcutâneo com agulha tipo “Huber” (não cortante, com bisel lateralizado), pois outros tipos de agulhas podem causar danos à membrana de silicone do reservatório e reduzir a vida útil do cateter (Vasques, 2017). A agulha deve ser trocada a cada 7 dias (NHS, 2019).
- Não utilizar seringas com volume inferior a 10 ml, para evitar uma pressão excessiva, o que poderá da-

nificar o cateter. Após colheitas sanguíneas, suporte transfusional ou alimentações parentéricas lipídicas deve ser efetuada lavagem com 20 mL de SF. (CDC, 2011; Rupp & Karnatak, 2018).

- Utilizar sempre a técnica de “Push-Pause” ou técnica turbulenta para a lavagem do lúmen do CVC, com a administração de ≥ 10 ml SF em pulsos (lentamente) de cerca de 2.5ml (Martinez et al., 2015; DGS, 2015; Smith et al., 2017; Rupp & Karnatak, 2018; Moureau, 2019).
- Utilizar sempre técnica de pressão positiva: clampagem da via do CVC previamente à remoção da seringa (Martinez et al., 2015; DGS, 2015; Chopra et al., 2015; Smith et al., 2017; Rupp & Karnatak, 2018;).
- Usar sempre conector de pressão neutra na manipulação do CVC (CDC, 2011; Rupp & Karnatak, 2018), à exceção da colheita de hemoculturas que será efetuada diretamente do lúmen do CVC (Garcia et al., 2018).
- Substituir os conectores de 72/72 horas, no máximo até 96 horas; os sistemas de soros, incluindo torneiras, conectores e prolongadores, devem ser substituídos de 72/72 horas, no máximo até 96 horas; os sistemas utilizados para administração de sangue e/ou derivados no final da perfusão (devem permanecer máximo 4 horas) e os sistemas de albumina em períodos $\leq 24/24$ horas (CDC, 2011).
- Não administrar alimentações parentéricas concomitantemente com outras perfusões na mesma via do CVC (CDC, 2011; Montes et al., 2011).
- Descontaminar os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores (obturador, torneiras de três vias, etc.) por fricção com cloro-hexidina a 2% em álcool durante 15 segundos e deixar secar antes de conectar qualquer dispositivo estéril (CDC, 2011; DGS, 2015).
- Heparinizar quando recomendado (ver normas institucionais) sempre após salinização (≥ 10 mL) (Pittiruti et al., 2016).
- Realizar a manutenção dos CVC em períodos que não ultrapassem as 4 semanas (CDC, 2011; Pittiruti et al., 2016; Smith et al., 2017; Moureau, 2019).
- Lavar todos os lúmens do PICC (clampados e em utilização), aquando da substituição dos sistemas de administração, a cada 72 horas, através da “técnica turbulenta” conjugada com a “técnica de pressão positiva” (Martinez, et al., 2015).
- Remover o CVC quando não for previsível a sua utilização (CDC, 2011; Pittiruti et al., 2016; Smith et al., 2017; Moureau, 2019).

Assim, pretendeu-se reunir as principais recomendações de boas práticas relacionadas com os cuidados de enfermagem na utilização do CVCTI e PICC.

Conclusão

Os acessos vasculares centrais como o CVCTI e o PICC permitem a administração segura de terapêuticas antineoplásicas e de terapias de suporte, tendo um impacto positivo na qualidade de vida da pessoa com patologia oncológica. No entanto, apesar do baixo risco de complicações associadas ao CVCTI e ao PICC, a sua manipulação exige profissionais com competências nesta área. Verificou-se também que em relação aos PICC, estes ainda são pouco utilizados, embora estejam comprovados os benefícios para o doente e para a gestão de cuidados de saúde. É assim fundamental destacar-se a necessidade de instruir e treinar toda a equipa de enfermagem para a colocação e otimização do PICC.

Referências bibliográficas

- Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter related infections. Atlanta: CDC. Recuperado de <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/index.html>
- Derudas, D., Baronciani, D., Depau, C., Pilo, F., Targhetta, C.; Usai, S., Angelucci, E. (2013). Safety, feasibility and cost of hematopoietic stem cell transplantation management by peripheral inserted central catheter (PICC): A phase II prospective study. *Blood*, 122(21), 2971. Recuperado de <http://www.bloodjournal.org/content/122/21/2971.abstract>
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2015). Norma Nº 022/2015 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Recuperado de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
- Ding, X., Ding, F., Wang, Y., Wang, L., Wang, J., Xu, L., ... Xue, M. (2019). Shanghai expert consensus on totally implantable access ports 2019. *Journal of Interventional Medicine*, 2. 141-145. doi.org/10.1016/j.jimed.2019.10.008
- Farjo, L. (2003). Blood collection from peripherally inserted central venous catheters: an institution's effort to evaluate and update its current policy. *J Infus Nurs*;26(6):374-9.
- Garcia, R. A.; Spitzer, E. D.; Kranz, B. & Barnes, S. (2018). A national survey of interventions and practices in the prevention of blood culture contamination and associated adverse health care events. *American Journal of Infection Control*, 46(5), 571-576. doi.org/10.1016/j.ajic.2017.11.009
- Goossens, G. (2015) Flushing and locking of venous catheters: available evidence and evidence deficit. *Nursing research and practice*. 1-12. doi.org/10.1155/2015/985686
- Gorski L.A. & Czaplowski, L.M. (2004). Peripherally Inserted Central Catheters and Midline Catheters for the Homecare Nurse. *J Infus Nurs* 27(6):399-409.
- Griffiths V.R. & Philpot P. (2002). Peripherally inserted central catheters (PICC): do they have a role in the care of the critically ill patient? *Intensive Crit Care Nurs*, 18(1):37-47.
- Heffner A. & Androes, M. (2021). Overview of central venous access in adult. UpToDate. Recuperado de <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-central-venous-access-in-adults>
- Hockenberry M. & Wong D.L. (2011). Fundamentos de enfermagem pediátrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Khalil, N., Youssef, W. & Moustafa, Z. (2017). Oncology critical care nurse's knowledge about insertion, care and complications of venous port catheters in Egypt. *Journal of advanced practices in nursing*. 2 (137). doi.org/10.4172/2573-0347.1000137
- Krein S. (2019). Patient-reported complications related to peripherally inserted central catheters: a multicentre prospective cohort study. *BMJ*; 28:574-581.
- Loveday, H. P., Wilson, J. A., Pratt, R. J., Golsorkhi, M., Tingle, A., Bak, A., Health, U. D. (2014). National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *Journal Hospital Infection*, 86 (Suppl.1), S1-S70. doi.org/10.1016/S0195-6701(13)60012-2
- Martinez, M. J.; Leite, L.; França, D.; Capela, R.; Viterbo, L.; Varajão, N.; Martins, A.; Oliveira, I. ... & Mariz, J. (2015). Bundle approach to reduce bloodstream infections in neutropenic hematologic patients with a long-term central venous catheter. *Acta Medica Portuguesa*, 28(4), 474-479. doi.org/10.20344/amp.6002
- Montes, S.F., Teixeira, J.B., Barbosa, M., Barichello, E. (2011). Ocorrência de complicações relacionadas ao uso de cateter venoso central de inserção periférica (PICC) em recém-nascidos. *Enferm. glob*. 15(24). doi.org/10.4321/S1695-61412011000400001.
- Moureau, N. L. (2019). CLABSI: Definition and Diagnosis . In *Vessel Health and Preservation: The Right Approach for Vascular Access*.
- NHS (2019). Care and maintenance of central venous catheter devices. Acedido em 09.05.2021. Recuperado de https://www.nhs.uk/wpcontent/uploads/2019/06/Care_and_Maintenance_of_Central_Venous_Access_Devices_CVAD.pdf
- Pittiruti, M., Bertoglio, S., Scoppettuolo, G., Biffi, R., Lamperti, M., Dal, A.; Panocchia, N., ... DeLutio, E. (2016). Evidence-based criteria for the choice and the clinical use of the most appropriate lock solutions for central venous catheters (Excluding dialysis catheters): A GAVECeLT consensus. *The Journal of Vascular Access*, 17(6), 453-464. doi.org/10.5301/jva.5000576
- Rupp, M. E. & Karnatak, R. (2018). Intravascular Catheter-Related Bloodstream Infections. *Infectious Disease Clinics of North America*, 32(4), 765-787. doi.org/10.1016/j.idc.2018.06.002
- Santos, R. (2015). Cuidar do doente em cuidados paliativos com cateter venoso central totalmente implantado: importância do manuseamento. Tese de mestrado. Recuperado de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23511/1/10973_Tese.pdf
- Schiffer, C. A., Mangu, P. B., Wade, J. C., Camp-Sorrell, D., Cope, D. G., El-Rayes, B. F., Gorman, ... Levine, M. (2013). Central venous catheter care for the patient with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 31(10), 1357-1370. doi.org/10.1200/JCO.2012.45.5733
- Smith, S. N., Moureau, N., Vaughn, V. M., Boldenow, T., Kaatz, S., Grant, P. J., Bernstein, S. J., ... Chopra, V. (2017). Patterns and predictors of peripherally inserted central catheter occlusion: The 3P-0 Study. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 28(5), 749-756.e2. doi.org/10.1016/j.jvir.2017.02.005
- Sousa, B., Furlanetto, J., Hutka, M., Gouveia, P., Wuerstlein, R., Mariz, J. M., Pinto, D. & Cardoso, F. (2015). Central venous access in oncology: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*. 26 (5). 152-168. doi.org/10.1093/annonc/mdv296.
- Stocco, J.G., Crozeta, K., Labronici, L.M., Maftum, M.A., Meier, M.J. (2011). Cateter central de inserção periférica: percepções da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm*.16(1):56-62.
- Toma, E. (2004). Avaliação do uso do PICC - cateter central de inserção periférica em recém-nascidos [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Vasques, C. I. (2017). Cateter totalmente implantado em oncologia. In Custódio, C.; Goulart, C. & Reis, P. *Diretrizes oncológicas* (pp 653-663). Recuperado de https://diretrizesoncológicas.com.br/wpcontent/uploads/2018/10/Diretrizesoncol%C3%B3gicas-2_Parte40.p
- Zerati, A. E., Wolosker, N., de Luccia, N. & Puech-Leão, P. (2017). Cateteres venosos totalmente implantáveis: Histórico, técnica de implante e complicações. *Jornal Vascular Brasileiro*. 16(2). 128-139. doi.org/10.1590/1677-5449.008216

CUIDADOS À PESSOA SUBMETIDA À ADMINISTRAÇÃO DE IODO¹³¹ COMO TERAPÊUTICA NOS TUMORES DA TIRÓIDE

Care for the person submitted to the administration of iodo¹³¹ as therapeutic in thyroid tumors

Atención a personas sometidas a la administración de yodo¹³¹ como terapia en tumores de tiroides

Cristiana Jesus¹ (Conceptualização, visualização)

Anabela Almeida² (Redação do rascunho original)

Pedro Cardoso³ (Redação-revisão e Edição)

¹ Bloco Operatório, Centro Hospitalar de Leiria, Hospital de Santo André, Portugal
cristianafonseca@gmail.com

² Clínica de Cabeça e Pescoço, Tumores Endócrinos, Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto, Portugal
anabelaalmeida@ipoporto.min-saude.pt

³ Serviço de Especialidades Cirúrgicas 1, Instituto Português de Oncologia Coimbra, Coimbra, Portugal
pedromadal@gmail.com

RESUMO: Com este artigo, pretende-se apresentar os cuidados à pessoa submetida à administração de iodo¹³¹, como terapia complementar nos tumores da tiróide.

Este tratamento tem um papel preponderante na destruição de células malignas que possam restar após a cirurgia, nos cancro diferenciados da tiróide.

Pela necessidade de cuidados específicos que podem ser fundamentais para o sucesso do tratamento, o enfermeiro tem aqui uma atuação fundamental na preparação da pessoa para o mesmo. A intervenção de enfermagem estende-se a todo o processo de tratamento e ao período que se segue a este, em que há necessidade de manter cuidados específicos e fundamentais para a recuperação da pessoa.

PALAVRAS-CHAVE: Cancro da tiróide; Tiroidectomia total; Iodo¹³¹; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT: *With this article, it is intended to present the care to the person submitted to the administration of iodine¹³¹, as complementary therapy in thyroid tumors.*

This treatment has a major role in the destruction of malignant cells that may remain after surgery, in differentiated thyroid cancers.

Due to the need for specific care that can be fundamental for the success of the treatment, the nurse has a fundamental role here in preparing the person for the same.

The nursing intervention extends to the entire treatment process and the period following it, when there is a need to maintain specific and fundamental care for the person's recovery.

KEYWORDS: *Thyroid cancer; Total thyroidectomy; Iodine¹³¹; Nursing care.*

RESUMEN: *Con este artículo pretendemos presentar los cuidados a la persona sometida a la administración de yodo¹³¹, como terapia complementaria en los tumores tiroideos. Este tratamiento juega un papel importante en la destrucción de las células malignas que pueden quedar después de la cirugía en los cánceres diferenciados de tiroides. Debido a la necesidad de unos cuidados específicos que pueden ser fundamentales para el éxito del tratamiento, la enfermera tiene un papel fundamental en la preparación de la persona para el mismo. La intervención de enfermería se extiende a todo el proceso de tratamiento y al período que le sigue, en el que se requiere mantener unos cuidados específicos y fundamentales para la recuperación de la persona.*

PALABRAS CLAVE: *Cáncer de tiroides; Tiroidectomía total; Yodo¹³¹; Cuidado de enfermera.*

Introdução

A taxa de incidência do tumor da tiróide tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos, podendo estar associado a uma maior acessibilidade aos meios complementares de diagnóstico, bem como a uma mudança de hábitos e de exposição da população. Este já é o nono tumor com maior ocorrência no mundo, apresentando em 2018 uma incidência de 567233 casos e uma mortalidade de 41071 casos (Globocan, 2018). Em Portugal, este tumor é mais frequente no sexo feminino, tendo tido no mesmo ano uma prevalência de 1701 casos e uma mortalidade de 97 casos (Globocan, 2018).

Os tumores da tiróide dividem-se em quatro tipos: papilar e folicular, os chamados tumores diferenciados; medular; anaplásico. O carcinoma papilar é o mais habitual, tendo um crescimento lento. O carcinoma folicular é o segundo mais frequente, sendo habitual ocorrer em regiões com baixa disponibilidade de iodo. Ambos têm um bom prognóstico e representam 80-90% do total dos cancros da tiróide. O medular é pouco frequente e pode ter um caráter hereditário. O menos frequente, mais agressivo e com pior prognóstico, é o anaplásico (Torres, Martins, Carreira, 2017).

Tratamento do Cancro da Tiróide

O cancro da tiróide pode ser tratado, exclusivamente, com cirurgia ou com iodo¹³¹ como complemento.

Cirurgia

Nos tumores da tiróide, o tratamento de primeira linha é a cirurgia, podendo ser retirada a totalidade da

tiróide (tiroidectomia total) ou uma parte desta (lobectomia ou hemitiroidectomia). “A decisão depende das características próprias do tumor. Quanto maior a cirurgia, mais acentuadas as complicações que podem surgir como o hipotireoidismo (que pode implicar a administração de levotiroxina de substituição para toda a vida), a paralisia das cordas vocais (que provoca rouquidão ou mesmo perda total da voz) (...) e a hipocalcémia (baixa do cálcio, por lesão das glândulas paratiroides e que pode obrigar a ter de fazer suplementação com cálcio)”. (Torres, Martins, Carreira, 2017).

Tratamento com Iodo¹³¹

O iodo¹³¹ é um isótopo radioativo do iodo, daí também ser chamado de iodo radioativo ou radioiodo.

A utilização do iodo radioativo como agente de diagnóstico e terapia baseia-se no facto das células da tiróide não serem capazes de diferenciar o iodo estável do iodo radioativo, partilhando os mesmos sistemas de captação e metabolismo intracelular. De facto, as propriedades químicas do iodo¹³¹ são similares às do iodo estável, participando por isso o radioisótopo nos inúmeros processos metabólicos atribuídos ao iodo estável. No entanto, as características físicas do iodo¹³¹, largamente determinadas pela emissão de radiação gama e beta, permitem a sua utilização no diagnóstico e tratamento de doentes na área da Medicina Nuclear (Mamede, 2016).

O iodo é a matéria-prima necessária para a produção de hormonas tiroideias (T3 e T4), sendo captado electivamente pela tiróide. Se lhe for associada radioatividade, este “adquire a capacidade de destruir as células da tiroide que as fabricam” (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, 2014).

“Em doses elevadas, utiliza-se para destruir as células normais que restam após a cirurgia e as células malignas que mantêm a captação do iodo”, o que acontece nos cânceros da tireoide diferenciados (papilar e folicular) (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, 2014). Assim, este pode ser “usado para o tratamento do cancro diferenciado da tireoide agressivo que apresenta invasão dos tecidos que rodeiam a tireoide ou locais à distância (pulmão e osso)”, como também “para complemento da tireoidectomia nas formas menos agressivas” (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, 2020).

O seu efeito resulta, assim, da destruição de células residuais (após a ressecção cirúrgica do tumor), potencialmente malignas ou doença multifocal oculta, que pode ocorrer em até 30% dos pacientes com tumores papilares (Padma, Sundaram, 2016).

As células malignas da tireoide captam o iodo¹³¹ e este provoca a sua destruição. “Em condições normais as células do cancro da tireoide captam apenas diminutas quantidades de iodo”, (...) “no entanto, quando a TSH está muito aumentada, as células malignas da tireoide são capazes de captar quantidades significativas de iodo¹³¹” (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, 2020). Assim, a captação do iodo pelas células tiroideias é tanto maior quanto maior for a elevação da TSH (a hormona da hipófise que estimula o funcionamento das células tiroideias) e tanto menor quanto mais iodo existir no organismo” (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, 2014).

O iodo radioativo é recomendado para todos os pacientes com tumores superiores a 4 cm, com metástases à distância ou com invasão extratiroidea significativa (Mamede, 2016). É, ainda, recomendado em pacientes com tumores de 1 a 4 cm e metástases ganglionares diagnosticadas ou outras características de alto risco como variantes histológicas agressivas, invasão vascular ou extratiroidea e doença multicêntrica (Padma, Sundaram, 2016).

O sucesso do tratamento segundo Padma e Sundaram (2016) depende da histologia e das dimensões do tumor, idade da pessoa, presença ou ausência de gânglios, existência de metástases à distância e da preparação da pessoa antes deste.

Visto ser fundamental o aumento da TSH para o sucesso do tratamento com iodo¹³¹, são vários métodos usados para este efeito. Assim, uma das possibilidades,

“consiste em suspender a medicação com hormona tiroideia (habitualmente a T4 por 4 a 6 semanas ou a T3 por 2 a 3 semanas). A falta da hormona tiroideia provoca o aumento da TSH, mas também os sinais e sintomas habituais do hipotiroidismo, que podem ter repercussões mais ou menos importantes, dependendo de doente para doente” (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, 2014). Com esta modalidade, o iodo radioativo pode ser feito 4 a 6 semanas após a cirurgia. “Outra possibilidade é a utilização de TSH recombinante humana (rhTSH). (...) Apesar de ser produzida em laboratório, a rhTSH é idêntica à TSH natural. Os doentes não têm necessidade de suspender a medicação com hormona tiroideia” (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, 2014). São poucos os efeitos secundários da administração da rhTSH. Após a mesma, pode haver uma pequena reação no local da picada, náuseas, vômitos, cefaleias ou fraqueza (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, 2014). O mais usado é o Thyrogen®, sendo feito através de duas administrações intramusculares, com um intervalo de 24 horas.

O iodo radioativo tem poucos efeitos secundários conhecidos, no entanto, podem acontecer:

- Desconforto e/ou dor na cavidade oral, com possíveis alterações do paladar;
- Inflamação ligeira das glândulas lacrimais, salivares, intestino ou bexiga, ou ainda do tecido tiroideu que restou após a cirurgia;
- Mais raramente, náuseas ou vômitos (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, 2014).

A longo prazo, pode acontecer:

- Infertilidade;
- Alterações hormonais;
- Alterações genéticas (Padma, Sundaram, 2016).

Este está contra-indicado em mulheres grávidas; mulheres a amamentar; e no caso de mulheres em idade fértil, só devem engravidar 6 meses após a realização do tratamento (Padma, Sundaram, 2016).

O iodo¹³¹ é administrado por via oral, sob a forma de cápsula. Implica internamento, em regime de isolamento, para controlo de eventuais sintomas e monitorização da taxa de radiação libertada. O tempo de internamento pode variar entre os 2 e 3 dias conforme as instituições onde o utente se encontra.

“Vale a pena referir que os inconvenientes deste tratamento estão relacionados com a sua reduzida disponi-

bilidade, o seu elevado custo e a necessidade de hospitalização do doente” (Mamede, 2016). Uma vez que tem um tempo de semivida “de cerca de 8 dias, é essencial que o doente submetido a iodoterapia se mantenha afastado de outras pessoas, reduzindo assim a sua exposição à radiação. Durante este período, diminui a radioatividade “e a eliminação do iodo, que é estimulada pela ingestão de líquidos e consequente produção de urina e suor” (Mamede, 2016).

Intervenções de Enfermagem

A atuação do enfermeiro para com a pessoa submetida a tratamento com iodo¹³¹ centra-se não só no acompanhamento durante o internamento para a administração do fármaco, mas também na realização de todos os ensinamentos anteriores e posteriores ao tratamento.

Antes do Internamento

Garantir informação à pessoa sobre a suspensão da terapêutica ou substâncias que interferem com a captação de Iodo¹³¹ pela tireóide, nomeadamente, hormonas da tireóide (4 semanas) e fármacos que contêm iodo por 2 a 4 semanas (Instituto Português de Oncologia do Porto, 2015).

Informar a pessoa que devem ser evitados “medicamentos, vitaminas ou antissépticos com cor vermelha, vernizes, maquilhagem ou tintas para o cabelo” (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, 2014). A pessoa deve ser questionada sobre se está a tomar fármacos como a amiodarona ou expectorantes, por conterem iodo (Campenni et al, 2020).

Esclarecer a pessoa que deve ser excluído o uso de contraste em contexto de exame radiológico no mês anterior à administração de Iodo¹³¹.

Recomendar uma dieta baixa em sal e iodo 1 a 2 semanas antes do tratamento, de acordo com o quadro 1.

Quadro 1. Alimentos a evitar e permitidos numa dieta pobre em iodo

ALIMENTOS QUE DEVEM SER EVITADOS	ALIMENTOS PERMITIDOS
Sal iodado	Sal não iodado
Peixes de água salgada como: salmão, cavala, bacalhau, sardinhas, atum,...	Peixes de água doce
Frutos do mar como: camarão, ostra, lagosta, polvo, caranguejo...	
Algas	
Carnes processadas como: presunto, salsicha, linguiça, bacon, mortadela...	
Vísceras como: fígado, rins,...	
Soja e derivados como: tofu, leite de soja, molhos de soja,...	Leguminosas: feijão, grão, lentilha, ervilha
Gema de ovo, maionese, molhos prontos para salada	Clara de ovo
Leite e derivados como: iogurte, requeijão, manteiga,...	
Gordura hidrogenada e produtos industrializados como biscoitos e bolos prontos	Gorduras: óleo de milho, óleo de girassol, azeite, margarina sem sal
Vegetais: agrião, aipo, couve-de-bruxelas, azeitona, palmito, picles, repolho, milho	Vegetais (com exceção dos não permitidos)
Temperos em cubos, mostarda, molho inglês	
Frutas enlatadas ou em calda	Frutas frescas, frutos secos sem sal
Bebidas: chá mate, chá verde, chá preto, café instantâneo ou solúveis, refrigerantes à base de cola	Doces: açúcar, mel, sorvetes de fruta, sumos naturais
Farinhas: pães, pão de queijo, produtos de padaria e bolachas que levem sal ou ovo, cereais matinais	Pão caseiro, aveia
Qualquer produto com corante E127	

Reforçar que é importante evitar ir a restaurantes ou comer comidas tipo fast-food, pois é difícil saber qual a composição de determinados alimentos (Campennì et al, 2020).

No Internamento

No dia do internamento, deve ser cumprido jejum de 4 a 6 horas antes da administração da cápsula de iodo¹³¹. Aproximadamente 2 horas após a toma, o doente suspende o jejum e deve iniciar a ingestão hídrica e progredir para a dieta habitual 24 horas após a terapêutica.

Os utentes submetidos a iodoterapia ficam instalados em unidade com estrutura e equipamentos de proteção contra radiações ionizantes.

À porta da unidade deve estar equipamento de proteção disponível e os profissionais devem permanecer o menor tempo na área envolvente do utente. Sempre que seja necessário prestar cuidados diretos ao doente devem ser utilizadas luvas, batas descartáveis e capas plásticas de revestimento de calçado, assim como monitor individual de radiação.

O quarto onde vão permanecer tem WC próprio e telefone para contactar a equipe de enfermagem. A entrada de profissionais de saúde ocorrerá somente quando estritamente necessário. Não pode sair do quarto até indicação em contrário. Todos os pertences pessoais ficarão guardados num armário do quarto. Na porta de entrada para o quarto é colocada uma placa de isolamento radioativo. Durante o internamento não pode receber visitas.

No internamento são fornecidas roupas hospitalares, toalhas de higiene, pelo que a pessoa deve ser informada para não trazer de casa. Diariamente, devem ser tomados dois banhos e substituído o pijama e as toalhas em cada um deles. A pessoa deve ainda ser incentivada a ingerir 1,5 a 2 litros de água, diariamente. Estes cuidados determinarão os níveis de radiação que vai eliminando e são determinantes no tempo de isolamento.

Deve ser providenciado limão para o doente colocar na língua após as refeições, repetindo de 30 em 30 minutos. Este ajuda a estimular as glândulas salivares a produzir mais saliva e combater a boca seca e evitar que haja acumulação do medicamento nas mesmas.

Como o iodo¹³¹ é eliminado principalmente através da urina, fezes e suor, o contacto direto dos profissionais

de saúde com estes fluídos corporais deve ser evitado. Bem como se houver vômitos, estes devem ser efetuadas sempre que possível para a sanita ou dentro de um saco plástico.

Alta Hospitalar - Domicilio

No dia da alta, o doente é avaliado por um físico, que vai fazer a avaliação do iodo remanescente no organismo.

É importante garantir que a pessoa se desloca para o domicílio em transporte próprio. Se este for partilhado, deve ir sentada no banco de trás no lado oposto ao condutor.

São dadas orientações à pessoa para os próximos oito dias (em casos excepcionais, o período pode ser prolongado):

- Evitar contacto prolongado com outras pessoas (superior a 1 hora), ou seja, manter uma distância superior a 1 metro, para contactos de curta duração e superior a 2 metros para contactos mais prolongados. Limitar contactos íntimos a meia hora por dia. Evitar contactos com crianças e grávidas;
- Evitar locais públicos (transportes, centros comerciais, cinemas...);
- Manter reforço da hidratação oral com 1,5L a 2L de água /dia;
- Se tiver de preparar as refeições para outros familiares, deverá fazê-lo com luvas descartáveis (uma só utilização);
- Bochechar com sumo de limão diluído com água, sobretudo entre as refeições;
- Os talheres e todos os utensílios partilhados devem ser lavados após utilização. Ou deve ser utilizada loiça e outro material descartável;
- Lavar toda a sua roupa em separado da roupa dos restantes coabitantes;
- Urinar sempre sentado, limpando de seguida os órgãos genitais com papel higiénico, prevenindo a contaminação urinária da pele. Após cada micção/ dejectão, fazer 2 descargas de água com a tampa fechada;
- Lavar as mãos após utilizar a casa de banho, antes da manipulação de alimentos, antes de utilizar objetos partilhados;
- Não deve engravidar nos próximos 12 meses (mulheres) e não deve provocar a gravidez nos próximos 6 meses (homens);
- Suspender completamente a amamentação.

Será marcada uma consulta no serviço de Medicina Nuclear, após uma semana de término da iodoterapia, para realização de cintigrafia de controlo.

Conclusão

Os tumores da tiróide são, atualmente, tratados cirurgicamente em vários contextos hospitalares, no entanto, apenas em alguns centros especializados são efetuados tratamentos com Iodo¹³¹. Face a isto, julgámos ser importante abordar as especificidades deste tratamento, focando-nos nos ensinamentos a realizar à pessoa, para que seja conseguido o sucesso deste tratamento e reduzidos os riscos associados à contaminação radioativa.

Assim, preparar a pessoa para o tratamento e o seu posterior regresso ao domicílio é fundamental para assegurar não só a sua segurança, como a dos que a rodeiam. A intervenção de enfermagem é fundamental pela sua capacidade de mobilizar a evidência científica e facilitar a adaptação da pessoa a todo o processo de transição que vive.

Referências Bibliográficas

- Campenni, et al. (2020). Personalized management of differentiated thyroid cancer in real life – practical guidance from a multidisciplinary panel of experts. Acedido em 18 de Maio de 2021. Disponível em <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12020-020-02418-x.pdf>
- Globocan (2018). Cancer Today. Acedido em 21 de Fevereiro de 2021. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today>
- Instituto Português de Oncologia do Porto (2015). Manual de Iodoterapia. Serviço de Medicina Nuclear
- Mamede, A.C. (2016). Iodo 131 no Diagnóstico e Terapia do Cancro da Tiróide. Acedido em 21 de Fevereiro de 2021. Disponível em: <http://stopcancerportugal.com/2016/10/21/iodo-131-no-diagnostico-terapia/>
- Padma, S., Sundaram, P. S. (2016). Radioiodine as an adjuvant therapy and its role in follow up of differentiated thyroid cancer. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*. Volume 12. 1109–1113
- Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2014). Tratamento com Iodo Radioativo no Cancro da Tiróide. Grupo de Estudos da Tiróide.
- Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2020). Cancro da Tiróide. Acedido em 28 de Fevereiro de 2021. Disponível em: <https://www.spedm.pt/grupo-de-estudo-da-tiroide/cancro-da-tiroide-2/>
- Torres, M., Martins, H., Carreira, T. (2017). Cancro da Tiróide. Acedido em 21 de Fevereiro de 2021. Disponível em: http://www.metis.med.up.pt/index.php/Cancro_da_tiroide

INTEGRAÇÃO DE *PATIENT-REPORTED OUTCOMES* (PRO'S) NUMA CONSULTA DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA: PROJETO-PILOTO iQualMyVida

Patient-reported outcomes (PRO's) integration in oncology nursing consultation: iQualMyVida pilot project

Integración de resultados de pacientes (PRO's) en una consulta de enfermería oncológica: proyecto piloto iQualMyVida

Sandra Ponte¹ (Análise formal, investigação, visualização)

Leonor Vasconcelos de Matos² (Análise dos dados, aquisição de financiamento, investigação, administração do projeto)

Sara Teixeira³ (Revisão e Edição, Metodologia, validação)

Sónia Nunes⁴ (Analista de Sistemas de Informação, recursos e software)

¹ Serviço de Oncologia - Hospital de Dia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal
smponte@chlo.min-saude.pt

² Clínica da Mama, Fundação Champalimaud, Lisboa, Portugal
leonor.matos@fundacaochampalimaud.pt

³ Serviço de Psiquiatria de Adultos, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal
steixeira@chlo.min-saude.pt

⁴ Serviço de Sistemas de Informação, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal
snunes@chlo.min-saude.pt

RESUMO: A doença oncológica pode acarretar uma multiplicidade de sintomas passíveis de causar sofrimento e afetar profundamente a qualidade de vida (QoL). A monitorização sistemática de *Patient-Reported Outcomes* (PRO's) permite avaliar sintomas, conhecer a perceção do doente sobre o impacto da doença e respetivo tratamento na recuperação da sua qualidade de vida, visando garantir a prestação de cuidados adequados às necessidades do doente oncológico. Este projeto-piloto visa avaliar a exequibilidade e o impacto da incorporação de colheita de PRO's pela Equipa de Enfermagem Oncológica num Serviço de Oncologia Médica, recorrendo a uma *App* Hospitalar. A utilização de instrumentos tecnológicos de informação disponíveis para a automatização de recolha de dados e a sua análise em tempo real pretende criar modelos de cuidados assistenciais integrados, direcionados e de proximidade, que coloquem o doente como interveniente ativo nas tomadas de decisão, no decurso do tratamento e acompanhamento da sua doença oncológica.

PALAVRAS-CHAVE: Consulta de Enfermagem Oncológica; *Patient-Reported Outcomes*; Qualidade de Vida.

ABSTRACT: A cancer diagnosis may bring multiple symptoms amenable to deeply affect quality of life (QoL). Systematic monitoring of patient-reported outcomes (PRO's) allows to evaluate symptoms, to understand the patient's perception about the impact of the disease and its treatments and to evaluate the effectiveness of implemented interventions. All these are essential steps to ensure that quality care adapted to patients' needs and preferences is provided. This pilot project intends to evaluate the feasibility and impact of PRO's collection by the Oncology Nursing team in a Medical Oncology Unit, using an Hospital

App. The utilization of web-based instruments tools allows for automatic and real-time data collection and analysis, consenting the design of integrated models of care that are adapted and reactive to patient's needs, therefore placing the patient as an active intervenient in the decision-making process throughout the disease trajectory.

KEYWORDS: *Oncology Nursing Consultation; Patient Reported Outcomes; Quality of Life.*

ABSTRACTO: *Un diagnóstico de cáncer puede causar una multiplicidad de síntomas que pueden causar sufrimiento y afectar profundamente la calidad de vida. El seguimiento sistemático de los Resultados Informados por el Paciente (Patient Reported Outcomes - PRO's) permite la evaluación de los síntomas, el conocimiento de la percepción del paciente sobre el impacto de la enfermedad y su tratamiento en la recuperación de su calidad de vida, con el fin de asegurar la prestación de cuidados adecuados a las necesidades del paciente oncológico. Este proyecto piloto tiene como objetivo evaluar la factibilidad y el impacto de la incorporación de la colección de PRO por parte del equipo de Enfermería de Oncología en un Servicio de Oncología Médica, utilizando una App Hospitalaria. El uso de las herramientas tecnológicas de información disponibles para la automatización de la recolección de datos y su análisis en tiempo real pretende crear modelos de atención integrada, focalizada y de proximidad, que coloquen al paciente como actor activo en la toma de decisiones, durante el tratamiento y seguimiento de su enfermedad oncológica.*

PALABRAS CLAVE: *Calidad de Vida; Consulta de Enfermería Oncológica; Resultados Informados por el Paciente;*

Introdução

O cancro é a segunda causa de morte em Portugal e a que mais aumentou nos últimos anos (International Agency for Research on Cancer - World Health Organization, 2018). Viver com uma doença oncológica acarreta um profundo impacto na pessoa e na sua família, com necessidade de reajustes constantes, pela vivência eminentemente de cuidados hospitalares. Adicionalmente, a doença acarreta sintomatologia diversa e complexa que, a par dos tratamentos e possíveis efeitos secundários, é capaz de produzir sequelas profundas e duradouras nas várias dimensões de vida da pessoa (Zimmermann et al., 2011).

A Sociedade Americana de Oncologia Médica (ASCO) e a Sociedade Europeia de Oncologia Médica (ESMO), tal como a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), definem a atenção à qualidade de vida e ao controlo sintomático como aspetos fundamentais e definidores da qualidade do tratamento oncológico, devendo os cuidados de suporte ser prestados em todas as fases da doença oncológica (Ferris et al., 2009; Cherny et al., 2003).

Os doentes oncológicos são considerados um grupo populacional de elevado risco e vulnerabilidade, o que obriga a uma abordagem individualizada e um ajuste de

recursos, carecendo de uma organização dos Serviços de Saúde que, a par da inovação diagnóstica e terapêutica, desenvolva estratégias de intervenção rápidas e centradas nas necessidades do doente.

Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012 – 2016 e sua revisão e extensão a 2020, o acesso aos cuidados de saúde pressupunha a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos que respondessem a necessidades locais (Ministério da Saúde, 2016). As linhas estratégicas a divulgar no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, 2021-26 pressupõem um aumento da segurança da prestação de cuidados de saúde. Assim, e tendo presente que o foco é o doente, há necessidade de desenvolver e implementar ações que promovam a literacia em saúde, a capacitação e o envolvimento do doente, para que, em parceria com os profissionais de saúde, sejam ambos promotores de uma cultura de segurança na prestação de cuidados. Delinear projetos enquadrados numa estratégia de melhoria de acesso aos cuidados por parte de uma população vulnerável, com vista à potenciação da qualidade de vida, promovendo a proximidade entre o doente a família e os profissionais de saúde, leva ao desenvolvimento de um programa de acompanhamento individualizado em que o doente é o principal interveniente na sua situação de saúde. O uso de tecnologias facilitado-

ras de recolha de informação que auxiliam na gestão do conhecimento de forma eficiente e organizada favorece a identificação de necessidades, avaliação de riscos e a tomada de decisão para a implementação de estratégias de otimização da qualidade de vida dos doentes oncológicos, com a obtenção de ganhos adicionais no desenvolvimento da área investigacional das instituições (Bausewein et al., 2018; Rawlings et al., 2011).

Segundo os dados da GLOBOCAN e Instituto Nacional de Estatística e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, em 2020 mais de 30000 pessoas faleceram em Portugal por doença oncológica, tendo sido registados 60467 novos casos de cancro no mesmo ano (World Health Organization, 2020).

A par da inovação diagnóstica e terapêutica em Oncologia, centrada historicamente na abordagem da tipologia e estadio do tumor, também o desenvolvimento de estratégias de cuidados humanizados centrados no doente torna necessário garantir a melhoria dos cuidados prestados visando o aumento de tempo de vida com qualidade.

A literacia e capacitação dos cidadãos e o fortalecimento de sistemas de saúde centrados nas pessoas foram duas das prioridades estratégicas do *Health 2020* (World Health Organisation Regional Office for Europe, 2014), um programa de referência para as políticas europeias de saúde, com o qual o PNS está alinhado.

Contudo, apesar dos serviços hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) possuírem recursos técnicos, humanos e científicos capazes de implementar projetos de cuidados integrados e multidisciplinares, de forma continuada, emerge frequentemente a necessidade de um modelo organizacional que garanta a aplicação sistemática de boas práticas. A implementação de programas, com base em instrumentos de avaliação e monitorização apoiados na tecnologia torna-se assim a solução ideal.

De um programa de acompanhamento baseado em *Patient-Reported Outcomes* (PRO's) advêm benefícios clínicos evidentes e mensuráveis, como melhor controlo sintomático, diminuição de toxicidades, diminuição de admissões em Serviço de Urgência, internamentos e/ou mortes hospitalares, bem como um aumento da sobrevivência com qualidade de vida.

Uma premissa fundamental do uso sistemático de medição dos PRO's relaciona-se com a colheita, agrega-

ção e transmissão de dados úteis à prática clínica de um modo consistente e adaptado à rotina clínica, fornecendo informação valiosa capaz de estimular uma prática estandardizada. Esta monitorização permite interferir na efetividade das intervenções de cada profissional envolvido nos cuidados, permitindo adicionalmente um método preciso de avaliação de sintomas que permitirá uma melhor abordagem clínica e aumentará a qualidade das discussões relacionadas com preocupações e prioridades do doente (Bausewein et al., 2018; Rawlings et al., 2011).

Por conseguinte, o uso de ferramentas fiáveis, validadas e simples será uma componente chave para a implementação bem-sucedida de tais medidas na prática clínica. Estas ferramentas de avaliação têm sido utilizadas para guiar processos de tomada de decisão acerca da necessidade de mudança dos cuidados, auditar cuidados prestados e custo-efetividade, bem como avaliar o desempenho dos serviços (Rawlings et al., 2011).

Os instrumentos de medida tecnológicos aplicados para efeitos clínicos deverão ser simples na sua abordagem, facilitando a resposta dos doentes e, paralelamente, a cotação e interpretação dos resultados por parte dos profissionais, assim como sensibilidade psicométrica às alterações clínicas em cada doente. O grande desafio surge na introdução e preenchimento desta tipologia de questionários durante uma consulta presencial, tendencialmente preenchida e atarefada. Não obstante, embora seja este um processo longo e consumidor, não há dúvidas do impacto significativo deste tipo de programas de monitorização e acompanhamento no aperfeiçoamento do acesso à informação, da oferta e da qualidade dos cuidados assistenciais e, por conseguinte, na sobrevivência com qualidade de vida dos doentes oncológicos (Basch et al., 2016; Basch et al., 2009; Molocziej et al., 2018; Panattoni et al., 2018).

A aplicação sistemática de questionários de colheita de dados reportados pelo doente (*Patient-Reported Outcomes*) sobre necessidades, sintomas e qualidade de vida é já prática comum em muitos países, sendo de salientar a evidência trazida dos Estados Unidos, com estudos de larga escala a revelar que não só existem diferenças entre a perceção dos profissionais relativamente ao bem-estar do doente e a perceção do próprio no mesmo domínio, como também, os clínicos não identificam cerca de metade dos sintomas dos seus doentes durante o tratamento, e que os próprios classificam como fatores geradores de sofrimento

mento (Basch et al., 2018; Basch et al., 2009; Laugsand et al., 2010; Panattoni et al., 2018). Existe, no entanto, necessidade de replicar estes programas a fim de fortalecer a evidência clínica do impacto destas medidas na mudança do processo de tomada de decisão e no paradigma de cuidar do doente oncológico numa abordagem multidisciplinar.

Assim, com o desenvolvimento deste projeto-piloto pretende-se gerar evidência robusta, prática e reproduzível, que demonstre o benefício clínico do recurso à tecnologia na recolha sistemática de dados através de *Patient-Reported Outcomes* (dados reportados pelo doente oncológico), relativos à sua sintomatologia e outros aspetos influenciadores da qualidade de vida, através da sua integração nas Consultas de Enfermagem Oncológica.

Objetivos operacionais

- Avaliar a exequibilidade de um modelo eletrónico de colheita de dados, através de *Patient-Reported Outcomes* utilizando a App Hospitalar, num Serviço de Oncologia Médica;
- Avaliar a adesão por parte dos doentes à App Hospitalar e ao preenchimento rotineiro de um questionário de qualidade de vida, através de uma consulta de enfermagem oncológica;
- Avaliar a opinião dos doentes relativamente ao contributo desta metodologia de recolha de dados na melhoria de comunicação com os profissionais de saúde;
- Avaliar a integração de um sistema de recolha sistemática de *Patient-Reported Outcomes*, disponibilizado aos profissionais de saúde com visualização automática de resultados, para melhoria do acesso e oferta dos cuidados assistenciais ao doente oncológico;

Materiais e métodos

De modo a avaliar a exequibilidade de um modelo eletrónico de colheita de PRO's num Serviço de Oncologia Médica e o impacto da implementação de um sistema de recolha sistemática de resultados, disponibilizado automaticamente o acesso dos resultados aos clínicos para sua visualização e interpretação, foi desenhado um projeto-piloto que pretenderá comparar a colheita sistemática de PRO's por via eletrónica versus o acompanhamento habitual de rotina dos doentes oncológicos sob tratamentos de quimioterapia.

Memória descritiva da implementação do projeto de boas práticas clínicas

Para a exequibilidade do nosso projeto-piloto, este será dividido em 2 grandes etapas:

Etapa 1: Revisão da literatura para tomada de conhecimento de programas semelhantes, sua metodologia, sustentabilidade e aplicabilidade prática. Nesta fase, em particular, determina-se a metodologia a adotar quanto ao modelo de recolha de dados, interpretação dos resultados, circuito de abordagem do doente e sua referência adequada, sempre que necessária.

No que respeita ao meio de recolha de dados, seleciona-se um modelo que, validado para a Língua Portuguesa, mais se adequa aos objetivos do estudo, tendo em consideração ainda fatores como a facilidade de preenchimento e adequabilidade a diferentes faixas etárias, grau de compreensibilidade das questões, bem como a possibilidade em se utilizar uma plataforma eletrónica na recolha automática de dados. Para definição adequada deste ponto, efetuam-se diversas reuniões envolvendo a equipa multidisciplinar do Serviço de Oncologia Médica no sentido de recolher informação essencial para garantir a adequabilidade deste tipo de programa de acompanhamento às necessidades reais dos doentes por parte da equipa multidisciplinar e de acordo com as dimensões afetadas.

O questionário escolhido para recolha de dados reportados pelos doentes é o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ-C30), versão Portuguesa (Aaronsonn et al., 1993).

Para facilitar a introdução deste na rotina de uma Consulta de Enfermagem Oncológica, procede-se, juntamente com o apoio da equipa dos Serviços de Sistemas de Tecnologia e Informação, à sua introdução em formato eletrónico através de uma App Hospitalar – um *software* informático disponível para ser descarregado por todos os doentes no seu telemóvel (smartphone), de forma gratuita, introduzido pelo Centro Hospitalar, que permite, entre outras funções, receber notificações relevantes sobre marcação/desmarcação de consultas ou exames agendados, assim como avaliar a satisfação face aos cuidados prestados.

Etapa 2: Fase experimental de aplicação prática da estrutura desenhada. Esta fase terá um tempo de recrutamento mínimo de 12 meses e um *follow-up* com duração mínima de 3 meses. Nesta fase, o processo de recrutamento dos doentes é concretizado a partir de uma Consulta de Enfermagem Oncológica. Esta por rotina é

realizada previamente a todos os doentes propostos para início de tratamento oncológico em sessão de Hospital de Dia.

Para medir o efeito da monitorização sistemática de dados reportados pelos doentes (*Patient-Reported Outcomes*) relativos à qualidade de vida, este programa poderá inserir-se, posteriormente, num projeto de investigação desenhado como um estudo de coortes.

Os grupos serão criados em dois períodos: durante os primeiros 6 meses do estudo-piloto todos os doentes, se elegíveis, receberão na consulta médica ou de enfermagem prévia ao início de tratamento a explicação do estudo e ser-lhes-á entregue um modelo de consentimento informado, que deverão assinar de modo a serem inseridos neste programa de acompanhamento. Todos estes doentes receberão o questionário de avaliação de qualidade de vida (QLQ-C30) através da App Hospitalar, onde serão observados os resultados pela equipa de enfermagem, pelo médico e pela psicóloga. Tanto os resultados globais como as intervenções individuais efetuadas serão registadas no Processo Clínico Eletrónico do doente. No final destes 6 meses (projeto-piloto), inicia-se o segundo período de recrutamento. Durante estes 6 meses, outro grupo de doentes serão igualmente abordados na consulta de enfermagem oncológica para preenchimento do questionário, mediante elegibilidade e assinatura do consentimento informado, mas os resultados dos seus questionários não serão visualizados nem avaliados pela equipa clínica.

Os doentes do grupo alvo receberão os questionários na App do seu telemóvel quando se deslocarem ao Serviço de Oncologia para efetivar uma consulta de enfermagem ou tratamento em hospital dia, em momentos específicos selecionados pela equipa do projeto-piloto, definidos como clinicamente significativos, como a fase de início ou fim de um tratamento e/ou consulta médica de re-estadiamento ou consulta de enfermagem para ensinos relacionados com mudança de linha de tratamento.

Deste modo, serão selecionados os seguintes momentos-chave para recolha de PRO's: Baseline (prévio ao início do tratamento), 1 mês, 3 meses, 6 meses e 12 meses. Os dados recolhidos serão armazenados numa base de dados da aplicação e posteriormente conectados a uma base de dados estatística para acesso pela

equipa de enfermagem com possibilidade de intervenção autónoma e/ou encaminhamento/ referência a outros profissionais de saúde de acordo com as necessidades reportadas pelo doente.

Proceder-se-á ainda à avaliação da adesão e satisfação dos doentes relativamente a esta tipologia de programa de acompanhamento, a ocorrer de forma transversal ao longo do projeto, através questionários de avaliação. A par da monitorização e avaliação dos resultados obtidos será também realizada a consulta médica, de enfermagem e de psico-oncologia de modo continuado.

Respeitando os critérios de inclusão do estudo, este programa será apenas dirigido aos doentes em seguimento em Consulta de Oncologia Médica, com neoplasia maligna localmente avançada ou metastizada, sob tratamento de quimioterapia.

Resultados

A avaliação sistemática de sintomas estabeleceu-se como prática standardizada de cuidados em centros oncológicos como em Ontário, no Canadá, e provou ser efetiva na prática clínica diária, com benefícios na qualidade de vida. A recolha sistemática e gestão de sintomas pela equipa de enfermagem ganhou evidência robusta com os resultados de um estudo americano envolvendo 766 doentes, que demonstrou diversos benefícios clínicos trazidos pela implementação deste tipo programas, nomeadamente: redução de admissões em Serviço de Urgência, redução de internamentos hospitalares, morte hospitalar e aumento de sobrevivência, quando comparado com a prática habitual do Serviço de Oncologia (Basch et al., 2016, 2017, 2018; Pereira et al., 2017).

Deste modo, a existência dos resultados atuais de acesso e adesão à App Hospitalar por parte dos nossos doentes oncológicos já demonstram que a sua aplicação é possível e facilmente utilizável, quer no acesso à marcação/desmarcação de consultas e de exames complementares de diagnóstico, quer relacionada com resultados de questionários de satisfação, pelo que a utilização desta tecnologia na utilização de *Patient-Reported Outcomes* relacionado com a auto-avaliação da Qualidade de Vida também nos parece ser exequível.

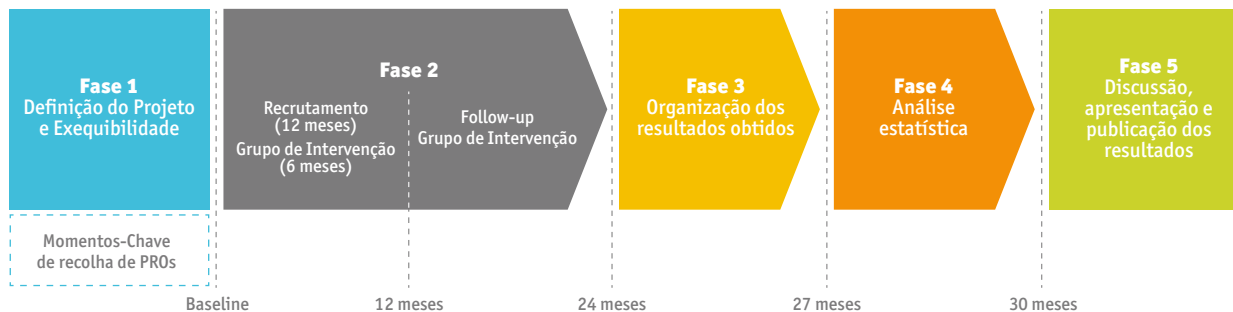


Figura 1. Cronograma de implementação do projeto.

Discussão e Conclusão

Este será o motor impulsionador para a criação de um projeto-piloto de um programa de avaliação e monitorização sistemática de *Patient-Reported Outcomes* usando a App Hospitalar como instrumento de implementação de uma ferramenta validada para a auto-avaliação da Qualidade de Vida dos doentes oncológicos (EORTC QLQ-C30), a qual denominamos *iQualMyVida*;

Procura-se construir mais um degrau em direção à adequação dos cuidados preconizados, nomeadamente: abordagem e acompanhamento clínico que coloquem o doente como figura central dos cuidados assistenciais; empoderamento (*empowerment*) dos doentes enquanto participantes ativos no seu plano assistencial; prestação de cuidados holísticos, que abranjam os diferentes domínios de vida da pessoa (físico, psicológico, social, profissional, espiritual); a criação de um grupo de gestão do projeto multidisciplinar (enfermeira, médica, psicóloga) que garanta que o Programa a desenvolver aborda o doente oncológico na sua multidimensionalidade.

Este projeto procura melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde através do estreitamento de comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes, que assim passarão a beneficiar de avaliação sistemática e em tempo real das suas necessidades, e através do encaminhamento e referência dentro da equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogo, nutricionista, assistente social, equipa de cuidados paliativos) poderão ter uma resposta mais rápida e eficiente na satisfação das mesmas.

Ao mesmo tempo, pretende-se inovação ao nível da organização interna dos serviços de saúde prestados ao doente oncológico criando um modelo de integração e articulação dos cuidados, a partir de uma maior responsabilidade das equipas às necessidades dos doentes, nas suas diversas dimensões e nos diferentes níveis de prioridade de intervenção.

O grupo de gestão do projeto-piloto analisará e divulgará os resultados, fará diversas sessões de formação e sensibilização junto dos profissionais do Serviço de Oncologia e de outros profissionais para melhorar a articulação dos cuidados prestados ao doente oncológico. Com a implementação de questionários de autoavaliação promoverá a literacia, a capacitação e envolvimento do doente na gestão da sua doença e na promoção da sua qualidade de vida.

A literatura internacional salienta a importância dos cuidados centrados na pessoa e menos na instituição como garantia de boas práticas clínicas, com melhorias ao nível de ganhos em saúde dos doentes. Por outro lado, no que respeita aos doentes oncológicos, um modelo que permita a articulação dos cuidados integrados e dirigidos, é necessário na garantia de cuidados de elevada qualidade que invistam na pessoa com doença oncológica, e não apenas na doença, visando o aumento do tempo de vida com qualidade. Princípios inovadores na abordagem aos doentes oncológicos e na promoção do uso das tecnologias disponíveis são as premissas nas quais se baseia o presente projeto-piloto.

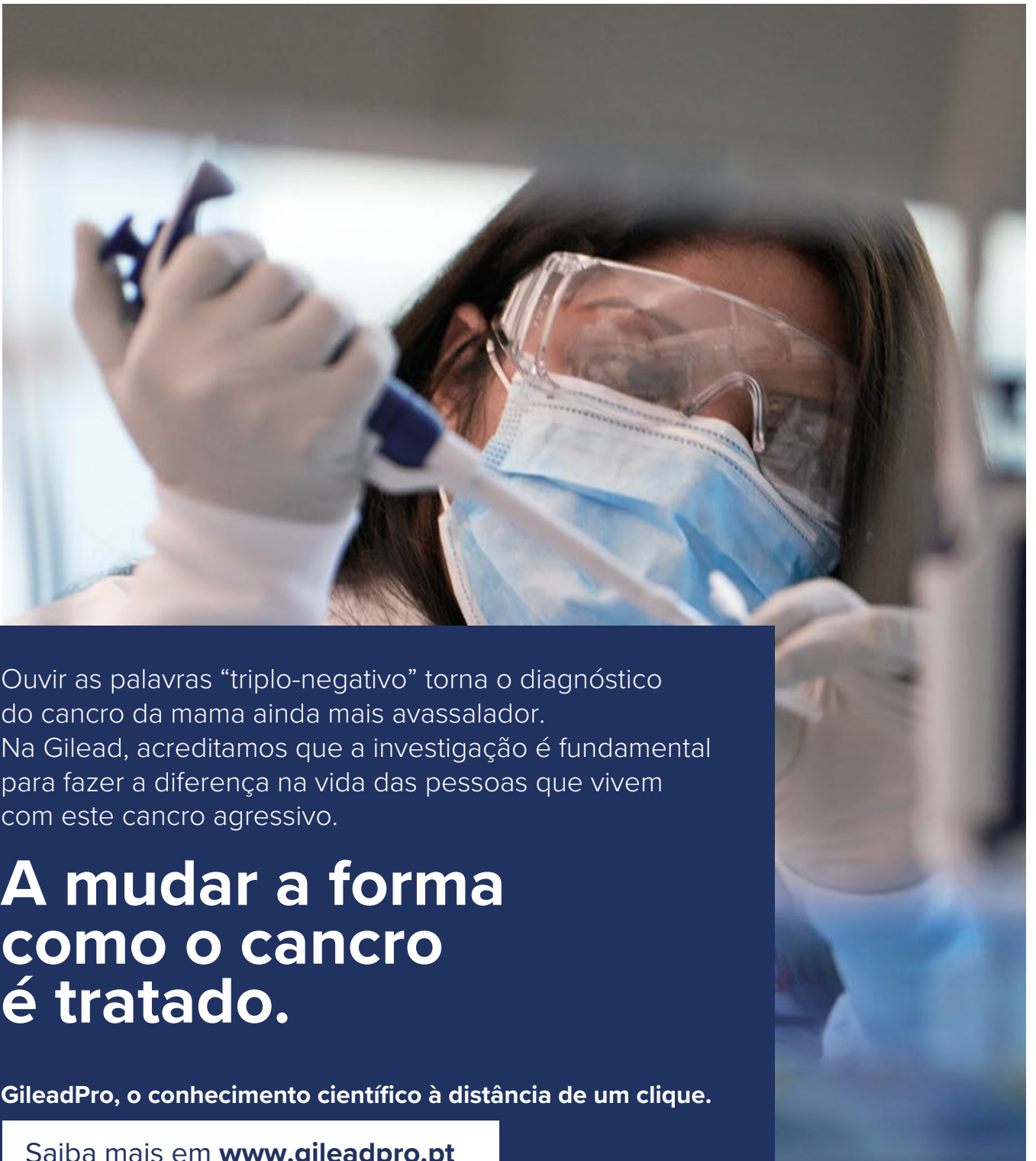
A implementação deste tipo de programas de monitorização e acompanhamento assenta numa metodologia de trabalho de forma integrada e centrada no doente, no qual este tem um papel ativo e decisivo na resposta às suas necessidades e cuidados prestados. A utilização de novas tecnologias como ferramentas de suporte aos cuidados assistenciais colocará o Centro Hospitalar na vanguarda da inovação em cuidados de saúde, alterando o paradigma da intervenção hospitalar baseada e direcionada à tipologia da doença, para a primazia da atenção à tipologia de promoção do autocuidado da pessoa doente e à resposta direcionada às suas necessidades. Estes aspetos serão cruciais para validar a sua fiabilidade, consistência, custo-utilidade e sustentabilidade a longo prazo.

A aplicação de um questionário de Qualidade de Vida através de integração de PRO's numa Consulta de Enfermagem Oncológica de um Serviço de Oncologia poderá auxiliar na descrição do estado geral dos doentes; avaliação de sintomas precocemente com intervenções atempadas, específicas e dirigidas para melhoria do controlo sintomático e satisfação de outras necessidades; monitorização de resposta à terapêutica com minimização de toxicidades; definição ou redefinição de objetivos de tratamento e melhoria da comunicação equipa-doente. Adicionalmente, procurará diminuir admissões em serviços de urgência; diminuir internamentos e mortalidade hospitalar; aumentar a satisfação e sobrevida dos doentes oncológicos com qualidade de vida. Estas potencialidades, se utilizadas de forma sistemática, permitirão o aperfeiçoamento e responsividade dos cuidados de saúde prestados, com importantes repercussões benéficas na população-alvo.

Ao se comprovar a aplicabilidade da App Hospitalar e os benefícios da colheita sistemática e standardizada dos *Patient-Reported Outcomes*, relacionados com a Qualidade de Vida do Doente Oncológico sob tratamento, e assim corroborar e transpor a evidência existente na área para o nosso país, estar-se-á a encorajar que esta boa prática clínica se torne numa prática de rotina na abordagem da pessoa com cancro e no uso das tecnologias existentes como ferramentas de gestão na promoção e avaliação de cuidados, podendo este programa de monitorização e acompanhamento ser replicado por qualquer Serviço de Oncologia do país.

Referências Bibliográficas

- Aronson, N.K., Ahmedzai, B., Bergman, S., et al. 1993. "The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology." *Natl Cancer Inst*. J 85: 365–76.
- Basch, E., Barbera, L., Kerrigan, C., and Velikova, G. 2018. "Implementation of Patient-Reported Outcomes in Routine Medical Care." 2018 ASCO Educational book.
- Basch, E., et al. 2016. "Symptom Monitoring with Patient-Reported Outcomes during Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial." *Journal of Clinical Oncology* 34(6): 557–65.
- Basch, E., et al. 2017. "Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring during Routine Cancer Treatment." *JAMA - Journal of the American Medical Association* 318(2): 197–98.
- Bausewein, C., et al. 2018. "Starting from Scratch: Implementing Outcome Measurement in Clinical Practice." *Annals of Palliative Medicine* 8(3): 608–608. <http://apm.amegroups.com/article/view/20283>.
- Basch, E., Jia X., and Heller G. 2009. "Adverse Symptom Event Reporting by Patients vs Clinicians: Relationships with Clinical Outcomes." *J Natl Cancer Inst* 101: 1624–32.
- Cherny, N.I., Catane, R., and Kosmidis, P. 2003. "ESMO Taskforce on Supportive and Palliative Care. ESMO Takes a Stand on Supportive and Palliative Care." *Ann Oncol* 14: 1335–37.
- Ferris, F.D., Bruera, E., and Cherny, N. 2009. "Palliative Cancer Care a Decade Later: Accomplishments, the Need, next Steps—from the American Society of Clinical Oncology." *J Clin Oncol* 27(30):52–58).
- International Agency for Research on Cancer - World Health Organization. 2018. "Globocan 2018. Population Fact Sheets: Portugal." 270: 2018–19. <http://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations%0Ahttp://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>.
- Laugsand, E.A., Sprangers, M.A., and Bjordal, K. 2010. "Health Care Providers Underestimate Symptom Intensities of Cancer Patients: A Multicenter European Study." *Health Qual Life Outcomes* 8(104).
- Ministério da Saúde. 2016. "Plano Nacional de Saúde - PNS 2016-2020 Versão Resumo." *Plano Nacional de Saúde* 1 (Maio 2013): 110. http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf.
- Molocizj, N. et al. 2018. "Development of a Hospital-Based Patient-Reported Outcome Framework for Lung Cancer Patients: A Study Protocol." *Health and Quality of Life Outcomes* 16(1): 1–8.
- Panattoni, L., Fedorenko, C., and Greenwood-Hickman, M.A. 2018. "Characterizing Potentially Preventable Cancer-and Chronic Disease-Related Emergency Department Use in the Ywar after Treatment Initiation: A Regional Study." *J Oncol Pract* 14: e176–85.
- Pereira, S., et al. 2017. "Population-Based Standardized Symptom Screening: Cancer Care Ontario's Edmonton Symptom Assessment System and Performance Status Initiatives." *Journal of Clinical Oncology* 32(30_suppl): 56–56.
- Rawlings, D., et al. 2011. "Using Palliative Care Assessment Tools to Influence and Enhance Clinical Practice." *Home Healthcare Nurse* 29(3): 139–45.
- World Health Organization. 2020. "10 196 707." *Globocan 2020* 501: 1–2. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>.
- World Health Organisation Regional Office for Europe. 2014. "Targets and Indicators for Health 2020. Version 2." http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/251775/Health-2020-Targets-and-indicators-version2-ENG.pdf?ua=1.
- Zimmermann, C., et al. 2011. "Determinants of Quality of Life in Patients with Advanced Cancer." *Support Care Cancer* (19): 621–629.



Ouvir as palavras “triplo-negativo” torna o diagnóstico do cancro da mama ainda mais avassalador. Na Gilead, acreditamos que a investigação é fundamental para fazer a diferença na vida das pessoas que vivem com este cancro agressivo.

A mudar a forma como o cancro é tratado.

GileadPro, o conhecimento científico à distância de um clique.

Saiba mais em www.gileadpro.pt

Gilead Sciences, Lda.

Atrium Saldanha, Praça Duque de Saldanha, nº 1 - 8º A e B
1050-094 Lisboa – Portugal | Tel.: 21 792 87 90

Data de Preparação: Abril 2022 | PT-COR-0035



GILEAD

Creating Possible

COMUNICAÇÃO EFETIVA NA PESSOA LARINGECTOMIZADA

Effective communication in the person undergoing total laryngectomy

Comunicación efectiva en la persona laringectomizada

Joana Rocha Silva ¹ (Conceptualização, análise formal)

Ana Bárbara Castro ² (Investigação, Metodologia)

Sónia Gandra Machado ³ (Validação, Redação do Rascunho)

Patrícia Carolina Silva ⁴ (Validação, Redação)

¹ Serviço de Cirurgia Piso 6, Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto, Portugal
joana.rocha.silva@hotmail.com

² Serviço de Cirurgia Piso 6, Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto, Portugal
anabarbaracastro@gmail.com

³ Serviço de Cirurgia Piso 6, Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto, Portugal
soniafmgm@gmail.com

⁴ Serviço de Cirurgia Piso 6, Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto, Portugal
pcmssilva@gmail.com

RESUMO: Introdução: A laringectomia total acarreta múltiplas alterações físicas, sociais e fisiológicas, sendo a mais notória a perda da voz laríngea. A comunicação ineficaz pode comprometer a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Objetivo: Conhecer as intervenções de enfermagem e estratégias terapêuticas promotoras de comunicação efetiva nas pessoas submetidas a laringectomia total.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura, de acordo com o modelo "PIO", segundo a questão de investigação: "Quais as intervenções de enfermagem e estratégias terapêuticas promotoras de comunicação efetiva nas pessoas submetidas a laringectomia total?". A seleção dos estudos decorreu no dia 8 janeiro 2021 e envolveu pesquisa nas bases de dados CINAHL® e MEDLINE®. Foram incluídos todo o tipo de estudos, em português, espanhol e inglês, publicados entre 2013 e 2020.

Resultados: Identificaram-se 77 estudos e selecionados 5 para análise e extração de dados.

Conclusões: A revisão integrativa permitiu responder à questão de investigação, sendo identificadas diferentes intervenções de enfermagem e estratégias terapêuticas.

PALAVRAS-CHAVE: Laringectomia total; Comunicação comprometida; Intervenções de Enfermagem; Estratégias Terapêuticas.

ABSTRACT: *Introduction: Total laryngectomy causes multiple physical, social and physiological changes, the most notable being loss of laryngeal voice. Ineffective communication can compromise the quality of nursing care.*

Objective: To analyze the scientific evidence related to nursing interventions and therapeutic strategies that promote effective communication in people undergoing total laryngectomy.

Methodology: Integrative literature review, giving to the "PIO" model, according to the research question: "What are the nursing interventions and therapeutic strategies that promote effective communication in people undergoing total laryngectomy?". The selection of studies took place on 8 January 2021 and involved research in the databases CINAHL® and MEDLINE® Complete and Google Scholar. All types of studies, in Portuguese, Spanish and English, published between 2013 and 2020 were included.

Results: 77 studies were identified and 5 were selected for analysis and data extraction.

Conclusions: The integrative review allowed to answer the research question, identifying different nursing interventions and therapeutic strategies.

KEYWORDS: *Total laryngectomy, Impaired communication, Nursing interventions, Therapeutic strategies.*

RESUMEN: *Introducción: La laringectomía total ocasiona múltiples cambios físicos, sociales y fisiológicos, siendo el más notable la pérdida de la voz laríngea. La comunicación ineficaz puede comprometer la calidad de los cuidados de la enfermería.*

Objetivo: Analizar la evidencia científica relacionada con las intervenciones de la enfermería y con las estrategias terapéuticas que promueven la comunicación efectiva en las personas sometidas a laringectomía total.

Metodología: Revisión integrativa de la literatura, de acuerdo con el modelo "PIO", en cuanto a la pregunta de investigación: "¿Cuáles son las intervenciones de enfermería y las estrategias terapéuticas que promueven la comunicación efectiva en personas sometidas a laringectomía total?". La selección de los estudios tuvo lugar el 8 de enero de 2021 e involucró una investigación en las bases de datos CINAHL® y MEDLINE® Complete y Google Scholar. Se incluyeron todo el tipo de estudios, en portugués, español e inglés, publicados entre 2013 y 2020.

Resultados: Se identificaron 77 estudios y se seleccionaron 5 de ellos para análisis y extracción de datos.

Conclusiones: La revisión integradora ha permitido dar respuesta a la pregunta de investigación, identificando diferentes intervenciones de enfermería y estrategias terapéuticas.

PALABRAS-CLAVE: *Laringectomía total, Deterioro de la comunicación, Intervenciones de enfermería, Estrategias terapéuticas*

Introdução

A pessoa com ostomia vivencia um processo de transição saúde/doença, necessitando de cuidados de enfermagem individualizados que promovam a adaptação e capacitação para a nova condição de saúde. O enfermeiro estomoterapeuta contribui de forma significativa para a construção de uma vivência positiva neste processo de transição. A pessoa submetida a uma ostomia precisa de reiniciar a sua vida, de se autocuidar, de manter as suas relações sociais, ou seja, de integrar esta nova identidade no seu modo de vida (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia [APECE], 2018).

O cancro de Cabeça e Pescoço (no qual se inserem as pessoas laringectomizadas), implica importantes alte-

rações que condicionam significativamente o estilo de vida das pessoas, podendo acarretar mudanças na imagem corporal, na respiração, na deglutição e na comunicação. A sobrevida nestes tipos de cancro tem vindo a aumentar, em consequência do diagnóstico precoce e eficácia do tratamento, pelo que, consequentemente, cresce também a preocupação com a qualidade de vida destas pessoas (Miguel et al., 2014).

A laringectomia total consiste na remoção completa da laringe cartilaginosa, osso hioide e músculos infra-hioideais conectados à laringe e possível remoção do espaço pré-epiglótico com a lesão (Rothrock, 2008). Com a excisão da laringe, e consequentemente das cordas vocais, deixa de haver produção de voz - fonação. "A voz é essencial para a comunicação humana, bem como

a comunicação é fundamental para a condição de viver em sociedade" (Santos, 2011).

A comunicação é um dos mais importantes aspetos do cuidado de enfermagem. As pessoas submetidas a laringectomias totais vivenciam complexos e frustrantes problemas de comunicação, devendo os mesmos ser informados, previamente à cirurgia, sobre estas mudanças, para que se possa identificar e combinar alternativas à comunicação verbal, a utilizar após o procedimento cirúrgico (Frade et al., 2017).

A comunicação eficaz entre o enfermeiro e a pessoa é a chave para a prestação de cuidados de qualidade, facilita o processo de tomada de decisão, assim como a auto-gestão e a independência da pessoa com doença oncológica (European Oncology Nursing Society, 2013).

Deste modo, e apesar de existirem alternativas, as pessoas reforçam o impacto negativo que as alterações comunicacionais têm na sua vida, e consequentemente na sua família, já que afetam negativamente a expressão de si próprios, incluindo rir e chorar, bem como a interação social e, logo, diminuem a qualidade de vida, sendo estas alterações mais exuberantes entre o período que decorre entre a cirurgia e o momento em que se inicia a reabilitação quatro meses (Frade et al., 2017).

Assim sendo, é necessário não esquecer os sistemas alternativos à comunicação oral, que devem ser utilizados no período pós-operatório imediato. Devido à excisão da laringe, esta será feita através da escrita, gestos (bater de palmas) ou também da fala murmurada. Posteriormente, e com o apoio da terapeuta da fala e dependendo da colocação ou não da prótese fonatória, terá como alternativas a voz laríngea, a fala murmurada ou a voz ciciada, a voz traqueoesofágica, a voz oro esofágica e a voz sintetizada (laringe eletrónica) (APECE, 2018).

A comunicação aumentativa e alternativa, que segundo a American Speech-Language-Hearing Association, se destina a compensar e facilitar, permanentemente ou não, prejuízos e incapacidades dos sujeitos com graves distúrbios da compreensão e da comunicação expressiva (gestual, falada e/ou escrita), é uma área da prática clínica, educacional e de pesquisa e, acima de tudo, um conjunto de procedimentos e processos que visam maximizar a comunicação, complementando ou substituindo a fala e/ou a escrita (Cesa e Mota, 2015).

É essencial que os enfermeiros sejam imaginativos, criativos e pacientes, descobrindo alternativas à comunicação oral. "Nunca se deve fingir perceber os doentes; nunca se deve falar mais alto do que o necessário - os doentes não têm dificuldade em nos perceber, nós é que temos dificuldade em os compreender" (Santos, 2011, p.88).

Desta forma, tendo em conta todos estes pressupostos, o objetivo desta revisão passa por conhecer as intervenções de enfermagem e estratégias terapêuticas promotoras de comunicação efetiva nas pessoas submetidas a laringectomia total.

Método de revisão sistemática

Procurando responder aos objetivos anteriormente formulados, optou-se pela realização de uma revisão integrativa.

Como já referido, o ponto de partida para esta investigação emergiu de uma reflexão sobre a prática diária e da observação de diferentes intervenções e estratégias de enfermagem, para a mesma pessoa com o mesmo problema de saúde. Assim, elevou-se a questão: "Quais as intervenções de enfermagem e estratégias terapêuticas promotoras de comunicação efetiva nas pessoas submetidas a laringectomia total?"

Para melhor estruturação desta questão, recorremos à estratégia "PIO" (enquanto variante do método "PICO"), como se apresenta no quadro 1.

Quadro 1. Estratégia PIO.

P - POPULAÇÃO	Pessoas adultas submetidas a laringectomia total
I - INTERVENÇÃO	Intervenções de enfermagem e estratégias terapêuticas
O - OUTCOME	Comunicação efetiva

Após a formulação da questão de investigação e tendo por base o estado da arte apresentado, estabeleceram-se os critérios de inclusão para a seleção dos estudos primários, com a finalidade de orientar a pesquisa e a seleção da literatura científica. No quadro 2 explanam-se os critérios de inclusão definidos para a presente revisão.

Quadro 2. Critérios de inclusão.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	
População	Adultos
Técnica cirúrgica	Laringectomia total
Intervenção	Intervenções de enfermagem e estratégias terapêuticas
Outcomes/ Resultados	Comunicação efetiva
Data da publicação	Entre 2013 e 2020
Língua	Português, Inglês e Espanhol
Tipos de estudo	Todos os tipos de estudos

Formulada a questão de investigação e estabelecidos os critérios de inclusão, foram identificados os conceitos (descritores) para finalização da estratégia de procura. Assim procedeu-se à pesquisa de descritores controlados no DeCS e Mesh Browser, no entanto optou-se também pela utilização de conceitos em linguagem natural, importantes para pesquisa, não presentes nos descritores acima referidos. Em consequência, agregou-se os conceitos definidos aos operadores booleanos (delimitadores) como representado no quadro 3.

Quadro 3. Agregação entre operadores booleanos e conceitos.

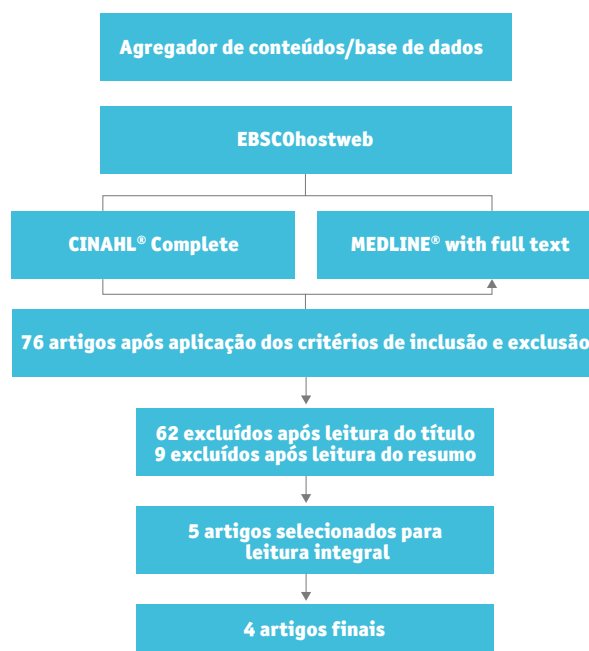
OPERADORES BOOLEANOS	AND		
OR	Conceito 1	Conceito 2	Conceito 3
	Laryngectomy	Communication	Nursing
	"Laryngeal Neoplasms"	"Nonverbal Communication"	"Nursing Care"
	"Head and Neck Neoplasm"	"Communication Aids for Disabled"	Nurs*
	"Head and Neck Surgery"	"Alternative and Augmentative Communication"	

A associação entre conceitos e operadores booleanos, para direcionar a pesquisa, fez emergir a frase booleana: (Laryngectomy OR "Laryngeal Neoplasms" OR "Head and Neck Neoplasm" OR "Head and Neck Surgery") AND ("Communication Aids for Disabled" OR "Alternative and Augmentative Communication" OR Communication OR "Nonverbal Communication") AND (Nurs*

OR Nursing OR "Nursing Care") como início da busca de evidência.

A localização e seleção dos estudos primários decorreu entre 23 de dezembro e o dia 8 de janeiro de 2021 e envolveu pesquisa eletrónica nas bases de dados: CINAHL® Complete (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature Complete) e MEDLINE® (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online Complete) *with full text*, através do agregador de conteúdos EBSCOhost®, como representado na figura 1.

Figura 1. Processo de seleção dos estudos primários.



Após o processo de seleção dos estudos primários, obtivemos quatro artigos para revisão, pois, após leitura integral, um dos artigos não ia ao encontro do nosso objetivo, pois não era focado em intervenções de enfermagem. Deste modo, alargamos a pesquisa para outra base de dados (Google Scholar), procuramos evidência científica em várias associações alusivas à Enfermagem, à estomaterapia e à pessoa laringectomizada (Registered Nurses Association of Ontario, APECE, Associação Brasileira de Estomaterapia, Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, Associação Oncológica do Algarve, Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncoló-

gica e Associação Portuguesa de Limitados da Voz). No entanto, não foi encontrado nenhum tipo de estudo ou artigo científico.

De todo o processo de pesquisa, resultou a elaboração de um documento para extração da informação dos estudos selecionados, tendo por base as orientações para realização de uma revisão integrativa, designadamente, quanto aos autores, ano de publicação, objetivo, metodologia, participantes, intervenções e/ou estratégias terapêuticas e o resultado (comunicação efetiva).

Para avaliar a qualidade metodológica dos artigos foi utilizada a grelha de avaliação de The Joanna Briggs

Institute, *JBI's Critical Appraisal Tools*, (2020), seguindo a tipologia de cada estudo, como se pode verificar no quadro 3 apresentado em seguida. Atribui-se um score igual a cada item da *checklist*, determinando assim a percentagem de resposta afirmativa de cada estudo aos critérios da avaliação. Foram considerados como de baixa qualidade metodológica os estudos que respondessem afirmativamente até 25% dos itens, de qualidade metodológica satisfatória entre os 26% e 50% dos itens, de boa qualidade metodológica entre 51% e 75% dos itens e muito boa qualidade metodológica os que respondessem afirmativamente a mais de 76% dos critérios.

Quadro 4. Avaliação e qualidade metodológica e nível de evidência.

ESTUDO	DESENHO DO ESTUDO	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO ESTUDO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA (SEGUNDO JBI)
Frade et al., 2019, Portugal	<i>Scoping Review</i>	Checklist for Systematic Reviews (JBI, 2020) Composta por 11 itens dos quais obtivemos 9 itens afirmativos – Classificação= 81% considerando muito boa qualidade metodológica.	4a
Frade et al., 2017, Portugal	Artigo descritivo	Checklist for Text and Opinion (JBI, 2020) Composta por 6 itens dos quais obtivemos 5 itens afirmativos – Classificação= 83% considerando muito boa qualidade metodológica.	5b
Díaz, Rita Rocío Marquez, 2018, Espanha	Estudo de caso clínico	Checklist for Case Reports (JBI, 2020) Composta por 8 itens dos quais obtivemos 6 itens afirmativos – Classificação= 75% considerando boa qualidade metodológica.	4d
Brunner et al., 2016, Estados Unidos	Artigo descritivo	Checklist for Text and Opinion (JBI, 2020) Composta por 6 itens dos quais obtivemos 6 itens afirmativos – Classificação= 100% considerando muito boa qualidade metodológica	5b
ACI - Agency for clinical innovation, 2013, Austrália	<i>Guideline</i>	Avaliação de Normas de Orientação Clínica (AGREE II) Classificação de 6 na sua qualidade geral	5a

Para a análise da *guideline* recorremos ao Instrumento AGREE II. Procedeu-se ao cálculo da pontuação de cada domínio, obtendo uma avaliação global, sendo atribuída a classificação de 6 na sua qualidade geral. As autoras recomendariam o seu uso na prática.

Todo o processo de seleção e análise da literatura científica foi efetuada por dois autores diferentes, que avaliaram de forma independente os títulos, resumos, qualidade metodológica e o grau de evidência dos estudos utilizando os mesmos critérios. Na falta de consenso, reunimos de forma a obter unanimidade na avaliação dos estudos, minimizando assim os erros de viés de seleção.

Apresentação dos resultados

Nesta revisão integrativa foram identificados cinco artigos publicados entre 2013 e 2020.

Foram eleitos dois artigos portugueses, um artigo espanhol, um artigo e uma *guideline* em inglês. A metodologia utilizada nos artigos eleitos variou entre artigos teóricos, estudo de caso, *scoping review* e uma *guideline*.

A exibição dos resultados em quadro (quadro 5) permite o mapeamento dos dados extraídos dos estudos analisados para que seja possível enquadrar os resultados com o objetivo da revisão.

Quadro 5. Extração dos dados.

AUTOR/ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA	INTERVENÇÕES E ESTRATÉGIAS IDENTIFICADAS
Frade, et al., 2019	Identificar a evidência científica disponível na literatura sobre as intervenções promotoras de uma comunicação eficaz, da pessoa submetida a laringectomia total, no período peri-operatório.	Scoping Review	Mímica labial e expressões faciais; Gestos e sinais; Perguntas simples com respostas “sim” ou “não”; Escrita: folhas soltas, blocos de notas, quadro mágico ou quadro seco + marcadores; Quadro de letras (tabela com alfabeto); Quadro de figuras e/ou ilustrações; cartões Dispositivos computadorizados geradores de fala; Dispositivos eletrônicos geradores de fala (ex: DynaMyte™; MassageMate™; SpringBoard) Dispositivos eletrônicos portáteis (telemóveis, tablets, computadores portáteis) que tenham software instalado para a comunicação e que permitem a emissão de fala artificial; Aplicações para dispositivos eletrônicos portáteis que permitem a emissão de fala artificial (ex: Proloquo2Go e Predictable; Grid Player; PTMagic contact; Vox4all; Google Tradutor); Prestação de apoio emocional (reforços positivos); Incorporação da família; Condições ambientais (ambiente calmo e tranquilo e as competências dos profissionais de saúde).
Frade, et al., 2017	Identificar intervenções otimizadoras da comunicação, utilizando dispositivos eletrônicos portáteis e descrever o modo de utilização dos mesmos, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, promotores da comunicação eficaz na pessoa submetida a laringectomia total no período peri-operatório.	Artigo teórico	Seleção e educação de técnicas de AAC (aumentativa e/ou alternativa de comunicação) no pré-operatório; Dispositivos eletrônicos geradores de fala que produzem voz artificial pré-gravada, digitalizada ou sintetizada (ex. DynaMyte™, MassageMate™ ou SpringBoard); Dispositivos eletrônicos portáteis (telemóvel, tablets, computadores portáteis) que tenham software instalado para a comunicação que transformam o texto, e/ou símbolos e/ou imagens em fala (ex: Proloquo2Go, Predictable, Grid Player, PTMagic contact, Vox4all e Google Tradutor); Smartphone e Tablets com funcionalidades que possuem sintetizadores de voz e permitem a conversão de texto em fala (ex: dispositivos "Apple").
Diaz, 2018	Enfatizar a importância da assistência integral de enfermagem ao paciente laringectomizado, nomeadamente o desenvolvimento de um plano de cuidados onde consta o diagnóstico Comprometimento da Comunicação Verbal	Estudo de caso	Escolha dos métodos alternativos de comunicação no pré-operatório; Condições ambientais (ambiente calmo e tranquilo e propício a comunicação); Disponibilidade e paciência; Perguntas diretas com respostas "sim" e "não" e aceno de cabeça; Utilização de uma campainha; Utilização da escrita através do quadro mágico; Quadro negro com ilustrações de situações ou necessidades mais frequentes. A longo prazo a voz esofágica é planeada como método de comunicação verbal; Avaliação dos métodos de comunicação implementados durante o pós-operatório; Uso do reforço positivo <i>feedback</i> ; Inclusão da família. Avaliação do stress do cuidador.

AUTOR/ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA	INTERVENÇÕES E ESTRATÉGIAS IDENTIFICADAS
Brunner et al., 2016	Não descrito no artigo	Artigo teórico	Ambiente calmo; Uso da escrita (quadros com marcadores); Mímica labial e expressões faciais; Gestos; Perguntas simples com respostas "sim" e "não"; Utilização de um tradutor (se aplicável); Aplicações para dispositivos eletrônicos com sistema operativo iOS: "iPhone", "iPad" da "Apple" (ex: Proloquo2Go).
ACI, 2013	Orientar as unidades de saúde locais e/ou hospitais a desenvolverem políticas e práticas locais para mapeamento da sua população específica de doentes. As recomendações aplicam-se a pacientes adultos portadores de traqueostomia temporária ou definitiva que se encontram internados em instalações de cuidados agudos.	Guideline	Avaliação da comunicação e escolha do(s) sistema(s) de comunicação aumentativo(s) adequado(s), num momento pré-operatório; Mímica labial; Gestos; Escrita: caneta e papel ou quadro branco e marcador; Quadro de comunicação genérico; Perguntas diretas com respostas "sim" e "não"; Uso da laringe eletrónica; Avaliação contínua dos métodos alternativos de comunicação; Apoio psicológico e emocional Envolvimento da equipa multidisciplinar; Inclusão da família.

No que se refere à avaliação, escolha e educação dos sistemas alternativos de comunicação, é referido por ACI (2013), Diaz (2018) e Frade et al. (2017) que deve ser realizado na consulta de pré-operatório. No entanto, segundo ACI (2013) e Diaz (2018), esta avaliação deve ser contínua, de acordo com as preferências e estado clínico da pessoa.

As perguntas simples com respostas “sim” ou “não” ou recurso a aceno de cabeça e/ou piscar de olhos, batidas de pés, bem como a escrita (fólias soltas, blocos de notas, canetas, quadro mágico ou quadro seco + marcadores) são as estratégias referidas por ACI (2013), Brunner et al. (2016), Diaz (2018) e Frade et al. (2019).

Já o uso de mímica labial, expressões faciais e gestos são citados por ACI (2013), Brunner et al. (2016) e Frade et al. (2019). O quadro letras (tabela alfabeto) e/ou quadros ou cartões de figuras e/ou ilustrações (necessidades e situações mais frequentes) são referidos nos artigos de ACI (2013), Diaz (2018) e Frade et al. (2019).

Os dispositivos eletrónicos geradores de fala (ex. DynaMyte™, MassageMate™ ou SpringBoard) bem como os dispositivos eletrónicos portáteis (telemóveis, tablets, computadores portáteis) que tenham *software* instalado para a comunicação e que permitem a emissão de fala artificial são referidos em ambos os artigos de Frade et al. (2017 e 2019).

As aplicações para dispositivos eletrónicos portáteis (telemóveis, tablets, computadores portáteis) que permitam a emissão de fala artificial (ex: Proloquo2Go e Predictable; Grid Player; PTMagic contact; Vox4all; Google Tradutor), além de serem referidos nos artigos anteriores são também mencionados em Brunner et al. (2016).

Por fim, mas não menos importantes, existem também outros fatores que modificam a comunicação, sendo eles as condições ambientais - Brunner et al. (2016), Diaz (2018) e Frade et al. (2019), o apoio psicológico e emocional com recurso ao reforço positivo e feedback e a inclusão da família referenciado em: ACI (2013), Diaz (2018) e Frade et al. (2019).

Existem ainda algumas estratégias e intervenções que aparecem descritas em apenas um artigo, são elas: a disponibilidade e paciência dos enfermeiros; utilização da campainha; planeamento da voz esofágica a longo prazo, como método de comunicação verbal e a avaliação do stress do cuidador citadas por Diaz (2018). Mas também o envolvimento da equipa multidisciplinar e o uso da laringe eletrónica referidos na ACI (2013).

Discussão dos resultados

A análise e a reflexão sobre os artigos selecionados permitiram dar resposta à questão de investigação formulada, na medida em que todos eles abordavam interven-

ções enfermagem e estratégias terapêuticas que podem ser desenvolvidas pelos enfermeiros para otimizar a comunicação da pessoa submetida a LT.

Nos artigos selecionados, não se encontram descritas com linguagem universal nem pormenorizadas as intervenções de enfermagem elencadas. No entanto, considerando a importância de uma linguagem universal para todos os enfermeiros e a relevância da existência de intervenções específicas, optamos por colocar as intervenções de enfermagem encontradas adaptadas à “CIPE - Classificação internacional para a prática de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

As intervenções de enfermagem que emergiram nesta revisão foram:

- Avaliar evolução do conhecimento sobre sistemas alternativos de comunicação;
- Ensinar sobre sistemas alternativos de comunicação;
- Avaliar evolução da capacidade para usar sistemas alternativos de comunicação;
- Instruir o uso de sistemas alternativos de comunicação;
- Treinar uso de sistemas alternativos de comunicação;
- Implementar estratégias facilitadoras da comunicação.

No que concerne as estratégias terapêuticas promotoras de comunicação efetiva a ser implementadas, concretizando algumas das intervenções previamente referidas, foram encontradas várias ao longo da análise dos artigos selecionados.

O uso de perguntas simples com respostas “sim” ou “não”, bem como a escrita são as estratégias terapêuticas promotoras de comunicação efetiva mais vezes mencionadas nos artigos.

Contudo, para Brunner et al. (2016), a escrita pode ser difícil no período pós-anestésico, e para Frade et al. (2017), a ressecção ganglionar cervical, o edema cervico-facial, provocado pela LT, podem prejudicar quer a movimentação dos lábios quer a mobilidade do membro superior e a coordenação olho-mão, indispensável para a escrita legível no pós-operatório imediato. Diaz (2018), no entanto, alerta-nos para a necessidade de evitar a punção venosa no membro dominante da pessoa.

Em igualdade de referência encontram-se: o uso de mímica labial, expressões faciais, gestos; quadro letras (tabela alfabeto) e/ou quadros ou cartões de figuras e/ou ilustrações (necessidades e situações mais frequentes); avaliação, escolha e educação dos sistemas alternativos e aumentativos de comunicação na consulta de pré-operatório; as condições ambientais favoráveis à comunicação; o apoio emocional com recurso ao reforço positivo e *feedback*; inclusão da família e as aplicações para dispositi-

tivos eletrónicos portáteis (telemóveis, tablets, computadores portáteis) que permitem a emissão de fala artificial (ex: Proloquo2Go e Predictable; Grid Player; PTMagic contact; Vox4all; Google Tradutor) como estratégias terapêuticas a implementar.

Para Brunner et al. (2016), a mímica labial não é facilmente compreendida.

Diaz (2018), refere-nos que tanto o quadro negro como a linguagem não verbal mostraram-se suficientes como métodos de comunicação no pós-operatório imediato, enquanto que para Brunner et al. (2016) e para Frade et al. (2017), tanto as perguntas como a escrita e os gestos, são estratégias ineficazes, inconsistentes e pouco individualizadas, provocando frustração e ansiedade num doente incapaz de expressar as suas necessidades.

Para Brunner et al. (2016), o uso das aplicações para dispositivos eletrónicos portáteis que permitem a emissão de fala artificial acarreta vários constrangimentos: existência de dispositivos portáteis, normas de segurança e privacidade hospitalar, localização dos dispositivos em tempo real, acessórios necessários, nível de alfabetização tecnológica das pessoas, difíceis visuais e a falta de opções multilingues. Porém, o mesmo autor, considera que o uso da tecnologia pode ajudar no pós-operatório e aliada ao pensamento crítico auxilia os profissionais de saúde a estabelecer uma comunicação efetiva com a pessoa submetida a LT.

Os dispositivos eletrónicos geradores de fala (ex. DynaMyte™, MassageMate™ ou Spring Board) bem como os dispositivos eletrónicos portáteis (telemóveis, tablets, computadores portáteis) que tenham software instalado para a comunicação e que permitem a emissão de fala artificial são referidos por dois autores como estratégias terapêuticas a adotar com alguma facilidade pois fazem parte do nosso dia-a-dia, no entanto, para Frade et al. (2017), o sucesso da sua utilização é condicionado por múltiplos fatores como a capacidade cognitiva e física da pessoa e as suas preferências, o treino do cuidador, bem como o avanço tecnológico e a complexidade do dispositivo. Por outro lado, a mesma autora considera a existência de inúmeras vantagens e benefícios na sua utilização como: empoderamento, facilidade de utilização e valor social da tecnologia móvel e elevada funcionalidade.

Em jeito de conclusão, os enfermeiros devem intervir sempre que alguma pessoa apresente problemas de comunicação, fornecendo-lhes recursos que otimizem a sua comunicação e promovam a sua adaptação e, consequentemente, melhorar as suas qualidades de vida (Frade, 2017).

Conclusão

A implementação da avaliação, ensino, instrução e treino dos sistemas alternativos de comunicação no pré-operatório, tendo em conta a capacidade cognitiva e física da pessoa, bem como as suas preferências e procurando a consciencialização e o envolvimento da pessoa e do seu cuidador desde o início do processo, promove tanto a redução do stress como todo o decorrer do pós-operatório.

No que diz respeito às estratégias facilitadoras da comunicação suscitou-nos especial interesse a utilização de quadro mágico, quadro de letras, figuras e/ou ilustrações, dispositivos computadorizados geradores de fala, dispositivos eletrónicos portáteis móveis e aplicações para dispositivos eletrónicos portáteis.

Para além das estratégias terapêuticas e intervenções de enfermagem já referidas, a realização desta revisão, ao permitir-nos adquirir um conhecimento mais abrangente nesta área, fez emergir também outras recomendações para a prática.

Assim, percebemos que, sempre que possível, devemos privilegiar o lado oposto ao dominante para colocar perfusões endovenosas, permitindo ter o membro dominante mais livre para usar o sistema de comunicação alternativo escolhido. E que é também importante, ter sempre em atenção o nível da cabeceira da pessoa, prevenindo o edema ocular exacerbado responsável pelo compromisso da visão. É importante nunca descurar as condições ambientais, da inclusão da família e das necessidades emocionais da pessoa laringectomizada.

O facto de termos incluído apenas artigos/estudos de duas bases de dados, publicados nos últimos oito anos e escritos em inglês, português, espanhol podem ser também fatores a ter em conta como possíveis limitações deste trabalho.

Por fim, cabe-nos salientar que cada pessoa laringectomizada deve escolher o sistema alternativo que considerar mais vantajoso no momento, sem que daí resulte qualquer prejuízo no cuidado, e que ao longo do contínuo de tempo possa alternar entre eles, sempre que considerar necessário, sentido que a sua comunicação é efetiva.

Referências Bibliográficas

- ACI-ICCMU Tracheostomy Expert Group (2013). Care of Adult Patients in Acute Care Facilities with a Tracheostomy Clinical Practice Guideline. Recuperado de https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/181454/ACI_Tracheostomy_CPG.pdf
- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomatoterapia (APECE) (2018). Estomatoterapia - O saber e o cuidar. Lisboa: Lidel.
- Brunner, T.H., Difortuna, K., Letang, M., Murphy, J., Stemplewicz, K., Kovacs, M., ... Ginex, P.K. (2016). Using Technology to Give Patients a Voice After Surgery for Head and Neck Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20 (5), 474-476.
- Cesa, C.C e Mota, H.B (2015). Augmentative and alternative communication: scene of Brazilian journal. *Revista CEFAC*, 17 (1), 264-269.
- Diaz, R.R.M. (2018) Plan de cuidados individualizado al paciente laringectomizado. *ENE version On-line*, 12 (1), 1-21.
- European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer Nursing Curriculum 2013 (4ª ed.)*. Brussels: European Oncology Nursing Society.
- Frade, A., Miguel, S. & Ferreira, O. (2017). Uso da Tecnologia na comunicação da pessoa laringectomizada – boas práticas de cuidados. *OncoNews. Ano X*, 35 (jul/dez), 18-35.
- Frade, A., Miguel, S. & Ferreira, O. (2019). Otimizar a comunicação da pessoa com cancro da laringe, submetida a laringectomia total – intervenções de enfermagem no período peri-operatório: scoping review. *Pensar Enfermagem*, 23 (2), 43-56.
- Miguel, S., Gudiño, M., e Silva, A. (2014). Impacto do cancro de cabeça e pescoço na qualidade de vida: análise reflexiva. *OncoNews. Ano VII*, 25 (Nov-Fev), 23-30.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Lisboa: Lusodidacta.
- Rothrock, J.C. (2008). *Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico (13ª ed.)*. Loures: Lusodidacta
- Santos, J. (2011). *Optimização das Ostomias de Ventilação, Um guia para profissionais de saúde que cuidam de pessoas portadoras de traqueostomia*, Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- The AGREE Next Steps Consortium (2009). *Instrumento de Avaliação de Normas de Orientação Clínica - AGREE II*. Recuperado de https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Portuguese.pdf
- The Joanna Briggs Institute (2014). *Level of Evidence*. Recuperado de file:///C:/Users/USER/Downloads/Supporting_Doc_JBI_Levels_of_Evidence.pdf
- The Joanna Briggs Institute (2020). *Critical AppraisalTools*. Recuperado de <https://joannabriggs.org/critical-appraisal-tools>

**E se o novo tratamento do cancro da mama
HER2+ pudesse alcançar os mesmos resultados
em menos tempo de administração?**



**PHESGO constitui uma abordagem inovadora
ao tratamento do cancro da mama HER2+, ao ser
administrado em minutos em vez de horas*1-3**

PHESGO

20min

vs.

**PERJETA +
Herceptin IV**

3h30-4h30

Todos os benefícios de PERJETA+Herceptin IV numa
nova administração SC, em dose única e pronta a usar.¹⁻⁴

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

*Diferença de tempo representado com base na administração de dose de manutenção de PHESGO (5 minutos de administração + 15 minutos de observação) vs. Perjeta 420mg + Herceptin IV 6mg/kg (60–90 minutos de administração + 150–180 minutos de observação).

Referências: 1. RCM de PHESGO; 2. RCM de PERJETA; 3. RCM de Herceptin; 4. Tan, A et al. Fixed-dose combination of pertuzumab and trastuzumab for subcutaneous injection plus chemotherapy in HER2-positive early breast cancer (FeDeriCa): a randomized open-label, multicentre, non-inferiority, phase 3 study. *Lancet Oncol* 2020; 22: 85-97.

Indicações terapêuticas: **Cancro da mama em estadios precoces (EBC)** Phesgo é indicado para utilização, em associação com quimioterapia, para o: tratamento neoadjuvante de doentes adultos com cancro da mama HER2 positivo, localmente avançado, inflamatório, ou em estadios precoces com elevado risco de recidiva (ver secção 5.1) tratamento adjuvante de doentes adultos com cancro da mama HER2 positivo em estágio precoce com elevado risco de recidiva (ver secção 5.1). **Cancro da mama metastizado (MBC)** Phesgo é indicado para utilização, em associação com docetaxel, em doentes adultos com cancro da mama HER2 positivo, metastizado ou localmente recorrente não ressecável, que não tenham recebido previamente tratamento anti-HER2 ou quimioterapia para a sua doença metastática.

Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda. Estrada Nacional 249-1, 2720-413 Amadora. NIF 500233810.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE DE SEGURANÇA PHESGO deve ser evitado durante a gravidez, exceto se o benefício potencial para a mãe superar o potencial risco para o feto. As mulheres não devem amamentar durante o tratamento com PHESGO e durante, pelo menos, nos primeiros 7 meses após a última dose. Se uma doente engravidar durante o tratamento com PHESGO, ou nos 7 meses seguintes à última dose de PHESGO, notifique imediatamente a gravidez à Farmacovigilância da Roche (amadora.farmacovigilancia@roche.com). Será solicitada informação adicional relativa ao decurso de uma gravidez com exposição a PHESGO bem como ao primeiro ano de vida do bebé. Isto permite à Roche conhecer melhor a segurança de PHESGO e fornecer informação adequada às autoridades de saúde, profissionais de saúde e doentes. Para mais informações consulte o RCM de PHESGO.

PHESGO solução injetável. 600mg + 600mg de pertuzumab+trastuzumab em 10ml; **1200mg + 600mg** de pertuzumab+trastuzumab em 15ml. Excipientes: vorhialuronidase alfa, L-histidina, cloridrato de L-histidina monohidratado, dihidrato de α,α -trealose, sacarose, L-metionina, polissorbato 20 (E432), água para preparações injetáveis. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS: Cancro da mama em estadios precoces:** indicado para utilização, em associação com quimioterapia (QT), para o: a) tratamento neoadjuvante de doentes adultos com cancro da mama HER2 positivo, localmente avançado, inflamatório, ou em estadios precoces com elevado risco de recidiva; b) tratamento adjuvante de doentes adultos com cancro da mama HER2 positivo em estágio precoce com elevado risco de recidiva. **Cancro da mama metastizado:** indicado para utilização, em associação com docetaxel, em doentes adultos com cancro da mama HER2 positivo, metastizado ou localmente recorrente não ressecável, que não tenham recebido previamente tratamento anti-HER2 ou QT para a sua doença metastática. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Phesgo apenas deve ser iniciado sob supervisão de um médico com experiência na administração de medicamentos antineoplásicos, e administrado por um profissional de saúde preparado para controlar anafilaxia e num local onde estejam imediatamente disponíveis instalações completas de reanimação. Administrado por **via subcutânea (SC)**. **Dose de carga:** 1200 mg pertuzumab/600 mg trastuzumab, injeção SC durante 8 minutos, observação durante 30 min. **Dose de manutenção (a cada 3 semanas):** 600 mg pertuzumab/ 600 mg trastuzumab, injeção SC durante 5 min., observação durante 15 min. PF consultar o RCM para dosagem do taxano. **CM metastizado:** Phesgo deve ser administrado em associação com docetaxel. O tratamento com Phesgo pode continuar até à progressão da doença ou toxicidade não controlável. **CM em estadios precoces:** Em neoadjuvante, Phesgo deve ser administrado durante 3 a 6 ciclos, em associação com QT. Em **adjuvante**, Phesgo deve ser administrado durante um período total de um ano (até 18 ciclos ou até recidiva da doença, ou toxicidade não controlada, o que ocorrer primeiro). **PF consultar o RCM para mais informação sobre a posologia e modo de administração, doses em atraso ou em falta, modificações de doses, disfunção ventricular esquerda, idosos, compromisso renal ou hepático, população pediátrica, reações relacionadas com a injeção ou de hipersensibilidade/anafilaxia.** **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS: Disfunção ventricular esquerda** (incluindo ICC): Foram notificadas diminuições da FEVE com medicamentos que bloqueiam a atividade HER2. Deve avaliar-se a FEVE antes do início de Phesgo e em intervalos regulares durante o tratamento. Se a FEVE tiver diminuído e não tiver melhorado, ou se tiver diminuído mais na avaliação subsequente, deve-se considerar seriamente a interrupção de Phesgo. Antes da utilização de Phesgo com uma antraciclina deve ser cuidadosamente considerado e balanceado o risco cardíaco. **Reações relacionadas com a injeção/reações relacionadas com a perfusão:** Phesgo tem sido associado a reações relacionadas com a injeção. Recomenda-se a observação atenta do doente durante a administração e posteriormente. Caso ocorra uma reação significativa, deve reduzir-se a velocidade de administração ou interromper-se a injeção e proceder à administração de tratamento médico adequado. Os doentes devem ser avaliados e monitorizados atentamente até à resolução completa dos sinais e sintomas. Deve ser considerada a descontinuação permanente em doentes com reações relacionadas com a injeção graves. **Reações de hipersensibilidade/anafilaxia:** Os doentes devem ser observados atentamente quanto a reações de hipersensibilidade. Devem estar disponíveis, para utilização imediata, medicamentos para tratamento de tais reações, bem como equipamento de emergência. Phesgo tem de ser permanentemente descontinuado em caso de reações de hipersensibilidade de grau 4 NCI-CTCAE (anafilaxia), broncospasmo ou síndrome de dificuldade respiratória aguda. **Neutropenia febril:** Os doentes tratados com Phesgo em associação com um taxano têm um risco aumentado de desenvolver neutropenia febril. **Diarreia:** Phesgo pode provocar diarreia grave. A diarreia é mais frequente durante a administração concomitante com taxanos. Os doentes idosos (\geq 65 anos) apresentam um risco superior de diarreia. Caso não se consiga uma melhoria do estado do doente, deverá ser considerada a interrupção do tratamento com Phesgo. **Acontecimentos pulmonares:** Foram notificados acontecimentos graves pulmonares com a utilização de trastuzumab, ocasionalmente fatais. Os doentes que apresentem dispneia em repouso devido a complicações de neoplasia avançada e comorbilidades podem ter um risco aumentado de ocorrência de acontecimentos pulmonares, pelo que não devem ser tratados com Phesgo. **GRAVIDEZ E ALEITAMENTO:** As mulheres com potencial para engravidar devem utilizar contraceção eficaz durante o tratamento com Phesgo e nos 7 meses seguintes à última dose. Phesgo deve ser evitado durante a gravidez, exceto se o benefício potencial para a mãe superar o potencial risco para o feto. As mulheres não devem amamentar durante o tratamento com Phesgo e durante, pelo menos, nos primeiros 7 meses após a última dose. PF consultar o RCM para mais detalhes sobre as advertências, gravidez e aleitamento. **EFEITOS INDESEJÁVEIS: As RAMs mais frequentes** (\geq 30%) notificadas em doentes tratados com Phesgo ou com pertuzumab intravenoso em combinação com trastuzumab e quimioterapia foram alopecia, diarreia, náusea, anemia, astenia e artralgia. Os **acontecimentos adversos graves (SAE)** mais frequentes (\geq 1%) notificadas em doentes tratados com Phesgo ou com pertuzumab intravenoso em combinação com trastuzumab foram neutropenia febril, insuficiência cardíaca, pirexia, neutropenia, sépsis neutropénica, diminuição da contagem de neutrófilos e pneumonia. **RAMs muito frequentes:** nasofaringite, neutropenia febril, neutropenia, leucopenia, anemia, reação à perfusão, apetite diminuído, insónia, neuropatia periférica, cefaleia, disgeusia, neuropatia sensitiva periférica, tonturas, parestesia, hipersecreção lacrimal, rubor quente, tosse, epistaxis, dispnéia, diarreia, vômitos, estomatite, náuseas, obstipação, dispepsia, dor abdominal, alopecia, erupção cutânea, alterações ungueais, prurido, xerose cutânea, mialgia, artralgia, dor nas extremidades, inflamação da mucosa, edema periférico, pirexia, fadiga, astenia, reação no local da injeção. **RAMs frequentes:** paroníquia, infeção do trato respiratório superior, hipersensibilidade, hipersensibilidade ao fármaco, disfunção ventricular esquerda, arpejos, dor, edema. **PF consultar o RCM para mais detalhes sobre estes e outros efeitos indesejáveis, incluindo imunogenicidade e dados em doentes idosos.** **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** 21 de dezembro de 2020. PF consulte o RCM completo em: <https://rcm.roche.pt/phesgo>

Medicamento sujeito a receita médica restrita. Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda., Estrada Nacional 249 1, 2720 413 Amadora. NIF 500233810.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR NEOPLASIA MALIGNA DE ESTÔMAGO REGISTRADAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS – BRASIL

Epidemiological profile of hospitalizations for malignant stomach neoplasia registered by the united health system in the state of minas gerais – Brazil

Perfil epidemiológico de la hospitalización por neoplasia maligna del estómago registradas por el sistema único de salud en el estado de minas gerais – Brasil

Ana Laura Stefani¹ (Concetualização, investigação, metodologia, redação – revisão e edição)

Stefan Vilges Oliveira² (Tratamento de dados, análise formal, administração do projeto, supervisão, validação)

¹ Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-9438-5308>

² Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5493-2765>

RESUMO: Minas Gerais é o estado do Sudeste brasileiro com maior taxa bruta de mortalidade por câncer gástrico. A partir desse panorama epidemiológico, este estudo descreve o perfil das internações por neoplasia maligna de estômago (CID 10- C16) pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Minas Gerais, 2008 a 2019, pela análise quantitativa, descritiva e observacional dos dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS). Registraram-se 39.164 internações e 6.071 óbitos. O Coeficiente de Internação (CI) e a Letalidade Hospitalar (LH) médios anuais foram 5,6/100 mil habitantes e 15,5%, respectivamente. As maiores incidências foram no sexo masculino (66,9%) e na faixa etária de 60 anos ou mais (60,7%). O tempo e o gasto médios por internação foram 7,4 dias e R\$2988,07, respectivamente. O estado assemelha-se epidemiologicamente à realidade nacional na maioria dos achados. Evidencia-se, pois, a utilidade dos dados de morbimortalidade hospitalar para traçar melhores estratégias de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias malignas; Estômago; Vigilância Epidemiológica; Promoção da Saúde.

ABSTRACT: Minas Gerais is the southeastern Brazilian state with the highest gross mortality rate from stomach cancer. From this epidemiological panorama, this study describes the profile of hospitalizations for malignant stomach neoplasm (ICD 10-C16) by the Unified Health System (UHS) in the state of Minas Gerais-MG, 2008-2019, through quantitative, descriptive and observational analysis of data from the UHS's Hospital Information System (HIS/UHS). There were 39,164 hospitalizations and 6,071 deaths. The annual average hospitalization coefficient (HC) and hospital lethality (HL) were 5.6/100 thousand inhabitants and 15.5%, respectively. The highest incidences were in males (66.9%) and in the age group of 60 years or older (60.7%). The mean time and expenditure per hospitalization were 7.4 days and R\$2988.07, respectively. The state is epidemiologically similar to the national reality in most findings. Therefore, the usefulness of hospital morbidity and mortality data to design better health strategies is evident.

KEYWORDS: Malignant neoplasms. Stomach. Epidemiological surveillance. Health Promotion.

ABSTRACTO: Minas Gerais es el estado del sureste de Brasil con la mayor tasa bruta de mortalidad por cáncer gástrico. A partir de este panorama epidemiológico, este estudio describe el perfil de las hospitalizaciones por neoplasia maligna de estómago (CIE 10-C16) por el Sistema Único de Salud (SUS) en el estado de Minas Gerais, de 2008 a 2019, a través del análisis cuantitativo, descriptivo y observacional de los datos del Sistema de Información Hospitalaria del SUS (SIH/SUS). Hubo 39.164 hospitalizaciones y 6.071 muertes. El coeficiente de hospitalización (CI) promedio anual y la letalidad hospitalaria (LH) fueron de 5,6/100 mil habitantes y 15,5%, respectivamente. Las mayores incidencias se dieron en el sexo masculino (66,9%) y en el grupo de edad de 60 años o más (60,7%). El promedio de tiempo y gasto por hospitalización fue de 7,4 días y R\$ 2988,07, respectivamente. El estado es epidemiológicamente similar a la realidad nacional en la mayoría de los hallazgos. Por tanto, es evidente la utilidad de los datos de morbimortalidad hospitalaria para diseñar mejores estrategias de salud.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias malignas. Estómago. Vigilancia epidemiológica. Promoción de la salud.

Introdução

As neoplasias ainda são uma das principais causas de morte no mundo. Para o Brasil, as estimativas indicam que, para cada ano de 2020-2022, irão ocorrer 625 mil novos casos. Dentre os mais incidentes, a neoplasia maligna de estômago ocupará a quinta posição com 21 mil casos. Já na população masculina, será a quarta neoplasia mais frequente (5,9%) (Inca, 2019).

Na região Sudeste, o câncer de estômago é o quarto tipo mais frequente nos homens, com quase 14 casos para cada 100 mil habitantes. Já nas mulheres, ocupa a sétima posição, com 7,30 casos para cada 100 mil habitantes (Inca, 2019). Dessa forma, observa-se, no país, maior incidência dessa doença entre homens, sobretudo na faixa dos 70 anos de idade, sendo que mais da metade dos pacientes diagnosticados com essa neoplasia tem mais de 50 anos. (Da Silva, 2020).

Além disso, a incidência dos vários tipos de tumores pode variar em relação aos indicadores socioeconômicos da população. Nesse contexto, os tumores que atingem o estômago, assim como do colo do útero e da cabeça e pescoço, incluem os grupos que estão mais associados a piores níveis socioeconômicos (Da Silva, 2020).

O principal fator de risco para a neoplasia maligna de estômago é a infecção por *Helicobacter pylori*, mas outros fatores incluem, por exemplo, o excesso de peso, tabagismo, consumo de álcool e parentesco de primeiro grau com câncer de estômago (Inca, 2019). Dentre os seus tipos histológicos mais frequentes está o adenocarcinoma, que pode representar até 95% dos casos diagnosticados (Barchi, 2020).

Na região Sudeste do país, Minas Gerais é o estado com a maior taxa bruta de mortalidade por neoplasia

maligna de estômago. No ano de 2019, essa taxa no estado foi de 4,76 para cada 100.000 habitantes, e só perde para o Amazonas (5,28), Pará (5,10), Rio Grande do Norte (5,05), Paraíba (4,93) e Rondônia (4,92) (Inca, 2014). Apesar da incidência estar em declínio nos últimos anos, sobretudo devido à erradicação do *Helicobacter pylori*, a taxa de mortalidade continua elevada (Barchi, 2020).

Nesse sentido, aliado à identificação e à vigilância adequada de pacientes em risco elevado para essa neoplasia, a análise epidemiológica dos casos de neoplasia maligna de estômago é um pilar essencial para favorecer o diagnóstico precoce e a redução da mortalidade pela doença. A detecção precoce é, portanto, definidora de melhores resultados no tratamento, já que o câncer de estômago é uma doença com prognóstico ruim e com baixa taxa de sobrevida nos estágios mais avançados (Duarte, 2020).

Portanto, considerando que o Brasil é um país com grandes dimensões territoriais, tanto o manejo hospitalar quanto o prognóstico da doença sofrem muita variação entre as diferentes regiões brasileiras (Barchi, 2020). Por isso, o estudo epidemiológico detalhado é crucial para esclarecer as particularidades de cada região e direcionar melhores estratégias de saúde para prevenção da neoplasia maligna de estômago. Nesse sentido, esse estudo visa descrever o perfil epidemiológico das internações por neoplasia maligna de estômago pelo SUS na população residente em Minas Gerais no período de 2008 a 2019.

Material e métodos

Estudo epidemiológico de natureza quantitativa, descritiva e observacional. A pesquisa foi realizada a partir de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Ministério da Saúde, disponíveis de

modo público no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em que está disposto o sistema TABNET contendo os dados referentes às estatísticas vitais (Mortalidade) e de internações. A população em estudo será todos os pacientes que tiveram internação pelo SUS com diagnóstico de neoplasia maligna de estômago (CID 10 - C16), registrados pelo SIH e residentes nos municípios do Estado de Minas Gerais no período de 2008 a 2019.

Dados populacionais utilizados para os cálculos epidemiológicos foram obtidos através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No estudo, são apresentadas as variáveis de observação/internação e de desfecho conforme segue: número de internações hospitalares por macrorregião de saúde e por ano de atendimento; internações por sexo e faixa etária; média de permanência hospitalar (dias); gasto médio e gasto total das internações (real – R\$); taxa de mortalidade e número de óbitos por ocorrência. Os dados coletados serão tabulados e analisados no software Microsoft Excel®. Os resultados do estudo serão apresentados por meio de gráficos, tabelas e quadros e será feita uma análise descritiva e comparativa dos dados.

Foi calculado a taxa de letalidade hospitalar (razão entre o número de óbitos e o número de internações, multiplicado por 100) e o Coeficiente de Internação hospitalar (razão entre o número de internações e a população residente em Minas Gerais, multiplicado por 100 mil) para cada ano, de 2008-2019. Os dados populacionais referem-se ao Censo de 2010 do IBGE.

Por se tratar de um estudo realizado a partir de dados secundários, não foi necessária a submissão desse trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa, por seguimento das normas éticas do País, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 7 de abril de 2016 (BRASIL, 2016). Além disso, como os dados que serão utilizados são de domínio público (disponíveis pelo DATASUS), não será necessário um Termo de Consentimento Informado.

Resultados

No período de 2007 e 2017, foram registradas 39.164 hospitalizações por neoplasia maligna de estômago em Minas Gerais e 6.071 óbitos hospitalares. A tabela 1 apresenta a distribuição do número de internações e de óbitos, além do coeficiente de internação (CI) e da taxa de letalidade hospitalar (LH) por ano de atendimento. O CI médio anual foi de 15,6/100 mil habitantes e a LH média anual de 15,5%.

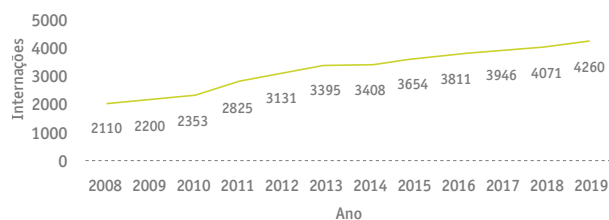
Tabela 1. Frequência das internações e dos óbitos, Coeficiente de Internação hospitalar (CI) por 100 mil habitantes e taxa de letalidade hospitalar (LH) em %, por neoplasia maligna de estômago, por ano de atendimento, Minas Gerais, Brasil, 2008-2019.

ANO	INTERNAÇÕES	%	ÓBITOS	%	CI	LH
2008	2110	5,4	383	6,3	10,7	18,2
2009	2200	5,6	440	7,2	11,1	20,0
2010	2353	6,0	445	7,3	11,8	18,9
2011	2825	7,2	468	7,7	14,1	16,6
2012	3131	8,0	544	9,0	15,5	17,4
2013	3395	8,7	519	8,5	16,7	15,3
2014	3408	8,7	522	8,6	16,6	15,3
2015	3654	9,3	533	8,8	17,7	14,6
2016	3811	9,7	588	9,7	18,3	15,4
2017	3946	10,1	553	9,1	18,9	14,0
2018	4071	10,4	549	9,0	19,3	13,5
2019	4260	10,9	527	8,7	20,1	12,4
Total	39164	100	6.071	100	15,6	15,5

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

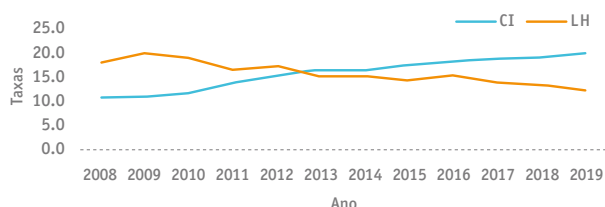
No período do estudo, houve um aumento progressivo do número de internações (Gráfico 1) e do coeficiente de internação hospitalar (CI), sendo então o ano de 2019 com os maiores valores (4260 internações; 20,1 internações/100 mil hab, respectivamente), quando foi registrada uma frequência de 10,9% do total de internações (Tabela 1). Apesar disso, a letalidade hospitalar sofreu redução ao longo dos anos, sendo o ano de 2009 com a maior taxa de letalidade hospitalar (20%) (Gráfico 2).

Gráfico 1. Evolução temporal das internações por neoplasia maligna de estômago no Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, Brasil, 2008-2019.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

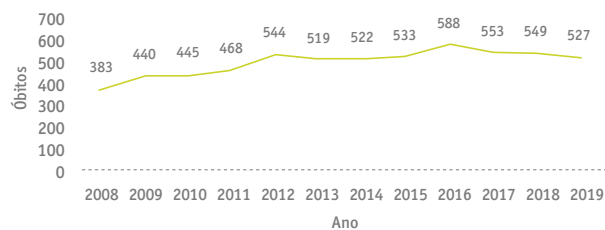
Gráfico 2. Evolução temporal do coeficiente de internação hospitalar (CI) por 100 mil habitantes e da taxa de letalidade hospitalar (LH) em % por neoplasia maligna de estômago, Minas Gerais, Brasil, 2008-2019.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O ano de 2016 obteve o maior número de óbitos (588) (Gráfico 3). Apesar disso, quando se compara o número de óbitos dos anos de 2012 a 2019, observa-se uma estatística que parece se manter ao longo do tempo, sem grandes discrepâncias entre os dados, sendo a média anual de óbitos igual a 505.

Gráfico 3. Distribuição do número absoluto de óbitos em cada ano no período de 2008 a 2019, causados por neoplasia maligna de estômago em Minas Gerais, Brasil.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Do total de indivíduos internados, 66,9% eram homens (Tabela 2). O sexo masculino também representou o maior número de óbitos (4.059) (Tabela 3). A faixa etária com maior prevalência foi entre os pacientes com 60 anos ou mais (60,7%), sendo quase a metade desses na faixa dos 60-69 anos (29%). No quesito raça/cor, houve predomínio das internações de pacientes pardos (48,17%) e brancos (29,46%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das características sociodemográficas dos pacientes internados por neoplasia maligna de estômago e número de internações, Minas Gerais, Brasil, 2008-2019.

VARIÁVEL	N	%
SEXO		
Masculino	26221	66,9
Feminino	12943	33,0
FAIXA ETÁRIA		
até 40 anos	1993	5,0
40 a 49 anos	4194	10,7
50 a 59 anos	9203	23,5
60 a 69 anos	11374	29,0
70 a 79 anos	8948	22,8
80 anos ou +	3452	8,8
COR/RAÇA		
Branca	11539	29,46
Preta	3223	8,23
Parda	18865	48,17
Amarela	290	0,74
Indígena	32	0,08
Sem informação	5215	13,32
MACRORREGIÃO DE SAÚDE		
Sul	5262	13,4
Centro Sul	2174	5,6
Centro	12056	30,8
Jequitinhonha	672	1,7
Oeste	1762	4,5
Leste	1203	3,1
Sudeste	4944	12,6
Norte	2283	5,8
Noroeste	628	1,6
Leste do Sul	1975	5,0
Nordeste	1196	3,1
Triângulo do Sul	1591	4,1
Triângulo do Norte	1279	3,3
Vale do Aço	2139	5,5
Total	39164	100

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Tabela 3. Número de óbitos por neoplasia maligna de estômago e a taxa de letalidade hospitalar (LH) em %, por sexo e faixa etária e MRS, Minas Gerais, Brasil, 2008-2019.

VARIÁVEL	ÓBITOS	LH
SEXO		
Masculino	4059	15,5
Feminino	2012	15,6
FAIXA ETÁRIA		
até 40 anos	243	12,2
40 a 49 anos	529	12,6
50 a 59 anos	1127	12,3
60 a 69 anos	1652	14,5
70 a 79 anos	1638	18,3
80 anos ou +	882	25,6
MACRORREGIÃO DE SAÚDE		
Sul	638	12,1
Centro Sul	316	14,5
Centro	2011	16,7
Jequitinhonha	73	10,9
Oeste	313	17,8
Leste	228	19,0
Sudeste	773	15,6
Norte	414	18,1
Noroeste	97	15,4
Leste do Sul	273	13,8
Nordeste	169	14,1
Triângulo do Sul	237	14,9
Triângulo do Norte	220	17,2
Vale do Aço	309	14,4
Total	6071	15,5

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Não houve diferença estatística da letalidade hospitalar entre os sexos. Para a faixa etária, a letalidade hospitalar foi maior entre os indivíduos com 80 anos ou mais (25,6%) e, em segundo lugar, entre os indivíduos de 70-79 anos (18,3%) (Tabela 3).

Na tabela 2, também se observa a prevalência da neoplasia maligna de estômago de acordo com as macrorregiões de saúde (MRS) de Minas Gerais. No total, o Estado conta com 14 MRS, sendo que as maiores prevalências da neoplasia são correspondentes ao Centro, Sul e

Sudeste, respectivamente, representando juntas mais de 50% das internações (56,8%) (Tabela 2).

Em contrapartida, as maiores taxas de letalidade hospitalar ficaram para as MRS Leste, Norte e Oeste (19,0%; 18,1%; 17,8%, respectivamente). A MRS Centro contou com o maior número absoluto de óbitos (2.011), que representa aproximadamente 30% de todos os óbitos registrados no Estado (Tabela 3).

Ainda, Minas Gerais apresentou no período estudado média de permanência na unidade hospitalar de 7,4 dias, com queda de 10,0 dias em 2008 para 5,9 dias em 2019 (Tabela 4). A faixa etária menor de 1 ano apresentou maior permanência, com média de 11,5 dias no sexo masculino e 13,8 dias no feminino, seguido da faixa etária de 1 a 4 anos, com 7,9 dias no masculino e 13,7 dias no feminino. O sexo feminino apresentou as maiores médias de permanência hospitalar, independente da faixa etária, quando comparado ao sexo masculino (Tabela 4).

Tabela 4. Média da permanência hospitalar (dias) por neoplasia maligna de estômago por sexo, segundo faixa etária, Minas Gerais, Brasil, 2008-2019.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO
Menor 1 ano	11,5	13,8
1 a 4 anos	7,9	13,7
5 a 9 anos	4,7	10
10 a 14 anos	5,8	9,8
15 a 19 anos	6,2	6,5
20 a 29 anos	6,1	6,9
30 a 39 anos	7,1	7,5
40 a 49 anos	7	7,4
50 a 59 anos	6,9	7,1
60 a 69 anos	7,2	7,4
70 a 79 anos	7,5	8,2
80 anos ou +	7,7	8,3
Total	7,2	7,6

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O gasto total em regime público foi de R\$ 1.056.273,77 no período analisado, sendo o gasto médio total por internação de R\$ 2988,07. Observa-se que o gasto maior foi com a faixa etária de 10 a 14 anos, sendo de R\$ 4921,72 para o sexo masculino. Não foi registrado no SIH o valor médio das internações para o sexo feminino para a mesma faixa etária (Tabela 5).

Tabela 5. Gasto médio (R\$) por internação em regime público atribuível à neoplasia maligna de estômago, por faixa etária, segundo sexo, Minas Gerais, Brasil, 2008-2019.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Menor 1 ano	1150,26	1880,74	1254,62
1 a 4 anos	1082,16	1330,86	1281,12
5 a 9 anos	682,71	887,44	785,08
10 a 14 anos	4921,72	...	4921,72
15 a 19 anos	3559,31	1480,23	3143,49
20 a 29 anos	2364,41	2308,92	2336,16
30 a 39 anos	2548,06	2419,15	2478,83
40 a 49 anos	2532,37	2659,69	2586
50 a 59 anos	3037,52	2600,02	2901,48
60 a 69 anos	3023,41	3220,83	3080,35
70 a 79 anos	3567,38	3224,87	3455,75
80 anos e mais	3232,44	2108,82	2772,37
Total	3093,89	2787,13	2988,07

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

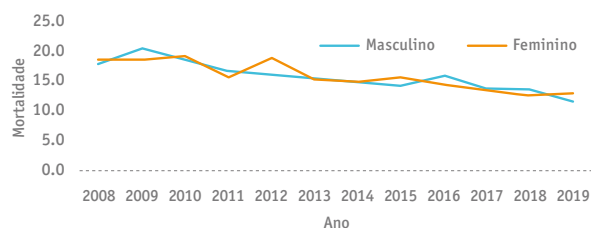
Por fim, nota-se que a mortalidade por neoplasia maligna de estômago em Minas Gerais por 100.000 habitantes apresenta valores significativos. Em 2009 foi registrada a maior taxa, sendo de 20% no total. Em relação ao sexo feminino, houve um acréscimo de 3% na taxa de 2018 (12,75%) para 2019 (13,14%). Para o sexo masculino, no mesmo período, houve um decréscimo de 14%. Não houve diferença estatística da taxa média anual de mortalidade para os dois sexos (Tabela 6). Apesar disso, observa-se uma tendência de decréscimo desse indicador ao longo dos anos em ambos os sexos (Gráfico 4).

Tabela 6. Taxa de mortalidade por neoplasia maligna de estômago em Minas Gerais, Brasil, 2008-2019.

ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
2008	18,2	18,8	18,4
2009	20,7	18,7	20,0
2010	18,8	19,4	19,0
2011	16,9	15,8	16,5
2012	16,4	19,0	17,3
2013	15,5	15,3	15,4
2014	14,9	14,9	14,9
2015	14,4	15,7	14,8
2016	16,0	14,6	15,6
2017	14,0	13,6	13,9
2018	13,7	12,8	13,3
2019	11,7	13,1	12,2
Total	15,9	16,0	15,9

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Gráfico 4. Tendência da mortalidade por neoplasia maligna de estômago em Minas Gerais, Brasil, 2008-2019.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Discussão

É notável que a neoplasia maligna de estômago (NME) seja uma importante causa de morbidade e mortalidade em várias partes do mundo, e o número total de casos incidentes e de mortes apresenta variações importantes ao longo dos anos em diferentes regiões. Ao redor do mundo, os números totais de casos e mortes por NME estão aumentando, particularmente pela crescente quantidade de diagnósticos feitos no leste asiático, especialmente na China (ETEMADI, 2020). No Brasil o número de casos vem diminuindo ao longo dos anos, passando da primeira causa de câncer em homens para a quarta incidência, sendo que nunca foi responsável por parte significativa dos cânceres em mulheres (GONÇALVES, 2020).

No estado de Minas Gerais, no período analisado de 2007 a 2017, foram registrados 39.164 hospitalizações por NME, sendo que destes, 6.071 foram a óbito. Importante notar que houve aumento progressivo, ao longo dos anos, do número absoluto das internações e do coeficiente de internação hospitalar (CI), com pico em 2019. De forma semelhante, Duarte (2020) também constatou que o Brasil apresentou esse elevado registro de internações por NME na última década, com maior incidência em 2019 e aumento de quase 55% entre os anos de 2010 e 2019, o que pode ser explicado pela maior disponibilidade de exames diagnósticos e do aumento dos diagnósticos de pacientes já em estágios avançados da doença.

Apesar disso, a letalidade sofreu redução ao longo dos anos, como observado no gráfico 3. Em relação à tendência da mortalidade por NME, foi observado também, no gráfico 4, uma progressiva queda ao longo dos anos para ambos os sexos. No Brasil, este achado também está de acordo com o que foi verificado por Guerra

(2017), que identificou redução nas taxas de mortalidade em ambos os sexos (redução de 38,9% em mulheres e 37,3% em homens).

Essa tendência de queda da mortalidade, também encontrado na revisão de literatura feita por Etemadi (2020), pode estar relacionado a estratégias de diagnóstico precoce, melhores condições de saúde, redução do tabagismo e acesso a alimentação saudável. Não houve diferença estatística da letalidade hospitalar e da mortalidade entre os sexos, em desconformidade com outros estudos acerca do tema, que observaram maiores taxas para o sexo masculino (RÊGO, 2011; LACERDA, 2014; OLIVEIRA, 2010).

Duarte (2020) ainda verificou que a mortalidade da NME no Brasil, na última década, é de 16,9%, o que se assemelha a realidade de Minas Gerais entre os anos de 2008-2019 observada neste estudo, com uma taxa de mortalidade detectada de 15,9%. Quando comparado internacionalmente, Silva et al. (2011) constatou que a mortalidade por câncer de estômago no Brasil, apesar de declinante, ainda caracteriza-se em um padrão de intermediário a alto se comparado a outros países analisados no estudo.

Neste trabalho, foi identificada uma predominância maior entre homens (66,9%) tanto no número de internações quanto no de óbitos, embora a letalidade hospitalar tenha sido semelhante entre os sexos. De acordo com o estudo de Jacob e colaboradores (2009), essa predominância do sexo masculino, explicada principalmente por fatores ambientais (exposição a alimentos salgados, tabagismo e etilismo), vem diminuindo ao longo dos anos desde o século passado, passando de uma razão de 2,8 homens para cada mulher, para apenas 1,6 de 1932 a 1968, embora ainda não haja consenso se essa mudança epidemiológica realmente está acontecendo. Ferlay et al. (2015), Steeven et al. (2009) e Jacob et al. (2009) também constataram uma tendência de aumento da incidência da doença entre as mulheres, mesmo com a predominância ainda entre os homens.

Além disso, a idade encontrada como sendo a mais prevalente entre os casos de câncer de estômago – pacientes com 60 anos ou mais – também foi encontrado em outros trabalhos (JACOB, 2009; ETEMADI, 2020; GONÇALVES, 2020), evidenciando a importância de se dar maior atenção aos pacientes idosos com fatores de risco associados para o desenvolvimento de câncer de estômago. Apesar disso, segundo Takatsu et al. (2015), há uma tendência de aumento da incidência da NME em pessoas mais jovens, o que tem agravado

o diagnóstico mais tardio e dificultado um prognóstico mais favorável para o câncer gástrico. Para Song et al. (2016), o diagnóstico tardio é um dos grandes limitadores do tratamento dessa patologia, o qual pode envolver cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia, e o tipo de terapia escolhida dependerá da histologia, do tamanho, do local e da extensão do tumor.

Embora, tenha-se encontrado predominância mais elevada entre pacientes pardos e brancos (48,17% e 29,46% respectivamente), estudos correlacionaram a maior incidência de câncer de estômago principalmente a fatores ambientais, e menos a fatores de raça/cor de pele (ETEMADI, 2020). Por isso, são necessários mais estudos voltados para possíveis diferenças entre pacientes de etnias diferentes.

Em relação às macrorregiões de saúde (MRS) de Minas Gerais, observou-se neste estudo que o número de internações por NME concentraram-se nas regiões Centro, Sul e Sudeste, de acordo com a tabela 2. Conforme o plano diretor de Minas Gerais, o ordenamento dos serviços de saúde funciona de acordo com as densidades tecnológicas, que não possuem distribuição homogênea, sendo mais concentradas justamente nas regiões Centro e Sul do Estado (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011).

A média da permanência hospitalar dos pacientes internados em regime público foi de 7,4 dias, sendo o sexo feminino com os maiores valores independente da idade. Segundo um estudo sobre as internações hospitalares por neoplasias no Brasil, essa variável pode servir como parâmetro para avaliar a eficiência da gestão hospitalar, a rotatividade dos leitos, assim como a qualidade da prática clínica adotada, entretanto, diversos fatores podem influenciá-la, como a idade, o estadiamento do câncer e as comorbidades associadas. Sendo assim, o uso isolado do tempo de internação não é suficiente para se tirar conclusões sobre a qualidade do uso (bom ou mau) dos recursos hospitalares (DOS SANTOS, 2020).

Por fim, este estudo analisou também os gastos com pacientes acometidos por câncer gástrico. Em regime público, o gasto total no período analisado foi de R\$ 1.056.273,77; representando um gasto médio de R\$2988,07 por internação. Esse valor tende a ser maior de acordo com o estadiamento do câncer ao momento do diagnóstico: enquanto em pacientes com estadiamento I, os procedimentos incluem dissecação submucosa endoscópica, gastrectomias parciais e cirurgia com quimioterapia adjuvante, pacientes de estadiamento III necessitaram de procedimentos mais invasivos, custosos e que neces-

sitaram de maior tempo de internação (KIM, 2018). Pacientes no estadió IV apresentaram custos significativamente maiores e intervenções mais drásticas do que pacientes em estadió I, o que indica que o estadió do câncer foi um dos fatores mais importantes relacionados aos custos do tratamento (KIM, 2018).

Um exemplo importante de manejo dos casos de câncer gástrico é o Japão, país com elevada incidência da doença, cujo conhecimento epidemiológico propiciou o estabelecimento de medidas direcionadas ao rastreamento da neoplasia, bem como de realização de exames endoscópios periódicos com indicação correta. Essas estratégias permitem o diagnóstico precoce, tratamento mais eficaz e menos agravos à saúde dos pacientes, com um custo menor (GONÇALVES, 2020).

As limitações deste estudo referem-se àquelas ligadas à utilização de banco de dados secundários, dentre elas a falta de dados sobre o gasto médio das internações para a população feminina na faixa etária dos 10 aos 14 anos, o que impossibilitou a análise fiel e comparativa dos dados para essa variável e faixa etária. Esse fato aponta para a necessidade de melhorias na coleta de informações e no registro das notificações para a base de dados.

Conclusão

Conforme observado no estudo, evidenciou-se a semelhança da situação epidemiológica do câncer gástrico em Minas Gerais quanto à realidade nacional. Apesar da redução da letalidade hospitalar anual, a incidência e os custos de internação continuam altos, talvez pelo atraso no diagnóstico, que pode ser o principal desafio a ser superado.

É notória a necessidade de novos estudos epidemiológicos que facilitem a realização do diagnóstico precoce e compreensão das características populacionais do estado, a fim de garantir que o número de casos de câncer gástrico e – principalmente – sua letalidade e morbimortalidade sejam reduzidos, por meio de intervenções menos agressivas em estádios precoces da doença, com melhores desfechos, menos custos e mais qualidade de vida aos pacientes.

Referências Bibliográficas

- Barchi, L.C et al. (2020). II Consenso Brasileiro de Câncer Gástrico realizado pela Associação Brasileira de Câncer Gástrico. São Paulo: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, 33 (2).
- Brasil. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. (2016). Conselho Nacional de Saúde. Consultada em Outubro, 2020, em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

- Da Silva, J. A. G. (2019). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 120.
- Da Silva, M. J. S. (2020). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 4, 111.
- Dos Santos, H. L. P. C., Maciel, F. B. M., & de Oliveira, R. S. (2020). Internações Hospitalares por Neoplasias no Brasil, 2008-2018: Gastos e Tempo de Permanência. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 66(3).
- Duarte, A. C. S. F. et al. (2020). Perfil epidemiológico das internações por neoplasia maligna de estômago durante a última década no Brasil. *Brazilian Journal of Development*, 6 (10), 78528-78539.
- Etemadi, A., Safiri, S., Sepanlou, S. G., Ikuta, K., Bisignano, C., Shakeri, R., ... & Sekerija, M. (2020). The global, regional, and national burden of stomach cancer in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2017. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 5(1), 42–54.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), E359-E386.
- Gonçalves, F. S., de Melo Sarges, R., Ramos, M. A., José, M., Souza, C., Nemer, C. R. B., & de Oliveira Menezes, R. A. (2020). Perfil clínico epidemiológico do câncer gástrico: revisão integrativa. *PubSaúde*, 3, a041.
- Guerra, M. R., Bustamante-Teixeira, M. T., Corrêa, C. S. L., Abreu, D. M. X. D., Curado, M. P., Mooney, M., ... & Malta, D. C. (2017). Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20, 102-115.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2014). Atlas on-line de mortalidade. Rio de Janeiro: INCA. Consultada em Maio, 2021, em <https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo06/consultar.xhtml#panelResultado>
- Jacob, C. E., Bresciani, C., Gama-Rodrigues, J. J., Yagi, O. K., Mucerino, D., Zilberstein, B., & Cecconello, I. (2009). Behavior of gastric cancer in Brazilian population. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 22, 29-32.
- Kim, J. H., Kim, S. S., Lee, J. H., Cheung, D. Y., Chung, W. C., & Park, S. H. (2018). Early detection is important to reduce the economic burden of gastric cancer. *Journal of Gastric Cancer*, 18(1), 82-89.
- Lacerda, K. C., Rocha, R. C., Melo, M. M. D., & Nunes, L. C. (2014). Mortalidade por câncer de estômago em Volta Redonda-RJ, 1981-2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23, 519-526.
- Malachias, I., Leles, F. A. G., Pinto, M. A.S. (2011). Plano diretor de regionalização da saúde de Minas Gerais (PDR/MG). Belo Horizonte, MG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Consultada em Agosto, 2021, em <https://www.novaconcursos.com.br/arquivos-digitais/erratas/15885/20203/plano-diretor-regionalizacao.pdf>
- Oliveira, J. F. P. (2010). Câncer de estômago: incidência, mortalidade e sobrevida no município de Fortaleza, Ceará (Tese de Doutorado).
- Rêgo, M. A. V., Leão, C. R., Teixeira, U. F., & de Souza Filho, P. R. A. (2011). Tendência da mortalidade por câncer de estômago em Salvador e no estado da Bahia, Brasil, de 1980 a 2007. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(4), 869-869.
- Silva, G. A. E., Gamarra, C. J., Girianelli, V. R., & Valente, J. G. (2011). Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. *Revista de Saúde Pública*, 45(6), 1009-1018.
- Song, H., Zhu, J., & Lu, D. (2016). Molecular targeted first line therapy for advanced gastric cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
- Steevens, J., Botterweck, A. A., Dirx, M. J., van den Brandt, P. A., & Schouten, L. J. (2010). Trends in incidence of oesophageal and stomach cancer subtypes in Europe. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 22(6), 669-678.
- Takatsu, Y., Hiki, N., Nunobe, S., Ohashi, M., Honda, M., Yamaguchi, T., ... & Sano, T. (2016). Clinicopathological features of gastric cancer in young patients. *Gastric Cancer*, 19(2), 472-478.

Fresubin® 3.2 KCAL Drink

A nutrição mais efetiva em oncologia num pequeno volume

Hiperproteico
20g/125 ml

Hipercalórico
400 Kcal

80% Hidrolisado colagénio + 20%
proteínas do leite

Baixo Volume
125 ml

Vitamina D
10 µg/125 ml



avelã



manga



baunilha caramelo



cappuccino



Excelentes sabores para melhorar a adesão dos doentes



Suplementação Calórica

+



Suplementação Proteica

+



Suplementação em Vitamina D

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

Conheça mais em www.fresubin.pt

Alimentos para fins medicinais específicos.

À venda exclusivamente em farmácias.



DARZALEX[®] SC

daratumumab solução injetável

+4000 doentes tratados em ensaios clínicos colaborando para o acesso à inovação no tratamento do **Mieloma Múltiplo** e da **Amiloidose AL**

Adaptado de ref. 1-7

Referências:

1. Lorion, S *et al.* Daratumumab monotherapy in patients with treatment-refractory multiple myeloma (SIRIUS): an open-label, randomised, phase 2 trial. *Lancet*. 2016; **2**. Weisel KC, *et al.* Efficacy and Safety of Daratumumab, Bortezomib, and Dexamethasone (D-Vd) Versus Bortezomib and Dexamethasone (Vd) in First Relapse Patients (pts) with Multiple Myeloma (MM): Four-Year Update of CASTOR. Poster 3192. ASH Annual Meeting 2019, Orlando; **3**. Kaufman JL, *et al.* Four-Year Follow-up of the Phase 3 Pollux Study of Daratumumab Plus Lenalidomide and Dexamethasone (D-Rd) Versus Lenalidomide and Dexamethasone (Rd) Alone in Relapsed or Refractory Multiple Myeloma (RRMM). Poster 1866. ASH Annual Meeting 2019, Orlando; **4**. Mateos MV. Overall survival with daratumumab, bortezomib, melphalan, and prednisone in newly diagnosed multiple myeloma (ALCYONE): a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet*. 2020; **5**. Facon T, *et al.* Overall survival results with Daratumumab, Lenalidomide, and dexamethasone versus Lenalidomide and Dexamethasone in Transplant-ineligible newly diagnosed Multiple Myeloma: Phase 3 MAIA study. 2021. EHA Oral presentation; **6**. Avel-Loiseau *et al.* Efficacy of Daratumumab (DARA) + Bortezomib/Thalidomide/Dexamethasone (D-VTd) in Transplant-eligible Newly Diagnosed Multiple Myeloma (TE NDMM) Based on Minimal Residual Disease (MRD) Status: Analysis of the CASSIOPEIA Trial ASCO 2019 Poster #8017; **7**. Kastiris E *et al.* Updated results from phase 3 andromeda study of patients with newly diagnosed light chain amyloidosis treated with bortezomib, cyclophosphamide, and dexamethasone plus subcutaneous daratumumab. EHA 2021.

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Peço-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. Para saber como notificar reações adversas, ver secção 4.8 do RCM completo. **DARZALEX[®] 1 800 mg solução injetável. Composição qualitativa e quantitativa:** Cada frasco para injetáveis de 15 ml de solução injetável contém 1 800 mg de daratumumab (120 mg de daratumumab por ml). **Forma farmacéutica:** Solução injetável. **Indicações terapêuticas:** Mieloma Múltiplo DARZALEX[®] está indicado: em associação com lenalidomide e dexametasona ou com bortezomib, melphalan e prednisona para o tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo recém-diagnosticado, não elegíveis para transplante autólogo de células estaminais; em associação com bortezomib, talidomide e dexametasona no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo recém-diagnosticado, elegíveis para transplante autólogo de células estaminais; em associação com lenalidomide e dexametasona ou com bortezomib e dexametasona no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo que tenham recebido pelo menos uma terapêutica anterior, em associação com pomalidomide e dexametasona para o tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo que tenham recebido uma terapêutica anterior contendo um inibidor do proteossoma e lenalidomide e foram refratários à lenalidomide ou que receberam pelo menos duas terapêuticas anteriores que incluíram lenalidomide e um inibidor do proteossoma e demonstraram progressão da doença durante ou após a última terapêutica; e em monoterapia no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo em recaída e refratário, cuja terapêutica anterior tenha incluído um inibidor do proteossoma e um imunomodulador e que tenham demonstrado progressão da doença à terapêutica anterior. **Amiloidose AL** DARZALEX[®] está indicado em associação com ciclofosfamida, bortezomib e dexametasona para o tratamento de doentes adultos com amiloidose de cadeia leve (AL) sistémica recém-diagnosticada. **Posologia e modo de administração:** DARZALEX[®] deve ser administrado por um profissional de saúde e a primeira dose deve ser administrada em ambiente onde esteja disponível equipamento de ressuscitação de emergência. É importante verificar os rótulos dos frascos para injetáveis para garantir que a formulação e a dose apropriadas estão a ser administradas ao doente como prescrito. Devem ser administrados medicamentos pré e pós-injeção para reduzir o risco de reações relacionadas com a perfusão (RRP) de daratumumab. **Posologia: A dose recomendada é de 1 800 mg, administrados durante aproximadamente 3-5 minutos, de acordo com os seguintes esquemas posológicos:** **Mieloma múltiplo** Esquema posológico em associação com lenalidomide e dexametasona (Rd) ou pomalidomide e dexametasona (Pd) (esquema posológico de ciclos de 4 semanas) e em monoterapia: semanas 1 a 8 – semanalmente (total de 8 doses); semanas 9 a 24 – intervalos de duas semanas (total de 8 doses); a partir da semana 25 até progressão de doença - intervalos de quatro semanas. **Esquema posológico em associação com bortezomib, melphalan e prednisona (VMP) (esquema posológico de ciclos de 6 semanas):** semanas 1 a 6 – semanalmente (total de 6 doses); semanas 7 a 54 – intervalos de três semanas (total de 16 doses); a partir da semana 55 até progressão de doença – intervalos de quatro semanas. **Esquema posológico em associação com bortezomib, talidomide e dexametasona (VtD) (esquema posológico de ciclos de 4 semanas) para o tratamento de doentes recém-diagnosticados, elegíveis para transplante autólogo de células estaminais (TACE):** - Indução: semanas 1 a 8 – semanalmente (total de 8 doses); semanas 9 a 16 - intervalos de duas semanas (total de 4 doses); - Pausa para quimioterapia em alta dose e TACE; - Consolidação: semanas 1 a 8 – intervalos de duas semanas (total de 4 doses). **Esquema posológico para a associação com bortezomib e**

dexametasona (Vd) (esquema de ciclos de 3 semanas): semanas 1 a 9 - semanalmente (total de 9 doses); semanas 10 a 24 - intervalos de três semanas (total de 5 doses); a partir da semana 25 até progressão de doença - intervalos de quatro semanas. **Amiloidose AL** Esquema posológico em associação com bortezomib, ciclofosfamida e dexametasona (VC) (esquema posológico de ciclos de 4 semanas): semanas 1 a 8 – semanalmente (total de 8 doses); semanas 9 a 24 - intervalos de duas semanas (total de 8 doses); a partir da semana 25 até progressão de doença - intervalos de quatro semanas. Para informações sobre a dose e o esquema posológico dos medicamentos administrados com DARZALEX[®], ver secção 5.1 do RCM completo e o RCM do medicamento correspondente. **Omissão de doses:** Caso seja omitida uma dose planeada de DARZALEX[®], esta deve ser administrada o mais rápido possível e o esquema posológico deve ser ajustado em conformidade, mantendo-se o intervalo de tratamento. **Alterações de dose:** Não são recomendadas reduções de dose de DARZALEX[®]. **Profilaxia da reativação do vírus herpes zoster:** Deve ser considerada profilaxia antiviral para prevenir a reativação do vírus herpes zoster. **Populações especiais:** **Compromisso renal ou hepático:** Não é necessário ajuste de dose nos doentes com compromisso renal ou hepático. **Doses:** Os ajustes de dose não são considerados necessários. **População pediátrica:** A segurança e eficácia de DARZALEX[®] em crianças de idade inferior a 18 anos não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Peso corporal:** Foi estudado um número limitado de doentes com peso corporal > 120 kg utilizando uma dose fixa (1 800 mg) de DARZALEX[®] solução para injeção subcutânea e não foi estabelecida eficácia nestes doentes. Atualmente, não pode ser recomendado qualquer ajuste de dose baseado no peso corporal. **Modo de administração** DARZALEX[®] solução injetável não se destina a administração intravenosa e deve ser administrado exclusivamente por injeção subcutânea, utilizando as doses especificadas. **Injete 15 ml de DARZALEX[®] solução para injeção subcutânea no tecido subcutâneo do abdómen aproximadamente 7,5 cm à direita ou à esquerda do umbigo durante aproximadamente 3-5 minutos.** Não injete DARZALEX[®] solução para injeção subcutânea noutros locais do corpo, uma vez que não estão disponíveis dados. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **Efeitos indesejáveis:** **Reações adversas em doentes com mieloma múltiplo e amiloidose AL tratados com daratumumab:** **Muito frequentes:** infeção das vias respiratórias superiores, pneumonia, bronquite, neutropenia, trombocitopenia, anemia, linfopenia, leucopenia, apetite diminuído, insónia, neuropatia sensitiva periférica, cefaleia, tosse, dispneia, diarreia, obstipação, náuseas, vômito, erupção cutânea, dor nas costas, espasmos musculares, artralgia, fadiga, edema periférico, pirexia, astenia; **Frequentes:** infeção do trato urinário, gripe, sépsis, hiperglicemia, hipocalcemia, desidratação, tonturas, parestesia, síncope, fibrilhação auricular, hipertensão, edema pulmonar, pancreatite, prurido, dor torácica musculoesquelética, arrepios, reações no local de injeção, reações relacionadas com a perfusão com daratumumab subcutâneo; **Pouco frequentes:** infeção por citomegalovírus, reativação do Vírus da Hepatite B; **Rara:** reação anafilática. **Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Bélgica. **Para mais informações deverá contactar o Representante Local:** Janssen-Cilag Farmacéutica, Lda. Lagoas Park, Edifício 9, 2740-262 Porto Salvo. Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Notificação de acontecimentos adversos ou outras situações de segurança especiais: farmacovigilancia_portugal@its.jnj.com ou 214368600. Notificação de reclamações de qualidade: qualidade_janssen@its.jnj.com ou 214368600. **Antes de prescrever consulte o RCM completo.** IECRCM de DARZALEX[®], Versão 13, revisto em 06/2021.

Janssen-Cilag Farmacéutica, Lda.

Lagoas Park, Edifício 9, 2740 - 262 Porto Salvo | Portugal | www.janssen.com/portugal
Sociedade por quotas | Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Oeiras,
sob o n.º 10576 | Capital Social 2.693.508,64 euros | N.º Contribuinte 500 189 412
Material promocional elaborado em outubro de 2021 | CP-271561

janssen Oncology

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Janssen-Johnson