

ON

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

36

ANO XI · JAN-JUN 2018

DOI: 10.31877/on.2018.36

Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa**GESTÃO PRIVILEGIADA DA TERAPÊUTICA ORAL AFATINIB NA PRÁTICA CLÍNICA:**

RESULTADO DO PROGRAMA «TODA A DIFERENÇA»

Apresentação do resultado do projecto educacional que levou à construção de um guia de orientação clínica na consulta de enfermagem para o doente em tratamento com afatinib.

O PAPEL DAS COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL DOS ENFERMEIROS NA EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DE SOFRIMENTO DE PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Estudo da análise do impacto das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento da pessoa com doença oncológica.

PRÁTICA DE CLÍNICA DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES: ADMINISTRAÇÃO SUBCUTÂNEA DE TRASTUZUMAB (HERCEPTIN®) E RITUXIMAB (MABTHERA®)

Artigo de análise da aplicabilidade das Linhas de Consenso na prática diária dos enfermeiros.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA ADAPTAÇÃO DA MULHER AO CANCRO DA MAMA

Artigo de revisão integrativa da literatura, de acordo com o modelo PVO (Paciente/População/Problema).

QUAL A EFICÁCIA DA APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE MINDFULNESS NA QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM CANCRO DA MAMA?

O “mindfulness” apresenta-se como uma estratégia interventiva, que pode ser uma opção na nossa decisão da prática clínica.

GUIA DE APOIO PARA AVALIAÇÃO DE SINTOMATOLOGIA EM DOENTES COM SÍNDROMES MIELO-PROLIFERATIVAS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DA ESCALA MPN-10

Estudo de monitorização e avaliação sistemática dos sintomas dos doentes usando a escala “Myelo-Proliferative Neoplasm Symptom Assessment Form. Total Symptom Score” (MPN-SAFTSS).

DARZALEX®

TRANSFORMA O TRATAMENTO DO MM EM RECAÍDA/ REFRATÁRIO⁵

Uma Nova Esperança

+50%
Resposta
Completa
ou superior^{1,2}

Taxa
de DRM
negativa³

4-5x
Superior^{1,2*}

>59%
Redução
no risco
de progressão
de doença
ou morte^{1,2,5}

Perfil de
segurança
de
fácil gestão^{1,2}

Resposta Significativa

Sobrevivência Notável

DARZALEX® está indicado em combinação com lenalidomida e dexametasona ou com bortezomib e dexametasona no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo que tenham recebido pelo menos uma terapêutica anterior.⁴

Informações Essenciais Compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. **Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. Para saber como notificar reações adversas, ver secção 4.8 do RCM completo.** DARZALEX® 20 mg/ml concentrado para solução para perfusão. Composição qualitativa e quantitativa: Cada frasco para injetáveis de 5 ml contém 100 mg de daratumumab (20 mg de daratumumab por ml). Cada frasco para injetáveis de 20 ml contém 400 mg de daratumumab (20 mg de daratumumab por ml). O daratumumab é um anticorpo monoclonal humano IgG1κ anti-CD38, produzido em linhagens celulares de mamíferos (Chinese Hamster Ovary (CHO)) usando a tecnologia do ADN recombinante. Excipiente(s) com efeito conhecido: Cada frasco para injetáveis de 5 ml e 20 ml de DARZALEX® contém 0,4 mmol e 1,6 mmol (9,3 mg e 37,3 mg) de sódio, respetivamente. Para a lista completa de excipientes, ver secção 6.1 do RCM completo. Forma farmacêutica: Concentrado para solução para perfusão. A solução é incolor a amarela. **Indicações terapêuticas:** DARZALEX® está indicado: 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; e em combinação com lenalidomida e dexametasona ou com bortezomib e dexametasona no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo que tenham recebido pelo menos uma terapêutica anterior. **Posologia e modo de administração:** DARZALEX® deve ser administrado por um profissional de saúde, em ambiente onde esteja disponível equipamento de ressuscitação de emergência. **Posologia:** Deve ser administrada medicação pré e pós-perfusão para reduzir o risco de reações relacionadas com a perfusão (RRP) de daratumumab. Para mais informações relativas à posologia, consulte o RCM completo. **Dose:** Posologia padrão para a monoterapia e para a combinação com lenalidomida (esquema de ciclos de 4 semanas): A dose recomendada de DARZALEX® é de 16 mg/kg de peso corporal, administrada por perfusão intravenosa, de acordo com o seguinte esquema posológico: semanalmente (total de 9 doses) – semanas 1 a 9; intervalos de três semanas (total de 5 doses) – semanas 10 a 24; intervalos de quatro semanas – a partir da semana 25 até progressão de doença. Esquema posológico modificado para a combinação com bortezomib (esquema de ciclos de 3 semanas): A dose recomendada de DARZALEX® é de 16 mg/kg de peso corporal, administrada por perfusão intravenosa, de acordo com o seguinte esquema posológico: semanalmente (total de 9 doses) – semanas 1 a 9; intervalos de três semanas (total de 5 doses) – semanas 10 a 24; intervalos de quatro semanas – a partir da semana 25 até progressão de doença. Para informações sobre a dose e o esquema posológico dos medicamentos administrados com DARZALEX®, ver secção 5.1 do RCM completo e o RCM do medicamento correspondente. **Taxas de perfusão:** Após diluição, a perfusão de DARZALEX® deve ser administrada por via intravenosa na taxa de perfusão inicial, de acordo com o seguinte: primeira perfusão, com um volume de diluição de 1000 ml, a uma taxa de perfusão inicial de 50 ml/h, com aumentos da taxa de perfusão de 50 ml/h, em intervalos de perfusão de uma hora, com uma taxa de perfusão máxima de 200 ml/h; segunda perfusão, com um volume de diluição de 500 ml, a uma taxa de perfusão inicial de 50 ml/h, com aumentos da taxa de perfusão de 50 ml/h, em intervalos de uma hora, com uma taxa de perfusão máxima de 200 ml/h; perfusões seguintes, com volume de diluição de 500 ml, a uma taxa de perfusão inicial de 50 ml/h, com aumentos da taxa de perfusão de 50 ml/h, em intervalos de uma hora, com uma taxa de perfusão máxima de 200 ml/h. O aumento progressivo da taxa de perfusão deve ser considerado apenas na ausência de reações relacionadas com a perfusão. **Gestão das reações relacionadas com a perfusão:** Deve ser administrada medicação pré-perfusão antes de efetuar o tratamento com DARZALEX® para reduzir o risco de RRP. Caso surjam RRP de qualquer grau/gravidade, interrompa imediatamente a perfusão de DARZALEX® e controle os sintomas. A gestão das RRP pode ainda requerer a redução da taxa de perfusão ou a descontinuação do tratamento com DARZALEX®, conforme descrito no RCM completo. **Omissão de doses:** Caso seja omitida uma dose planeada de DARZALEX®, esta deve ser administrada o mais rápido possível e o esquema posológico deve ser ajustado em conformidade, mantendo-se o intervalo de tratamento. **Alterações de dose:** Não são recomendadas reduções de dose de DARZALEX®. Poderá ser necessário o atraso na administração da dose para permitir uma recuperação da contagem de células sanguíneas em caso de toxicidade hematológica. **Medicação concomitante recomendada:** **Medicação pré-perfusão:** Deve ser administrada medicação pré-perfusão para reduzir o risco de RRP em todos os doentes, 1-3 horas antes de cada perfusão de DARZALEX®, de acordo com o seguinte: corticosteroide de ação prolongada ou intermédia (Monoterapia: 100 mg de metilprednisolona, ou equivalente, administrado por via intravenosa. Após a segunda perfusão, a dose do corticosteroide pode ser reduzida (60 mg de metilprednisolona por via oral ou intravenosa)). **Terapêutica combinada:** 20 mg de dexametasona, administrada antes de cada perfusão de DARZALEX®. A dexametasona é administrada por via intravenosa antes da primeira perfusão de DARZALEX® e a administração oral pode ser considerada antes das perfusões seguintes), antipirético (650 a 1000 mg de paracetamol por via oral) e anti-histamínico (25 a 50 mg de difenidramina por via oral ou intravenosa, ou equivalente). **Medicação pós-perfusão:** Deve ser administrada medicação pós-perfusão para reduzir o risco de reações tardias relacionadas com a perfusão, de acordo com o seguinte: **Monoterapia:** deve administrar-se um corticosteroide oral (20 mg de metilprednisolona ou uma dose equivalente de corticosteroide de ação intermédia ou prolongada, de acordo com as práticas locais) em cada um dos dois dias após todas as perfusões (com início no dia a seguir à perfusão). **Terapêutica combinada:** considerar administrar metilprednisolona em baixa dose por via oral (<= 20 mg) ou equivalente, no dia após a perfusão de DARZALEX®. No entanto, se for administrado um corticosteroide específico como parte do esquema terapêutico (ex: dexametasona) no dia após a perfusão de

DARZALEX®, pode não ser necessária medicação pós-perfusão adicional. Adicionalmente, em doentes com história de doença pulmonar obstrutiva crónica, deve ser considerada a administração de medicação pós-perfusão, incluindo broncodilatadores de ação curta e longa, e corticosteroides de inalação. Após as primeiras quatro perfusões, se o doente não sofrer nenhuma RRP maior, esta medicação pós-perfusão para inalação pode ser descontinuada, de acordo com a decisão do médico. **Profilaxia da reativação do vírus herpes zoster:** Deve ser considerada profilaxia antiviral para prevenir a reativação do vírus herpes zoster. **Populações especiais:** **Compromisso renal:** Não foram realizados estudos formais de daratumumab em doentes com compromisso renal. Com base em análises de farmacocinética populacional, não é necessário ajuste de dose nos doentes com compromisso renal. **Compromisso hepático:** Não foram realizados estudos formais de daratumumab em doentes com compromisso hepático. Com base em análises de farmacocinética populacional, não é necessário ajuste de dose em doentes com compromisso hepático. **Idosos:** Os ajustes de dose não são considerados necessários. **População pediátrica:** A segurança e eficácia de DARZALEX® em crianças de idade inferior a 18 anos não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Modo de administração:** DARZALEX® é utilizado por via intravenosa. É administrado por perfusão intravenosa, após diluição com uma solução injetável de cloreto de sódio a 9 mg/ml (0,9%). Para instruções sobre a diluição do medicamento antes da administração, consulte o RCM completo. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à(s) substância(s) ativa(s) ou a qualquer um dos excipientes mencionados na secção 6.1 do RCM completo. **Efeitos indesejáveis:** As reações adversas mais frequentes (>20%) em estudos individuais, controlados e aleatorizados foram reações à perfusão, fadiga, náuseas, diarreia, espasmos musculares, parestesia, tosse, dispnéia, neutropenia, trombocitopenia e infeção do trato respiratório superior. Além disso, em associação com bortezomib, foram frequentemente notificadas edema periférico e neuropatia sensitiva periférica. As reações adversas graves foram pneumonia, infeção das vias respiratórias superiores, gripe, parestesia, diarreia, fibrilhação auricular. **Reações adversas em doentes a receber DARZALEX®:** **Muito frequentes:** pneumonia, infeção das vias respiratórias superiores, neutropenia, trombocitopenia, anemia, linfopenia, neuropatia sensitiva periférica, cefaleia, tosse, dispnéia, diarreia, náuseas, vômito, espasmos musculares, fadiga, parestesia, edema periférico, reação relacionada com a perfusão; **Frequentes:** gripe, fibrilhação auricular. **Reações relacionadas com a perfusão:** Nos ensaios clínicos, a incidência de reações relacionadas com a perfusão de qualquer grau foi de 46% na primeira perfusão de DARZALEX®, 2% na segunda perfusão e 3% nas perfusões seguintes. Menos de 1% dos doentes tiveram uma reação relacionada com a perfusão de grau 3 na segunda ou subsequentes perfusões. A mediana do tempo até o início de uma reação foi de 1,4 horas (intervalo: 0,02 a 72,8 horas). A incidência de interrupções à perfusão devido a reações foi de 42%. A duração mediana da perfusão para a 1ª, 2ª e subsequentes perfusões foi de 7,0, 4,3 e 3,5 horas, respetivamente. As reações relacionadas com a perfusão graves (Grau 3) incluíram broncospasmo, dispnéia, edema da laringe, edema pulmonar, hipoxia e hipertensão. Outras reações adversas relacionadas com a perfusão (de qualquer grau, >= 5%) foram congestão nasal, tosse, arropios, irritação da garganta, vômitos e náuseas. **Infeções:** Em doentes tratados com DARZALEX® em combinação com outras terapêuticas, foram notificadas infeções de grau 3 ou 4. A pneumonia foi a infeção grave (Grau 3 ou 4) mais frequentemente notificada em todos os estudos. Foram notificadas descontinuações do tratamento em 2% a 5% dos doentes. Foram notificadas infeções fatais em 0,8% a 2% dos doentes em todos os estudos, principalmente devido a pneumonia e sepsis. **Hemólise:** Existe um risco teórico de hemólise. A monitorização contínua deste sinal de segurança será efetuado nos estudos clínicos e em dados de segurança pós-comercialização. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao INFARMED, I.P.: INFARMED, I.P., 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), Fax: +351 21 798 73 97, Site da internet: <http://extranet.infarmed.pt/paga.seram.frontoffice.seram.homepage>, E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt. **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 Farmacêutica, Lda, Estrada Consiglieri Pedroso 69A – Queluz de Baixo – 2734-503 Barcarena. 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.jrj.com ou 214368835. Notificação de reclamações de qualidade: qualidade_janssen@its.jrj.com ou 214368835. **Antes de prescrever consulte o RCM completo.** IECRCM de DARZALEX®, Versão 2, revista em abril de 2017.

Referências: 1. Dimopoulos M, et al. Efficacy and Safety of Daratumumab, Lenalidomida, and Dexamethasone (DdL) Versus Rd Alone in Relapsed or Refractory Multiple Myeloma (RRMM): Updated Analysis of POLLUX. Poster P334 presented at: 22nd Congress of the EHA; June 22-26, 2017; Madrid, Spain. 2. Lentzsch S, et al. Daratumumab, Bortezomib, and Dexamethasone (DdVj) Versus Bortezomib and Dexamethasone (Vd) in Relapsed or Refractory Multiple Myeloma (RRMM): Efficacy and Safety Update (CASTOR). Poster n. 8036 presented at: ASCO Annual Meeting; June 2-6, 2017; Chicago, Illinois. 3. Kumar S, et al. International myeloma working group consensus criteria for response and minimal residual disease assessment in multiple myeloma. The lancet oncology 2016 Ago; 17: 328-46; 4. RCM de DARZALEX®, disponível em www.ema.europa.eu, acessado a 21-08-2017; 5. Rajkumar SV, Kyle RA. Progress in Myeloma – A Monoclonal Breakthrough. The New England Journal of Medicine 2016 Out 6; 375 (14): 1330-2.

DRM - Doença Residual Mínima; MM - Mieloma Múltiplo.

*Versus o comparador: Rd - lenalidomida e dexametasona; Vd - bortezomib e dexametasona.

Janssen Oncology

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF 株式会社 武田薬品工業

Janssen-Cilag Farmacêutica, Lda.

Estrada Consiglieri Pedroso, 69A, Queluz de Baixo, 2734-503 Barcarena | 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 2017 | PH/DART/0817/0001a

DARZALEX®
daratumumab
concentrado para solução para perfusão



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 RELEVEM EM AÇÕES DE PROMOÇÃO DA INVESTIGAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NO CONTEXTO IBERO-AMERICANO.



SERVIÇOS DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO NAS ÁREAS MÉDICA E FARMACÉUTICA.

MEMBRO



PARCERIA



Índice

03

NORMAS DE PUBLICAÇÃO E REVISÃO

04

EDITORIAL

M. Jorge Freitas,
Director da revista ON

ARTIGOS

06

GESTÃO PRIVILEGIADA DA TERAPÊUTICA ORAL AFATINIB NA PRÁTICA CLÍNICA: RESULTADO DO PROGRAMA «TODA A DIFERENÇA»

M. Jorge Freitas

10

O PAPEL DAS COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL DOS ENFERMEIROS NA EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DE SOFRIMENTO DE PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Liliana Chaves, Clara Simões

20

PRÁTICA DE CLÍNICA DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES – ADMINISTRAÇÃO SUBCUTÂNEA DE TRASTUZUMAB (HERCEPTIN®) E RITUXIMAB (MABTHERA®)

Alice Monteiro, Carlos Góis, Cristina Lacerda, Elisabete Valério, Helena Xavier, Ortélia Dias, Sandra Ponte, Sara Torcato Parreira

26

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA ADAPTAÇÃO DA MULHER AO CANCRO DA MAMA

Ricardo Gil Silva, Luís Miguel Ferreira, Filipe Pereira

36

QUAL A EFICÁCIA DA APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE MINDFULNESS NA QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM CANCRO DA MAMA?

Maria José Dias, Cláudia Gomes, Sónia Machado

41

GUIA DE APOIO PARA AVALIAÇÃO DE SINTOMATOLOGIA EM DOENTES COM SÍNDROMES MIELOPROLIFERATIVOS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DA ESCALA MPN-10

Andreia Rocha, Cláudia Ricou, Elisabete Pereira, Elisabete Valério, Juan Sanchez, M. Jorge Freitas, Márcia Caeiro, Maria Sarmiento, Marta Duarte, Sandra Ponte, Sónia Frias

DIRETOR / DIRECTOR:

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

COORDENADOR EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATOR:

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

EDITORES ASSOCIADOS / CO-EDITORS

Maria Graça Braz, IPO Porto, Porto, Portugal
João Prata, IPO Lisboa, Lisboa, Portugal

CONSULTORES TÉCNICOS / TECHNICAL CONSULTANTS

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

CONSELHO CONSULTIVO / EDITORIAL COUNCIL

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

Bruno Magalhães, MSc, RN

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

Eunice Sá

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

Esmeralda Barreira, MSc, PhD

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

Maria Deolinda Dias Pereira, MSc

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

Ana Leonor Ribeiro, Professora, PhD

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

Luis Batalha, Professor, PhD

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

Isabel Maria Tarico Bico Correia, Professora, MSc
Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus
Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da
Saúde - Universidade de Évora, Évora
Mestre em Sociologia
icorreia@uevora.pt

Clara Costa Oliveira, Professora, PhD

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

Ingrid Felix Modesto, RN

Especialista em Oncologia
Hospital Sirio Libanês, S. Paulo, Brasil
ingrid_modesto@yahoo.com.br

PROPRIEDADE / PROPERTY

Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa
(AEOP)

**ADMINISTRAÇÃO, REDAÇÃO E SECRETARIADO /
ADMINISTRATION AND SECRETARIAT**

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

DESIGN E COMPOSIÇÃO GRÁFICA / GRAPHIC DESIGN

Medesign, Lda., Porto

PERIODICIDADE E IMPRESSÃO / PERIODICITY AND PRINTING

Bimestral, Impressão: Norgráfica, Lda.

TIRAGEM E DEPÓSITO LEGAL / PRINT RUN AND LEGAL DEPOSIT

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

**PREÇO ASSINATURA ANUAL / 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 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.



1 A revista Onco.News (ON) considera para publicação trabalhos relacionados direta ou indiretamente com a Enfermagem Oncológica, nomeadamente através de artigos originais, de revisão, de atualização, casos clínicos ou Cartas ao Editor. Deverá ser indicado, pelos próprios autores, qual a classificação do artigo. Os artigos provenientes de trabalhos científicos têm prioridade de publicação. As Cartas ao Editor devem constituir um comentário crítico sobre um artigo da revista ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 500 palavras, nem conter mais de um quadro ou figura e um máximo de 5 referências bibliográficas.

2 Os autores devem enviar os artigos exclusivamente por e-mail para a nossa redação através do endereço <revista@aeop.net>.

3 No artigo, deve constar a identificação do local de trabalho, autor ou autores e suas categorias profissionais.

4 Não serão aceites trabalhos já publicados ou enviados simultaneamente a outras revistas.

5 O texto é submetido à apreciação da Comissão Científica da revista e os artigos poderão ser:

- Aceites sem alterações;
- Aceites após as modificações propostas e aceites pelos autores;
- Recusados.

Sendo aceites, os artigos ficam propriedade da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), não podendo ser utilizados para publicação por quem quer que seja (nem mesmo pelos autores sem a prévia autorização por escrito da AEOP). Antes dessa decisão da Comissão Científica, a revista não se compromete a publicar os artigos que lhe são enviados. Todas as decisões serão dadas a conhecer aos seus autores.

6 O artigo deve conter necessariamente o título, este deve ser breve e específico, o nome e apelidos do(s) autor(es) e respectivo grau académico, o nome da Instituição onde exerce(m) a sua actividade profissional, indicar o autor principal e os eventuais secundários. Deve conter um Resumo em Inglês e em Português, com palavras-chave, em ambos os idiomas, com vista à indexação. Todo o artigo deve ser produzido a preto e branco.

7 O Resumo deve ter no máximo 320 palavras e deve, recomendavelmente, integrar os seguintes elementos do artigo: introdução, objetivos, material e métodos, resultados, discussão e conclusões. O Resumo deve poder ser interpretado isoladamente do restante texto do corpo do artigo, ou seja, não deve conter referências à bibliografia, figuras ou tabelas inseridas no texto completo. No final do Resumo devem ser referenciadas no máximo 5 palavras-chave. Podem ser utilizadas associações de palavras em vez de uma só, no máximo de 3, caso a separação das mesmas não seja possível ou não faça sentido (exemplo, "Qualidade de Vida"). Finalmente, podem ser utilizadas siglas, caso as mesmas sejam genericamente reconhecidas.

8 Os trabalhos devem conter, além dos resumos, Introdução, desenvolvimento, Conclusão e Referências Bibliográficas. As imagens deverão ser enviadas em formato JPG ou TIFF de modo a que fiquem nítidas na sua impressão tipográfica.

9 Não devem ser usadas siglas e abreviaturas que não tenham sido explicitadas, na primeira menção, por extenso.

10 As referências bibliográficas devem ser numeradas por ordem consecutiva da sua primeira citação no texto. As referências devem conter, no caso das revistas, o nome do primeiro autor (apelido e nome), seguido dos restantes, do título do artigo, do nome da publicação e da sua identificação (ano, volume e páginas).

11 A norma a utilizar é a da APA (American Psychological Association).

12 Os quadros e figuras devem ser apresentados e inseridos no texto. Os gráficos deverão ser apresentados como original. Todos devem estar numerados ao longo do texto.

13 A extensão máxima do artigo é de 12 páginas, dactilografadas a 1,5 espaços, fonte "calibri", tamanho 11. No caso de maior extensão, o autor deve sugerir o local de corte, para dividir o artigo em duas publicações consecutivas. O título do artigo deve ser em "calibri" tamanho 20 a negrito, com maiúsculas pequenas, texto centrado e com espaçamento 1,5 pontos.

Os títulos principais que irão dar corpo ao artigo (ex. Resumo, Abstract, Introdução, etc.) devem aparecer em "calibri" tamanho 13, a negrito e em maiúsculas pequenas.

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

15 As provas tipográficas são da responsabilidade da Redação da revista.



M. JORGE FREITAS

Diretor de Publicação
da revista OncoNews

Sai a revista 36 na altura do 11.º congresso nacional da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, este ano na cidade de Peniche. Contamos com a presença de 300 congressistas e com a maior participação e presença da Indústria, significativo do interesse e da vontade dos nossos sponsors e apoiantes estarem connosco. O crescimento da comunidade científica de enfermeiros em Oncologia está directamente ligado ao apoio que os nossos parceiros nos têm dado. É um sinal positivo para nós, mas simultaneamente de grande responsabilidade, que vemos como o reconhecimento das atividades educacionais que temos levado a cabo ao longo destes anos.

Neste 11.º congresso destaco a apresentação de 4 projectos âncora que estão em desenvolvimento na AEOP – dois direccionados para o Cancro da Mama, um nas Doenças Mieloproliferativas e outro na área da formação em Nutrição em Oncologia – além de um projeto já finalizado, na área do Mieloma Múltiplo. Um dos pontos altos será a apresentação e discussão de seis Abstracts seleccionados. Este ano tivemos 12 trabalhos a concurso, tendo a Comissão Científica seleccionado três da área de Boas Práticas e seis da área de Investigação. Relativamente aos restantes trabalhos, não seleccionados, os autores serão posteriormente convidados a fazerem a sua apresentação noutros evento da AEOP.

Nesta Revista publicamos 6 artigos. Dois deles correspondem às actividades de grupos de trabalho que estão e estiveram em projectos

educacionais. Um corresponde à definição de guidelines de intervenção da utilização do Mabtera® SC. O outro corresponde a um projecto de investigação sobre a aplicação de uma escala de controlo de sintomas nos doentes com síndrome mieloproliferativa e cujo objectivo é extrair resultados, outcomes clínicos com possibilidade de apresentação em forma de artigo. Temos depois dois artigos dirigidos à mulher com Cancro de Mama: um sobre a adaptação à doença e outro sobre a aplicação de um programa de “mindfulness”. Temos ainda um outro artigo sobre a comunicação não-verbal em Oncologia, em doentes específicos. Finalmente, o sexto artigo descreve o instrumento MPN-10 como escala de avaliação de sintomas nos doente com Doença Mieloproliferativa, escala que está a ser utilizada no projeto de investigação em curso já referido atrás.

Entramos no mês de Junho e com ele o planeamento das nossas férias. A todos desejamos que corram bem e que aproveitem. Tragam energias renovadas para as actividades que a Associação terá no segundo semestre.

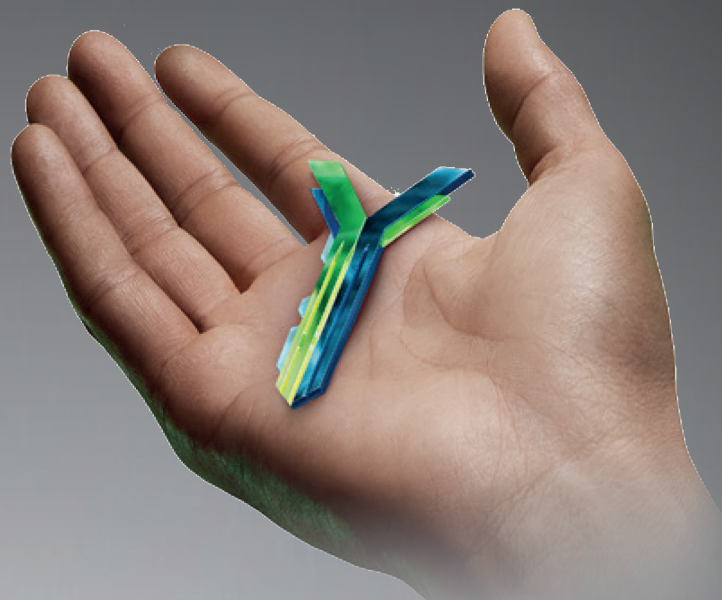
M. Jorge Freitas

Diretor de Publicação da revista ON

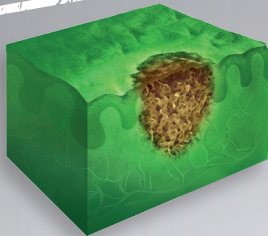
KEYTRUDA®

(pembrolizumab)

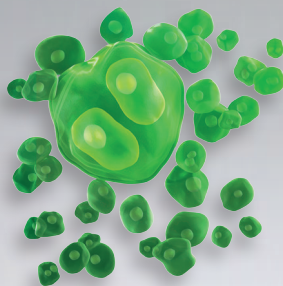
ESTÁ APROVADO NAS SEGUINTEs INDICAÇÕES:



COMPARTICIPADO



MELANOMA
AVANÇADO



LINFOMA DE
HODGKIN CLÁSSICO
REFRATÁRIO

COMPARTICIPADO
EM 1ª E 2ª LINHA



CPCNP
METASTÁTICO



CARCINOMA
UROTÉLIAL
AVANÇADO

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas.

Nome do medicamento – KEYTRUDA® 50 mg pó para concentrado para solução para perfusão; KEYTRUDA 25 mg/ml concentrado para solução para perfusão. **Composição quantitativa e qualitativa** – Um frasco para injetáveis de pó contém 50 mg de pembrolizumab, após reconstituição, 1 ml de concentrado contém 25 mg de pembrolizumab. Um frasco para injetáveis de 4 ml de concentrado contém 100 mg de pembrolizumab; cada ml de concentrado contém 25 mg de pembrolizumab. Pembrolizumab é um anticorpo monoclonal humanizado, antirreceptor PD-1. **Indicações terapêuticas** – KEYTRUDA em monoterapia indicado, em adultos, para o tratamento do melanoma avançado (irressecável ou metastático); primeira linha de carcinoma do pulmão de células não-pequenas (CPCNP) metastático cujos tumores expressam PD-L1 com TPS \geq 50% (sem mutações tumorais positivas EGFR ou ALK), CPCNP localmente avançado ou metastático com um TPS \geq 1% e que receberam pelo menos um esquema de tratamento prévio com quimioterapia (doentes com mutações tumorais positivas EGFR ou ALK devem também ter recebido terapêutica alvo); linfoma de Hodgkin clássico (LHc) refratário ou recidivado, que falharam transplante autólogo de células estaminais (ASCT) e tratamento com brentuximab vedotina (BV), ou que não são elegíveis para transplante e falharam BV; carcinoma urotelial localmente avançado ou metastático, em adultos que receberam tratamento prévio com quimioterapia contendo platina e para o tratamento de carcinoma urotelial localmente avançado ou metastático, em adultos que não são elegíveis para tratamento com quimioterapia contendo cisplatina. **Posologia e modo de administração** – 200 mg para CPCNP não previamente tratado com quimioterapia, LHc e carcinoma urotelial; 2 mg/kg para CPCNP previamente tratado com quimioterapia ou para melanoma, administração por via intravenosa, durante um período de 30 minutos a cada 3 semanas. Os doentes devem ser tratados com KEYTRUDA até progressão da doença ou toxicidade inaceitável. Doentes com CPCNP devem ser selecionados para o tratamento com base na expressão de PD-L1 no tumor, confirmada por um teste validado. **Contraindicações** – Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **Efeitos indesejáveis – Advertências e precauções especiais de utilização** – Pembrolizumab mais frequentemente associado com reações adversas relacionadas com o sistema imunitário, que podem afectar mais que um órgão ou sistema simultaneamente; segurança avaliada em 3194 doentes com melanoma avançado, CPCNP ou LHc, sendo as reações adversas mais frequentes fadiga, prurido, erupção cutânea, diarreia, náuseas, maioria Grau 1 – 2; reações adversas mais graves foram imunitárias ou relacionadas com perfusão. KEYTRUDA deve ser interrompido definitivamente se toxicidade de Grau 4, exceto para endocrinopatias controladas com hormonas de substituição, se a dose de corticosteroides não puder ser reduzida para \leq 10 mg de prednisona/dia ou equivalente em 12 semanas, toxicidade relacionada com o tratamento não diminuir para Grau 0-1 em 12 semanas após última dose ou ocorrer segunda vez acontecimento de Grau \geq 3. Pneumonite: Grau 2 suspender; Grau 3-4, ou recorrente, interromper definitivamente; Colite, Grau 2 ou 3 suspender; Grau 4 interromper definitivamente; Nefrite Grau 2 com creatinina $>1,5$ – $3 \times$ LSN suspender, Grau \geq 3 com creatinina \geq 3 vezes o LSN interromper definitivamente; Endocrinopatias, Hipofisite sintomática, Diabetes tipo 1 com hiperglicemia Grau \geq 3 ou cetoacidose, Hipertiroidismo de Grau \geq 3 – suspender; Endocrinopatia de Grau 3 ou Grau 4 interromper tratamento, só se melhorar para Grau 2 ou inferior, controlada com substituição hormonal pode ser considerada continuação com pembrolizumab após redução de corticosteroides; Hipotiroidismo gerido com terapêutica de substituição sem interrupção do tratamento. Hepatite: suspender se AST ou ALT $> 3 - 5 \times$ LSN ou bilirrubina total $>1,5 - 3 \times$ LSN (Grau 2); interromper definitivamente AST ou ALT $> 5 \times$ LSN ou bilirrubina total > 3 vezes o LSN (Grau \geq 3), metástases hepáticas com aumento Grau 2 de AST ou ALT, hepatite com aumentos da AST ou da ALT $\geq 50\%$ durante ≥ 1 semana; Reações relacionadas com a perfusão: Grau 3 ou 4 interromper definitivamente toxicidade hematológica, em doentes com LHc suspender até as reações adversas recuperarem para Grau 0-1. Miocardite grau 3-4 suspender definitivamente; a segurança de reiniciar tratamento com pembrolizumab após miocardite imunitária não é conhecida. Notificados casos raros de síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e necrólise epidérmica tóxica (NET). Para sinais ou sintomas de SSJ e NET, suspender pembrolizumab, referenciar o doente referenciado a unidade especializada para avaliação e tratamento; Se for confirmada SSJ ou NET, interromper definitivamente pembrolizumab. O tratamento com pembrolizumab pode aumentar risco de rejeição de transplante de órgão sólido pelo que, nestes doentes o benefício Vs risco deverá ser considerado. KEYTRUDA sem ajuste posológico para doentes idosos, compromisso renal ligeiro ou moderado ou compromisso hepático ligeiro; não estudado em doentes pediátricos, compromisso renal grave, compromisso hepático moderado ou grave. Dados limitados de segurança e eficácia em doentes com melanoma ocular ou doentes com LHc de idade superior a 65 anos. **Interações medicamentosas e outras formas de interação** – Não foram realizados estudos de interação medicamentosa, não sendo esperadas quaisquer interações medicamentosas metabólicas por pembrolizumab ser eliminado por catabolismo. Evitar o uso de corticosteroides sistémicos ou outros imunossupressores antes de iniciar pembrolizumab; podem ser usados corticosteroides sistémicos ou outros imunossupressores após início de pembrolizumab para tratar reações adversas imunitárias. Não existem dados sobre a utilização de pembrolizumab em mulheres grávidas ou excreção no leite materno. Pembrolizumab não deve ser utilizado durante a gravidez. **Titular de Autorização de Introdução no Mercado (AIM):** Merck Sharp & Dohme Limited, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Reino Unido. **Data da Revisão do texto:**12/2017. Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações contactar o titular da AIM ou o seu representante local.



Merck Sharp & Dohme, Lda. | www.msd.pt | Tel. 214 465 700
Quinta da Fonte, 19 - Edifício Vasco da Gama, 2770-192 Paço de Arcos | NIPC 500 191 360
Copyright © 2017 Merck Sharp & Dohme Corp., uma subsidiária de Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, EUA.
Todos os direitos reservados. | ONCO-1244478-0000 01/2018

KEYTRUDA®

(pembrolizumab)

GESTÃO PRIVILEGIADA DA TERAPÊUTICA ORAL AFATINIB NA PRÁTICA CLÍNICA: RESULTADO DO PROGRAMA “TODA A DIFERENÇA”

M. Jorge Freitas

Especialista em Enfermagem na Comunidade; Mestrado em Bioética;
Pós Graduação em Gestão dos Serviços de Saúde; atualmente com
funções de Chefe de Enfermagem no Departamento de Radioterapia do
IPO-Porto. Coordenação do Projecto AEOP «Toda a Diferença»

mjorgefreitas@sapo.pt

RESUMO: Os enfermeiros são os profissionais de saúde que se encontram numa posição privilegiada para uma maior capacitação dos doentes na gestão eficaz dos regimes terapêuticos. A AEOP implementou em 2017 o projecto educacional «Toda a Diferença», que levou à construção de um guia de orientação clínica da consulta de enfermagem para o doente em tratamento com Afatinib.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão à terapêutica oral; Afatinib; Guia de orientação clínica.

ABSTRACT: Nurses are in a unique position to empower patients in the effective management of therapeutic regimens. In 2017, Portuguese Association of Oncologic Nursing (AEOP) implemented an educational project called «All the Difference». The result was the definition of a guideline for implementing a nursing consultation in patients under Afatinib treatment.

Keywords: Oral therapeutic adherence; Afatinib; Clinical guideline.

Introdução

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que se encontram numa posição privilegiada para uma maior capacitação dos doentes na gestão eficaz dos regimes terapêuticos, não só pelas competências que possuem, como pela proximidade aos doentes.

Faz cada vez mais sentido a criação de modelos de prestação de cuidados de enfermagem centrados na pessoa e na sua capacidade de autogestão da doença e do seu trata-

mento, estando ultrapassado o modelo de prestação focado na doença e no cumprimento das indicações dos profissionais por parte do doente.

O desenvolvimento de novos medicamentos orais no tratamento do cancro do pulmão, com vantagens para o doente e para os profissionais de saúde, originou uma maior necessidade de intervenção dos enfermeiros, de forma a garantir a correta gestão destes fármacos.

Um desses novos medicamentos é o Afatinib, indicado no tratamento dos doentes com cancro do pulmão de células não-pequenas, localmente avançado ou metastático, com mutação(ões) ativadora(s) do EGFR (receptor do factor de crescimento da epiderme). Sendo um medicamento oral administrado no domicílio pelo doente, levou à necessidade de se criar uma linha de orientação para as consultas de enfermagem, de forma a garantir a segurança do doente e a eficaz administração do medicamento fora do ambiente hospitalar.

Daqui nasceu o projeto “*Toda a Diferença*”, implementado pela Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP). A partir de duas reuniões realizadas no Porto e em Lisboa que juntaram colegas de diferentes hospitais com experiência no tratamento de doentes oncológicos com Afatinib, elaborou-se um guia de orientação clínica para a consulta de enfermagem.

Neste artigo, irei abordar os desafios inerentes à adesão à terapêutica, a metodologia utilizada no projeto educacional “*Toda a Diferença*” e os resultados obtidos.

I. Conceito de Adesão à Terapêutica

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2003, definiu adesão à terapêutica como a “...*medida em que é avaliado o comportamento de uma pessoa – a tomar medicação, a seguir uma dieta e/ou a implementar mudanças de estilo de vida, de acordo com as recomendações de um profissional de saúde*”. O cumprimento destas recomendações é particularmente desafiante em situações crónicas, como maioritariamente acontece com a doença oncológica.

A adesão à terapêutica, muito estudada nas últimas décadas, tem revelado resultados bastante díspares, em função de numerosos fatores. Dependendo das condições e da complexidade do regime terapêutico, estima-se que 40% dos doentes não cumpram as recomendações (DiMatteo, 2004). Assim, para aumentar a adesão à terapêutica, é essencial aferir as causas ou fatores de não adesão, a fim de responder às necessidades de cada doente (Garfield *et al*, 2012).

A adesão à terapêutica deve ser abordada como uma questão multifatorial, pois são múltiplas as razões que podem levar o doente a não tomar o medicamento prescrito ou a não adoptar as atitudes recomendadas, como o esquecimento, a percepção incorrecta das recomendações, a complexidade da terapêutica, os efeitos secundários, a

descrença na equipa de saúde ou no regime terapêutico ou, ainda, a dificuldade em assumir a doença.

No que corresponde às variáveis relacionadas com a equipa de saúde e o serviço, tem sido destacado, como fator fulcral na adesão à terapêutica, a qualidade da relação e comunicação. Neste ponto, a questão da adesão à terapêutica cruza-se, uma vez mais, com os modelos de relação médico-doente, verificando-se diferenças entre o modelo totalmente centrado no médico (modelo “paternalista” e o modelo centrado no doente (“participativo” ou “contratual”).

Relativamente às variáveis relacionadas com a doença, podemos distinguir aquelas que dizem respeito às características da patologia em si, e as que se prendem com a terapêutica. No que se refere à doença oncológica, é necessário considerar o próprio estigma da doença e os processos de fuga de alguns doentes a ele associados. Do ponto de vista da terapêutica, a via de administração oral tem benefícios inequívocos para o doente, nomeadamente a comodidade. Contudo, se para alguns a terapêutica oral representa uma maior autonomia do doente que, no seu domicílio, tem um papel activo na gestão do tratamento oncológico, para outros, esta responsabilização pode ser uma experiência assustadora e angustiante, o que poderá constituir um factor de falta de adesão.

II. Projecto Educacional “Toda a Diferença”

A consulta de enfermagem no tratamento da neoplasia pulmonar é muito importante, dado o seu contributo para a melhoria da gestão das complicações do tratamento, minimização da não adesão à terapêutica, maior segurança do doente e da equipa que o segue, contribuindo assim para aumentar a capacidade de resposta ao medicamento e a qualidade de vida do doente, os nossos principais objectivos.

Sendo o Afatinib uma medicação oral administrada e gerida pelo próprio doente no domicílio, com intervalos de um mês entre a presença no hospital, acarreta um conjunto de preocupações e desafios. Tendo como base esta premissa, a AEOP implementou em 2017 um projecto educacional denominado “*Toda a Diferença*”, com os seguintes objectivos:

- Identificar os problemas *major* da adesão à terapêutica em Portugal e definir estratégias de remediação;
- Estabelecer uma linha de orientação clínica para a consulta específica de enfermagem dirigida ao doente em tratamento com Afatinib;

- Elaborar um guia educacional para o doente, com recomendações de prevenir e gerir os principais efeitos secundários da terapêutica com Afatinib.

A estratégia passou por duas reuniões com a presença de vários enfermeiros peritos e que acompanham doentes a fazerem ou a iniciarem tratamento com Afatinib. Nestas reuniões, partilharam-se experiências, discutiram-se metodologias eficazes de orientação das consultas e identificaram-se variáveis importantes de avaliação da adesão à terapêutica com Afatinib, sendo que um dos resultados foi a elaboração de um guia de orientação clínica da consulta de enfermagem, que engloba três momentos diferentes: 1.^a Consulta | Presencial: Início do Tratamento

1. Identificação do cuidador.
2. Avaliação física (peso, altura, perímetro abdominal, padrão intestinal, integridade cutânea e unhas).
3. Identificação de hábitos alimentares para definição do horário da toma de Afatinib e ajuste da dieta.
4. Ensino e orientações para a gestão de reacções adversas.
5. Planeamento do tratamento, entrega do fármaco e agendamentos.
6. Disponibilizar contactos telefónicos e definir com o doente a melhor estratégia de comunicação com a equipa de saúde.

2.^a Consulta e 3.^a Consulta | Follow-up telefónico: 8.º dia e 15.º dia

1. Verificar tomas e omissões.
2. Identificar e descrever reacções adversas, se existentes (escala CTCAE).
3. Reforço da informação: administração do medicamento e gestão de reacções adversas.
4. Demonstrar disponibilidade da equipa de tratamento e agendar avaliação presencial, se necessário.

As conclusões finais permitiram construir uma guideline de orientação numa consulta dirigida ao doente em tratamento. Este guia servirá como orientação da consulta de enfermagem nestes 3 momentos de forma a seguir o doente direccionado para uma correcta gestão da adesão ao Afatinib.

As reacções adversas sintomáticas, como por exemplo a diarreia grave/ persistente ou as reacções adversas cutâneas, podem ser controladas com sucesso através da interrupção temporária do tratamento e pelo ajuste de dose, como descrito na figura 1:

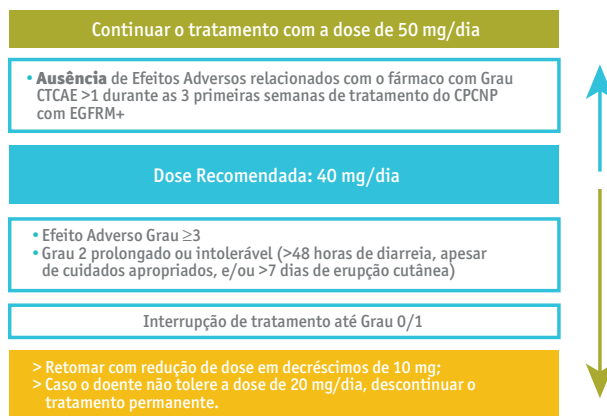


Figura 1. Organograma de ajuste de dose de acordo com o grau de toxicidade de Afatinib (adaptação do organograma utilização nos folhetos de orientação da consulta de enfermagem para uma maior clarificação do procedimento a seguir de acordo com o RCM). Abreviaturas: CTACE - Common Terminology Criteria for Adverse Events; CPCNP - Carcinoma Pulmonar de Células Não-Pequenas; EGFRM - Epidermal Growth Factor Receptor Mutant.

O grupo de trabalho definiu a diarreia, a toxicidade cutânea e a mucosite como as reacções adversas que deverão ser objecto de avaliação em todas as consultas de enfermagem, dada a maior probabilidade de ocorrerem nos doentes a tomarem Afatinib (Tabela 1).

Não descurando a possibilidade de existirem outras toxicidades, estas são as que estão documentadas como de maior probabilidade de ocorrerem, e, como tal, de maior necessidade de avaliação.

III. Em Conclusão...

É crucial que a organização da consulta de enfermagem inclua a avaliação dos potenciais efeitos de cada terapêutica oncológica e que, especificamente nas terapêuticas orais, se desenvolvam metodologias eficazes de gestão da terapêutica por dois importantes motivos: segurança do doente durante a sua administração e capacidade de gerir de forma eficaz e atempada as reacções adversas.

Paralelamente, parece-me importante que todo este trabalho de equipa, aqui reunido num guia de orientação clínica para o seguimento do doente em tratamento com Afatinib, possa ser considerado na prática clínica com estes doentes.

Tabela 1. Classificação das reacções adversas de acordo com a gravidade (adaptado de CTCAE V4.0)

Diarreia

LIGEIRO (GRAU 1)	MODERADO (GRAU 2)	GRAVE (GRAU 3)
Aumento do nº de dejeções para < 4 por dia, em relação ao habitual.	Aumento do nº de dejeções para 4-6 por dia, em relação ao habitual.	Aumento do nº de dejeções para >7 por dia, em relação ao habitual; incontinência; interferência com AVD.

Toxicidade Cutânea

LIGEIRO (GRAU 1)	MODERADO (GRAU 2)	GRAVE (GRAU 3)
Máculas / pápulas cobrindo < 10% da superfície corporal, com ou sem sintomas (ex.: prurido, sensação de ardor/tensão).	Máculas/ pápulas que cobrem 10-30% da superfície corporal, com ou sem sintomas (ex.: prurido, sensação de ardor/tensão); limitação de AVD.	Máculas/ pápulas cobrindo > 30% da superfície corporal, com ou sem sintomas associados (p. ex.: prurido, sensação de ardor/tensão); limitação de AVD, incluindo autocuidado, infeção.

Mucosite

LIGEIRO (GRAU 1)	MODERADO (GRAU 2)	GRAVE (GRAU 3)
Eritema da mucosa; sintomas ligeiros ou assintomático.	Ulcerações irregulares ou pseudomembranas; dor moderada mas sem interferência com a ingestão por via oral.	Ulcerações regulares ou pseudomembranas; hemorragia oral por trauma; dor severa com interferência na ingestão oral.

Abreviaturas: CTACE - Common Terminology Criteria for Adverse Events; AVD - atividades da Vida Diária.

Sendo uma terapêutica oral administrada pelo doente em contexto de domicílio, a estruturação destes momentos de consulta e de contacto privilegiado com o mesmo reveste-se de capital importância nos resultados desta terapêutica.

Programa “Toda a Diferença”

Projecto educacional organizado pela Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), no qual participaram as seguintes unidades de Oncologia que tratam doentes com cancro do pulmão: Hospital CUF Porto, IPO Porto, Hospital da Luz Arrábida, Centro Hospital do Porto, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, ULS Matosinhos, ULS Guarda, ULS Alto Minho, IPO Lisboa, Centro Hospitalar de Setúbal, ULS Litoral Alentejano, Fundação Champalimaud, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental e IPO Coimbra.

Referências bibliográficas

- DiMatteo MR, (2004) “Variations in patients’ adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research”, *Med Care*. Mar; 42(3):200-9.
- Garfield S, Eliasson L, Clifford S, Willson A, Barber N (2012) “Developing the Diagnostic Adherence to Medication Scale (the DAMS) for use in clinical practice”, *BMC Health Services Research*, 12:350.
- Goodfellow N, Almomani B, Hawwa A, McElnay J (2013) “What the newspapers say about medication adherence: a content analysis”, *BMC Public Health*, 13:909.
- Haynes, RB et al. (2008). Intervention for Enhancing Medication Adherence. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 2. [Consult. 7 Out. 2009] em http://www.sefap.it/servizi_letteraturacardio_200807/CD000011.pdf

Outras Referências

1. RCM de Giotrif®, Abril de 2018
2. CTCAE V4.0

O PAPEL DAS COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL DOS ENFERMEIROS NA EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DE SOFRIMENTO DE PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Liliana Chaves

Mestre em Enfermagem / Enfermeira / Centro Hospitalar do Médio Ave
Serviço de Medicina I e EGA
lils@sapo.pt

Clara Simões

Doutora em Psicologia, na Especialidade de Psicologia da Saúde / Psicóloga Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde
Professora Adjunta / Universidade do Minho e Escola Superior de Enfermagem
csimaes@ese.uminho.pt

RESUMO: A doença oncológica surge de forma inesperada na vida das pessoas, induzindo um profundo sofrimento que apela à construção de uma relação de ajuda, onde a comunicação não-verbal se afigura como pilar *major*. Neste âmbito, a investigação ainda é incipiente pelo que neste estudo pretendeu-se analisar o impacto das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento da pessoa com doença oncológica, e ainda, explorar o papel das competências de comunicação empática nessa relação. Recorreu-se a uma amostra de conveniência simples, constituída por pessoas com doença oncológica ($N = 84$), internadas em hospitais do distrito de Braga. A média das idades é de 60.99 anos ($DP = 14.08$). O protocolo de avaliação englobou um questionário sociodemográfico e os seguintes instrumentos: Escala de Avaliação da Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros (McIntyre & Lage, 1996); Escala de Avaliação da Comunicação Empática (McIntyre & Lage, 1996); e Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (McIntyre & Gameiro, 1997). Constatou-se um efeito independente da Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros nas Experiências Positivas de Sofrimento na Doença ($F(1,82) = 4.02; p < .05; R^2 = 3,5\%$). Verificou-se que níveis mais elevados de Comunicação Empática exibidos pelos Enfermeiros na dimensão Escuta/ Interesse se constituíram preditores significativos de menor Sofrimento Global do doente ($F(7,75) = 2.91; p \leq .010; R^2 = 14\%; \beta = -.289$). A Comunicação Não-Verbal dos enfermeiros apresentou-se preditor significativo da Comunicação Empática percebida pelos doentes ($F(6,58) = 18.21; p < .001$) explicando 61.7% da variância. A Comunicação Empática Escuta/Interesse exerceu um efeito de mediação na relação entre a comunicação não-verbal dos enfermeiros e o sofrimento do doente ($Z = -2.03, p = .042; IC\ 95\% [-.453; -.008]$).

Estes resultados reforçam a relevância da comunicação dos enfermeiros e a necessidade de implementar programas promotores das competências de comunicação no contexto oncológico, valorizando a comunicação clínica como estratégia terapêutica na transição positiva de doentes oncológicos.

PALAVRAS-CHAVE: Cancro; Comunicação Não-Verbal; Empatia; Sofrimento.

ABSTRACT: *Oncologic disease emerges unexpectedly in people's lives, inducing a deep suffering, which calls for the construction of a therapeutic helping relationship, where non-verbal communication appears as a major pillar. In this context, the research is still incipient. Therefore, this study aimed to analyse the impact of nurses' non-verbal communication skills on cancer patients' subjective*

experience of suffering, and to explore the role of empathic communication skills in this relationship. A convenience sample was used, consisting of patients with oncological disease (N = 84), hospitalized in the district of Braga. Participants' mean age was 60.99 years (SD = 14.08). The evaluation protocol included a Sociodemographic, Professional and Clinical Questionnaire and the following instruments: the Nurses' Nonverbal Communication Rating Scale (clients version) (EACNV, McIntyre & Lage, 1996); the Empathic Communication Rating Scale (clients version) (EACEE, McIntyre & Lage, 1996); and the Inventory of Subjective Experiences of Suffering in Disease (IESSD, McIntyre & Gameiro, 1997). Data revealed an independent effect of nurses' Non-verbal Communication on patients' Positive Experiences of Suffering in Disease ($F(1.82) = 4.02, p < 0.05, R^2 = 3.5\%$). Findings showed that higher levels of empathic communication exhibited by nurses in listening/interest dimensions were significant predictors of reduced patients' suffering ($F(7.75) = 2.91, p < 0.10, R^2 = 14\%; \beta = -.289$). Non-verbal communication of nurses was a significant predictor of the empathic communication perceived by patients ($F(6.58) = 18.21, p < 0.001$), explaining 61.7% of the variance. The empathic communication dimensions of listening/interest, showed a mediating effect on the relationship between nurses' non-verbal communication and patients' suffering ($Z = -2.03, p = 0.042, 95\% CI [-453, -008]$). These results reinforce the relevance of nurses' communication and the need to implement programs that promote communication skills in the oncological context, valuing clinical communication as a therapeutic strategy in the positive transition of cancer patients.

KEYWORDS: Cancer; Nonverbal communication; Empathy; Suffering.

1. Introdução

Atualmente, a doença oncológica mantém-se como uma ameaça encoberta e insidiosa, com um potencial profundamente devastador da vida humana. Trata-se de uma patologia que transcende o domínio físico, privado, pessoal e familiar, fortemente associada ao sofrimento, porquanto experiência subjetiva individualizada, que envolve uma total sensação de perda da integridade, da identidade, da autonomia e do controlo sobre a vida.¹ A dimensão emocional da doença oncológica é omnipresente, pelo receio do diagnóstico, do tratamento, das recidivas e da morte, pelo que o elemento vital de restabelecimento reside na construção de uma relação interpessoal com os profissionais de saúde, pautada por uma compreensão comunicada, ou seja, pela empatia.^{2,3}

A investigação científica, nas últimas décadas, tem vindo a mostrar um interesse acrescido na comunicação clínica em cuidados de saúde, sugerindo que as competências de comunicação empática dos profissionais de saúde estão relacionadas com maiores níveis de adesão ao tratamento oncológico, contribuindo de forma significativa para um funcionamento psicológico positivo e bem-estar global das pessoas com doença oncológica.⁴ De facto, a comunicação centrada no doente afigura-se como um

componente basilar do cuidar, nomeadamente em enfermagem, sendo crucial para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.⁵

Num campo tão vasto e elementar como é o da comunicação terapêutica, destaca-se a relevância da comunicação não-verbal como uma das áreas mais enigmáticas da comunicação⁶ e, simultaneamente, a que demonstra maior impacto nas relações que se estabelecem entre o profissional de saúde e a pessoa que sofre.³ Efetivamente, para o doente oncológico em sofrimento, aquilo que “é dito” em silêncio é mais facilmente captado, podendo-se assumir como uma via de abertura à relação de ajuda, ou pelo contrário, a um bloqueio que coloca em risco toda a relação.⁷

Apesar da convivência diária que os enfermeiros têm com o sofrimento na doença, em função do qual seria expectável que o estudo deste fenómeno estivesse profundamente intrincado nos currícula dos cursos graduados e pós-graduados de enfermagem, constata-se que, quer o estudo, quer a intervenção no sofrimento, têm estado pouco retratados na literatura de enfermagem e nos contextos de formação.⁸ A investigação aponta, ainda, para uma carência, ao nível do desenvolvimento sistemático do conhecimento, sobre o sofrimento como experiência humana subjetiva na doença oncológica.⁹

Ao ponderar sobre esta problemática, constatou-se a escassez de estudos de enfermagem nesse âmbito, tão relevante para o cuidar em enfermagem, pelo que, julgou-se pertinente a realização de um estudo orientado pela seguinte pergunta de partida: “Qual é a influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica, internadas em hospitais de agudos do distrito de Braga?” Em sequência deste mote orientador, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação, onde se prevê, respetivamente, que: 1) as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros sejam preditores significativos da experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica; 2) as competências de comunicação empática dos enfermeiros sejam preditores significativos da experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica; 3) as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros sejam preditores significativos das competências de comunicação empática dos enfermeiros; e, 4) as competências de comunicação empática dos enfermeiros tenham um efeito mediador significativo na relação entre as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros e a experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica.

2. Material e métodos

2.1. Tipo de estudo e objetivos

O estudo insere-se num paradigma quantitativo, enquadrando-se numa investigação do tipo correlacional e explicativo. Adicionalmente, trata-se de um estudo transversal (*cross-sectional*).

Neste estudo pretendeu-se desenvolver os seguintes objetivos: 1) analisar a influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica; 2) analisar a influência das competências de comunicação empática dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica; 3) analisar a influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros nas competências de comunicação empática dos enfermeiros; 4) analisar o efeito mediador das competências de comunicação empática dos enfermeiros na relação entre as competências de comunicação

não-verbal dos enfermeiros e a experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica.

2.2. População e Amostra

A população alvo de estudo é constituída por doentes adultos, com patologia oncológica, internados em hospitais de agudos do distrito de Braga, na região norte de Portugal.

Recorreu-se a uma amostragem de conveniência simples. A fim de se obter uma amostra o mais homogênea possível, constituíram-se como critérios de inclusão no estudo, todos os participantes que apresentassem cumulativamente as seguintes características: 1) fossem doentes adultos; 2) com diagnóstico de doença oncológica; e, 3) estivessem internados num hospital de agudos do distrito de Braga, há pelo menos três dias. Paralelamente, estabeleceu-se como critério de exclusão a presença de défice cognitivo e/ou estado confusional, que colocasse em causa a capacidade de participação.

2.3. Instrumentos de Avaliação

Para o presente estudo foi selecionado o seguinte conjunto de instrumentos de avaliação:

- **Questionário Sociodemográfico, Profissional e Clínico**, construído especificamente para o presente estudo, pelas autoras, sendo composto por um total de 25 itens, de formato variado. Especificamente, os primeiros 19 itens são de carácter sociodemográfico e profissional e os restantes seis, de índole clínica.

- **Escala de Avaliação da Comunicação Não-Verbal das Enfermeiras (versão clientes) (EACNV)**. Versão Portuguesa adaptada por McIntyre e Lage (1996) da escala *Non Verbal Communication: Nurse's and Patient's Form* (Birdsall, 1991). Esta versão é constituída pelos 15 itens da escala original, sendo o formato de resposta uma escala tipo *Likert* de cinco pontos. O total da escala é calculado através do somatório do valor total dos itens, variando entre 15 e 75, onde valores mais elevados correspondem a uma comunicação não-verbal das enfermeiras mais adequada. Foi efetuado o estudo das características psicométricas na amostra em estudo. A análise fatorial exploratória permitiu organizar os itens por três fatores, que não reproduzem exatamente o modelo original, mas apresentou grande similitude nas suas dimensões interpretáveis: Fator I, relacionado com a Expressividade e Autenticidade, explicando

39.2% da variância total; o Fator II, relativo à Proximidade e Clareza, explicitando 14.5% da variância; e, por fim, o Fator III, que concerne à Atenção e Contacto, contribuiu para 7.6% da variância total explicada. Em relação à fidelidade, constatou-se um coeficiente *alfa de Cronbach* de .89 para a escala Expressividade e Autenticidade, um valor *alfa de Cronbach* de .87 para a Proximidade e Clareza, e, ainda, um coeficiente de consistência interna *alfa de Cronbach* de .79 para a escala Atenção e Contacto. Por fim, para a escala total verificou-se um coeficiente *alfa de Cronbach* de .88.

• **Escala de Avaliação da Comunicação Empática das Enfermeiras (versão clientes) (EACEE)** (McIntyre & Lage, 1996). Este instrumento é constituído por 19 itens, organizados aleatoriamente e avaliados através de uma escala tipo *Likert* de cinco pontos. O total da escala é calculado através do somatório do valor total dos itens, variando entre 19 e 95, onde valores mais elevados correspondem a uma comunicação empática das enfermeiras mais adequada. A análise fatorial exploratória possibilitou a organização dos itens por três fatores que não reproduzem exatamente o modelo original, embora persista grande semelhança. Após rotação: o Fator I, relativo à Influência, conseguiu explicar 33.4% da variância total; o Fator II, relacionado com a Abertura e Flexibilidade, explicitou 13.7% da variância; e o Fator III, referente à Escuta e Interesse, contou com 4.6% da variância total explicada. Em relação à fidelidade, constatou-se um coeficiente *alfa de Cronbach* de .87 para a escala Influência, um valor *alfa de Cronbach* de .77 para a escala Abertura/Flexibilidade. Por fim, para a escala total verificou-se um coeficiente *alfa de Cronbach* de .88.

• **Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD, McIntyre & Gameiro, 1997)**. O instrumento é constituído por um total de 44 itens cuja resposta apresenta-se sob a forma de escala *likert* de cinco pontos. A cotação é feita a partir da soma de todas as respostas, sendo interpretada como medida de intensidade da experiência subjetiva de sofrimento. Os itens do instrumento encontram-se organizados em cinco dimensões: o sofrimento psicológico, o sofrimento físico, o sofrimento existencial, o sofrimento sociorrelacional e as experiências positivas de sofrimento. No que respeita à fidelidade, o IESSD apresenta elevada consistência interna, avaliada através do *alfa de Cronbach* (.93) e do *Spearman-Brown* (.88). No que se refere às subesca-

las de sofrimento, tem-se verificado uma boa consistência interna, ao nível da subescala sofrimento físico com *alfa de Cronbach* de .85; sofrimento psicológico com *alfa de Cronbach* de .88, e sofrimento existencial com *alfa de Cronbach* de .85. Nas restantes dimensões a consistência interna tem sido mais modesta, ainda que razoável^{2,10}, com valores de *alfa de Cronbach* de .76 para o sofrimento sociorrelacional e de .69 para as experiências positivas de sofrimento. A análise fatorial confirmatória, permitiu atestar a estrutura fatorial proposta no modelo original do instrumento², tendo-se obtido os seguintes indicadores de ajustamento: $\chi^2_{(4)} = 4.034, p = .401; \chi^2/df = 1.008; CFI = 1, p CFI = .267; RMSA = .010, p (RMSA \leq .05) = .506$. Estes indicadores permitem constatar que a probabilidade da estatística do χ^2 é superior a .05, indicando um bom ajustamento. Adicionalmente, o índice comparativo do ajustamento (*Comparative Fit Index*, CFI) revelou-se superior a .95, indicando um bom ajustamento do modelo. Por fim, o RMSA (*Root Mean Square Error Aproximation*), ao ser inferior a .05 revela uma boa medida da proximidade de ajustamento entre o modelo e os dados.

2.4. Procedimento de Recolha de Dados e Considerações Éticas

Após a construção do Protocolo de Investigação, em conformidade com as “Normas orientadoras da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho”, na vertente de projetos de investigação envolvendo estudos em humanos, foram obtidas as autorizações junto de todas as entidades envolvidas e definiram-se as estratégias de recolha de dados com cada um dos serviços hospitalares. Tendo como preocupação o menor constrangimento possível da dinâmica dos serviços, optou-se por uma articulação e contacto diário, via telefónica, com um enfermeiro responsável. Uma vez sinalizados os potenciais participantes, o primeiro contacto e reunião com a investigadora teve como fim, nomeadamente, avaliar se a pessoa reunia os critérios de inclusão no estudo, explicitar os objetivos do mesmo, e convidar a pessoa à sua participação voluntária, atestada através de consentimento escrito informado.

Depois de prestados todos os esclarecimentos e obtida a anuência dos participantes, a investigadora procedeu à recolha de dados, realizada através do conjunto de instrumentos de autorrelato atrás apresentados. Todavia, devido

à fadiga que o procedimento de autorrelato escrito dos instrumentos poderia acarretar, em termos de leitura e concentração, o que poderia ser pernicioso para os participantes com diagnóstico oncológico, a investigadora optou, desde o início, pela leitura dos itens em “voz alta”, num contexto de privacidade, assinalando fielmente as respostas dos participantes. Adicionalmente, adotou-se um procedimento estandardizado de administração dos instrumentos, que incluiu a repetição da leitura do item, apenas uma vez, sem esclarecimentos adicionais, a fim de evitar um viés de administração.

2.5. Análise dos dados

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados informática e processados através do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 23.0, para o Windows. Foram analisados com recurso a testes estatísticos univariados e multivariados.

No que se reporta aos dados de caracterização sociodemográfica, profissional e clínica dos participantes, recorreu-se a métodos de estatística descritiva, com recurso a análises de distribuições e frequências, para as medidas categóricas, assim como ao cálculo de médias e desvio padrão, para as variáveis de tipo intervalar. Para dar res-

posta às questões de investigação e testes de hipóteses, foram utilizados vários tipos de procedimentos e análises estatísticas, em conformidade com o tipo de questão colocada, a tipologia das variáveis envolvidas e os valores de simetria da amostra. Considerando as hipóteses formuladas, recorreu-se a análises de regressão (e.g., linear simples e hierárquica múltipla). Foram também realizadas análises de mediação com recurso aos métodos *MedGraph*¹¹ e *bootstrapping*.¹²⁻¹⁴

3. Resultados e discussão

3.1. Caracterização Sociodemográfica, Profissional e Clínica dos Participantes

Participaram neste estudo 84 pessoas com doença oncológica, com uma média de idades de 60.99 anos ($DP = 14.08$), sendo a maioria casados ($n = 46$; 54.8%) e detentores do primeiro ciclo do ensino básico ($n = 72$; 85.7%). No domínio profissional, a globalidade dos participantes ($n = 41$; 48.8%) referiu estar reformado, 23 (27.4%) reportam encontrar-se ativos profissionalmente e, 17 (20.2%) relatam não possuir atividade profissional. Os Quadros 1 e 2 apresentam, respetivamente, as características sociodemográficas e profissionais dos participantes.

Quadro 1. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes ($N = 84$)

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	n ^{a)}	%	M	DP	MÍNIMO	MÁXIMO
<i>Idade</i>	-	-	60.99	14.08	24	82
	≥ 61 Anos	46	54.8	-	-	-
	< 61 Anos	38	45.2	-	-	-
<i>Género</i>	Masculino	55	65.5	-	-	-
	Feminino	29	34.5	-	-	-
<i>Escolaridade</i>	4 Anos (1º Ciclo)	72	85.7	-	-	-
	Ensino Médio/superior	12	14.3	-	-	-
<i>Área de Residência</i>	Meio Rural	42	50.0	-	-	-
	Meio Urbano	38	45.2	-	-	-
<i>Estado Civil</i>	Casado	46	54.8	-	-	-
	Não Casado	38	45.2	-	-	-
<i>Filhos</i>	Sim	66	78.6	-	-	-
	Não	18	21.4	-	-	-
<i>Número de Filhos</i>	-	-	2.88	2.22	1	11
	≤ 2 Filhos	42	50.0	-	-	-
	> 2 Filhos	24	28.6	-	-	-

a) – casos válidos.

Quadro 2. Caracterização Profissional dos Participantes (N = 84)

VARIÁVEIS PROFISSIONAIS	n ^{a)}	%	M	DP	MÍNIMO	MÁXIMO	
<i>Situação Profissional</i>	Reformado	41	48.8	-	-	-	-
	Com atividade profissional	23	27.4	-	-	-	-
	Sem atividade profissional	17	20.2	-	-	-	-

a) – casos válidos.

Quanto à caracterização clínica, 62 (73.8%) dos participantes pertenciam a um Hospital Distrital e 22 (26.2%) a um Hospital Concelhio. Especificamente, 45 (53.6%) dos participantes encontravam-se internados no serviço de oncologia e os restantes 39 (46.4%) estavam internados nos serviços de medicina, cirurgia e pneumologia. Em relação ao diagnóstico oncológico, 28 (33.3%) apresentavam diagnóstico de cancro do sistema respi-

ratório, 16 (19%) cancro do sistema digestivo e 39 (46.4%) cancro de outros sistemas orgânicos. O período médio de tempo de diagnóstico era de 2.69 (DP = 4.63) anos, sendo que a maioria dos participantes (n = 47; 56%) referia ter recebido o diagnóstico oncológico há menos de 1 ano, e 50 (59.5%) haviam sido submetidos a quimioterapia. No Quadro 3 apresentam-se as características clínicas dos participantes.

Quadro 3. Caracterização Clínica dos Participantes (N = 84)

VARIÁVEIS CLÍNICAS	n ^{a)}	%	M	DP	MÍNIMO	MÁXIMO	
<i>Unidade Hospitalar</i>	Hospital Distrital	62	73.8	-	-	-	-
	Hospital Concelhio	22	26.2	-	-	-	-
<i>Unidade de Internamento</i>	Oncologia	45	53.6	-	-	-	-
	Contextos Médico-Cirúrgicos	39	46.4	-	-	-	-
<i>Diagnósticos</i>	Cancro do Sistema Respiratório	28	33.3	-	-	-	-
	Cancro do Sistema Digestivo	16	19.0	-	-	-	-
	Outros Cancros	39	46.4	-	-	-	-

a) – casos válidos.

3.2. Resultados do Teste da Hipótese 1: Relação Comunicação Não-verbal e Experiência Subjetiva de Sofrimento

Os resultados da análise de regressão linear simples, para testar o efeito independente das Competências de Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros (EACNV), demonstram que a sua dimensão Atenção/Contacto,

constitui-se um preditor significativo das Experiências Positivas de Sofrimento dos doentes, embora contribuindo apenas com 4.7% da variância total. Concretamente, observa-se que menos competências de Atenção/Contacto exibidas pelos enfermeiros se associam a mais Experiências Positivas de sofrimento dos doentes ($\beta = -.216$). Estes resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Resultados da Regressão Linear Simples com a EACNV - Atenção/Contacto como preditor das Experiências Positivas de Sofrimento (IESSD) (N = 84)

RESULTADO/PREDITORES	ΔR^2	ΔF	β	t	
<i>Experiências Positivas de Sofrimento (IESSD)</i>	Passo 1	.047	4.018*	-	-
	EACNV - Atenção/Contato			-.216	-2.005*
	$R^2 = .047$; R^2 Ajustado = .035; $F(1,82) = 4.018$; $p = .048$				

ns > .10. *p < .10. **p ≤ .05. ***p ≤ .01. ****p ≤ .001.

Embora a formação académica dos enfermeiros enfatize como alvo de atenção e de intervenção as necessidades psicossociais dos doentes, também incute nos estudantes a necessidade de um controlo da expressão dos seus sentimentos e emoções, com a convicção de que estes podem interferir com o desempenho quotidiano e com o profissionalismo que se pretende perpassar.¹⁵ Esta dicotomia poderá estar a contribuir para uma desvalorização da comunicação não-verbal, que afeta tanto os enfermeiros como os doentes.

O receio de um excessivo envolvimento, da exaustão emocional e de um papel ambíguo na interação enfermeiro-doente, tem conduzido alguns profissionais à repressão de emoções como estratégia para lidar, diariamente, com situações de sofrimento e morte. Por conseguinte, eleva-se a questão se não será porque os doentes estando habituados a algum distanciamento por parte dos profissionais, ao percecionarem mais Atenção/Contacto

por parte dos enfermeiros, equacionarem a ocorrência de um eventual agravamento do seu estado de saúde. Pelo contrário, se os doentes sentirem que os níveis de Atenção/Contacto dos enfermeiros são insuficientes, poderão supor que a sua condição de saúde não aspira grandes preocupações e isso promover níveis crescentes de experiências positivas de sofrimento na doença.

3.3. Resultados do Teste da Hipótese 2: Relação Comunicação Empática e Experiência Subjetiva de Sofrimento

Os resultados da análise de regressão hierárquica múltipla para testar os efeitos independentes das dimensões das Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros (Tabela 2), permitem constatar que os doentes que relatam mais Escuta/Interesse na comunicação empática dos enfermeiros experienciam menos Sofrimento Global ($\beta = -.289$).

Tabela 2. Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com as Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros (EACEE - Influência, EACEE - Escuta/Interesse, EACEE - Abertura/Flexibilidade) como preditores do Sofrimento Global dos Doentes (IESSD) ($N = 84$)

RESULTADO/PREDITORES		ΔR^2	ΔF	β	t
<i>Sofrimento Global (IESSD)</i>	Passo 1	.019	.791		
		Idade		ns	ns
		Género ^{a)}		ns	ns
	Passo 2	.143	6.643**		
		Unidade Hospitalar ^{b)}		.275	2.588*
		Tempo de Diagnóstico ^{c)}		.256	2.426*
	Passo 3	.051	1.634*		
		EACEE – Influência		ns	ns
		EACEE – Escuta/Interesse		-.289	-2.076*
	EACEE – Abertura/Flexibilidade		ns	ns	

$R^2 = .214$; $R^2_{\text{ajustado}} = .140$; ($F_{(7,75)} = 2.909$; $p \leq .010$)

^{a)} Variável dicotómica: 0 = Masculino, 1 = Feminino. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Hospital Distrital, 1 = Hospital Concelhio. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Tempo ≤ 1 Ano, 1 = Tempo > 1 Ano.
 $ns > .10$. * $p < .10$. ** $p \leq .05$. *** $p \leq .01$. **** $p \leq .001$.

Estes resultados estão em consonância com a afirmação de que as pessoas que sofrem, têm necessidade de falar sobre o seu próprio sofrimento, encontrando, assim, uma abertura para o seu próprio mundo interior e para as interpretações que fazem daquilo que experienciam.¹⁶ Aliás, as pessoas sofrem mais quando não têm a oportunidade de partilhar o seu sofrimento com os outros, o que implica sentirem que o outro está presente, está a escutar e está interessado.^{17,18}

3.4. Resultados do Teste da Hipótese 3: Relação Comunicação Não-verbal e Comunicação Empática

Os resultados da análise de regressão hierárquica múltipla para testar os efeitos independentes das Competências de Comunicação Não-Verbal na Comunicação Empática percebida pelos doentes (Tabela 3), demonstram que os participantes que reportam uma Comunicação Não-verbal global mais competente, dos enfermeiros, percebem mais Competências de Comunicação Empática,

exibidas na interação ($\beta = .684$). Neste modelo, a Comunicação Não-Verbal percebida pelos doentes explica 34.5% da variância total encontrada.

Os resultados mencionados vão ao encontro das perspetivas teóricas e dos resultados de um trabalho de investigação recente¹⁹ no qual se reportou uma correlação positiva entre a comunicação não-verbal e a comunicação empática avaliada pelos doentes. Compreende-se, facilmente, que a comunicação não-verbal influencie a empatia, porque a compreensão empática dos enfermeiros manifesta-se, frequentemente, de forma não-verbal. É precisamente através da compreensão empática que se demonstra prestar atenção.²⁰ Este “prestar atenção empaticamente” envolve aspetos predominantemente não-verbais, tais como: um olhar que revele um real envolvimento e proximidade; uma postura corporal aberta que evite cruzar braços ou pernas; uma leve inclinação em direção ao outro; acenar com a cabeça e/ou usar vocalizações breves (e.g., “hum-hum”) quando a pessoa está a revelar algo importante.²⁰

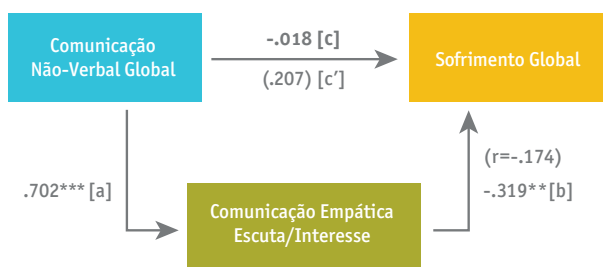
Tabela 3. Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Não-verbal Global (EACNV) como preditor da Comunicação Empática Global (EACEE) ($N = 84$)

RESULTADO/PREDITORES		ΔR^2	ΔF	β	t
<i>Comunicação Empática Global (EACEE)</i>	Passo 1	.062	4.138*		
	Idade			-.248	-2.034*
	Passo 2	.246	5.249***		
	Unidade Hospitalar ^{a)}			ns	ns
	Comorbilidades Físicas ^{b)}			-.344	-2.876**
	Unidade de Internamento ^{c)}			ns	ns
	Diagnóstico ^{d)}			ns	ns
	Passo 3	.345	57.752***		
	EACNV – Comunicação Não-Verbal Global			.684	7.600***
	$R^2 = .653$ $R^2_{\text{ajustado}} = .617$; ($F_{(6,58)} = 18.208$; $p < .001$)				

^{a)} Variável dicotómica: 0 = Hospital Distrital, 1 = Hospital Concelhio. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Não, 1 = Sim. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Oncologia, 1 = Contextos Médico-Cirúrgicos. ^{d)} Variável dicotómica: 0 = Cancro do Sistema Respiratório, 1 = Cancro de Outros Sistemas Orgânicos. $ns > .10$. * $p < .10$. ** $p \leq .05$. *** $p \leq .001$.

3.5. Resultados do Teste da Hipótese 4: Efeito Mediador da Comunicação Empática na Relação entre a Comunicação Não-Verbal e a Experiência Subjetiva de Sofrimento

Para testar o efeito mediador da Comunicação Empática na relação entre a Comunicação Não-Verbal e a Experiência Subjetiva de Sofrimento realizaram-se análises de mediação com recurso aos métodos *MedGraph*¹¹ e *bootstrapping*.¹²⁻¹⁴



* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$.

Figura 1. Modelo do Efeito Indireto ou Mediador da Comunicação Empática - Escuta/Interesse (EACEE), na relação entre a Comunicação Não-Verbal Global (EACNV) e o Sofrimento Global (IESSD). (O modelo foi testado através do método *MedGraph* (Jose, 2013)).

Tendo em conta os resultados de *H1*, *H2* e *H3*, testou-se o efeito mediador (M) das competências de comunicação empática, dimensão Escuta/Interesse (EACEE), na relação entre as competências de Comunicação Não-Verbal Global dos enfermeiros (EACNV) (X) e a Experiência Subjetiva de Sofrimento Global das pessoas com doença oncológica (IESSD) (Y). Na Figura 1 e na Tabela 4 apresentam-se os resultados do modelo testado.

Os dados da Figura 1, indicam que a comunicação não-verbal exerce um efeito positivo e significativo sobre a dimensão Escuta-Interesse da comunicação empática ($a = .702$; $p < .001$) e, ainda, que esta dimensão da comunicação se encontra associada de forma negativa e significativa à Experiência Subjetiva de Sofrimento dos doentes ($b = -.319$; $p \leq .01$). Porém, quando o efeito mediador da comunicação empática é testado, constata-se que o efeito direto da Comunicação Não-Verbal sobre a Experiência Subjetiva de Sofrimento dos doentes é não significativo ($c' = .207$; $p = .18$). Contudo, os dados da Tabela 4 indicam que o efeito indireto da Comunicação Não-Verbal, sobre a Experiência Subjetiva de Sofrimento dos doentes, é significativo ($a*b = -.231$; $EP = .114$), tal como corroborado pelo teste de *Sobel* ($Z = -2.03$, $p = .042$; $IC\ 95\%: -.453$ a $-.008$).

Tabela 4. Medidas de Significância da Mediação, Comunicação Empática – Escuta/Interesse (EACEE) na relação Comunicação Não-verbal Global (EACNV) e o Sofrimento Global (IESSD) ($N = 84$)

MEDIDAS DE SIGNIFICÂNCIA DA MEDIAÇÃO	Z	p	IC 95%	
<i>Teste de Sobel</i>	-2.03	.042	[-.453; -.008]	
<i>Efeito Indireto</i>	a*b	EP		
	Coeficientes não estandardizados	-.231	.114	
<i>Medidas do Tamanho do Efeito</i>	Indireto	Direto	Total	
	Coeficientes estandardizados	-.220	.207	-.010
	R ² (Variancia)	-.020	.021	.0000

Adicionalmente, como já referido, para dar resposta a esta hipótese, realizaram-se também análises de mediação com recurso ao método *bootstrapping*¹²⁻¹⁴ para testar os efeitos indiretos, cujos resultados dão suporte a um efeito de mediação significativo da Comunicação Empática na relação entre a Comunicação Não-Verbal e a Experiência Subjetiva de Sofrimento.

A empatia requer concentração e depende da capacidade de compreender as emoções dos outros através da expressividade, escuta e interesse²¹, que é precisamente a capacidade de exprimir/refletir emoções através da linguagem não-verbal. As pessoas com doença oncológica são particularmente vulneráveis ao sofrimento, uma vez que se deparam com uma doença que, há muito, é sinónimo de dor, de agonia e de morte. A mera possibilidade de um diagnóstico de cancro é vivida como uma experiência profundamente avassaladora e alarmante. Neste contexto, uma atitude empática, conformada nas expressões não-verbais, constituirá a intervenção terapêutica do enfermeiro junto do doente no sentido de o ajudar a vivenciar uma transição saúde-doença positiva.

4. Conclusão

Os resultados deste estudo confirmam a natureza multidimensional do sofrimento na doença oncológica e traduzem a importância das competências de comunicação não-verbal e das competências de comunicação empática dos enfermeiros. Destaca-se a empatia como mediador da influência da comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento das pessoas com doença oncológica, o que releva a importância de um cuidar em enfermagem humanizado e holístico. O sofrimento na doença oncológica constitui uma oportunidade de crescimento, de transição e de desenvolvimento, que concerne as reais necessidades de cuidado do ser humano, ou seja, o desejo mais íntimo de sentir-se amado, escutado e compreendido. Para a enfermagem, na qualidade de ciência humana prática do cuidar, é essencial revalidar a orientação humanística e encarar as competências de comunicação como uma ponte ou conexão com a experiência do outro que sofre, o qual vê, assim, validada a sua experiência, uma vez que é na comunicação e, particularmente, através da comunicação não-verbal, que se materializa toda a relação.

Referências bibliográficas

1. Rodgers, B. L., & Cowles, K. V. (1997). A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. *Journal of Advanced Nursing*, 25(5), 1048-1053. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.19970251048.x
2. Gameiro, M. (1999). O sofrimento na doença : estudo da estrutura dimensional das experiências subjectivas de sofrimento na doença e da relação com outras variáveis biopsicossociais da pessoa doente. Coimbra: Quarteto Editora.
3. Kissane, D., Bultz, B., Butow, P., & Finlay, I. (2011). *Handbook of communication in oncology and palliative care*. New York: Oxford University Press.
4. Barth, J., & Lannen, P. (2011). Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology*, 22(5), 1030-1040. doi: 10.1093/annonc/mdq441
5. McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x
6. Lage, I. (1996). A empatia e a comunicação não-verbal nas perspectivas da enfermeira e do cliente. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto.
7. Dunne, K. (2005). Effective communication in palliative care. *Nursing Standard*, 20(13), 57-64.
8. Kahn, D. L., & Steeves, R. H. (1986). The experience of suffering: conceptual clarification and theoretical definition. *Journal of Advanced Nursing*, 11(6), 623-631. doi: 10.1111/j.1365-2648.1986.tb03379.x
9. Kahn, D. L., & Steeves, R. H. (1995). The significance of suffering in cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*, 11(1), 9-16.
10. Gameiro, M. (1998). O sofrimento humano como foco de intervenção de enfermagem. *Revista Referência*, (0), 5-12.
11. Jose, P. (2013). *Doing statistical mediation & moderation*. Nova Iorque: The Guilford Press.
12. Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408-420.
13. Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach*. Nova Iorque: The Guilford Press.
14. Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.
15. Silva, L., Brasil, V., Guimarães, H., Savonitti, B., & Silva, M. (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 8(4), 52-58.
16. Arman, M., & Rehnfeldt, A. (2006). How can we research human suffering? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 239-240.
17. Justo, J. (2014). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: etiologia, intervenção e articulações. In M. Dias & E. Durã (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (Vol. I, pp. 51-74). Lisboa: Climepsi Editores.
18. Kacperek, L. (1997). Clinical non-verbal communication: the importance of listening. *British Journal of Nursing*, 6(5), 275-279.
19. Montague, E., Chen, P., Xu, J., Chewing, B., & Barrett, B. (2013). Nonverbal interpersonal interactions in clinical encounters and patient perceptions of empathy. *Journal of Participatory Medicine*, (5).
20. Falcone, E. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1(1), 23-32
21. Nunes, J. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: BayerHealthCare.

PRÁTICA DE CLÍNICA DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES: ADMINISTRAÇÃO SUBCUTÂNEA DE TRASTUZUMAB (HERCEPTIN®) E RITUXIMAB (MABTHERA®)

Alice Monteiro

Enfermeira Chefe, Hospital de Dia,
IPO Porto
alicemonteiro@gmail.com

Carlos Góis

Enfermeiro Chefe, Hospital de Dia,
IPO Coimbra
carlos.gois.2@gmail.com

Cristina Lacerda

Enfermeira Chefe, Serviço de Oncologia,
IPO Lisboa
cristina_lacerda@hotmail.com

Elisabete Valério

Coordenação Clínica da Mama,
IPO Porto
elisabetesousavalerio@gmail.com

Helena Xavier

Enfermeira Chefe, Hospital de Dia -
Oncologia, Hospital Capuchos
helena.xavier@cblc.min-saude.pt

Ortélia Dias

Enfermeira Chefe, Hospital de Dia -
Oncologia, Hospital Santa Maria
ortelia.dias@cbln.min-saude.pt

Sandra Ponte

Enfermeira Chefe, Hospital de
Dia, Hospital S. Francisco Xavier
smfponte@gmail.com

Sara Torcato Parreira

Enfermeira Especialista, Hospital de
Dia - Oncologia, Hospital Cuf
sara.torcato@gmail.com

RESUMO: As formulações subcutâneas de Trastuzumab (Herceptin®) e Rituximab (MabThera®) têm a vantagem de permitir uma maior comodidade para a pessoa com doença oncológica e maior facilidade na prescrição, preparação e administração. A introdução deste tipo de formulações nos modos de administração de terapêutica antineoplásica exige, por parte dos enfermeiros, uma atualização de conhecimentos, que permita assegurar boas práticas na prestação de cuidados. Com o objetivo de suportar este processo, a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa desenvolveu dois documentos (“Linhas de Consenso”), com recomendações para os enfermeiros que administram as terapêuticas antineoplásicas Rituximab e Trastuzumab, nas formulações subcutâneas. Um grupo de enfermeiros peritos avaliou a aplicabilidade destes documentos e concluiu que a utilização das “Linhas de Consenso” permite uniformizar procedimentos e orientar as intervenções de enfermagem, o que pode facilitar uma melhoria na educação e acompanhamento da pessoa com doença oncológica.

PALAVRAS-CHAVE: Rituximab; Trastuzumab; Subcutâneo; Intervenções de enfermagem; Boas práticas; Enfermagem oncológica.

ABSTRACT: *The subcutaneous formulations of Trastuzumab (Herceptin®) and Rituximab (MabThera®) are more comfortable for the people affected by cancer who need this type of treatment and are also easier to prescribe, prepare and administer. This type of formulations demands nurses to update their knowledge, so that good practices are assured in the health care setting. With the purpose to support nurses in this matter, the Portuguese Oncology Nursing Association developed two documents with recommendations for administration of subcutaneous Rituximab and Trastuzumab. A group of expert cancer nurses evaluated the applicability of those documents and concluded that they facilitate to standardize procedures and to guide nursing interventions, which might help in the education and follow-up of the people affected by cancer who are under this type of anti-cancer treatments.*

KEYWORDS: *Rituximab, Trastuzumab, Subcutaneous, Nursing interventions, Good practices, Cancer nursing.*

1. Introdução

Os tratamentos oncológicos originam alterações consideráveis na vida da pessoa com doença oncológica em todas as suas dimensões. Algumas destas alterações podem ser desagradáveis e multifatoriais, interferindo com o bem-estar da pessoa e com a sua qualidade de vida. Assim, tornam-se válidas todas as intervenções inovadoras utilizadas no tratamento oncológico, sejam elas de carácter físico, psico-oncológico ou psicossocial, que possam contribuir para uma melhoria da qualidade de vida.

A inovação farmacológica, através da introdução de formulações subcutâneas, exige conhecimentos e atualizações na prática profissional. Esta alternativa terapêutica proporciona aos doentes intervenções físicas menos invasivas e diminui o tempo de permanência nas unidades hospitalares, permitindo uma melhor adaptação da sua condição à sua vida pessoal e profissional. Não obstante, os doentes devem conhecer e compreender o seu processo de doença, bem como a eficácia e segurança do seu tratamento, tendo à sua disposição todos os recursos existentes. Neste sentido, torna-se essencial a análise dos benefícios da aplicabilidade das formulações subcutâneas na prática clínica, assim como a criação de linhas de consenso que orientem os enfermeiros para a otimização dos cuidados e promoção das boas práticas em saúde.

2. Objetivos

Neste artigo, pretende-se descrever o processo de introdução da formulação subcutânea (SC) de Trastuzumab (Herceptin®) e Rituximab (Mabthera®), junto dos enfermeiros portugueses, com a subsequente elaboração e avaliação das Linhas de Consenso para Trastuzumab (Herceptin®) e Rituximab (MabThera®) subcutâneos.

3. Contextualização

Foi desenvolvido, durante um ano, um projeto de parceria entre a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) e a Roche Farmacêutica, com o objetivo de facilitar, junto dos enfermeiros oncologistas portugueses, a introdução das formulações subcutâneas dos fármacos acima descritos. Este projeto desenvolveu-se durante dois anos, e teve as seguintes fases:

- Revisão narrativa da literatura (com pesquisa nas bases de dados MEDLINE; CINAHL; Nursing&Allied

Health Collection), utilizando palavras-chave de acordo com a temática a abordar, por forma a dar resposta a algumas questões pertinentes, tais como: *Seria a formulação subcutânea de Trastuzumab (Herceptin®) e Rituximab (Mabthera®) equivalente à intravenosa (IV)?; Qual o papel dos enfermeiros na introdução das novas formulações subcutâneas?; Como preparar, administrar e monitorizar estas formulações?; Qual o impacto de custo-efetividade em saúde com a introdução destas novas formulações?;*

- Leitura e análise dos estudos resultantes dos ensaios clínicos que compararam as formulações intravenosas (IV) versus subcutâneas (SC) em termos de segurança e eficácia terapêutica;

- Partilha de experiências com enfermeiros portugueses (muitos deles envolvidos nos ensaios clínicos acima mencionados) sobre as novas formulações subcutâneas.

Operacionalização

- Foram realizadas Reuniões Regionais de Enfermagem relacionadas com cada fármaco, onde foi efetuado um levantamento das necessidades educativas e técnicas dos enfermeiros, de acordo com a introdução da nova formulação SC. Nas reuniões alusivas ao Trastuzumab (Herceptin®) estiveram representados 22 hospitais, com um total de 45 enfermeiros; nas reuniões para discussão do Rituximab (Mabthera®) estiveram representados 23 hospitais e participaram 57 enfermeiros. Estas reuniões permitiram perceber a experiência destes profissionais relativamente à forma de preparação e administração da formulação SC nos diferentes contextos nacionais, bem como perceber quais os principais benefícios e dificuldades sentidas na sua utilização.

- Após colheita e análise das informações recolhidas nas reuniões, foi reunido um painel de peritos, com a participação de 8 enfermeiros experientes na área da hematologia e da oncologia. Identificou-se, nessa altura, a necessidade de uniformização de procedimentos e elaboração de algumas recomendações para a utilização das formulações subcutâneas de Trastuzumab (Herceptin®) e Rituximab (Mabthera®).

- Foram criados grupos de trabalho que elaboraram, com o apoio científico da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), dois documentos denominados “Linhas de Consenso”, cujo objetivo é o de

melhorar os conhecimentos e uniformizar as práticas dos enfermeiros na utilização das formulações subcutâneas dos dois fármacos acima descritos.

• As “Linhas de Consenso” foram divulgadas e disponibilizadas em eventos científicos de enfermagem a nível nacional e publicadas na página da Internet da AEOP.

4. Rituximab (Mabthera®) e Trastuzumab (Herceptin®) Subcutâneos

O Rituximab (MabThera®) SC está indicado para adultos, no tratamento de Linfoma Não-Hodgkin: a) com linfoma folicular no estágio III-IV, não tratados previamente, em associação com o regime de quimioterapia;

b) no tratamento de doentes com linfoma folicular que responderam à terapêutica de indução; c) no tratamento de doentes com linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B, positivo para CD20, em associação com o regime de quimioterapia CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisolona) (AEOP, 2016a).

O Trastuzumab (Herceptin®) SC está indicado para adultos, no tratamento de cancro da mama com sobreexpressão e/ou amplificação de HER2 (HER 2+) (AEOP, 2016b).

Os estudos comparativos (Figuras 1 e 2) realizados para o Rituximab e Trastuzumab, demonstraram equivalência entre a formulação intravenosa e a subcutânea.

Figura 1. Rituximab (MabThera®) (Salar, *et al*; 2010)

ENSAIO/FASE	INDICAÇÃO	TRATAMENTO	ENDPOINT PRIMÁRIO
BP22333 Ib Spark Thera ESTUDO DE REGISTO	Manutenção LF primeira linha e recidivante	Rituximab IV vs. rituximab SC	PK: Rituximab SC e rituximab IV
B022334 III Sabrina ESTUDO DE REGISTO	Manutenção LF primeira linha e recidivante	Rituximab IV vs. rituximab SC mais indução CVP ou CHOP Seguido de: Rituximab IV ou rituximab SC, manutenção pela mesma via de administração	PK: Rituximab SC e rituximab IV Eficácia: TRG
B025341 Ib/III SAWYER	Indução LLC primeira linha	Rituximab IV vs. rituximab SC mais FC	PK: Rituximab SC e rituximab IV
M025455 IIIb Mabcute	Manutenção prolongada LF recidivante até progressão	Manutenção rituximab SC vs. observação após resposta a indução e manutenção rituximab SC	SLP
M028107 Mabease IIIb	Indução LDGCB primeira linha	Rituximab SC vs. rituximab IV mais CHOP	Eficácia, satisfação com o tratamento, utilização de recursos médicos, segurança

Abreviaturas: LF - linfoma folicular; LLC - leucemia linfocítica crónica; LDGCB - linfoma difuso de grandes células B; CVP - ciclofosfamida, vincristina e prednisolona; CHOP - ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisolona; FC - fludarabina e ciclofosfamida; PK - Farmacocinética; SLP - sobrevida livre de progressão da doença.

Figura 2. Resumo dos ensaios com Trastuzumab SC (Herceptin®) (Martorell, *et al*; 2014)

ENSAIO	DESENHO DO ESTUDO	TRATAMENTO	N	OBJETIVO PRIMÁRIO	OUTROS OBJETIVOS
NCT00800436	Fase I/Ib aberto	Parte 1: determinação da dose IV: 6 mg/kg – voluntários saudáveis do sexo masculino e doentes com cancro da mama SC: 6, 8 e 10 mg/kg voluntários saudáveis do sexo masculino Parte 2: confirmação da dose SC: 8 e 12 mg/kg – doentes com cancro da mama	24 voluntários saudáveis do sexo masculino 42 doentes com cancro da mama	Parte 1: identificação da dose SC de trastuzumab	Segurança e tolerabilidade
HANNAH (NCT00950300)	Fase III (neo) adjuvante, aberto, randomizado	600 mg SC trastuzumab/6 mg/kg IV trastuzumab + T(4) seguido por FEC-75 (4) (finalização do adjuvante ao fim de 1 ano)	596	C _{trough} não inferioridade dos valores no braço SC; taxas de pCR na mama	Perfil PK Taxa de resposta Tempo de resposta Toxicidade Tolerabilidade
PREFHER (NCT01401166)	Fase II Adjuvante, aberto, randomizado, cruzado	Braço A: 600 mg Trastuzumab SC dispositivo portátil (4 ciclos) após o qual cruzamento para 6 mg/kg Trastuzumab IV Braço B: 6 mg/kg Trastuzumab IV (4 ciclos), após o qual cruzamento para 600 mg Trastuzumab SC	248	Proporção de pacientes indicando preferência por um ou outro método de administração	Segurança Tolerabilidade Sobrevivência livre de eventos Imunogenicidade Preferência do profissional de saúde Economia de tempo
SAFEHER (NCT01566721)	Fase III Adjuvante, aberto, não randomizado (em curso)	600 mg Trastuzumab SC administração assistida/600 mg Trastuzumab SC auto-administração via dispositivo portátil	Estim. 2.500	Incidência de eventos adversos	Sobrevivência livre de doença Sobrevida global Satisfação do paciente
CHANGHER (NCT01875367)	Fase III Doença avançada, aberto, randomizado (em curso)	Braço A: 600 mg Trastuzumab SC dispositivo de injeção única (2 ciclos) e cruzamento para 6 mg/kg Trastuzumab IV (2 ciclos) Braço B: 6 mg/kg Trastuzumab IV (2 ciclos) e cruzamento para 600 mg Trastuzumab SC dispositivo de injeção única Continuação com a modalidade preferida	Estim. 160	Incidência de eventos adversos	Sobrevivência livre de doença Sobrevida global Satisfação do paciente

Por sua vez, a revisão narrativa da literatura realizada demonstrou a importância do papel do enfermeiro na administração das formulações subcutâneas e a necessidade de respeitar as normas de administração destas formulações, de forma a garantir a adequada eficácia e segurança destes tratamentos.

4.1. Recomendações para a prática

A estrutura e fisiologia do tecido subcutâneo restringem a administração de grandes volumes, pois a matriz de fibras de ácido hialurónico e colagénio limitam a administração subcutânea de volumes superiores a 1 ml. No desenvolvimento da formulação SC destes dois medicamentos,

Trastuzumab (Herceptin®) e Rituximab (Mabthera®), introduziu-se uma nova enzima (rHuPH20) como excipiente, o que permite a injeção, por via subcutânea, de volumes muito maiores, como sejam: 5 ml (no caso do Herceptin®) e 11,7 ml (no caso do Mabthera®). O mecanismo de ação deste excipiente provoca a degradação local e temporária do ácido hialurónico, permitindo a administração de volumes maiores por via SC. Esta enzima é usada para aumentar a dispersão e absorção dos fármacos administrados na via subcutânea, permitindo a injeção de maiores volumes por esta via, ao longo de aproximadamente 5 minutos. Há que referir que esta (rHuPH20) não tem efeito terapêutico, sendo o seu efeito reversível e transitório.

As formulações subcutâneas destes dois medicamentos aumentam a segurança na prescrição e administração, devido à sua dose única, que elimina os riscos de erros relacionados com os cálculos de dose e preparação de terapêutica. Ademais, o facto de se utilizar apenas uma ampola, sem necessidade de reconstituição (pronta a administrar), diminui os resíduos utilizados na preparação, assim como os gastos com material de uso clínico (embalagem de soro, sistema de administração e cateter periférico ou central, necessários para a via IV).

Estas formulações, para além de simplificarem a prescrição e administração, promovem, também, uma maior comodidade para a pessoa com doença oncológica, pela sua administração mais rápida e simplificada. A comprovar, os estudos *PreFMab* e *PreFHer* demonstram uma clara preferência dos doentes, e dos profissionais, na utilização da via SC em detrimento da via IV, por eliminar o risco de extravasão, diminuir a ansiedade associada à punção endovenosa, bem como por permitir a administração segura em doentes com risco ou com presença de linfedema. Por ter um tempo de administração curto, cerca de 5-7 minutos, esta via permite maior flexibilidade no agendamento dos tratamentos, com maior possibilidade de ajustar às necessidades do doente e de permitir uma gestão mais eficaz e eficiente dos Hospitais de Dia.

Não obstante, a utilização destas novas formulações subcutâneas deve seguir as seguintes indicações:

1. Administrar com agulhas apropriadas para administração subcutânea (25-27G);
2. Administrar apenas num local do corpo: Herceptin® SC (Coxas) e Mabthera® SC (Abdómen) (preferencialmente com alternância de lateralidade entre esquerda e direita, a cada administração);
3. Evitar mudança de planos durante a administração, para permitir a degradação do ácido hialurónico e a biodisponibilidade dos fármacos coinjetados.

De ressaltar que a administração destes fármacos deve garantir a privacidade do doente, tendo em conta o local de administração Trastuzumab (Herceptin®) (coxa) ou Rituximab (MabThera®) (abdómen).

Existem mais recomendações específicas na administração de cada fármaco, que podem ser encontradas nas “Linhas de Consenso”.

5. Avaliação da operacionalização das “Linhas de Consenso”

Reuniram-se, em 2017, oito enfermeiros experientes na área da Hematologia e da Oncologia a nível nacional. Nestas reuniões, foi discutida a operacionalização das recomendações presentes nas “Linhas de Consenso”, elaboradas em 2016, com base em duas questões de partida:

- Que benefícios consideram existir na utilização das “Linhas de Consenso” e na sua aplicabilidade na prática clínica?
- Quais os benefícios de utilização das formulações SC, de acordo com:
 - A perspetiva das Equipas de Enfermagem?
 - A perspetivas dos doentes?
 - A perspetiva das instituições de saúde?

A avaliação do grupo de peritos considerou que as “Linhas de Consenso” auxiliam o enfermeiro na sua prática, pois permitem clarificar conceitos, uniformizar procedimentos e sistematizar informação. Ademais, são públicas e de fácil acesso (através do website da AEOP) e de conhecimento nacional.

No que concerne aos benefícios na utilização das formulações subcutâneas destas terapêuticas, verificam-se vantagens quer para as equipas de enfermagem, quer para os doentes como, também, para as instituições de saúde.

Para a equipa de enfermagem, o facto de ser uma dose única minimiza a possibilidade de erro terapêutico, permitindo um menor tempo de preparação. Acresce, ainda, a vantagem de, por se tratar de um tratamento de curta duração (apenas alguns minutos), possibilitar uma melhor rentabilização na gestão de cadeirões em Hospital de Dia, além da maior segurança profissional. Já para o doente, a redução no tempo de permanência na instituição hospitalar traduz-se num menor impacto na sua vida pessoal, social e/ou profissional, mas também numa redução do risco de infeção associado às punções e administrações intravenosas. Também para as instituições de saúde existem grandes vantagens na utilização das formulações subcutâneas, com diminuição nos custos de recursos materiais, preparação de medicação mais simplificada, menor tempo de ocupação de cadeirões, com possibilidade de tratar mais doentes, e maior credibilidade da instituição, associada a inovação na saúde.

6. Conclusão

A utilização das “Linhas de Consenso” na prática clínica do enfermeiro oncologista permite uniformizar procedimentos e orientar boas práticas, o que promove uma melhoria na educação e acompanhamento da pessoa com doença oncológica.

A utilização das formulações subcutâneas de Trastuzumab (Herceptin®) e Rituximab (MabThera®) permite maior comodidade para a pessoa com doença oncológica e maior facilidade na prescrição, preparação e administração, com obtenção de ganhos quer para a pessoa com doença oncológica, quer para os contextos/organizações.

A parceria nos cuidados é essencial durante o processo de tratamentos. Cabe aos profissionais de enfermagem promoverem essa parceria e orientarem a pessoa com doença oncológica na sua autonomia, capacitando-a na sua decisão terapêutica, e proporcionando-lhe os melhores e mais atuais cuidados de enfermagem.

Referências bibliográficas

1. AEOP (2016a). Linhas de Consenso Linfoma Não-Hodgkin: utilização de Rituximab SC (MabThera 1400mg) em doentes com Linfoma Não-Hodgkin (LNH) – Recomendações para Enfermeiros. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa;
2. AEOP (2016b). Linhas de Consenso Cancro da Mama: utilização de Trastuzumab SC em doentes com cancro de mama com expressão HER2+ - Recomendações para Enfermeiros. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa;
3. Andrade, S. et al. (2014). Estudo de avaliação do Consumo de recursos hospitalares associados à administração de Trastuzumab; *Revista Port Farmacoter*, 6, 7-15;
4. Carlson, J.; Cox, K.; Bedwell, K.; Ku, M. (2015). Rituximab for subcutaneous delivery: Clinical management principles from a nursing perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 21 (2), 1–13;
5. Martorell, P.; Heras, B.; Perez-Fidalgo, J.; Alvaro, M.; Martin, M.; Albanell, J.; Hernandez, A. (2014). Subcutaneous trastuzumab: drug development and current position. *Clinical and Translational Oncology*, 16, 859-864;
6. Pivot X, et al. (2013). PrefHer. *The Lancet Oncology*;
7. Rummel, M. (2015). PrefMab Study: Final Analysis Of Patient Satisfaction With Subcutaneous Versus Intravenous Rituximab In Previously Untreated Cd20+ Diffuse Large B-Cell Lymphoma Or Follicular Lymphoma. *Value Health*, 18 (7), A469;
8. Salar, A.; Bouabdallah, R.; McIntyre, C.; Sayyed, P.; Bittner, B. (2010). A Two-Stage Phase Ib Study to Investigate the Pharmacokinetics, Safety and Tolerability of Subcutaneous Rituximab In Patients with Follicular Lymphoma as Part of Maintenance Treatment. *Blood*, 116 (21), 2858;
9. Serverson Cherie, C. (2015). Evaluating the benefits of transitioning from intravenous to subcutaneous Rituximab for Alberta cancer patients. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 25(3), 341-346.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA ADAPTAÇÃO DA MULHER AO CANCRO DA MAMA

Ricardo Gil Silva

Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Assistente Convocado / Instituto Português de Oncologia do Porto; Escola Superior de Enfermagem do Porto
rgilsilva@gmail.com

Luís Miguel Ferreira

Professor Adjunto; Mestre em Ciências de Enfermagem / Escola Superior de Enfermagem do Porto
lmferreira@esenf.pt

Filipe Pereira

Professor Coordenador; Doutor em Ciências de Enfermagem; Mestre em Ciências de Enfermagem / Escola Superior de Enfermagem do Porto
filipepereira@esenf.pt

RESUMO: Introdução: O cancro da mama é a doença oncológica com maior incidência na mulher. Identificar os elementos estruturantes das intervenções de enfermagem com vista a promover a adaptação da mulher ao cancro da mama é uma prioridade que carece de sistematização e proficiência para serem implementadas na prática clínica.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura, de acordo com o modelo PVO (Paciente/População/Problema, Variáveis em estudo e *Outcomes*/Resultados), entre os anos 2011 a 2016, com análise de 30 artigos através de um modelo de análise desenvolvido pelos investigadores que assenta em categorias indispensáveis ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem baseadas em evidências.

Objetivos: Identificar os elementos estruturantes das intervenções de enfermagem com vista a promover a adaptação da mulher ao cancro da mama.

Resultados: A análise dos dados permitiu validar como referencial teórico dominante a Teoria do Autocuidado e, face às necessidades identificadas por esta população surge, em destaque, o sistema de apoio educativo. Nesta perspetiva de requisitos de desvio à saúde, as terapêuticas que se destacam são do tipo informar e educar – pretendem capacitar a mulher para a promoção das atividades de autocuidado.

Neste contexto e, atendendo ao anterior, as formas de implementação predominantes são sessões informativas e educativas, individuais e em grupo e com recurso a conteúdos disponíveis em suporte verbal e escrito. A utilização de novos recursos tecnológicos de informação e comunicação foi igualmente uma estratégia descrita mas os autores alertam que a utilização destes requer, nos seus utilizadores, altos níveis de motivação. O envolvimento de elementos significativos ou familiares foi igualmente destacado como recurso externo que pode determinar a adesão e envolvimento das mulheres ao plano terapêutico.

Conclusões: A identificação dos elementos estruturantes das intervenções de enfermagem, com vista a promover a adaptação da mulher ao cancro da mama, contribuirá para ajudar os enfermeiros dos contextos práticos, a conceberem e implementarem cuidados de enfermagem diferenciados no sentido de capacitar a mulher para que seja capaz de realizar todas as atividades inerentes ao autocuidado, de uma forma responsável e consciente.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasia mamária; Mulher; Enfermagem; Autocuidado.

ABSTRACT:Introduction: Breast cancer is the oncological disease with higher incidence in women. Identify the structuring elements of nursing interventions to promoting the adaptation of women to breast cancer is a priority that lacks systematization and proficiency to be implemented in clinical practice.

Objectives: Identify the structuring elements of nursing interventions to promoting the adaptation of women to breast cancer.

Methodology: Integrative review of literature, according to the PVO model (Patient/Population/Problem, Variables and Outcomes/Results), between the years 2011 to 2016, with analysis of 30 articles through an analysis model developed by investigators based in categories essential to the development of evidence-based nursing interventions.

Results: Data analysis made it possible to validate how dominant theoretical referential theory of Self-care and, with regard to the needs identified by this population surge, highlighted, the educational support system. In this perspective of health deviation requirements, the therapies that stand out are to inform and educate and empower the woman aim to promote self-care activities. In this context and in view of the above, the predominant implementation forms are informational and educational sessions, individual and group and using content available in verbal and written support. The use of new information and communication technology resources was also a strategy described but the authors warn that the use of these requires, in its users, high levels of motivation. The involvement of significant elements or family was also highlighted as external resource that can determine the membership and involvement of women at therapeutic plan.

Conclusions: The identification of the structural elements of the nursing interventions to promote the adjustment of woman to breast cancer, will contribute to help nurses of practical contexts, to design and implement differentiated nursing care towards to enable the woman to be able to perform all activities inherent in self-care, responsibly and consciously.

KEYWORDS: Breast neoplasms, Woman, Nursing, Self-care.

1. Introdução

A doença oncológica mamária é, em Portugal e na Europa, o tumor com maior incidência na mulher¹. As alterações que o tratamento para o cancro da mama acarretam, do ponto de vista físico, psicológico e social, desafiam as mulheres a desenvolverem processos de adaptação complexos. Nesta linha, torna-se clara a necessidade de identificar e disponibilizar cuidados orientados para a promoção desta adaptação das mulheres, com um acompanhamento de forma sistematizada e proficiente a desempenhar pelos enfermeiros.

A adaptação da mulher à doença oncológica mamária não se confina, como é frequente encontrar, a um conjunto de aspetos psicológicos. O termo adaptação engloba todos os processos que a mulher desenvolve e mobiliza, no sentido de lidar e integrar as mudanças decorrentes da sua nova condição. Nesta perspectiva, todas as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no sentido de ajudar as mulheres a viverem com a doença e a prevenirem complicações são atividades consideradas promotoras da adaptação.

A qualidade da assistência de enfermagem em Portugal, regulamentada pela Ordem dos Enfermeiros², assenta no princípio de satisfazer as necessidades humanas básicas e de aumentar a autonomia dos clientes nos diversos domínios do autocuidado, através de processos de aprendizagem que visam uma readaptação funcional e emocional. Neste contexto, a adaptação pode ser entendida como um resultado *major* da integração, por parte da mulher, da sua nova condição decorrente do cancro da mama o que pode ser visto como desígnio dos cuidados prestados pelos enfermeiros³.

A capacidade da pessoa se adaptar, nomeadamente do ponto de vista funcional, está intimamente relacionada com as limitações que esta apresenta decorrentes do evento que determinou mudanças nas suas capacidades de desempenho, em termos de autocuidado⁴. As ações de autocuidado, quer as universais quer aquelas decorrentes do desvio à saúde, são de grande importância no contexto dos cuidados de enfermagem, na medida em que promover o autocuidado pode ser, em última instância, promover a adapta-

ção. Os requisitos universais de autocuidado são comuns a todos os seres humanos e estão inerentes aos processos quotidianos da vida. Os requisitos associados ao “desvio à saúde” reportam as atividades que o indivíduo desenvolve para gerir a doença e o seu tratamento.

O presente trabalho surge na sequência de um outro mais amplo desenvolvido por Ferreira⁵ que, ao longo de várias etapas, desenvolveu um estudo qualitativo e um outro de perfil quantitativo, onde se identificou um conjunto de vinte e três (23) intervenções de enfermagem (IE) muito relevantes para efeitos de promoção da adaptação da mulher ao cancro da mama, consensualizadas por um painel com cerca de cento e quarenta (140) enfermeiros que exercem funções em centros de referências em oncologia. São exemplos dessas intervenções: Ensinar estratégias para diminuir o linfedema; Incentivar a autonomia no autocuidado; Envolver a pessoa no plano de cuidados; Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia); Ensinar sobre adequação no autocuidado; Instruir técnica de exercícios do membro afectado; entre outras.

Da leitura dos anunciados apresentados, percebe-se que a larga maioria das intervenções se centram na promoção das capacidades de autocuidado e na prevenção de complicações decorrentes do tratamento. A intencionalidade destas intervenções remetem para o conceito de “autocuidado” nos termos que nos é proposto por Orem⁴. Efectivamente, o autocuidado é o desenvolvimento de atividades executadas pela pessoa em seu próprio benefício, para a manutenção da vida e do seu bem-estar. Estas atividades dizem respeito às capacidades e habilidades para “tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”⁶ (p.12).

O teor das intervenções que emergiram como “muito relevantes” na investigação de Ferreira⁵, à luz do modelo de Orem⁴, orientam-se para a promoção dos requisitos universais de autocuidado e de desvio à saúde. Assim, entendemos como necessário evoluir em termos de proficiência e sistematização das intervenções, para que as mesmas possam, efetivamente, ser implementadas pelos enfermeiros na prática clínica sempre com o enfoque na intenção terapêutica, como abordado por Meleis⁷ quando no aborda sobre o carácter prático da disciplina de enfermagem.

A delimitação dos elementos estruturantes das IE, de acordo com aquilo que é claro no seio da disciplina, remete para a necessidade de clarificar qual o referencial teórico das intervenções; qual o seu conteúdo/atividades; quais as formas como devem ser implementadas e; por exemplo, como deve ser ponderada a sua efetividade.

Com este trabalho pretendemos contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem neste contexto específico através da identificação dos elementos estruturantes das intervenções de enfermagem mais relevantes para efeitos da promoção da adaptação das mulheres ao cancro da mama.

Do percurso realizado por Ferreira⁵ percebe-se que uma parte substantiva da assistência de enfermagem, face às mulheres com cancro da mama, se centra em focos de atenção direccionados para o autocuidado (requisitos universais e de desvio à saúde/gestão do regime terapêutico) perseguindo objetivos orientados para o desenvolvimento de “capacidades de autocuidado”. Daqui resulta claro que a adaptação está, também, definida numa lógica de “resultado” centrado em capacidades funcionais e de desempenho das clientes. Com efeito, no contexto deste nosso percurso, concebemos a adaptação como capacidades e ações intencionais da cliente para “gerir novas situações”⁶ (p.3). Importa salientar que, na mesma classificação de enfermagem a que aludimos, tais ações se orientam, também, para “gerir o stresse e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico”⁶ (p.34). É comum na literatura de enfermagem a apresentação da doença oncológica como altamente “stressante”. Concordamos, na medida em que, reconhecidamente, a mulher com doença oncológica da mama experimenta “sentimentos de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado; distúrbio do estado mental e físico...”⁶ (p.121).

2. Materiais e métodos

Dos métodos de revisão da literatura existentes, a Revisão Integrativa da Literatura (RIL) surge como um dos que “melhor se adequa” à incorporação das evidências disponíveis na prática de enfermagem^{8,9,10,11,12,13}.

Tendo como objetivo identificar as IE promotoras da adaptação das mulheres ao cancro da mama, delimitamos

a seguinte questão de partida “Quais as intervenções de enfermagem capazes de promover a adaptação das mulheres ao cancro da mama?”. Como pretendíamos produzir uma síntese mais integrativa e não proceder a comparações (como tradicionalmente utilizado com o método PICO¹⁴), utilizamos o modelo ou estratégia PVO (Paciente/População/Problema, Variáveis em estudo e *Outcomes*/Resultados) para formulação da questão de partida. A nossa População foram mulheres com neoplasia da mama, as Variáveis em estudo as intervenções de enfermagem e os Resultados relativos à adaptação (enquanto resultado).

Delimitada a temática de pesquisa, e mantendo sempre o foco no objetivo da nossa pesquisa, procedeu-se ao estabelecimento dos critérios de inclusão que os estudos teriam de cumprir para integrarem o nosso “*corpus* de análise”: evidências recentes, publicadas nos últimos cinco anos (entre 2011 e 2016); focadas em clientes com um perfil semelhante ao das clientes assistidas na realidade nas “Clínicas de Mama” nos centros de referência em oncologia (mulheres, com idade superior a 18 anos e com o diagnóstico médico principal de neoplasia da mama); e presença dos descritores no título ou no resumo ou nas palavras-chave/termos do assunto.

Procedemos à extração do material entre os dias 16 de março e 14 de abril de 2016, em todas as bases de dados electrónicas presentes nos agregadores de bases de dados *EBSCOhost Web*, *Scopus* e *Web of Science*TM, a que tivemos acesso via Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A identificação dos descritores a serem usados é crucial para este tipo de revisão da literatura. Recorremos aos *MeSH terms* da *National Library of Medicine* dos Estados Unidos da América. Esta nossa opção radicou na amplitude, reconhecimento e utilização que este sistema de “indexação de conteúdos” tem à escala global. Assumimos que, na procura e identificação dos descritores MeSH com relevância para este estudo, foi nossa preocupação integrar, sempre que possível, descritores ascendentes e descendentes dos termos a incluir, de forma a alargar o alcance da pesquisa. Contudo, existiram termos que aparentemente poderiam ser incluídos na nossa pesquisa mas, após leitura do “*scope note*”, verificámos que não se integravam dentro das nossas categorias de pesquisa.

Do conjunto das 23 IE identificadas como muito relevantes pelos enfermeiros no estudo de Ferreira⁵ emergem cinco grandes intencionalidades: 1) Promover capacidades

de desempenho nos requisitos universais do autocuidado; 2) Promover capacidades para gerir o regime terapêutico; 3) Promover conhecimento e capacidade para prevenir efeitos secundários e complicações dos tratamentos; 4) Promover conhecimento e capacidade para prevenir/controlar linfedema e; 5) Promover o envolvimento da família e consciência sobre mudanças. Destas, identificámos descritores (*MeSH terms*) centrados em algumas áreas específicas, como: equipamentos de apoio no autocuidado; consciencialização das mulheres sobre as suas limitações no autocuidado; gestão do regime terapêutico; envolvimento da família; e prevenção de complicações. Os descritores identificados foram utilizados na composição das frases booleanas, colocando com restrição o facto dos mesmos estarem presentes no título ou no resumo ou nas palavras-chave/termos do assunto. No sentido de tornar mais ágil a busca de material relevante, decidimos compor cinco frases booleanas e não apenas uma. Cada uma das cinco frases booleanas incluía as quatro componentes centrais dos nossos interesses - Cancro da Mama (“Breast Neoplasm”); Enfermagem (“Nurs*”); Mulheres (“Women”); e Autocuidado (“Self Care”) - associado a um outro componente relativo a: Equipamento (“Equipment and Supplies”); Consciencialização (“Awareness”); Envolvimento pessoal (“Patient participation”); Envolvimento da Família (“Famil*”); e Complicações (“complication*”).

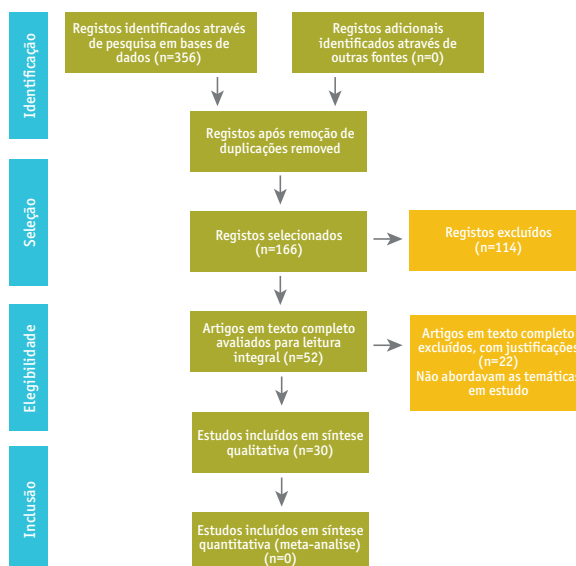


Figura 1. Fluxograma baseado no modelo PRISMA¹⁵ com procedimento de seleção dos estudos

Deste processo de seleção (figura 1) foram reunidas 30 referências¹⁶⁻⁴⁵ que constituíram o nosso “corpus de análise”. Estes artigos foram analisados e sujeitos a extração de dados através de um modelo elaborado pelos investigadores visto o desenvolvimento e análise das IE estar ainda pouco explorado na literatura da disciplina.

Neste sentido, recorremos a dois modelos de desenvolvimento de IE baseadas em evidências. O primeiro, sugerido por Meijel e colaboradores⁴⁶, e o segundo, proposto por Aranda⁴⁷. Estes dois modelos, dada a sua convergência em termos de conceitos estruturantes e foco na enfermagem, serviram-nos para delimitar as categorias a adotar na análise dos 30 artigos reunidos. Ambos os modelos destacam como fundamental a inclusão da opinião dos enfermeiros “da prática” acerca da relevância, utilidade clínica e aplicabilidade das intervenções. Sugerem ainda, que a visão dos beneficiários das intervenções é essencial, no sentido de perceber, entre outros aspetos, os seus “resultados”.

Ambos os modelos estruturam e descrevem um processo sistematizado e rigoroso para o desenvolvimento e revisão de IE baseadas em evidência e partilham entre si um conjunto de critérios que deve guiar todo o processo de análise das intervenções. Partindo dos elementos estruturantes destes modelos, e considerando a sua utilidade para efeitos do processo de análise ao material emergente da pesquisa realizada, definimos oito categorias do “nosso modelo de análise” que, à partida, foi definido como alicerce deste processo:

- 1) Referenciais Teóricos das Intervenções;
- 2) População Alvo, Beneficiários/Clientes das Intervenções;
- 3) Conteúdo das Intervenções;
- 4) Estratégias de Implementação das Intervenções;
- 5) Complexidade das Intervenções;
- 6) Integridade das Intervenções;
- 7) “Dose Terapêutica” das Intervenções;
- 8) Validade das Intervenções e Medidas de Resultado.

O processo de seleção e análise dos estudos foi efetuado por dois revisores, de uma forma independente, nomeadamente pelo investigador principal do estudo e por um dos investigadores secundários. Os artigos foram selecionados de acordo com as temáticas que ocupavam o nosso estudo e as opções de exclusão radicaram no mesmo princípio, artigos que não se centravam nas temáticas em questão com a presente investigação. Importa salientar que todos os arti-

gos reunidos nesta análise foram publicados em revistas com arbitragem científica e análise por painel de revisores/peritos.

3. Resultados

Dos 30 artigos reunidos¹⁶⁻⁴⁵, constatámos que 24 artigos^{16-18,20,22,24,25,27-31,33-35,37-45} reportam, de forma explícita ou implícita, IE. Os seis artigos restantes^{19,21,23,26,32,36}, não se centrando em intervenções propriamente ditas, foram incluídos na análise porque fazem referência a aspetos que podem ser enquadrados nos “modos e estratégias” de implementação e “avaliação” das IE.

Da análise efetuada não encontramos descritos enunciados e/ou sintaxes de intervenções como habitualmente se encontram disponíveis nos sistemas de informação. Conseguimos, sim, identificar aspetos relativos à natureza das intervenções, o que nos pareceu adequado, neste ponto, recorrer à estrutura da Norma ISO 18104 proposta pela *International Organization for Standardization*⁴⁸. A referida norma apresenta-nos como categorias: *Ação; Alvo; Meio; Via; Local e Recetor (Beneficiário) dos cuidados*.

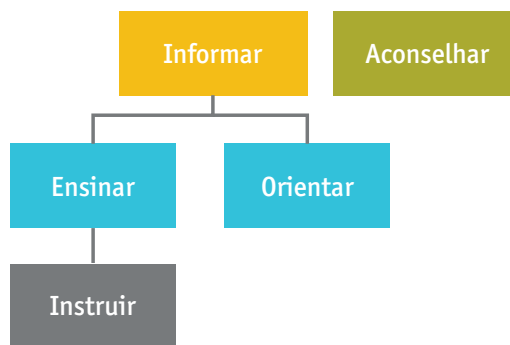


Figura 2. Tipos de ação das intervenções de enfermagem reportadas nos artigos analisados

No que diz respeito aos tipos de ação, as IE reportadas nos artigos reunidos inscrevem-se fundamentalmente no âmbito do Informar – “Comunicar alguma coisa a alguém”⁴⁹ (p.97) e, dentro destas, do tipo “Ensinar” e “Instruir”; – “Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde”⁴⁹ (p.96) e – “Fornecer informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa”⁴⁹ (p.97), respetivamente. Estas intervenções têm como objetivo desenvolver competências de cariz essencialmente cognitivo e habilidades de cariz mais

instrumental. Estes tipos de ação, que se vislumbram na grande maioria das intervenções apresentadas pelos diferentes autores, têm por base a intenção terapêutica de capacitar as clientes para lidarem com os desafios de saúde que o cancro da mama lhes impõe. Algumas das IE incluídas nos artigos tomam por tipo de ação o “Orientar” ou o “Aconselhar”. Qualquer um destes tipos de ação, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), são especificações do “Informar” e visam “dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados com a saúde”⁴⁹ (p.98). Também aqui se percebe que, a intenção subjacente às intervenções que usam estes dois últimos tipos de ação, radica na preparação e aumento do repertório de recursos pessoais das clientes para se adaptarem, o mesmo é dizer: viverem uma transição no rumo da “saúde”⁵⁰.

Evidências emergentes

1) Referenciais Teóricos das Intervenções

Dezassete dos 30 artigos analisados fazem referência a uma teoria ou modelo concetual que está na base da sua intenção terapêutica. Destes, oito artigos^{16-18,24,27,35,38,41} baseiam-se no modelo de Autocuidado proposto por Orem. Estes artigos colocam a tónica nos “requisitos de desvio à saúde”.

2) População Alvo, Beneficiários/Clientes das Intervenções

O conceito de “recetor dos cuidados”, incluído na norma ISO 18104⁴⁸, é enquadrável nesta nossa categoria de análise. Todos os artigos incluídos nesta revisão fazem referência à população alvo das intervenções. O elemento que estrutura e nos dá referências para os diferentes beneficiários radica na fase do percurso terapêutico em que as mulheres se encontram. Cerca de dois terços dos artigos centram-se em mulheres que se encontram no período após a cirurgia: dez artigos^{18,19,22,24,25,27,35,36,41,43} estão focados em mulheres com linfedema (real ou potencial); nove artigos^{17,23,26,30-33,42,45} estão focados em mulheres sujeitas a tratamento de quimioterapia (QT) e/ou radioterapia (RT) e; quatro artigos^{28,29,38,44} tomam por beneficiários das intervenções mulheres que já se encontram no período de *follow-up*. Seis artigos^{16,20,21,37,39,40} centram-se, essencialmente, em mulheres em fases iniciais do tratamento da doença, que aguardam cirurgia ou vão iniciar tratamento de QT ou RT.

3) Conteúdo das Intervenções

Atendendo ao facto da larga maioria das intervenções

referidas nos artigos reunidos nesta revisão serem do tipo “Informar”⁴⁹, o conteúdo das intervenções reporta-se ao teor da informação daquelas ações. O conceito de conteúdo das intervenções é sobreponível à categoria “alvo das intervenções” da norma ISO 18104⁴⁸. Aqui, os alvos são importantes na medida em que, dizendo respeito “... às entidades que são afetadas pela ação ou que lhe dão conteúdo...”, permitem-nos ter uma noção clara do conteúdo das intervenções que são fundamentalmente do tipo apoio-educativo⁴.

Quando se analisam “... as entidades que são afetadas pela ação ou que lhe dão conteúdo...” – Alvo⁴⁸, no conjunto dos artigos reunidos identificam-se oito alvos distintos, aqui apresentados, de forma decrescente, em função da sua frequência: Tratamentos; Doença ou Processo patológico; Linfedema (Edema); Efeitos secundários (dos tratamentos); Complicações (dos tratamentos); Gestão do regime medicamentoso; Atividades diárias; e Apoio (familiar ou social). Os conteúdos mais frequentes referem-se, fundamentalmente, a informação sobre os tratamentos, ao processo patológico/doença e aos efeitos secundários da medicação. A prevenção, controlo e auto-vigilância do linfedema, a par de outras consequências dos tratamentos médicos, assumem lugar de destaque.

A gestão do regime terapêutico, concretamente a gestão do regime medicamentoso, nestas clientes, é um aspeto crucial, o que justifica a pertinência de vários autores a orientarem o conteúdo dos seus estudos para esta área.

4) Estratégias de Implementação das Intervenções

Esta categoria pretende responder à questão: “*Como devem ser educadas e apoiadas estas clientes, de forma a promover o seu autocuidado?*”. Existem 24 referências^{16-18,20,22,24,25,27-31,33-35,37-45} à utilização de estratégias presenciais e oito referências a estratégias à distância^{16,17,20,28,29,34,37,39}. As estratégias à distância são muito adequadas para promover o envolvimento das mulheres no plano terapêutico e também para desenvolver competências de gestão do regime terapêutico, em particular, medicamentoso. Contudo, de acordo com Kuijpers e colaboradores²⁹, a utilização desta estratégia, carece de altos níveis de motivação por parte das mulheres, o que requer ponderação do enfermeiro na utilização deste tipo de estratégias.

Ainda nesta categoria, percebe-se a existência de estratégias educacionais do tipo “individual” e outras baseadas “em grupos”. Existem 17 referências quer a implementa-

ção de estratégias do tipo individual^{16,22,24,25,27-29,31,33,35,38,40-45}, quer em grupos^{16-18,20,24,25,27-30,34,35,37,39,41-43}. Nas abordagens em grupo, estão contemplados os grupos de “ajuda” entre pares (mulheres com cancro da mama), muito valorizadas pelas mulheres^{20,27,34,37}. O envolvimento de elementos familiares/significativos é valorizado por alguns autores, referindo que aumentam a adesão das mulheres ao plano de tratamento e ressaltam a importância de incluir estes elementos no plano terapêutico^{25,28,42,44}.

O recurso a tecnologias de informação e comunicação é reportado por vários autores^{16,17,20,29,34,37,39} sendo uma estratégia associada a intervenções do tipo informar/ensinar sobre doença (sinais, sintomas, fatores de risco, ...); os tratamentos disponíveis; os efeitos secundários dos tratamentos; as possíveis complicações; estratégias de reabilitação...

Oito artigos sublinham a importância de combinar a informação verbal com um suporte escrito de cariz complementar, de forma a reforçar a informação disponibilizada^{16-18,20,34,40,41,44}.

5) *Complexidade das Intervenções*

Dos 24 artigos que fazem referência a IE^{16-18,20,22,24,25,27-31,33-35,37-45}, todos se referem a intervenções do tipo complexo. Não existem, nos artigos analisados, referências a intervenções “simples”.

6) *Integridade das Intervenções*

Das intervenções identificadas nos artigos analisados, verificámos que em 14 casos há alguma referência à sequência de implementação das diferentes atividades das intervenções^{16-18,20,24,27,28,30,34,37,38,41,43,45}. Todavia, o grau de estruturação apresentado não é suficientemente preciso para que nos seja possível falar em “roteiro”. As referências disponíveis nos artigos são muito genéricas. A título de exemplo, vemos orientações que remetem para a necessidade (óbvia) da educação referente à cirurgia dever ser realizada, preferencialmente, antes da mesma ocorrer, para que a mulher tenha tempo de assimilar a informação referente à mesma e para que possa ter tempo de colocar as respetivas dúvidas e receios (6 referências). Os efeitos secundários e/ou possíveis complicações dos tratamentos devem, igualmente, ser abordados antes destes ocorrerem (8 referências).

7) *“Dose Terapêutica” das Intervenções*

Apenas em dez casos há referências a aspetos relacionados com a “dose terapêutica” das intervenções^{16,17,18,20,22,25,28,30,40,43}. São abordados aspetos relaciona-

dos com o número de sessões educativas, duração média de cada sessão e momentos em que estas devem ocorrer, nomeadamente antes, durante e após os tratamentos. Recomenda-se um maior número de sessões educativas quando se pretende o reforço da informação com vista a consciencializar as mulheres sobre a sua nova condição e para que possam, de uma forma consciente e responsável, fazer uma autogestão do regime terapêutico^{16,19,20,25,30,40}. A duração das sessões varia entre 40 e 150 minutos. As sessões mais demoradas são aquelas que pretendem capacitar as mulheres para efetuarem uma autogestão eficaz do seu regime terapêutico, após tratamento^{28,30}. Tratam-se de intervenções que incorporam conteúdos instrumentais e visam o desenvolvimento de habilidades das mulheres.

8) *Validade das Intervenções e Medidas de Resultado*

Vinte e quatro artigos^{16-23,25-30,32,34,35,37,39-43,45} fazem referência ao resultado que pretendem atingir com as intervenções apresentadas e referem formas de verificar as mudanças verificadas. No âmbito das intervenções reunidas, de acordo com os autores consultados, a forma mais adequada de verificar se o objetivo proposto foi, efetivamente, alcançado, é através da observação/demonstração/validação da aquisição das competências pretendidas por parte das mulheres. Os artigos que explicitam os resultados pretendidos fazem-no sobre a forma de “critérios de resultado”. São exemplos de critérios de resultado: “Identifica os efeitos secundários do tratamento”; “Realiza os exercícios de prevenção de linfedema”; “Conhece as formas de prevenir as complicações dos tratamentos”. Com frequência, os diferentes artigos remetem para resultados ou medidas de avaliação da eficácia das intervenções em aspetos mais genéricos, ainda que medidos com as “escalas” habituais, como: diminuição dos níveis de ansiedade e stress.

Para além deste tipo de medidas de validade das intervenções, vários autores remetem para as “opiniões das clientes”. Aqui destacam-se aspetos como, por exemplo, o aumento da perceção de auto-eficácia para gerir os efeitos secundários da medicação. Verificamos, ainda referências a opiniões como: “sentir-se mais preparada para encarar o tratamento”; “sentir-se melhor consigo própria”; ou “sentir-se mais confiante, quando dispõe de apoio de familiares ou outros significativos”.

Relativamente à opinião dos enfermeiros que implementam as intervenções na prática e também dos beneficiários das mesmas, as referências analisadas não apresentam,

explicitamente, uma opinião ou informação especificamente relacionada com uma intervenção em concreto.

4. Discussão

Os resultados emergentes da análise efetuada aos artigos selecionados permitem identificar e sintetizar um corpo de conhecimentos que pode orientar a prática dos enfermeiros neste contexto assistencial.

O modelo concetual proposto Orem é suficientemente abrangente para nos ajudar a explicar as necessidades em cuidados de enfermagem destas mulheres, assim como o tipo de ajuda profissional a ser disponibilizada pelos enfermeiros. As intervenções baseadas neste referencial teórico, quando inscritas num sistema do tipo “apoio-educativo”, visam ajudar as clientes a aumentarem os seus recursos para tomarem iniciativas e assumirem responsabilidades pelo seu próprio cuidado e saúde. A natureza das intervenções inferidas dos artigos inscreve-se numa lógica de apoio e educação, tendo em vista satisfazer requisitos de autocuidado relacionados com o desvio à saúde.

As intervenções descritas na literatura tomam por clientes, fundamentalmente, mulheres em tratamento ativo, em particular cirúrgico, destacando este subgrupo como alvo prioritário da atenção dos enfermeiros.

Podemos inferir que as intervenções disponíveis nos artigos reunidos tomam por “grandes” alvos: o conhecimento das clientes sobre tratamentos, efeitos secundários da medicação, entre outros; e as capacidades para, por exemplo, prevenir e controlar complicações dos tratamentos e ainda, prevenir e controlar o linfedema. Aqui percebe-se, de alguma forma, uma orientação para a promoção de competências cognitivas das clientes, mas também de capacidades instrumentais, de que são exemplo as “técnicas de exercício muscular e articular”.

A possibilidade de estabelecer contacto direto com enfermeiros que integram a equipa assistencial, mostra-se uma estratégia muito valiosa. Esta informação sublinha a importância dos enfermeiros privilegiarem a implementação de estratégias presenciais.

O recurso a estratégias tecnológicas mais recentes desperta na nossa comunidade uma área que merece investimento, para que possamos promover o acompanhamento a estas clientes. O avanço tecnológico disponibiliza a esta população material informativo nos mais diversos formatos. Promover o envolvimento e adesão destas mulheres

às “novas tecnologias” pode mostrar-se uma ferramenta muito poderosa em termos de adaptação. Carece, contudo, de um aconselhamento adequado para que a informação a ser disponibilizada e acedida pelas mulheres seja adequada e verosímil.

Com estes achados podemos inferir que as IE desenvolvidas com a intenção de assistir as mulheres com cancro da mama, no decurso da doença e dos tratamentos, se centram em dar resposta a vários resultados e contemplam vários elementos de ação, exigindo, por parte dos enfermeiros, uma visão focalizada e crítica nas necessidades em concreto destas mulheres. De salientar que a evidência disponível nos artigos reunidos nesta revisão sobre a complexidade das intervenções é limitada.

Como se percebe, o aspeto das intervenções relacionado com a integridade das mesmas, surge de uma forma muito incipiente na literatura, pelo que, desde logo, se percebe que a evidência disponível, a este respeito, é muito fraca. A sequência de implementação dos vários elementos de ação deve ser cuidadosamente determinada para que a finalidade da intervenção seja alcançada. Urge assim, investigar sobre quais os melhores roteiros de implementação destas intervenções complexas.

A adequação da “intensidade” da intervenção deve, na lógica de conceção do enfermeiro, responder às necessidades, expectativas e características individuais de cada mulher, devendo, assim, ser cuidada. Não há evidências sólidas, nos artigos reunidos, sobre qual a “intensidade” das intervenções. Uma vez mais, esta deve ser ajustada à finalidade da intervenção.

Quanto aos momentos adequados para a realização das intervenções, percebe-se a prevalência de uma abordagem do tipo “antecipatório” à experiência, por parte da cliente. De ressaltar que existem aspetos determinantes que devem ser atendidos pelos enfermeiros que acompanham estas mulheres, nomeadamente “o intervir o mais precoce possível”⁴³ e informar e/ou educar “previamente ao tratamento”²², para que as mulheres se sintam preparadas para lidarem com os diferentes desafios que experienciam ao longo das diferentes fases dos “tratamentos”.

A determinação de formas de verificar e medir os resultados pretendidos é tão determinante quanto o objetivo do mesmo. Nos artigos analisados a forma mais usual de verificar o resultado da intervenção é através da validação/observação do mesmo. Neste aspeto, a opinião do bene-

ficiário da intervenção sobre o que mudou mas também a experiência do enfermeiro enquanto prescriptor e implementador da intervenção são dados válidos que permitem estabelecer a validade dessa mesma intervenção.

5. Conclusão

Os planos assistenciais de enfermagem têm vindo a sofrer alterações ao longo do tempo, em função dos (novos) desafios assistenciais e, fundamentalmente, das evidências que se vão consolidando, fruto da prática e investigação dos enfermeiros.

A teoria do autocuidado de Orem é um referencial muito válido para o desenho e implementação daquelas intervenções, o que mostra que, numa lógica de enfermagem, promover o autocuidado é promover a adaptação. As competências de autocuidado remetem, essencialmente, para a mestria⁵⁰ e a adaptação para o resultado final do processo (saúdavel) de transição. A natureza das intervenções reunidas inscreve-se num sistema de apoio e educação. O conteúdo das intervenções reunidas está bem definido. Podemos dizer que há suficiente evidência sobre “o que ensinar e instruir”, para além destes conteúdos serem largamente consensuais, atravessando vários artigos reunidos. A incorporação, numa lógica complementar, de estratégias de implementação das intervenções com base nas tecnologias de informação e comunicação é recomendada e sustentada nas evidências emergentes. Urge lançar mão de abordagens “à distância”, assim, como a abordagens com grupos de pares (outras doentes) e com os familiares.

Os roteiros ou guias de implementação das diferentes atividades das intervenções, dada a sua (das intervenções) complexidade, não são claros, pelo que daqui emerge como necessário criar, pelo menos à escala local, consensos para a prática.

Os artigos incluídos nesta Revisão da Literatura tornam clara a necessidade de implementar as intervenções identificadas de uma forma antecipatória “à necessidade” da mulher. A lógica antecipatória preconizada é congruente com o conceito de “preparação e conhecimento” antecipatório, proposto por Meleis e colaboradoras⁵⁰. Apostar na preparação e conhecimento (antecipatório) das mulheres é uma “condição facilitadora” do curso da transição/adaptação. As medidas de resultado das intervenções podem ser vistas, neste conjunto de intervenções, a dois níveis. O primeiro, numa linha alicerçada em “critérios

de resultado” (mais objetivos), partilhados por todos os enfermeiros envolvidos no plano assistencial, critérios que radicam nos próprios dados necessários à identificação dos diagnósticos de enfermagem que justificam cada uma das intervenções. O segundo nível, em que os resultados das intervenções devem ser vistos remete para “medidas” mais genéricas, derivadas da opinião/satisfação das clientes com as intervenções implementadas.

Destes factos somos levados a considerar que, implementando intervenções de enfermagem dirigidas a estes objetivos, estamos a levar por diante o trabalho “mais relevante” para promover a adaptação das mulheres ao cancro da mama. A revisão integrativa da literatura aqui relatada faz a síntese de alguns aspetos que nos podem ajudar a fazer aquele “trabalho relevante”.

Referências bibliográficas

1. Registo Oncológico Nacional. (2016). Registo Oncológico Nacional 2010. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil - EPE, ed. Porto, 144 p.
2. Ordem dos Enfermeiros. (2001). Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Consultado em Maio, 2015, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
3. Roy, C. & Andrews, H. A. (2001). Teoria da enfermagem. O modelo de adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget.
4. Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of practice. St. Louis: Mosby, 2001.
5. Ferreira, L. M. R. (2014) Terapêuticas de enfermagem promotoras da adaptação em mulheres com cancro da mama. Porto: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde - Porto, 375p. Tese de doutoramento.
6. International Council of Nurses. (2015). CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
7. Meleis, A. I. (2005). Theoretical Nursing: Development and Progress. Philadelphia: 3ª Ed., Lippincott Williams & Wilkins.
8. Mendes, K., Silveira, R. C. & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto - Enferm, 17(4), 758-764.
9. Whittemore, R. (2005). Combining Evidence in Research. Nursing Research, 54(1), 56-62.
10. Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. Journal of Advanced Nursing, 52(5), 546-553.
11. Broome, M. E. (2000). Integrative literature reviews for the development of concepts. In Concept Development in Nursing, 2nd ed (Rodgers B.L. & Knafl K.A., eds), W.B. Saunders Co., Philadelphia, PA. July, 231-250.
12. Roman, A. & Friedlander, M. R. (1998). Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. Cogitare enferm, 3(2), 109-112.
13. Ganong, L. H. (1987). Integrative reviews of nursing research. Research in Nursing & Health, 10(1), 1-11.
14. Santos, C. M., Pimenta, C. A. & Nobre, M. R. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev Latino-am Enfermagem, 15(3), 2-5.
15. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ, 339, b2525.
16. Aranda, S., Jefford, M., Yates, P., Gough, K., Seymour, J, Francis, P., Baravelli, C., Breen, S. & Schofield, P. (2012). Impact of a novel nurse-led prechemotherapy education intervention

- (ChemoEd) on patient distress, symptom burden, and treatment-related information and support needs: Results from a randomised, controlled trial. *Annals of Oncology*, 23(1), 222-231.
17. Børøsund, E., Cvancarova, M., Moore, S. M., Ekstedt, M. & Ruland, C. M. (2014). Comparing effects in regular practice of e-communication and Web-based self-management support among breast cancer patients: preliminary results from a randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 16(12), e295. Consultado em Março, 2016 em <http://www.jmir.org/2014/12/e295/>
 18. Cho, H. S. M., Davis, G. C., Paek, J. E., Rao, R., Zhao, H., Xie, X.-J., Yousef, M. J., Fedric, T., Euhus, D. H. & Leitch, M. (2013). A randomised trial of nursing interventions supporting recovery of the postmastectomy patient. *Journal of Clinical Nursing*, 22(7/8), 919-929.
 19. Chung, C. W., Hwang, E. & Hwang, S. W. (2011). Details of Lymphedema, Upper Limb Morbidity, and Self Management in Women after Breast Cancer Treatment. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 17(5), 474-483.
 20. Dastan, N. B. & Buzlu, S. (2012). Psychoeducation Intervention to Improve Adjustment to Cancer among Turkish Stage I-II Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(10), 5313-5318.
 21. Dickerson, S. S., Alqaissi, N., Underhill, M. & Lally, R. M. (2011). Surviving the wait: Defining support while awaiting breast cancer surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1468-1479.
 22. Dine, J. L., Austin, M. K. & Armer, J. M. (2011). Nursing education on lymphedema self-management and self-monitoring in a South African oncology clinic. *Journal of Cultural Diversity*, 18(4), 126-128.
 23. Elias, T. C., Mendes, L. C., Soares, M. B. O. & Silva, S. R. (2015). Characterization and functional capacity in women with breast cancer, gynaecological cancer and gestational trophoblastic disease. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4), 37-42.
 24. Haj, A. E. (2011). The effect of providing information to prevent lymphedema among treated breast cancer women. *Middle East Journal of Nursing*. Hashemite University, School of Medicine, 5(6), 16-18.
 25. Haley-Emery, M. & Schmitz-Johnson, W. (2014). Prospective protocol for lymphedema education and surveillance in a breast health center. *Clinical Journal of oncology nursing*, 18, 27-31.
 26. Husebø, A. M. L., Karlsen, B., Allan, H., Søreide, J. A. & Bru, E. (2015). Factors perceived to influence exercise adherence in women with breast cancer participating in an exercise programme during adjuvant chemotherapy: A focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), 500-510.
 27. Jeffs, E., Ream, E., Shewbridge, A., Cowan-Dickie, S., Crawshaw, D., Huit, M. & Wiseman, T. (2016). Exploring patient perception of success and benefit in self-management of breast cancer-related arm lymphoedema. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 20, 173-183.
 28. Kimman, M. L., Dirksen, C. D., Voogd, A. C., Falger, P., Gijzen, B. C. M., Thuring, M., Lensen, A., Ent, F. v. d., Verkeyn, J., Haekens, C., Hupperets, P., Nuytink, J. K. S., Riet, Y. v., Brenninkmeijer, S. J., Scheijmans, L. J. E. E., Kessels, A. & Boersma, L. J. (2011). Nurse-led telephone follow-up and an educational group programme after breast cancer treatment: results of a 2 x 2 randomised controlled trial. *European journal of cancer (Oxford, England: 1990)*, 47(7), 1027-1036.
 29. Kuijpers, W., Groen, W. G., Loos, R., Oldenburg, H. S. A., Wouters, M. W. J. M., Aaronson, N. K., Hartenet, W. H. V. (2015). An interactive portal to empower cancer survivors: a qualitative study on user expectations. *Supportive Care in Cancer*, 23(9), 2535-2542.
 30. Lee, H., Lim, Y., Yoo, M.-S., Kim, Y. (2011). Effects of a nurse-led cognitive-behavior therapy on fatigue and quality of life of patients with breast cancer undergoing radiotherapy: an exploratory study. *Cancer nursing*, 34(6), E22-30. Consultado em Março, 2016, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21372697>.
 31. Nizamli, F., Anosseh, M. & Mohammadi, E. (2011). Experiences of Syrian women with breast cancer regarding chemotherapy: A qualitative study. *Nursing and Health Sciences*, 13(4), 481-487.
 32. Obeidat, R. F., Lally, R. M. & Dickerson, S. S. (2012). Arab American women's lived experience with early-stage breast cancer diagnosis and surgical treatment. *Cancer Nursing*, 35(4), 302-311.
 33. Obeidat, R. F., Dickerson, S. N., Homish, G. G., Alqaissi, N. M. & Lally, R. M. (2013). Controlling Fear Jordanian Women's Perceptions of the Diagnosis and Surgical Treatment of Early-Stage Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 36(6), 484-492.
 34. Platt, J., Baxter, N., Jones, J., Metcalfe, K., Causarano, N., Hofer, S. O. P., O'Neill, A., Cheng, T., Starenkyj, E. & Zhong, T. (2013). Pre-consultation educational group intervention to improve shared decision-making in postmastectomy breast reconstruction: study protocol for a pilot randomized controlled trial. *Trials*, 14, 199.
 35. Ridner, S. H., Fu, M. R., Wanchai, A., Stewart, B. R., Armer, J. M. & Cormier, J. N. (2012a). Self-Management of Lymphedema. *Nursing Research*, 61(4), 291-299.
 36. Ridner, S. H., Bonner, C. M., Deng, J. & Sinclair, V. J. (2012b). Voices from the shadows: living with lymphedema. *Cancer Nursing*, 35(1), E18-26. Consultado em Março, 2016 em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3172392&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 37. Rosenzweig, M., Brufsky, A., Rastogi, P., Puhalla, S., Simon, J. & Underwood, S. (2011). The attitudes, communication, treatment, and support intervention to reduce breast cancer treatment disparity. *Oncology nursing forum*, 38(1), 85-89.
 38. Runowicz, C. D., Leach, C. R., Henry, N. L., Henry, K. S., Mackey, H. T., Cowens-Alvarado, R. L., Cannady, R. S., Pratt-Chapman, M. L., Edge, S. B., Jacobs, L. A., Hurria, A., Marks, L. B., LaMonte, S. J., Warner, E., Lyman, G. H. & Ganz, P. A. (2016). American Cancer Society / American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *CA-A Cancer Journal for Clinicians*, 66(1), 43-73. Consultado em Março, 2016, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21319/full>
 39. Ryhänen, A. M., Rankinen, S., Tulush, K., Korvenranta, H. & Leino-Kilpi, H. (2012). Internet based patient pathway as an educational tool for breast cancer patients. *International Journal of Medical Informatics*, 81(4), 270-278.
 40. Sherman, K. A. & Koelmeyer, L. (2011). The role of information sources and objective risk status on lymphedema risk-minimization behaviors in women recently diagnosed with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38(1), E27-E36. Consultado em Março, 2016, em <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-79953096391&partnerID=40&md5=0c104607bef6d52b00b7a20dcb1f555>
 41. Sisman, H., Sahin, B., Duman, B. B. & Tanriverdi, G. (2012). Nurse-assisted education and exercise decrease the prevalence and morbidity of lymphedema following breast cancer surgery. *Journal Of B.U.ON.: Official Journal Of The Balkan Union Of Oncology*, 17(3), 565-569.
 42. Spoelstra, S. L., Given, B. A., Given, C. W., Grant, M., Sikorskii, A., You, M. & Decker, V. (2013). An Intervention to Improve Adherence and Management of Symptoms for Patients Prescribed Oral Chemotherapy Agents. *Cancer nursing*, 36(1), 18-28.
 43. Tsuchiya, M.; Horn, S. & Ingham, R. (2012). Information provision and problem-solving processes in Japanese breast cancer survivors with lymphoedema symptoms. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 53-60.
 44. Ussher, J. M.; Perz, J. & Gilbert, E. (2013). Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of advanced nursing*, 69(2), 327-37.
 45. Weaver, A., Love, S. B., Larsen, M., Shanyinde, M., Waters, R., Grainger, L., Shearwood, V., Brooks, C., Gibson, O., Young, A. M. & Tarassenko, L. (2014). A pilot study: dose adaptation of capecitabine using mobile phone toxicity monitoring - supporting patients in their homes. *Supportive Care in Cancer*, 22, 2677-2685.
 46. Meijel, B., Gamel, C., Swieten-Duijffes, B. & Grypdonck, M. H. F. (2004). The development of evidence-based nursing interventions: Methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 84-92.
 47. Aranda, S. (2008). Designing nursing interventions. *Collegian*, 15, 19-25.
 48. International Organization for Standardization. (2003). ISO 18104. Health informatics - Integration of a reference terminology model for nursing. Geneva: ISO.
 49. International Council of Nurses. (2011). CIPE@ Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
 50. Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, H., D. K., Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.

QUAL A EFICÁCIA DA APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE MINDFULNESS NA QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM CANCRO DA MAMA?

Maria José Dias

Serviço de Oncologia Cirúrgica, IPO Porto
maria.mjsdias@gmail.com

Cláudia Gomes

Serviço de Oncologia Cirúrgica, IPO Porto
lauggomes@hotmail.com

Sónia Machado

Serviço de Oncologia Cirúrgica, IPO Porto
soniafmgm@gmail.com

RESUMO: O diagnóstico de cancro da mama tem um impacto significativo na mulher: a nível psicológico, no seu bem-estar emocional e social, na sua imagem corporal e na qualidade de vida. De forma a retratar os focos de atenção dos profissionais, são frequentemente identificados os diagnósticos de enfermagem: *coping* comprometido, ansiedade, estado psicológico alterado e fadiga.

O *mindfulness* apresenta-se como uma estratégia interventiva que pode ser uma opção na nossa decisão da prática clínica.

Objetivos: Identificar um problema da prática de enfermagem, analisar a investigação produzida e encontrar a melhor evidência empírica para a prática clínica; perceber a eficácia de programas *mindfulness* aplicados a clientes com diagnóstico de cancro da mama.

Resultados: Os MBSR(BC) [*Mindfulness-Based Stress Reduction (Breast Cancer)*] podem ser aplicados a clientes sobreviventes de cancro de mama. É notória a eficácia clínica dos MBSR(BC) em toda a literatura utilizada. Para as clientes, a inserção nos MBSR(BC) é significado de melhoria da qualidade de vida com melhor controlo dos efeitos adversos aos tratamentos da doença oncológica.

Conclusão: É evidente a importância do uso das terapias complementares no controlo de efeitos adversos aos tratamentos do cancro. Registam-se melhorias no controlo de efeitos psicológicos, físicos e cognitivos. Os resultados conferem evidência da eficácia clínica do MBSR(BC). É conhecido um maior controlo de sintomas psico-emocionais ocorrido durante o MBSR(BC). A literatura descreve que o custo por ano de vida ajustada pela qualidade de vida é relativamente baixo em comparação com os resultados de custo-utilidade de outras intervenções para controlo de sintomas a clientes com diagnóstico de cancro da mama.

PALAVRAS-CHAVE: *Mindfulness*; Qualidade de vida; Cancro da mama.

ABSTRACT: *The diagnosis of breast cancer has a significant psychological impact on women, their emotional and social well-being, their body image and quality of life. The most often Nursing diagnoses are: compromised coping, anxiety, altered psychological state, fatigue. Mindfulness is presented as an intervention strategy that can be an option in our decision of clinical practice.*

Objectives: *Identify a problem of nursing practice, analyse the research produced; find the best empirical evidence for clinical practice; realize the effectiveness of mindfulness programs applied to clients diagnosed with breast cancer.*

Results: *MBSR(BC) (Mindfulness-Based Stress Reduction (Breast Cancer)) can be applied to breast cancer survivor clients.. The clinical efficacy of MBSR(BC) is well known throughout the literature. For the clients, the insertion in the MBSR(BC), is meant to improve the quality of life, with control of the adverse effects to the treatments of the oncological disease.*

Conclusion: *The importance of the use of complementary therapies in the control of adverse effects to cancer treatments is well known. There are improvements in the control of psychological, physical and cognitive effects. The results provide evidence of the clinical efficacy of MBSR(BC). Greater control of psycho-emotional symptoms occurred during MBSR(BC) is notorious. The literature describes that the cost per life year adjusted for quality of life is relatively low compared to the cost-utility results of other symptom control interventions for clients diagnosed with breast cancer.*

KEYWORDS: *Mindfulness; Quality of life; Breast Cancer.*

1. Introdução

Num contexto profissional, o enfermeiro lida diariamente com clientes portadoras de cancro da mama que são submetidas a cirurgia e tratamentos adjuvantes. O diagnóstico do cancro da mama tem um impacto muito significativo na mulher, não só a nível psicológico, do bem-estar emocional e social mas também na sua imagem corporal e na sua qualidade de vida. Na prática clínica, identificam-se frequentemente os diagnósticos de enfermagem de *coping* comprometido, ansiedade, estado psicológico alterado e fadiga. Neste contexto, sentiu-se necessidade de perceber a utilidade de uma estratégia interventiva como o *mindfulness*, que permitisse a integração destes programas na prática clínica.

A revisão da literatura forneceu uma perceção da eficácia de programas *mindfulness* aplicados a clientes com diagnóstico de cancro da mama.

A metodologia assenta na formulação base no modelo PICO (População, Intervenção, Comparação, *Outcome*) para enunciação de uma pergunta de pesquisa e numa revisão bibliográfica cuidada, para encontrar documentos que fundamentem a questão de investigação, com intuito de selecionar os artigos com evidência mais atual.

Nos últimos anos tem-se relacionado o stress com patologias como o cancro, doenças infecciosas ou autoimunes, perturbações psicológicas, entre outras. Soares e Alves (2006) defendem que se verifica um agravamento da patologia com o aumento do nível de stress.

Nos dias de hoje é um desafio atuar sobre o stress e seus efeitos, tal como a qualidade de vida das mulheres com diagnóstico de cancro de mama. A prática de *min-*

fulness é descrita como uma intervenção que provoca mudanças significativas a nível psicossociológico (a nível imunitário, controlo da ansiedade, depressão, etc.), com benefícios para o controlo da patologia (Baer, 2008).

2. Enquadramento Teórico

O *mindfulness* tem uma longa história nas tradições espirituais orientais, principalmente no Budismo (Kabat-Zinn, 2003), aplicado para desenvolver qualidades positivas tais como a consciencialização, *insight*, sabedoria, compaixão e equanimidade (Crane, 2009; Kabat-Zinn, 2003). Os programas de *mindfulness* têm sido adaptados para a cultura ocidental (Baer, 2008), pelo seu interesse na população clínica, assim como na não-clínica, na manutenção da saúde, na prevenção e no tratamento de determinadas patologias. Vários estudos demonstram que o *mindfulness* se associa a um bem-estar psicológico (Baer, 2008; Tanner et al., 2009) e, por ser um estado de atenção e consciência orientada para o presente, os indivíduos focam-se nas experiências de cada momento, sem sobrevalorizar o passado ou criar expectativas sobre o futuro. Relaciona-se com a autorregulação da atenção na experiência imediata, manifestando-se na reconhecimento de acontecimentos que surgem no momento presente da consciência (Bishop; Lau et al., 2004). Profissionais de saúde e investigadores ocidentais defendem que a prática do *mindfulness* é benéfica para indivíduos que sofrem de diversas alterações (Baer, 2008), motivo pelo qual tem sido utilizado em diversos campos da psicologia, neurociências, medicina, educação e ambiente laboral, entre outros.

O *mindfulness* possibilita exercitar um método ativo

de desligar a reatividade evasiva que é comum na cultura ocidental e substituí-la por respostas mais conscientes (Kabat-Zinn, 1994). O programa desenvolvido por Kabat-Zinn (2003) “*Mindfulness-Based Stress Reduction*” (MBSR) tem como apoio a meditação *mindfulness* ou meditação da atenção plena e é estruturado em conformidade com técnicas que pretendem focar a atenção no momento presente da experiência vivida percebida e sentida pelo indivíduo. O programa MBSR parte do princípio que um grau elevado de atenção proporciona uma percepção mais real, reduz os afetos negativos e melhora a vitalidade do indivíduo de uma forma geral. Esta atividade tem como objetivo praticar exercícios formais durante as sessões e capacitar os clientes para a utilização da atenção plena no quotidiano.

Cada sessão inclui uma abordagem teórica do tema a trabalhar, exercícios práticos e o debate acerca das melhorias e das dificuldades na aplicação da estratégia na vida diária. Durante o programa treinam-se as práticas formais do *mindfulness*: yoga deitado, a meditação sentada e o yoga, promove-se o treino da mudança gradual do foco de atenção por todo o corpo, da cabeça aos pés, de uma forma não-crítica, de sensações e sentimentos das regiões corporais, de modo a trabalhar a consciencialização e relaxamento, assim como a atenção *mindfulness* da respiração e a consciencialização sem julgamentos das cognições e sem as distrações habituais da mente.

3. Material e Métodos

Para realizar a revisão da literatura, optou-se pela realização de uma pesquisa integrativa para reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre o tema anteriormente delimitado, de modo sistemático e ordenado. A pergunta de partida para a elaboração desta revisão integrativa da literatura foi: “**Qual a efetividade da aplicação do programa de *mindfulness* na qualidade de vida em doentes com cancro da mama?**”

Para a seleção dos artigos procedeu-se à identificação dos termos descritores relacionados com cada um dos componentes da estratégia PI[C]OD (Participantes, Intervenções, Comparações, Outcome e desenho de estudo) (Ramalho, 2005). Uma vez formulada a questão de pesquisa e definida a opção metodológica, seguiu-se a fase da relação de evidência científica, de acordo com os componentes chave da pergunta de investigação. A

recolha de evidência foi efetuada em Novembro de 2016 nas bases de dados da *EBSCOhost Web, Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Regional Business News, SPORTDiscus with Full Text*. Usaram-se os descritores (“breast neoplasms” OR breast*) AND surgery* AND mindfulness* AND “quality of life”. Após recolha de evidência e aplicados critérios de exclusão, o grupo possuía apenas 5 estudos relativos ao tema em estudo.

Para avaliação da qualidade metodológica dos estudos, foram identificados os níveis de evidência dos artigos. A opção metodológica recaiu sobre as orientações do Joanna Briggs Institute (JBI, 2014), através do instrumento “Levels of Evidence for Effectiveness”.

4. Resultados

A literatura utilizada inclui estudos randomizados em que o grupo controle é constituído por mulheres diagnosticadas com cancro da mama de estadio 0 a III, submetidas a cirurgia e/ou quimioterapia e/ou radioterapia. Os estudos reportam a eficácia sobre a melhoria dos sintomas das mulheres após a aplicação do programa de MBSR, inclusivamente o estudo de Lengacher et al. (2015) que avaliou o custo-efetividade de um programa MBSR em comparação com outras intervenções de cancro da mama publicadas, onde se verificou uma melhoria significativa da qualidade de vida das clientes com um custo comparativamente inferior a outros tratamentos utilizados para controlo de sintomas.

A durabilidade dos programas MBSR pode ser variável e a quantificação dos efeitos nas mulheres que participaram nos programas são diversificados. Um dos primeiros estudos a ser realizado foi o de Witek-Janusek et al. (2008), que tinha como objetivo compreender a viabilidade de um programa MBSR com a duração de 6 semanas onde se estudou a função imunológica de mulheres diagnosticadas recentemente com cancro da mama. No estudo, existiu um grupo de mulheres tratadas com cirurgia conservadora, 83% com necessidade de radioterapia adjuvante e foi incluído um grupo de mulheres saudáveis, com avaliações periódicas durante o programa.

O primeiro estudo de Lengacher et al. (2009) inci-

diu sobre a aplicação do programa MBSR nas mulheres sobreviventes de cancro da mama como estratégia de melhoria da qualidade de vida. Teve por objetivo desenvolver intervenções eficazes no controlo de morbilidades associadas aos tratamentos da doença oncológica (cirurgia, quimioterapia e radioterapia). O programa MBSR foi aplicado a 84 mulheres com o objetivo de avaliar o custo-efetividade de um programa MBSR. Foram incluídas mulheres com doença no estadio I (38,5%), doença em estadio II (38,5%) e estadio III (41,3%). O custo do programa foi avaliado a partir da perspectiva da sociedade, representando os custos médicos diretos relativamente aos direitos de saúde dos clientes.

Hoffman et al. (2012) realizou um estudo com o objetivo de conhecer a efetividade do programa MBSR sobre o humor, a qualidade de vida no cancro da mama, o tratamento endócrino e bem-estar após os tratamentos hospitalares. Foram selecionadas 120 mulheres que realizaram tratamentos e um grupo piloto de 229 mulheres saudáveis. O programa MBSR teve a duração de 8 semanas.

O estudo de Reich et al. (2016) aplicou um programa MBSR de 6 semanas em clientes que já se encontravam em fase de pós-tratamento da doença oncológica com o objetivo de determinar o controlo sobre os sintomas psicológicos, físicos e cognitivos consequentes. O programa foi aplicado a 322 mulheres que já teriam realizado tratamento: 53,4% realizou mastectomia e radioterapia e quimioterapia (35,7%). Foi medida a eficácia do programa às 6 e às 12 semanas.

5. Discussão

Os resultados obtidos revelam maioritariamente uma melhoria dos parâmetros avaliados: no estudo de Witek-Janusek et al. (2008), a nível psicológico e espiritual houve uma maior satisfação, uma eficácia notória de *coping* para o grupo em estudo e melhorias na sua qualidade de vida. Além de serem investigados quais seriam os efeitos de um programa de *mindfulness* sobre a qualidade de vida das clientes, foram comparados resultados analíticos com mulheres sem diagnóstico de doença. A nível do doseamento da função imunológica, os valores das mulheres do programa são positivos, aproximando-se dos resultados das mulheres não portadoras da doença.

No estudo de Lengacher et al. (2009) foi possível perceber que existiu um controlo nos níveis de depressão, de

ansiedade e de medo de recorrência. No final das 6 semanas de MBSR, referem mais capacidade e independência física.

Numa análise dos MBSR, as clientes referiram melhorias psicológicas e físicas. Com o programa de 6 semanas de MBSR, as sobreviventes do cancro da mama (no período de 18 meses após a conclusão do tratamento) obtiveram melhorias significativas no estado psicológico e qualidade de vida, em comparação com as clientes que receberam os tratamentos habituais.

No estudo de Hoffman et al. (2012), no período após início do programa MBSR, os grupos em estudo não mostraram diferenças significativas na qualidade de vida avaliada; no entanto, numa fase mais tardia do programa MBSR observam-se resultados significativos ao nível do humor, ansiedade, depressão, raiva, vigor, fadiga e confusão, que se traduzem num aumento da qualidade de vida emocional, física e social e num bem-estar funcional que persiste até 3 meses após a participação no programa.

No estudo de Lengacher et al. (2015), o custo por ano de vida ajustado pela qualidade de vida foi relativamente baixo em comparação com os resultados de custo-utilidade de outras intervenções de cancro da mama publicados. O MBSR parece prevenir significativamente os sintomas adversos dos tratamentos oncológicos e melhorar a qualidade de vida com um custo relativamente baixo. Na literatura, foi ainda sugerido pelo grupo de estudo, que o programa fosse realizado através de tele-saúde, de forma a maximizar benefício futuros do programa MBSR, o que permitiria reduzir ainda mais os custos, dado que não exigiria a presença formal do instrutor ou dos elementos do grupo.

Finalmente, no estudo de Reich et al. (2016), o modelo demonstrou evidência da eficácia clínica do MBSR, desde o início até as seis semanas, quer nos sintomas psicológicos (ansiedade, depressão, stresse percebido e qualidade de vida, bem-estar emocional), quer na energia (fadiga, sono e sonolência). Este programa pretendia melhorar os sintomas identificados nas mulheres com cancro da mama. Entre as seis e doze semanas não se verificou um aumento da eficácia clínica, embora seja demonstrado que os efeitos do MBSR eram sustentados durante mais tempo.

Todos os estudos demonstraram evidência da eficácia clínica do programa MBSR, com benefício a nível físico e psicológico (Lengacher et al., 2009 e Reich et al.,

2016), o que permite um maior controlo dos sintomas, das emoções e da fadiga, com efeitos sustentados por várias semanas. O programa MBSR reduziu significativamente o sofrimento psicológico, o medo de recidiva oncológica e melhorou a qualidade de vida das clientes dos estudos. As mulheres que seguiram um programa de *mindfulness* conseguiram desenvolver um *coping* eficaz (Witek-Janusek et al., 2008 e Hoffman et al., 2012), sobretudo a nível do pensamento positivo, que facilitou a adaptação ao processo de doença e promoveu a qualidade de vida. Os autores do estudo de Hoffman et al. (2012) recomendam pesquisas futuras para avaliar a duração dos efeitos da intervenção MBSR.

5. Conclusão

Em Portugal, em 2010, o cancro da mama correspondeu a 29.2% dos tumores diagnosticado no sexo feminino (Roreno, 2015). Aos tratamentos oncológicos estão associados importantes efeitos psicológicos e físicos. São exemplos a fadiga, dor e insónia e/ou sintomas psicológicos como o stress, ansiedade, alterações cognitivas, depressão e medo de recidiva da doença. A necessidade de adaptação ao processo de doença reduz significativamente a qualidade de vida.

Os efeitos adversos associados aos tratamentos adjuvantes influenciam o prognóstico e o estado funcional. A evidência de eficácia clínica do MBSR é notória em toda a literatura estudada. Os grupos de efeitos adversos identificados foram geridos mais eficazmente e o controlo foi notório, principalmente nos efeitos psicológicos e físicos, como no controlo da fadiga e na gestão eficaz da dor.

Por permitir um *coping* mais eficaz, consideramos esta estratégia uma mais valia para as mulheres portadoras de cancro da mama. O uso da medicina complementar e alternativa como o *mindfulness* mostra um potencial elevado para a autogestão de sintomas adversos, o que pode permitir, na prática clínica, ganhos em saúde a um custo relativamente baixo quando comparado com outros tratamentos utilizados.

Referências bibliográficas

- American Cancer Society (2016). "Breast Statistics - American Cancer Society - Cancer Facts & Statistics", USA. Consultado em dezembro de 2016, em <https://cancerstatisticscenter.cancer.org/#!/cancer-site/Breast>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Bettany-Saltikov, J. (2012). How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide. McGraw-Hill Education (UK).
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z., Abbebe, S., Speca, M., Veltrung, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 366-373.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). CIPE Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa. S.L.: Ordem dos Enfermeiros.
- Craig, J., & Smyth, R. (2003). Prática baseada nas evidências: manual para enfermeiros. Loures.
- Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, R. B., & Marks, S. (2010). Enfermagem baseada em evidências - Uma introdução. São Paulo: Artmed Editora.
- Filho, J. (2008). Psicossomática hoje. Lisboa: Fim de século-edições.
- Hoffman, C. J., Ersser, S. J., Hopkinson, J. B., Nicholls, P. G., Harrington, J. E., & Thomas, P. W. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast-and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: a randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), 1335-1342.
- Howlander N, Noone AM, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Waldron W, Altekuse SF, Kosary CL, Ruhl J, Tatalovich Z, Cho H, Mariotto A, Eisner MP, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA, Edwards BK (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2008, National Cancer Institute. Bethesda, MD. Acedido em dezembro de 2016 em http://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2008/
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Lengacher, C. A., Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M. S., Jacobsen, P. B., Klein, T. W., ... & Goodman, M. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1261-1272.
- Lengacher, C. A., Kip, K. E., Reich, R. R., Craig, B. M., Mogos, M., Ramesar, S., ... & Pracht, E. (2015). A cost-effective mindfulness stress reduction program: a randomized control trial for breast cancer survivors. *Nursing Economics*, 33(4), 210.
- Magalhães, M. G. M., & Alvim, N. A. T. (2013). Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(4), 646-653.
- Muir Gray, J. A. (1997). Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions. London: Churchill Livingstone. p. 53
- National Cancer Institute (2014). Facing forward: life after cancer treatment. USA. Acedido em dezembro 2016 em <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/facing-forward>
- Ordem dos Enfermeiros - Conselho Internacional dos Enfermeiros (2012). Combater a desigualdade: da evidência a ação. Acedido em dezembro 2016 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs_VFinal_correto.pdf
- Ramalho, A. (2005). Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise. Coimbra: Formasau.
- Reich, R. R., Lengacher, C. A., Alinat, C. B., Kip, K. E., Paterson, C., Ramesar, S., ... & Budhrani-Shani, P. (2017). Mindfulness-based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: immediate and sustained effects across multiple symptom clusters. *Journal of pain and symptom management*, 52
- Ribeiro, J. L. P. (2005). Introdução à psicologia da saúde. Quarteto Editora.
- Roreno (2016). Registo Oncológico Regional do Norte 2010. Instituto Português de Oncologia do Porto - EPE, ed. Porto.
- Soares, A. & Alves, M. (2006). Cortisol como variável em psicologia da saúde. *Psicologia saúde. Psicologia, saúde e doenças*, Vol. 7 (2), pp. 165-177.
- Tanner, M. A., Travis, F., Gaylord-King, C., Haaga, D. A. F., Grosswald, S., Schneider, R. H. (2009). The Effects of the Transcendental Meditation Program on Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 65 (6), pp. 574-589.
- The Joanna Briggs Institute (2014). New JBI Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Acedido em dezembro 2016 em https://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf
- The Joanna Briggs Institute (2014). The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Tools. Acedido em dezembro de 2016 em <https://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
- Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K. R., Chroniak, C., Durazo-Arvizu, R., & Mathews, H. L. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain, behavior, and immunity*, 22(6), 969-981.

GUIA DE APOIO PARA AVALIAÇÃO DE SINTOMALOGIA EM DOENTES COM SÍNDROMES MIELOPROLIFERATIVAS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DA ESCALA MPN-10

Andreia Rocha

Centro Ambulatório, Hospitais de Dia,
Hospital de Santa Maria
andrea.farroba@chln.min-saude.pt

Cláudia Ricou

Hospital de Dia de Oncologia,
Hospital de São Francisco Xavier
claudia.ricou@gmail.com

Elisabete Pereira

Centro Ambulatório, Hospitais de Dia,
Hospital de Santa Maria, Pós-Graduação
em Cuidados Paliativos
elisabetemjmpereira@gmail.com

Elisabete Valério

Presidente da AEOP, Clínica da Mama, IPO
Porto, Mestrado em Oncologia
elisabetesousavalerio@gmail.com

Júan Sanchez

Hospital de Dia de Oncologia,
Hospital de São Francisco Xavier
jsanchez@chlo.min-saude.pt

M. Jorge Freitas

Departamento Radioterapia, IPO Porto
Especialista em Enfermagem na Comunidade;
Mestrado em Bioética; Pós-Graduação em Gestão
dos Serviços de Saúde
mjorgefreitas@sapo.pt

Márcia Caeiro

Hematologia Clínica,
Hospital Santo Antonio Capuchos
marciacaeiro@gmail.com

Maria Sarmento

Enfermeira Especialista, Unidade de
Hematologia Clínica, ULS de Matosinhos
m_sarmento@hotmail.com

Marta Duarte

Unidade de Hematologia Clínica,
ULS de Matosinhos
marta.sofiaduarte@hotmail.com

Sandra Ponte

Hospital de Dia Oncologia,
Hospital de S. Francisco Xavier
Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pós-
Graduação em Gestão dos Serviços de Saúde
smfponte@gmail.com

Sónia Frias

Centro Ambulatório, Hospitais de Dia,
Hospital de Santa Maria
sonia.frias@chln.min-saude.pt

RESUMO: As neoplasias mieloproliferativas cromossoma Filadélfia negativo (PH-), em particular a Mielofibrose, Policitemia Vera e Trombocitemia Essencial, representam um grupo heterogéneo de distúrbios do sistema hematopoietico associado a sintomas debilitantes com consequente redução da qualidade de vida e impacto negativo nas atividades de vida diária dos doentes. Focados nestes aspectos, algumas unidades hospitalares portuguesas iniciaram a monitorização e avaliação sistemática dos sintomas destes doentes tomando por base a escala Myeloproliferative Neoplasm Symptom Assessment Form, Total Symptom Score (MPN-SAF TSS), conforme recomendado pelas guidelines da National Comprehensive Cancer Network (NCCN). A escala, validada para a língua portuguesa, tem sido aplicada com o apoio das equipas de enfermagem destes centros. Os profissionais de saúde envolvidos estiveram reunidos, em modelo de Focus Group, para debater os principais desafios inerentes à utilização da escala MPN-10, na sequência do qual foi desenvolvido o presente guia. Foram identificados como aspetos mais relevantes na aplicação da escala: 1) ter em consideração que se trata de uma escala de auto-preenchimento; 2) a escala visa a avaliação do impacto do sintoma recorrendo a categorias numéricas e, 3) o profissional não deve remeter / induzir o doente para comparação com avaliações anteriores. Para facilitar a compreensão da escala e metodologia de preenchimento pelo doente foi desenvolvida informação adicional sobre cada um dos sintomas para utilização pelo profissional de saúde no momento de informação / esclarecimentos ao doente.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias Mieloproliferativas; Sintomas; MPN-10.

ABSTRACT: *Myeloproliferative neoplasms (PH-) – Myelofibrosis, Polycythemia Vera and Essential Thrombocythemia – represents a heterogeneous disorders of the hematopoietic system associated with debilitating symptoms with consequent reduction of the quality of life and negative impact on the daily activities of of patients. The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guidelines, based on the Myeloproliferative Neoplasm Symptom Assessment Form, Total Symptom Score (MPN-SAF TSS) tool, were initiated by some Portuguese hospitals and began monitoring and, systematically, evaluating the symptoms of these patients. This tool, validated for the Portuguese language, has been applied with the support of the nursing teams. In Nurses Focus Group model they discuss the main challenges in using the MPN-10 assessment tool, following which the present guide was developed. The most relevant aspects of the application of this tool were identified: 1) to take into account that it is a self-completion scale; 2) the tool aims to assess the impact of the symptom using numerical categories and 3) the healthcare professionals should not refer / induce the patient for comparison with previous evaluations. To facilitate the understanding of the MPN-10 and methodology of filling by the patient, additional information was developed on each of the symptoms for use by the health professional at the moment of information / clarification to the patient.*

KEYWORDS: *Myeloproliferative neoplasms; Symptoms; MPN-10.*

Introdução

Um painel de dez enfermeiros (oriundos de quatro unidades hospitalares portuguesas) realizou um trabalho com o apoio da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) com vista a criar um guia orientador, para profissionais de saúde, sobre a utilização da escala MPN-10 em contexto clínico.

O guia tem como objetivo geral, uniformizar procedimentos na avaliação de sintomas em doentes com neoplasias mieloproliferativas através da aplicação da escala MPN-10. Esta escala está validada para a língua portuguesa, para avaliação de sintomas em doentes adultos com estas patologias (Almeida et al., 2016; Emanuel RM, 2012). As orientações ao doente para o preenchimento da escala devem ocorrer a cada visita à sua unidade de saúde permitindo a identificação dos sintomas e valorização do respetivo impacto, na qualidade de vida.

A Mielofibrose (MF), Policitemia Vera (PV) e Trombocitemia Essencial (TE) são um grupo heterogéneo de distúrbios do sistema hematopoiético conhecido por neoplasias mieloproliferativas BCR ABL negativo (Cromossoma Filadélfia negativo, PH-) que estão associadas a uma importante carga sintomática, com consequente redução da qualidade de vida (Mesa et al., 2017; Harrison et al, 2016; Arber et al., 2016). No presente documento, são referidas como síndromes mieloproliferativas (SMP).

Os sintomas, decorrentes destas doenças, podem incluir fadiga, prurido, suores noturnos, dor abdominal,

saciedade precoce (estes dois relacionados com esplenomegália), sendo a fadiga, o sintoma mais frequente e mais severo reportado pelos doentes (Harrison et al., 2016).

Os sintomas constitucionais são a febre, a perda de peso e os suores noturnos que impactam no prognóstico do doente, estando contemplados nos modelos de estratificação do risco / prognóstico do doente (modelos IPSS, DIPSS e DIPSS-Plus) (Mesa et al., 2017).

O MPN-SAF TSS (*Myeloproliferative Neoplasm Symptom Assessment Form, Total Symptom Score*) consiste numa avaliação válida e concisa da carga sintomática dos doentes com neoplasias mieloproliferativas. Demonstrou excelentes propriedades psicométricas, incluindo validade convergente e de construção, diferenças entre grupos conhecidos e consistência interna. O MPN-SAF TSS representa uma versão abreviada do MPN-SAF, que capta a abrangência e complexidade dos principais sintomas que caracterizam estas patologias (Emanuel et al., 2012).

As guidelines da NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*) recomendam a avaliação e monitorização dos sintomas na vigilância e no curso do tratamento, utilizando a MPN-SAF TSS (MPN10) (Mesa et al., 2017). Esta ferramenta é de auto-avaliação pelos doentes e inclui a avaliação de 10 sintomas numa escala que vai dos 0 aos 100 pontos.

A escala MPN10 foi alvo de tradução e validação linguística para a população portuguesa (Almeida et al., 2016).

1. Significado e Objetivos da Escala MPN10

A escala MPN10 apresenta-se como uma ferramenta eficiente, sensível e confiável para avaliar a carga sintomática em doentes com síndromes mieloproliferativas, permitindo salientar os sintomas mais prevalentes num determinado período de tempo (Emanuel et al., 2012). Trata-se de um instrumento facilitador que permite avaliar a perspetiva do doente, sendo uma escala de auto-preenchimento e, por isso, um *Patient Reported Outcome*.

Patient Reported Outcome (PRO) são resultados em saúde avaliados diretamente pelo doente e baseados na sua perceção relativa ao seu estado de saúde / doença e tratamento, sem interpretação da sua avaliação por um profis-

sional de saúde ou outra pessoa. Podem referir-se a perceções globais, estado funcional, sintomatologia, bem-estar, qualidade de vida relacionada com a saúde, satisfação com o tratamento, adesão ao tratamento e/ou acontecimentos diversos (FDA, 2009).

É, por isto, **fundamental estabelecer que sendo a escala de auto-preenchimento**, a atribuição do impacto do sintoma a um determinado valor numérico deve ser realizada pelo doente.

Adicionalmente, cada avaliação é única e relativa ao momento de avaliação **pelo que o profissional não deve remeter / induzir o doente para comparação com avaliações anteriores**.

SINTOMA	INFORMAÇÃO ADICIONAL
FADIGA	Falta de energia e de motivação, tanto física como mental, nas últimas 24 horas. Sentiu necessidade de repouso físico adicional ou tem incapacidade de realizar atividades de vida por sensação de exaustão física que se pode manter, mesmo em repouso. Qual o impacto que este sintoma teve nas últimas 24 horas?
SACIEDADE PRECOCE	Sensação de plenitude depois de comer uma pequena quantidade de alimento, ou antes de terminar uma refeição de tamanho normal. Sente-se enfiado mesmo antes de começar a comer. Sente-se enfiado rapidamente. Tem apetite mas não consegue comer. Deixa frequentemente a meio uma refeição normal no prato. Qual o impacto que este sintoma teve na última semana?
INATIVIDADE	Parado, sem saber como agir. Sente-se mais dependente de terceiros. Sente dificuldade ou reduziu o seu autocuidado. Qual o impacto que este sintoma teve na última semana?
DESCONFORTO ABDOMINAL	Dor/ incómodo na zona entre o tórax e a virilha. Sente desconforto abdominal particularmente relacionado com: - Ingestão de alimentos; - Atividade física (subir/descer escadas); - Obstipação ou flatulência; - Quando se baixa para apanhar coisas; Qual o impacto que este sintoma teve na última semana?
PROBLEMAS DE CONCENTRAÇÃO	Diminuição da capacidade para se focalizar, ter atenção. Tem mais dificuldade em manter atividades que requerem atenção. Qual o impacto que este sintoma teve na última semana?
SUORES NOCTURNOS	Transpirar durante o sono, mais do que o normal. Necessita de mudar de pijama ou de lençóis, frequentemente à noite. Qual o impacto que este sintoma teve na última semana?
COMICHÃO/ PRURIDO	Sensação desagradável sentida na pele que leva a coçar. Tem comichão na pele após contacto com água (depois do banho / quando exposto a ambiente quente e/ou húmido) Qual o impacto que este sintoma teve na última semana?
DOR ÓSSEA	Dor que se mantém mesmo quando está parado – dor dos ossos longos (ex: bacia, membros superiores e membros inferiores) Dor que não seja nas articulações. Qual o impacto que este sintoma teve na última semana?
FEBRE	Aumento da temperatura corporal (>37,8) sem estar relacionada com outra causa que possa originar subida de temperatura corporal. A atribuição de valor numérico deve espelhar de que forma a ocorrência de episódios de febre o afetou. Qual o impacto que este sintoma teve na última semana?
PERDA DE PESO	Perdeu /reduziu peso sem intenção Essa perda não está relacionada com outras causas (dieta/ prática desportiva regular). Qual o impacto que este sintoma teve nos últimos 6 meses? (se não houve perda de peso = 0)

É por sua vez um instrumento facilitador para a interpretação dos sintomas e para apoio na definição de estratégia de prevenção e tratamentos dos mesmos. Ajudar na comunicação multiprofissional, onde o doente deve ser o centro de cuidados.

2. Interpretação das categorias numéricas

Trata-se de uma escala numérica, com pontuação de 0 (zero) a 10 (dez), em que é solicitado ao respondedor (neste caso ao doente) para escolher a categoria que melhor descreve o impacto de cada sintoma no período determinado (quanto cada sintoma afetou o doente).

As extremidades estão associadas à descrição em texto, em que 0 (zero) corresponde a ausente e 10 (dez) a pior imaginável. Sendo 0 (zero) a ausência do sintoma, considera-se de 1 a 3 (inclusive), sintoma ligeiro; de 4 a 6 (inclusive), moderado e de 7 a 10 (inclusive), sintoma severo. Independentemente dos resultados finais, sugere-se SEMPRE a articulação com a equipa multidisciplinar para o melhor acompanhamento e gestão de sintomas causados pela doença em cada pessoa doente.

Para facilitar o preenchimento da escala pelo doente, é importante que o doente seja esclarecido e orientado sobre os seguintes pontos:

- Avaliação de sintomas deve procurar focar-se nas ocorrências relacionadas com a doença
- A atribuição de um valor numérico deverá estar relacionada com o impacto para o doente, isto é, de que forma a ocorrência de cada sintoma afetou o doente no período de tempo definido para cada questão.
- De forma a facilitar a compreensão dos sintomas poderá ser facultada informação adicional sobre o mesmo, de acordo com a tabela abaixo representada.

Conclusão

O presente guia orientador pretende ser um facilitador no processo de capacitação do doente acerca do preenchimento de escalas numéricas, em particular da MPN-10.

Do *focus group* realçaram-se como principais aspetos a destacar, a necessidade de ter em consideração que se trata de uma escala de auto-preenchimento; que a escala visa a avaliação do impacto do sintoma recorrendo a categorias numéricas e que o profissional não deve induzir a resposta do doente por comparação com avaliações feitas noutros momentos. Acredita-se que esta uniformização de práticas,

permitirá o melhor acompanhamento do doente na gestão da sua doença, potenciará a melhor comunicação com os doentes e entre as equipas multidisciplinares e, trará, por conseguinte, melhores resultados no que respeita à sua qualidade de vida.

Financiamento: Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP)

Referências bibliográficas

1. Almeida A, Macedo A, Afonso C, Trindade MC, Pinho Vaz C, Montalvão A, Polo B, Araújo LF, Costa C, Guerra L. (Nov 2016). Tradução e validação linguística da ferramenta PMN10 para gradação de sintomas em doentes com Neoplasias Mieloproliferativas em Portugal. Poster presented at the SPH National Meeting. Aveiro, Portugal.
2. Mesa R, Jamieson C, Bhatia R, Deininger MW, Gerdts AT, Gojo I, Gotlib J, Gundabolu K, Hobbs G, Klisovic RB, Kropf P, Mohan SR, Oh S, Padron E, Podoltsev N, Pollyea DA, Rampal R, Rein LA, Scott B, Snyder DS, Stein BL, Verstovsek S, Wadleigh M, Wang ES, Bergman MA, Gregory KM, Sundar H. Myeloproliferative Neoplasms, Version 2.2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2016 Dec;14(12):1572-1611. PubMed PMID: 27956542.
3. Harrison, C.N et al. The impact of myeloproliferative neoplasms (MPNs) on patient quality of life and productivity: results from the international MPN Landmark survey. Ann Hematol 2017 96:1653-1995
4. Arber DA et al. The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia. Blood 2016;127(20):2391-405
5. Emanuel RM, et al. Myeloproliferative Neoplasm (MPN) Symptom Assessment Form Total Symptom Score: Prospective International Assessment of an Abbreviated Symptom Burden Scoring System Among Patients With MPNs. J Clin Oncol. 2012; 30(33): 4098-4103.
6. FDA. Guidance for Industry Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims, Dec 2009; EMA. Appendix 2 to the guideline on the evaluation of anticancer medicinal products in man, 2014; EMA/CHMP/292464/2014



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

AEOP11

REUNIÃO ANUAL
1 E 2 JUNHO 2018

CONFERÊNCIA NACIONAL DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

MH Hotel Peniche | 1-2 de junho 2018



INOVAÇÃO, MAIS DO QUE ESTAR À FRENTE, É ESTAR AO SEU LADO

Porque a inovação sempre nos acompanhou, na Pfizer sabemos qual a melhor forma de a partilhar.

Aqui, ao seu lado.



A TRABALHAR EM CONJUNTO PARA UM MUNDO MAIS SAUDÁVEL®

Pfizer Biofarmacêutica, Sociedade Unipessoal, Lda.

Lagoas Park, Edifício 10, 2740-271 Porto Salvo, Portugal - NIPC 513 300 376 – Capital Social 1.005.000 euros