

ON

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

41

ANO XIII · JUL-DEZ 2020

DOI.10.31877ON.2020.41



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

**IGESTSAÚDE - A
AUTOGESTÃO DOS
SINTOMAS NA PESSOA
EM TRATAMENTO DE
QUIMIOTERAPIA : UMA
REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA**

Artigo de revisão integrativa sobre as orientações terapêuticas identificadas no processo de autocuidado do doente em tratamento com quimioterapia.

**EXTRAVASAMENTO DE
MANITOL: UM ESTUDO
DE CASO PRÁTICO**

Artigo de revisão que descreve as dimensões da gravidade das lesões provocadas pelo extravasamento de manitol.

**CIRURGIA DE
CANCRO DE CABEÇA
E PESÇOÇO: A
ESPECIFICIDADE DOS
CUIDADOS À PESSOA
COM FARINGOSTOMA E
ESOFAGOSTOMA**

Artigo de revisão sobre os cuidados específicos à pessoa com faringotomia e esofagostomia com vista à melhoria da prática clínica e da qualidade de vida da pessoa.

**DE HOSPITAL
ONCOLÓGICO A
HOSPITAL
ONCOLÓGICO
"COVID FREE"**

Artigo teórico sobre a realidade adaptativa de um centro de oncologia à pandemia Covid-19.

**COMPLICAÇÕES
ASSOCIADAS A
BIÓPSIAS
TRANSTORÁCICAS**

Artigo de revisão sobre as complicações das biópsias transtorácicas num centro de oncologia como forma diagnóstica de gestão da intervenção de enfermagem.



INDICAÇÕES APROVADAS:¹

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



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

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

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

Lilly

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 “Notificação de suspeitas de reações adversas”.

Nome do medicamento Verzenios 50 mg comprimidos revestidos por película. Verzenios 100 mg comprimidos revestidos por película. Verzenios 150 mg comprimidos revestidos por película. **Composição qualitativa e quantitativa** Verzenios 50 mg comprimidos revestidos por película Cada comprimido revestido por película contém 50 mg de abemaciclib. *Excipientes com efeito conhecido:* Cada comprimido revestido por película contém 14 mg de lactose mono-hidratada. Verzenios 100 mg comprimidos revestidos por película Cada comprimido revestido por película contém 100 mg de abemaciclib. *Excipientes com efeito conhecido:* Cada comprimido revestido por película contém 28 mg de lactose mono-hidratada. Verzenios 150 mg comprimidos revestidos por película Cada comprimido revestido por película contém 150 mg de abemaciclib. *Excipientes com efeito conhecido:* Cada comprimido revestido por película contém 42 mg de lactose mono-hidratada. Lista completa de excipientes, ver “Lista dos excipientes”.

Forma farmacêutica Comprimido revestido por película (comprimido). Verzenios 50 mg comprimidos revestidos por película: Comprimido bege, oval com 5,2 x 9,5 mm, gravado com “Lilly” numa das faces e “50” na outra. Verzenios 100 mg comprimidos revestidos por película: Comprimido branco, oval com 6,6 x 12,0 mm, gravado com “Lilly” numa das faces e “100” na outra. Verzenios 150 mg comprimidos revestidos por película: Comprimido amarelo, oval com 7,5 x 13,7 mm, gravado com “Lilly” numa das faces e “150” na outra.

Indicações terapêuticas Verzenios é indicado para o tratamento de mulheres com cancro da mama metastático ou localmente avançado com recetor hormonal (HR) positivo e recetor do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2 (HER2-) negativo em combinação com um inibidor da aromatase ou fulvestrant como terapêutica endócrina inicial, ou em mulheres que receberam anteriormente uma terapêutica endócrina. No caso de mulheres pré- ou perimenopáusicas, a terapêutica endócrina deve ser combinada com um agonista da hormona de libertação da hormona luteinizante (LHRH). **Posologia e modo de administração** A terapêutica com Verzenios deve ser iniciada e supervisionada por médicos com experiência na utilização de terapêuticas anticancerígenas. **Posologia** *Verzenios em combinação com a terapêutica endócrina:* A dose recomendada de abemaciclib é de 150 mg, duas vezes por dia, quando utilizada em combinação com a terapêutica endócrina. Consulte o Resumo das Características do Medicamento (RCM) do agente combinado da terapêutica endócrina para a posologia recomendada. Verzenios deve ser tomado concomitantemente, enquanto o doente obtiver benefício clínico da terapêutica ou até ocorrer uma toxicidade inaceitável. Se o doente vomitar ou falhar uma dose de Verzenios, deve ser instruído a tomar a dose seguinte à hora marcada; não deve ser tomada uma dose adicional. *Ajustes posológicos:* O tratamento de algumas reações adversas pode requerer a interrupção da dose e/ou redução da dose como demonstrado nas Tabelas 1-6.

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

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

Tabela 2. Recomendações de tratamento em caso de toxicidades hematológicas O hemograma completo deve ser monitorizado antes do início da terapêutica com Verzenios, a cada duas semanas nos primeiros dois meses, mensalmente nos dois meses seguintes e como clinicamente indicado. Antes do início do tratamento, os valores recomendados são: contagem absoluta de neutrófilos (ANC) $\geq 1.500/\text{mm}^3$, plaquetas $\geq 100.000/\text{mm}^3$ e hemoglobina $\geq 8 \text{ g/dL}$.

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

^a Critérios da Terminologia Comum para Acontecimentos Adversos (CTCAE) do National Cancer Institute (NCI) (Instituto Nacional do Cancro). ^b ANC: Grau 1: ANC < LIN - 1.500/mm³; Grau 2: ANC 1000 - <1.500/mm³; Grau 3: ANC 500 - <1.000/mm³; Grau 4: ANC <500/mm³. LIN = limite inferior do normal.

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

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

^a CTCAE NCI.

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

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

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

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

^aCTCAE NCI

Tabela 6. Recomendações de tratamento em caso de toxicidades não hematológicas (excluindo diarreia, aumento de aminotransferases e doença pulmonar intersticial (DPI)/pneumonite)

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

^aCTCAE NCI.

Inibidores da CYP3A4: O uso concomitante de inibidores potentes da CYP3A4 deve ser evitado. Se os inibidores potentes da CYP3A4 não podem ser evitados, a dose de abemaciclib deve ser reduzida para 100 mg duas vezes por dia. Doentes que tenham a sua dose de abemaciclib reduzida para 100 mg duas vezes por dia e em que a coadministração de um inibidor potente da CYP3A4 não pode ser evitada, a dose de abemaciclib deve ser ainda mais reduzida para 50 mg duas vezes por dia. Doentes que tenham a sua dose de abemaciclib reduzida para 50 mg duas vezes por dia e em que a coadministração de um inibidor potente da CYP3A4 não pode ser evitada, a dose de abemaciclib deve ser mantida com uma monitorização rigorosa de sinais de toxicidade. Alternativamente, a dose de abemaciclib pode ser reduzida para 50 mg uma vez por dia ou descontinuada. Se o inibidor da CYP3A4 for descontinuado, a dose de abemaciclib deve ser aumentada para a dose utilizada antes do início do inibidor da CYP3A4 (após 3 a 5 semividas do inibidor da CYP3A4). **Populações especiais. Idosos:** Não é necessário qualquer ajuste posológico com base na idade (ver secção 5.2 do RCM). **Compromisso renal:** Não são necessários ajustes posológicos em doentes com compromisso renal ligeiro ou moderado. Não existem dados disponíveis sobre a administração de abemaciclib em doentes com compromisso renal grave, doença renal em fase terminal ou submetidos a diálise (ver secção 5.2 do RCM). O abemaciclib deve ser administrado com precaução em doentes com compromisso renal grave, com uma monitorização atenta para detetar sinais de toxicidade. **Compromisso hepático:** Não são necessários ajustes posológicos em doentes com compromisso hepático ligeiro (Child Pugh A) ou moderado (Child Pugh B). Em doentes com compromisso hepático grave (Child Pugh C), é recomendada uma diminuição na frequência posológica para uma única administração diária (ver secção 5.2 do RCM). **População pediátrica:** A segurança e eficácia de abemaciclib em crianças e adolescentes com 18 anos de idade não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Modo de administração** Verzenios é de administração oral. A dose pode ser tomada com ou sem alimentos. Não deve ser tomado com toranja ou sumo de toranja (ver “Interações medicamentosas e outras formas de interação”). Os doentes devem tomar as doses aproximadamente à mesma hora, todos os dias. O comprimido deve ser engolido inteiro (os doentes não devem mastigar, esmagar ou partir os comprimidos antes de os engolir). **Contraindicações** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes mencionados na “Lista dos excipientes”. **Efeitos indesejáveis** **Resumo do perfil de segurança** As reações adversas que ocorrem mais frequentemente são diarreia, infeções, neutropenia, anemia, fadiga, náuseas, vômitos e diminuição do apetite. **Lista tabelada de reações adversas** Nas tabelas seguintes, as reações adversas são listadas de acordo com a ordem das classes de sistemas de órgãos da MedDRA e frequência. Os níveis de frequência são: muito frequentes ($\geq 1/10$), frequentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$), pouco frequentes ($\geq 1/1,000$ a $< 1/100$), raros ($\geq 1/10,000$ a $< 1/1,000$), muito raros ($< 1/10,000$), e desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Em cada grupo de frequência, as reações adversas são apresentadas em ordem decrescente de gravidade. Tabela 7. Reações adversas notificadas em estudos de Fase 3 com abemaciclib em combinação com terapêutica endócrina (n = 768)

Classe de sistemas de órgãos Frequência Termo preferencial	Abemaciclib mais terapêutica endócrina ^a		
	Toxicidade de todos os graus (%)	Toxicidade de grau 3 (%)	Toxicidade de grau 4 (%)
Infeções e infestações <i>Muito frequentes</i> Infeções ^b	43,6	5,2	1,0
Doenças do sangue e do sistema linfático <i>Muito frequentes</i> Neutropenia	45,1	22,9	2,5
Leucopenia	25,7	8,5	0,3
Anemia	30,1	7,0	0,1
Trombocitopenia	14,3	2,2	1,0
<i>Frequentes</i> Linfopenia	7,3	3,0	0,1
<i>Pouco frequentes</i> Neutropenia febril	0,9	0,7	0,1
Doenças do metabolismo e da nutrição <i>Muito frequentes</i> Diminuição do apetite	26,4	1,3	0
Doenças do sistema nervoso <i>Muito frequentes</i> Disgeusia	14,3	0	0
Tonturas	12,9	0,5	0
Afeções oculares <i>Frequentes</i> Aumento da lacrimação	6,8	0,1	0

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

^a Abemaciclib em combinação com letrozol, anastrozol ou fulvestrant. ^b “Infeções” inclui todos os termos preferenciais (TPs) que fazem parte da Classe de Sistema de Órgãos “Infeções e infestações”. ^c Os acontecimentos tromboembólicos venosos incluem TVP, embolia pulmonar, trombose dos seios venosos cerebrais, trombose das veias axilar-subclávia, TVP da veia cava inferior e trombose venosa pélvica. Descrição das reações adversas selecionadas **Neutropenia:** Foi notificada frequentemente neutropenia (45,1%), e uma diminuição de Grau 3 ou 4 no número de neutrófilos (com base nos resultados laboratoriais) foi notificada em 28,2% dos doentes tratados com abemaciclib em combinação com inibidores da aromatase ou fulvestrant. O tempo mediano para o início de neutropenia de Grau 3 ou 4 foi de 29 a 33 dias, e o tempo mediano para a resolução foi de 11 a 15 dias. Foi notificada neutropenia febril em 0,9% dos doentes. É recomendada uma alteração da dose para os doentes que desenvolvam neutropenia de Grau 3 ou 4 (ver “Posologia e modo de administração”). **Diarreia:** A diarreia foi a reação adversa notificada mais frequentemente (ver Tabela 7). A incidência foi superior durante o primeiro mês de tratamento com abemaciclib e foi inferior subsequentemente. O tempo mediano para o início do primeiro acontecimento de diarreia foi aproximadamente 6 a 8 dias nos estudos, e a duração mediana da diarreia foi de 9 a 12 dias (Grau 2) e 6 a 8 dias (Grau 3) nos estudos. A diarreia regrediu ao grau inicial ou a um grau inferior com um tratamento de suporte, como a loperamida, e/ou um ajuste posológico (ver “Posologia e modo de administração”). **Aumento de aminotransferases:** Nos doentes tratados com abemaciclib em combinação com inibidores da aromatase ou fulvestrant, foram notificadas frequentemente elevações da ALT e AST (15,1% e 14,2% respetivamente). Foram notificadas elevações de ALT e AST de Grau 3 ou 4 (com base nos resultados laboratoriais) em 6,1% e 4,2% dos doentes. O tempo mediano para o início da elevação da ALT de Grau 3 ou 4 foi de 57 a 61 dias, e o tempo mediano para a resolução foi de 14 dias. O tempo mediano para o início da elevação da AST de Grau 3 ou 4 foi de 71 a 185 dias, e o tempo mediano para a resolução foi de 13 a 15 dias. É recomendada uma alteração da dose para os doentes que desenvolvam um aumento da ALT ou AST de Grau 3 ou 4 (ver “Posologia e modo de administração”). **Creatinina:** Apesar de não ser uma reação adversa, o abemaciclib demonstrou aumentar a creatinina sérica em 98,3% dos doentes (com base nos resultados laboratoriais), 1,9% de Grau 3 ou 4 (com base nos resultados laboratoriais). Nos doentes tratados com um inibidor da aromatase ou fulvestrant em monoterapia, 78,4% notificaram um aumento na creatinina sérica (todos os graus laboratoriais). Foi demonstrado que o abemaciclib aumenta a creatinina sérica devido à inibição dos transportadores da secreção tubular renal sem afetar a função glomerular (como medida pela depuração do iohexol) (ver “Interações medicamentosas e outras formas de interação”). Nos estudos clínicos, ocorreram aumentos na creatinina sérica no primeiro mês de tratamento com abemaciclib, permaneceram elevados mas estáveis durante o período de tratamento, foram reversíveis após a descontinuação do tratamento e não foram acompanhados por alterações nos marcadores da função renal, como o nitrogénio ureico no sangue (BUN), cistatina C ou taxa de filtração glomerular calculada com base na cistatina C. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante. Ela permite uma monitorização contínua da relação benefício/risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas através do sistema nacional de notificação: Sítio da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaooram> (preferencialmente) ou através dos seguintes contactos: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos, Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53. 1749-004 Lisboa, Tel: +351 21 798 73 73. Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita). E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt **Lista dos excipientes. Núcleo do comprimido:** croscarmelose sódica, lactose mono-hidratada, celulose microcristalina, sílica coloidal hidratada, estearil fumarato de sódio. **Revestimento da película** *Verzenios 50 mg comprimidos revestidos por película:* álcool polivinílico (E1203), dióxido de titânio (E171), macrogol (E1521), talco (E553b), óxido de ferro amarelo (E172), óxido de ferro vermelho (E172). *Verzenios 100 mg comprimidos revestidos por película:* álcool polivinílico (E1203), dióxido de titânio (E171), macrogol (E1521), talco (E553b). *Verzenios 150 mg comprimidos revestidos por película:* álcool polivinílico (E1203), dióxido de titânio (E171), macrogol (E1521), talco (E553b), óxido de ferro amarelo (E172). **Data da revisão do texto:** Janeiro 2020. Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>

DIRETOR/DIRECTOR:

M. Jorge Freitas Almeida, RN, MSc
Especialista em Enfermagem Comunitária, Mestrado em Bioética, Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde
Chefe de Serviço de Radioterapia - IPO Porto, Portugal

CONSULTORES TÉCNICOS/TECHNICAL CONSULTANTS

Albertina Santos, Hospital Luz Lisboa, Portugal
Eunice Almeida, CH Entre Douro e Vouga, Portugal
Carina Raposo, CH Porto, Portugal
Susana Miguel, IPO 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, Portugal
afonseca@uevora.pt

Bruno Magalhães, RN, MPH, PhD
Enfermeiro no IPO Porto, Serviço de Oncologia
Cirúrgica
Professor na Escola Superior de Saúde de Santa Maria
Investigador Integrado do CINTESIS (NursID:
Innovation and Development in Nursing)
bruno.magalhaes@santamariasauade.pt

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

Esmeralda Barreira, MSc, PhD
Mestrado em Psicologia e Mestrado em Counselling
Docente na Universidade Fernando Pessoa, Porto,
Portugal
Clínica 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 de Enfermagem
Docente na Escola Superior de Enfermagem do Porto,
Portugal
ana@esenf.pt

Luis Batalha, Professor, PhD
Doutoramento em Ciências da Saúde, ramo Biologia
Humana
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal
batalha@esenfc.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, Portugal
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 Félix Modesto, RN
Especialista em Oncologia
Hospital Sírio Libanês, S. Paulo, Brasil
ingrid_modesto@yahoo.com.br

Joana Fernandes Silva, RN
CH Vila Nova de Gaia/Espinho
Hospital de Dia e Consulta de Enfermagem de Oncologia e
Hematoncologia
Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica
joana.silva@cbvng.min-saude.pt

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.

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 valid
only international organizations)

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



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

INDEXANTES:



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



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



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



SERVIÇOS DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO NAS ÁREAS MÉDICA E FARMACÉUTICA.



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

MEMBRO



PARCERIA



Índice

03

NORMAS DE PUBLICAÇÃO E REVISÃO

05

EDITORIAL

Cristina Lacerda, Direcção AEOP

ARTIGOS

06

IGESTSAÚDE - A AUTOGESTÃO DOS SINTOMAS NA PESSOA EM TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA
Carla Sousa, Bruno Magalhães, Marisa Rafael, Carla Fernandes, Célia Santos

18

EXTRAVASAMENTO DE MANITOL: UM ESTUDO DE CASO PRÁTICO
Ana Catarina Vieira Almeida, Heidi de Jesus Faisca Salvado, Liliana Dias Pereira

26

CIRURGIA DE CANCRO DE CABEÇA E PESÇOÇO: A ESPECIFICIDADE DOS CUIDADOS À PESSOA COM FARINGOSTOMA E ESOFAGOSTOMA
Lucinda Pires, Inês Frade, Anabela Almeida, Susana Miguel

32

DE HOSPITAL ONCOLÓGICO A HOSPITAL ONCOLÓGICO "COVID FREE"
Paula Branco, Mónica Canhoto, Tiago Cunha, Vânia Gonçalves, Susana Miguel

42

COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS A BIÓPSIAS TRANSTORÁCICAS
Ana Costa, Cristina Craveiro, Elisabete Sousa



PRINCÍPIOS

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

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

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

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

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

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

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

ESTRUTURA DO ARTIGO

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

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

TEXTO

Estrutura do Texto

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

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

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

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

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

Formato

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

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

Tabelas e Figuras (gráficos, imagens, etc.)

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

Citações

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

Como exemplo, citar:

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

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

Referências Bibliográficas

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

Normas da American Psychological Association (APA). Exemplos:

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

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

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

- Autor de colectividade (organismo, instituição...): Ordem dos Enfermeiros. Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Vol. 1). Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde.
- Artigos de Publicações Periódicas: Gallagher, S., Phillips, A. C., Oliver, C., & Carroll, D. (2008). Predictors of psychological morbidity in parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(10), 1129-1136. retirado de <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/33/10/1129.full> Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5).
- Documento impresso com DOI: Edwards, A. S. (1957). Case studies in childhood emotional disabilities. *Journal of Educational Psychology*, 48(7), 470-471. doi: 10.1037/h0039337 Documento eletrónico com DOI: Buckley, D., Codina, C., Bhardwaj, P., & Pascalis, O. (2010). Action video game players and deaf observers have larger Goldmann visual fields. *Vision Research*, 50(5), 548-556. retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T0W-4XVC4KW-1/2/18ef13d8ac72c9d722b905102216d898>. doi: 10.1016/j.visres.2009.11.018

Procedimentos de submissão do artigo e documentos a juntar

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

Processo de Revisão

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

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

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



CRISTINA LACERDA

Direção AEOP

O ano 2020 ficará sempre ligado ao surgimento de uma pandemia a nível Mundial SARS-CoV-2 que veio alterar formas de estar quer a nível social, económico e também a nível de saúde.

De acordo com o trabalho realizado pelo Prof Doutor Guy Jerusalém, do Centro Hospitalar Universitário Sart Tilman – Bélgica, apresentado este ano na ESMO, refere que a pandemia afetou o tratamento oncológico verificando-se que 10% dos doentes sofreu cancelamento ou adiamento do tratamento. De acordo com este estudo, no pico da pandemia recorreu-se às teleconsultas e 82% dos participantes e estima-se que vão continuar a usar a telemedicina, mesmo após a pandemia. Tendo havido um aumento de encontros virtuais na educação médica continuada e tumor boards. A formação contínua de enfermagem também recorreu e recorre a encontros virtuais.

A AEOP organizou vários “webinars”, onde abordou temáticas relevantes, lançou a plataforma “Onco School” para formação específica em oncologia, capacitando assim os profissionais que trabalham nesta área para uma boa preparação formativa, capacitando os colegas para uma melhor qualidade de cuidados prestados. Participou recentemente no 17.º Congresso Nacional de Oncologia, com as seguintes sessões temáticas: “Novas Soluções para antigos problemas em Oncologia”, “Literacia e Segurança dos cuidados de saúde” e a “Biossegurança em Oncologia” em formato virtual e irá realizar o seu Congresso nacional AEOP13, também em formato virtual. Este ano mostrou a importância

que os enfermeiros têm na organização dos cuidados de saúde.

Estamos a planear 2021, mesmo na incerteza do que nos traz, estaremos preparados para manter e incrementar as nossas atividades científicas. Queremos continuar a inovar na nossa organização e a agregar a comunidade científica dos enfermeiros oncologistas.

Nesta edição 41 da Onco.News, publicamos 5 artigos de qualidade como é habitual. O primeiro artigo é uma revisão integrativa da literatura sobre a autogestão dos sintomas na pessoa em tratamento de quimioterapia; o segundo artigo é um estudo de caso sobre extravasamento de Manitol; o terceiro aborda a especialidade clínica de Cirurgia de Cancro de Cabeça e Pescoço a as especificidades dos Cuidados à Pessoa com Faringotomia e Esofagotomia; o quarto artigo é um artigo da área da gestão muito pertinente, sobre “de Hospital Oncológico a Hospital Oncológico «COVID Free»”, reorganização imposta pela Pandemia, um exemplo real. O quinto artigo é um estudo realizado sobre um exame complementar de diagnóstico da radiologia de intervenção que tem como objetivo estudar as complicações associadas a Biópsias Transtorácicas.

Desejamos a todos uma boa leitura, mantenham-se saudáveis quer física quer psicologicamente e esperamos vê-los brevemente na AEOP13 mesmo em formato virtual. Até breve.

Cristina Lacerda
Direção AEOP

IGESTSAÚDE – A AUTOGESTÃO DOS SINTOMAS NA PESSOA EM TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

IGestSaúde – Self-management of symptoms in person undergoing chemotherapy treatment: an integrative literature review

Carla Sousa

Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal
carlascosousa@live.com.pt

Bruno Magalhães

Ph.D., Professor na Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSM), Portugal
Investigador do CINTESIS da Universidade do Porto: Innovation and Development in Nursing-NursID, Departamento de Oncologia Cirúrgica do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-Porto), Portugal
bruno.magalhaes@netcabo.pt

Marisa Rafael

Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-Porto), Portugal
carlamrafael@gmail.com

Carla Fernandes

Ph.D., Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Portugal
Investigador do CINTESIS da Universidade do Porto: Innovation and Development in Nursing-NursID
carlafernandes@esenf.pt

Célia Santos

Ph.D., Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Portugal
Investigador do CINTESIS da Universidade do Porto: Innovation and Development in Nursing-NursID
celiasantos@esenf.pt

RESUMO: O tratamento de quimioterapia provoca um conjunto de sintomas adversos, com repercussões significativas no bem-estar e qualidade de vida da pessoa, fazendo emergir necessidades específicas em cuidados de saúde.

Objetivo: Identificar a produção científica sobre as orientações terapêuticas de suporte à autogestão dos sintomas anorexia, dor, diarreia e obstipação, associados ao tratamento de quimioterapia.

Método: Realizou-se uma revisão integrativa de artigos das bases de dados *MEDLINE*[®] e *CINAHL*[®], alargando a pesquisa a fontes de informação secundária.

Apresentação dos resultados e discussão: Com base nos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos na revisão 50 estudos/documentos, publicados entre 2008 e 2018. As orientações terapêuticas identificadas centram-se no aconselhamento nutricional, a introdução de modificações dietéticas, a prática de exercício, as terapias alternativas, como a acupuntura, e as terapias cognitivo-comportamentais.

Conclusão: As orientações terapêuticas identificadas nesta revisão podem contribuir para a aquisição de conhecimentos e habilidades que permitam à pessoa assegurar o seu autocuidado, empoderando-a no processo de autogestão dos sintomas anorexia, dor, diarreia e obstipação, associados ao tratamento de quimioterapia.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Anorexia; Dor; Diarreia e Obstipação.

ABSTRACT: *Chemotherapy treatment causes a set of adverse symptoms, with significant repercussions on the person's well-being and quality of life, giving rise to specific health care needs.*

Objective: Identify the scientific production on therapeutic guidelines, supporting self-management of symptoms anorexia, pain, diarrhea and constipation, associated with chemotherapy treatment.

Method: An integrative review of articles from MEDLINE® and CINAHL® databases was carried out, extending the search to secondary information sources.

Results and discussion: Based on the inclusion and exclusion criteria, 50 articles/documents, published between 2008 and 2018, were included in the review. The therapeutic guidelines identified focus on aspects such as nutritional counseling, the introduction of dietary changes, the practice of exercise, alternative therapies, such as acupuncture, and cognitive-behavioral therapies.

Conclusion: The therapeutic guidelines identified in this review can contribute to the acquisition of knowledge and skills that allow the person to ensure their self-care, empowering them in the process of self-management of anorexia, pain, diarrhea and constipation symptoms, associated with chemotherapy treatment.

Keywords: *Nursing; Anorexia; Pain; Diarrhea and Constipation.*

Introdução

A doença oncológica, incluída na categoria das doenças crónicas (WHO, 2002), continua a representar a segunda causa de morte em Portugal. Pelo seu surgimento inesperado e pela imprevisibilidade associada ao seu prognóstico, facilmente se depreende que a doença oncológica terá um impacto significativo no projeto de vida e de saúde da pessoa. A este impacto soma-se a necessidade de realização de tratamentos antineoplásicos, como é o caso da quimioterapia (QT), tratamentos que não são inócuos, pelo contrário, têm o potencial de provocar um conjunto de sintomas adversos, com repercussões significativas no bem-estar e qualidade de vida da pessoa.

Por outro lado, cada vez mais os tratamentos de QT são realizados em contexto de ambulatório, transferindo para a pessoa e/ou familiares/pessoas significativas a responsabilidade pela monitorização e gestão dos sintomas adversos e complicações associadas a este tipo de tratamento. Perante esta complexidade, estas pessoas apresentam necessidades específicas em cuidados de enfermagem, que promovam a aquisição e/ou desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que lhes permitam assegurar uma autogestão eficaz dos sintomas associados ao tratamento de QT.

Neste contexto, e tendo em conta que em pleno século XXI a sociedade orienta-se para o desenvolvimento e adesão a novas tecnologias, nomeadamente *smartphones* e os seus diversos aplicativos informáticos, considera-se que

estas abordagens poderão ser uma mais-valia no processo de empoderamento e capacitação destas pessoas. A literatura destaca a utilização de aplicativos informáticos em *smartphones* sugerindo, não só, o seu potencial na promoção da autogestão dos sintomas, associados ao tratamento da doença oncológica e na prevenção de eventuais complicações, como também efeitos positivos nos resultados centrados na pessoa (Warrington et al., 2018; Magalhães, Fernandes, Santos & Martínez-Galiano, 2020).

Aliceado nesta problemática, surgiu o projeto *iGest-Saúde* que tem como finalidade desenvolver um aplicativo informático para *smartphone* de suporte à autogestão da doença crónica, com vista à implementação de boas práticas nos cuidados a estas pessoas. Pretende-se com este projeto, e especificamente com o desenvolvimento deste aplicativo informático, estabelecer uma relação de proximidade com a pessoa, que contribua para monitorizar e apoiar, à distância, o processo de doença e regime terapêutico, incluindo o fornecimento de um conjunto de orientações terapêuticas de suporte à autogestão da doença crónica. O projeto *iGestSaúde* encontra-se nesta fase direcionado para o desenvolvimento do módulo “Quimioterapia”, focando-se nos sintomas adversos associados a este tipo de tratamento mais evidenciados na literatura: anorexia, dor, diarreia, obstipação, fadiga/inatividade, dispneia, insónia, ansiedade, náuseas/vómitos, mucosite, alopecia, alterações da pele, alterações da sexualidade e distúrbios urinários. O aplica-

tivo a desenvolver terá como objetivo promover a automonitorização e a autogestão do regime terapêutico, em pessoas submetidas a tratamento de QT no domicílio. Deste modo, pretende-se responder atempadamente e de forma individualizada aos sintomas adversos experienciados pela pessoa, identificando a sua gravidade e fornecendo orientações terapêuticas de enfermagem em conformidade.

Incluída na primeira fase do desenvolvimento do aplicativo *iGestSaúde: Quimioterapia* delimitou-se a realização de uma revisão integrativa da literatura (RIL), com o objetivo de identificar as orientações terapêuticas de suporte à autogestão dos sintomas adversos associados ao tratamento de QT. O termo “orientação terapêutica” refere-se, no âmbito deste projeto, a um conjunto de medidas não farmacológicas fornecidas à pessoa com a finalidade de prevenir, tratar e/ou minimizar os sintomas experienciados. Importa salientar que, apesar de o projeto *iGestSaúde: Quimioterapia* se focar nos sintomas adversos associados a este tipo de tratamento mais evidenciados na literatura, a presente revisão focou-se em quatro desses sintomas – anorexia, dor, diarreia e obstipação – sendo que, relativamente aos restantes sintomas, outros estudos de revisão foram efetuados com o mesmo objetivo.

Assim, o objetivo específico desta pesquisa consistiu em identificar na literatura orientações terapêuticas de suporte aos sintomas – anorexia, dor, diarreia e obstipação – associados ao tratamento de QT, com vista à autogestão dos mesmos por parte da pessoa com doença oncológica. Elaborou-se a seguinte questão de revisão: “Quais as orientações terapêuticas existentes na literatura de autogestão dos sintomas anorexia, dor, diarreia e obstipação associados ao tratamento de QT?”.

Método

Considerando a questão de investigação e os objetivos definidos, delimitou-se a realização de uma RIL, seguindo a estratégia PEO (P-População; E- Exposição de interesse; O-Outcome), citada pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (2017). Assim, conforme se apresenta na Tabela 1, foram incluídos estudos realizados com participantes adultos, com idade igual ou superior a 18 anos, portadores de doença oncológica e em tratamento ativo de QT. Os *outcomes* pretendidos foram orientações terapêuticas para os sintomas anorexia, dor, diarreia e obstipação associados ao tratamento de QT.

Tabela 1. Critérios de inclusão dos estudos

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS ESTUDOS
POPULAÇÃO	Pessoas adultas (com idade ≥ 18 anos) Portadores de doença oncológica
EXPOSIÇÃO DE INTERESSE	Em tratamento de QT
RESULTADO	Orientações terapêuticas de enfermagem para os sintomas - anorexia, dor, diarreia e obstipação (associados ao tratamento de QT)
DATA DE PUBLICAÇÃO	Estudos publicados entre janeiro de 2008 e janeiro de 2018
LÍNGUA	Estudos publicados em inglês, português ou espanhol
TIPO DE ESTUDOS	Todo o tipo de estudos

A pesquisa foi conduzida de forma independente por dois investigadores, com o intuito de identificar todo o tipo de estudos publicados em português, inglês ou espanhol, entre janeiro de 2008 e janeiro de 2018, nas bases de dados eletrónicas *MEDLINE*® e *CINAHL*®. Construíram-se frases booleanas definindo-se termos de busca específicos para cada uma das bases de dados, dos quais se destacam os seguintes descritores utilizados: *anorexia, weight loss, appetite loss, cancer pain, pain, pain management, diarrhea, defecation, constipation, intestinal elimination, gastrointestinal diseases, cancer, neoplasms, cancer patients, oncology patients, chemotherapy, consolidation chemotherapy e maintenance chemotherapy* (Anexo I - Frases booleanas utilizadas).

A pesquisa foi também alargada a estudos não publicados, de forma a identificar o maior número possível de orientações terapêuticas presentes na literatura, incluindo pesquisa no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal; em agregadores de conteúdos específicos da área de enfermagem, como o *Nursing Reference Center*®; websites governamentais e associações médicas e de enfermagem nacionais e internacionais na área da doença oncológica (*American Cancer Society [ACS]; National Cancer Institute [NCI]; National Comprehensive Cancer Network [NCCN]; British Columbia Cancer Agency [BC CA]; Sociedade Portuguesa de Oncologia; Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa; Oncology Nursing Society; European Society for Medical Oncology; American Society of Clinical Oncology; European Oncology Nursing*

Society, Canadian Association of Nurses in Oncology); motores de busca de acesso livre, como o *Google Scholar* e à literatura cinzenta.

O processo de seleção dos estudos compreendeu diferentes etapas. A primeira etapa consistiu na leitura criteriosa dos títulos e resumos de todos os artigos, sendo que, decorrente deste processo de análise, os artigos não relevantes foram removidos, selecionando-se apenas aqueles que responderam à questão de pesquisa. Subsequentemente, todos os artigos/documentos selecionados foram revistos com leitura do texto integral, de forma a determinar aqueles capazes de dar resposta à questão de pesquisa e aos objetivos definidos. Esta etapa foi realizada pelos dois investigadores, de forma independente, recorrendo-se a um terceiro investigador em caso de desacordo, sendo que o resultado final foi obtido após reunião de consenso. Com vista a sistematizar os dados extraídos de todas as fontes consultadas optou-se pela construção de tabelas resumo, nas quais foram descritas as orientações terapêuticas identificadas, para cada um dos quatro sintomas em estudo, assim como os dados relativos às respetivas fontes bibliográficas que as suportam.

Resultados

A pesquisa efetuada nas duas bases de dados eletrónicas constituiu uma amostra inicial de 605 estudos relacionados ao sintoma anorexia; 573 estudos relacionados ao sintoma dor; 652 estudos relacionados ao sintoma diarreia e 259 estudos relacionados ao sintoma obstipação. Decorrente da pesquisa efetuada em fontes de informação secundária foi possível a identificação de seis documentos relacionados aos sintomas anorexia, diarreia e obstipação e cinco documentos relacionados ao sintoma dor.

Após aplicação dos procedimentos de seleção de dados constituiu-se na RIL uma amostra final de 50 estudos/documentos, referentes aos quatro sintomas em estudo.

Na Figura 1 apresenta-se o processo de identificação e inclusão dos estudos/documentos incluídos na RIL.

Na tabela 2 apresenta-se uma sumarização dos estudos e documentos que compuseram esta RIL, incluindo



Figura 1. Processo de identificação e inclusão dos estudos/documentos na RIL (adaptado de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses [PRISMA] Flow Diagram* (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The PRISMA Group, 2009))

informação relativa aos autores, ano de publicação, tipo de estudo e acesso/fonte. Salienta-se que da pesquisa realizada nas bases de dados eletrónicas obtivemos estudos em diferentes níveis de evidência, desde revisões narrativas (n=12), estudos quasi-experimentais (n=4), estudos randomizados controlados (ERC) (n=5), revisões sistemáticas (n=4) e *guidelines* (n=1). A pesquisa efetuada em fontes de informação secundária possibilitou também a inclusão de vários documentos, nomeadamente guias de boas práticas e *guidelines*, entre outros.

Tabela 2. Sumarização dos estudos/documentos da RIL

SINTOMA – ANOREXIA		
AUTOR (ANO)	TÍTULO DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO
CALIXTO-LIMA ET AL. (2012)	“Dietetic management in gastrointestinal complications from antimalignant chemotherapy”	Revisão narrativa
WITHAM (2013)	“Nutrition and cancer: issues related to treatment and survivorship”	Revisão narrativa
YOON, GRUNDMANN, WILLIAMS & CARRIERE (2015)	“Novel Intervention With Acupuncture for Anorexia and Cachexia in Patients With Gastrointestinal Tract Cancer: A Feasibility Study”	Quasi-experimental
ARENDS ET AL. (2017)	“ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients”	Guideline
BILGIÇ & ACAROGLU (2017)	“Effects of Listening to Music on the Comfort of Chemotherapy Patients”	Quasi-experimental
AUTOR (ANO)	TÍTULO DO DOCUMENTO	ACESSO/FONTE
BONASSA & SANTANA (2005)	“Enfermagem em Terapêutica Oncológica”	Biblioteca ESEP
NCI (2011)	“Chemotherapy and You: Side Effects and Ways to Manage Them – Appetite Changes; Foods to Help With Side Effects”	Website NCI
BC CA (2014a)	“Symptom Management Guidelines: ANOREXIA and CACHEXIA”	Website BC CA
ACS (2015)	“Managing Cancer-related Side Effects – Eating Problems: Poor Appetite; Weight Changes; Nutrition for the person with cancer during treatment”	Website ACS
STACEY ET AL. (2016)	“Remote Symptom Practice Guides for Adults on Cancer Treatments Of the Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS) Team: Appetite Loss”	Guideline - Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS) Team
HOLLE & PLGRIM (2017)	“Anorexia and Cachexia in Cancer Patients: Managing”	Nursing Reference Center
SINTOMA – DOR		
AUTOR (ANO)	TÍTULO DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO
GRIFFITH ET AL. (2009)	“Impact of a Walking Intervention on Cardiorespiratory Fitness, Self-Reported Physical Function, and Pain in Patients Undergoing Treatment for Solid Tumors”	ERC
KWEKKEBOOM, ABBOTT-ANDERSON & WANTA (2010)	“Feasibility of a Patient-Controlled Cognitive Behavioral Intervention for Pain, Fatigue, and Sleep Disturbance in Cancer”	Quasi-experimental
RAPHAEL ET AL. (2010)	“Cancer Pain: Part 2: Physical, Interventional and Complimentary Therapies; Management in the Community; Acute, Treatment-Related and Complex Cancer Pain: A Perspective from the British Pain Society Endorsed by the UK Association of Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners”	Opinião de peritos/ estudo de consenso
KWEKKEBOOM ET AL. (2012)	“Pilot Randomized Controlled Trial of a Patient-Controlled Cognitive-Behavioral Intervention for the Pain, Fatigue, and Sleep Disturbance Symptom Cluster in Cancer”	ERC
SCIALDONE (2012)	“Overview of Supportive Care in Patients Receiving Chemotherapy: Antiemetics, Pain Management, Anemia, and Neutropenia”	Revisão narrativa
LU & ROSENTHAL (2013)	“Acupuncture for Cancer Pain and Related Symptoms”	Revisão narrativa
GREENLEE ET AL. (2014)	“Clinical Practice Guidelines on the Use of Integrative Therapies as Supportive Care in Patients Treated for Breast Cancer”	Revisão sistemática
SINGH & CHATURVEDI (2015)	“Complementary and Alternative Medicine in Cancer Pain Management: A Systematic Review”	Revisão sistemática
PALEY, JOHNSON, TASHANI & BAGNALL (2015)	“Acupuncture for cancer pain in adults (Review)”	Revisão sistemática
CHARALAMBOUS ET AL. (2016)	“Guided Imagery And Progressive Muscle Relaxation as a Cluster of Symptoms Management Intervention in Patients Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial”	ERC
CHIU ET AL. (2017)	“Systematic review and meta-analysis of acupuncture to reduce cancer-related pain”	Revisão sistemática e meta-análise
BILGIÇ & ACAROGLU (2017)	“Effects of Listening to Music on the Comfort of Chemotherapy Patients”	Quasi-experimental

Tabela 2. Sumarização dos estudos/documentos da RIL (cont.)

AUTOR (ANO)	TÍTULO DO DOCUMENTO	ACESSO/FONTE
NCI (2011)	"Chemotherapy and You: Side Effects and Ways to Manage Them – Pain"	Website NCI
BC CA (2014d)	"Symptom Management Guidelines: PAIN"	Website BC CA
ACS (2015)	"Managing Cancer-related Side Effects – Pain: Understanding Cancer; Managing Cancer Pain"	Website ACS
STACEY ET AL. (2016)	"Remote Symptom Practice Guides for Adults on Cancer Treatments Of the Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS) Team: Pain"	Guideline - Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS) Team
NCCN (2018)	"NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Adult Cancer Pain"	Website NCCN
SINTOMA - DIARRHEIA		
AUTOR (ANO)	TÍTULO DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO
CHERNY (2008)	"Evaluation and Management of Treatment-Related Diarrhea in Patients with Advanced Cancer: A Review"	Revisão narrativa
MUEHLBAUER ET AL. (2009)	"Putting Evidence Into Practice: Evidence-Based Interventions to Prevent, Manage, and Treat Chemotherapy - and Radiotherapy-Induced Diarrhea"	Revisão narrativa
CALIXTO-LIMA ET AL. (2012)	"Dietetic management in gastrointestinal complications from antimalignant chemotherapy"	Revisão narrativa
SHAW & TAYLOR (2012)	"Treatment-Related Diarrhea in Patients With Cancer"	Revisão narrativa
GUIMARÃES ET AL. (2015)	"Nursing actions facing reactions to chemotherapy in oncological patients"	Revisão narrativa
FAIMAN (2016)	"Diarrhea in Multiple Myeloma: A Review of the Literature"	Revisão narrativa
AUTOR (ANO)	TÍTULO DO DOCUMENTO	ACESSO/FONTE
BONASSA & SANTANA (2005)	"Enfermagem em Terapêutica Oncológica"	Biblioteca ESEP
BC CA (2014c)	"Symptom Management Guidelines: CANCER-RELATED DIARRHEA"	Website BC CA
NCI (2011)	"Chemotherapy and You: Side Effects and Ways to Manage Them – Diarrhea; Foods to Help With Side Effects"	Website NCI
ACS (2015)	"Managing Cancer-related Side Effects – Stool or Urine Changes: Diarrhea"	Website ACS
STACEY ET AL. (2016)	"Remote Symptom Practice Guides for Adults on Cancer Treatments Of the Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS) Team: Diarrhea"	Guideline - Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS) Team
SCHUB & HEERING (2017)	"Diarrhea, chemotherapy-induced: Managing"	Nursing Reference Center
SINTOMA - OBSTIPAÇÃO		
AUTOR (ANO)	TÍTULO DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO
WOOLERY ET AL. (2008)	"Putting Evidence Into Practice: Evidence-Based Interventions for the Prevention and Management of Constipation in Patients With Cancer"	Revisão narrativa
CALIXTO-LIMA ET AL. (2012)	"Dietetic management in gastrointestinal complications from antimalignant chemotherapy"	Revisão narrativa
HANAI ET AL. (2016)	"Effects of a self-management program on antiemetic-induced constipation during chemotherapy among breast cancer patients: a randomized controlled clinical trial"	ERC
SHIN & PARK (2018)	"Effects of Auricular Acupressure on Constipation in Patients With Breast Cancer Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial"	ERC
AUTOR (ANO)	TÍTULO DO DOCUMENTO	ACESSO/FONTE
BONASSA & SANTANA (2005)	"Enfermagem em Terapêutica Oncológica"	Biblioteca ESEP
NCI (2011)	"Chemotherapy and You: : Side Effects and Ways to Manage Them – Constipation; Foods to Help With Side Effects"	Website NCI
BC CA (2014b)	"Symptom Management Guidelines: CONSTIPATION"	Website BC CA
ACS (2015)	"Managing Cancer-related Side Effects – Stool or Urine Changes: Constipation"	Website ACS
STACEY ET AL. (2016)	"Remote Symptom Practice Guides for Adults on Cancer Treatments Of the Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS) Team: Constipation"	Guideline - Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS) Team
HEERING & HOLLE (2017)	"Constipation, chemotherapy-induced: Managing"	Nursing Reference Center

Do processo de análise dos diversos estudos/documentos foi possível identificar um conjunto de orientações terapêuticas de suporte à autogestão dos quatro sintomas em estudo, associados ao tratamento de QT. Na tabela 3 apresenta-se as orientações terapêuticas identificadas para cada um dos sintomas, assim como as fontes bibliográficas que as suportam, anteriormente apresentadas.

Tabela 3. Principais orientações terapêuticas identificadas para os sintomas anorexia, dor, diarreia e obstipação

SINTOMA – ANOREXIA	
ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA	AUTOR (ANO)
Optar por realizar refeições frequentes e de baixo volume ao longo dia (6 a 8 refeições por dia)	Bonassa & Santana (2005); Calixto-Lima et al. (2012); Witham (2013); ACS (2015)
Escolher refeições com alto teor de calorias (e.g. compotas de frutas em iogurte ou leite; leite condensado ou mel em salada de frutas; batata e mandioca em sopas ou saladas)	Bonassa & Santana (2005); Calixto-Lima et al. (2012); Arends et al. (2017)
Escolher refeições com alto teor de proteínas (e.g. iogurtes; ovos adicionados a sopas; omeletes enriquecidas com queijo ou leite; carne ou peixe adicionados a sopas, arroz ou feijão; carne ou peixe desfiado em saladas ou sanduíches)	Bonassa & Santana (2005); Calixto-Lima et al. (2012); ACS (2015); Arends et al. (2017)
Evitar a ingestão de líquidos 30 minutos antes das refeições, assim como durante as refeições	Bonassa & Santana (2005); NCI (2011); Calixto-Lima et al. (2012); Witham (2013); BC CA (2014a); ACS (2015)
Mudar a rotina das refeições (e.g. fazer as refeições noutros locais; comer em locais calmos; comer acompanhado por familiares/amigos)	Bonassa & Santana (2005); NCI (2011); Calixto-Lima et al. (2012); ACS (2015); Bilgiç & Acaroglu (2017); Holle & Plgrim (2017)
Realizar exercício físico para promover o apetite (e.g. fazer uma caminhada de 20 a 30 minutos, antes do almoço ou jantar)	Bonassa & Santana (2005); NCI (2011); Calixto-Lima et al. (2012); ACS (2015); Stacey et al. (2016); Arends et al. (2017)
Ponderar sessões de acupuntura	Yoon et al. (2015)
SINTOMA – DOR	
ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA	AUTOR (ANO)
Gerir a medicação prescrita para a dor (respeitar dosagens e horários prescritos, mesmo quando não sentir dor) e prescrita em SOS	NCI (2011); ACS (2015)
Realizar exercício físico, 5 a 6 vezes por semana (e.g. caminhada, andar de bicicleta, yoga)	Griffith et al. (2009); NCI (2011); BC CA (2014d); Stacey et al. (2016)
Realizar exercícios de respiração lenta e rítmica (e.g. concentrar a atenção na respiração, diminuindo progressivamente o ritmo da respiração)	Kwekkeboom et al. (2010); NCI (2011); Kwelleboom et al. (2012); BC CA (2014d); ACS (2015); Charalambous et al. (2016); Stacey et al. (2016)
Realizar exercícios de relaxamento muscular progressivo (e.g. relaxamento de vários grupos musculares sucessivos, das mãos e braços até à cabeça e até aos pés)	Kwekkeboom et al. (2010); Kwelleboom et al. (2012); BC CA (2014d); Charalambous et al. (2016); Stacey et al. (2016)
Adotar estratégias de imaginação guiada (e.g. imaginar imagens da natureza que lhe sejam agradáveis – prados, praia, montanha)	Kwekkeboom et al. (2010); Kwelleboom et al. (2012); Scialdone (2012); BC CA (2014d); ACS (2015); Charalambous et al. (2016); Stacey et al. (2016); NCCN (2018)
Ponderar sessões de massagem corporal de relaxamento, podendo ser acompanhada de aromaterapia	Raphael et al. (2010); Scialdone (2012); BC CA (2014d); Greenlee et al. (2014); Singh & Chaturvedi (2015); ACS (2015); Stacey et al. (2016); NCCN (2018)
Ponderar sessões de acupuntura	Raphael et al. (2010); Scialdone (2012); Lu & Rosenthal (2013); BC CA (2014d); ACS (2015); Stacey et al. (2016); NCCN (2018)
SINTOMA – DIARREIA	
ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA	AUTOR (ANO)
Realizar um diário dos hábitos intestinais - número de dejeções por dia/semana; características das fezes (consistência, odor, quantidade, presença de sangue ou muco); dejeções noturnas; dor ao evacuar	Bonassa & Santana (2005); Cherny (2008); Muehlbauer et al. (2009); Shaw & Taylor (2012); BC CA (2014c); ACS (2015); Faiman (2016); Stacey et al. (2016); Schub & Heering (2017)
Beber 2 a 3 litros de líquidos claros ao longo do dia (e.g. água, caldo claro, chá, suplemento de oligoelementos)	Calixto-Lima et al. (2012); BC CA (2014c); Guimarães et al. (2015); Stacey et al. (2016)
Ingerir alimentos com baixo teor de gordura e fibra (e.g. arroz, massa cozida, fruta cozida e sem casca, iogurte simples ou de baunilha, torradas de pão branco, peixe)	Bonassa & Santana (2005); NCI (2011); Calixto-Lima et al. (2012); Shaw & Taylor (2012); BC CA (2014c); Guimarães et al. (2015); ACS (2015); Faiman (2016); Stacey et al. (2016)

Ingerir alimentos ricos em sais minerais - sódio e potássio (e.g. bananas, néctar de pêsego, batata cozida ou em puré)	NCI (2011); Shaw & Taylor (2012); ACS (2015); Guimarães et al. (2015); Stacey et al. (2016); Schub & Heering (2017)
Evitar alimentos ricos em fibra insolúvel (e.g. feijão, nozes, cereais e pão integral, fruta fresca e vegetais crus)	Bonassa & Santana (2005); NCI (2011); Calixto-Lima et al. (2012); BC CA (2014c); ACS (2015); Stacey et al. (2016)
Evitar o consumo de leite e derivados	Cherny (2008); NCI (2011); Calixto-Lima et al. (2012); Shaw & Taylor (2012); ACS (2015); Faiman (2016); Stacey et al. (2016); Schub & Heering (2017)
Gerir a medicação prescrita para a diarreia (respeitar dosagens e horários prescritos) e prescrita em SOS	NCI (2011); ACS (2015)
SINTOMA – OBSTIPAÇÃO	
ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA	AUTOR (ANO)
Realizar um diário dos hábitos intestinais - número de refeições por dia/semana; características das fezes (dor, consistência, odor, quantidade, presença de sangue ou muco); grau de esforço e dor ao evacuar.	Woolery et al. (2008); NCI (2011); BC CA (2014b); ACS (2015)
Beber 6 a 8 chávenas de água ou outros líquidos (e.g. chá) ao longo do dia	Bonassa et al. (2005); Woolery et al. (2008); NCI (2011); Calixto-Lima et al. (2012); ACS (2015); Stacey et al. (2016); Heering & Holle (2017)
Escolher alimentos ricos em fibras (e.g. pão e cereais integrais, feijão seco, legumes crus frescos, ervilhas, frutas frescas com pele e sementes, nozes, sumos de frutas, passas)	Bonassa & Santana (2005); Woolery et al. (2008); Calixto-Lima et al. (2012); BC CA (2014b); ACS (2015); Stacey et al. (2016); Heering & Holle (2017)
Realizar exercício físico (e.g. caminhada 15 a 20 minutos, 1 a 2 vezes/dia; outros exercícios como andar de bicicleta, 30 a 60 minutos, 3 a 5 vezes/semana)	Bonassa & Santana (2005); Woolery et al. (2008); NCI (2011); BC CA (2014b); ACS (2015); Stacey et al. (2016); Heering & Holle (2017)
Realizar massagem abdominal (e.g. realizar pequenos movimentos circulares no abdómen no sentido dos ponteiros do relógio, aplicando uma pressão constante e moderada utilizando 2 ou 3 dedos), várias vezes durante o dia	Hanai et al. (2016)
Gerir a medicação prescrita para a obstipação (respeitar dosagens e horários prescritos) e prescrita em SOS	ACS (2015)
Ponderar sessões de acupuntura (acupressão auricular)	Shin & Park (2018)

Discussão

Decorrente do processo de pesquisa, importa referir que se identificaram poucos estudos que abordam especificamente orientações terapêuticas de suporte à autogestão da sintomatologia associada ao tratamento de QT. Do mesmo modo, verificou-se que se para o sintoma dor foi possível identificar um número considerável de estudos científicos, com uma evidência científica mais robusta, o mesmo não se verificou para outros sintomas em estudo (e.g. diarreia ou obstipação).

A pesquisa efetuada em fontes de informação secundária constituiu-se como uma mais-valia significativa, não só porque possibilitou a identificação de vários documentos, que foram ao encontro dos resultados obtidos na pesquisa realizada nas bases de dados, como também possibilitou a identificação de outras orientações terapêuticas. Constatou-se que grande parte destes documentos, pelo seu caráter mais prático, descrevem em maior pormenor as orientações terapêuticas. Alguns deles são dirigidos à pessoa com doença oncológica a realizar tratamento de QT, descrevendo orientações terapêuticas, com a finalidade de promover a autogestão dos sintomas associados a este tipo de tratamento (ACS,

2015; NCI, 2011). No entanto, identificaram-se outros documentos dirigidos aos profissionais de saúde, alguns deles especificamente aos enfermeiros, nos quais são disponibilizadas informações sobre os sintomas associados ao tratamento de QT, nomeadamente a sua definição, descrição de graus de gravidade, a forma como devem ser avaliados e a descrição de orientações terapêuticas específicas para cada um deles (BC CA, 2014a; BC CA, 2014b; BC CA, 2014c; BC CA, 2014d; Bonassa & Santana, 2005; Heering & Holle, 2017; Holle & Plgrim, 2017; NCCN, 2018; Schub & Heering, 2017; Stacey et al., 2016).

Na sequência da análise crítica dos estudos/documentos incluídos na RIL e à luz do conhecimento teórico existente, foi possível constatar que os sintomas em estudo – anorexia, dor, diarreia e obstipação – caracterizam-se por uma prevalência elevada na pessoa com doença oncológica, sendo essa prevalência e incidência geralmente potenciadas aquando do tratamento de QT.

A prevalência do sintoma **anorexia** na pessoa com doença oncológica, embora influenciada por vários fatores, tais como o tipo de cancro e o estágio da doença, pode variar entre 6% e 74% (Dy et al., 2008). Este sin-

toma quando presente e não controlado tem o potencial de afetar significativamente o estado de saúde da pessoa, podendo originar quadros graves de desnutrição e desidratação (Holle & Pilgrim, 2017). As orientações terapêuticas identificadas para este sintoma centram-se essencialmente em aspetos relacionados com o aconselhamento nutricional, defendendo os autores que a abordagem deve ser individualizada e adequada a cada pessoa. Deste modo, são apresentadas orientações terapêuticas que se focam na descrição de estratégias para reduzir o desconforto, associado à ingestão de alimentos e assegurar um aporte calórico e proteico adequado (ACS, 2015; Arends et al., 2017; BC CA, 2014a; Bonassa & Santana, 2005; Calixto-Lima et al., 2012; Holle & Pilgrim, 2017; NCI, 2011; Stacey et al., 2016; Witham, 2013).

A prática de exercício físico, adaptada à tolerância da pessoa, é também indicada como uma medida importante, não só porque promove o apetite, mas também porque permite a manutenção da força e massa muscular, função física e padrão metabólico (Arends et al., 2017; Bonassa & Santana, 2005; Calixto-Lima et al., 2012; NCI, 2011; Stacey et al., 2016). Ainda no contexto do sintoma anorexia, de realçar o papel da acupuntura. Na revisão sistemática de Garcia et al. (2013) sobre a utilização e eficácia da acupuntura no contexto do tratamento oncológico, esta terapia é sugerida como um tratamento adjuvante apropriado para as náuseas/vómitos associados ao tratamento de QT. Os autores acrescentam que, para o controlo e tratamento de outros sintomas, a eficácia desta técnica permanece indeterminada, sugerindo a realização de estudos mais robustos. Considerando que a presença de náuseas/vómitos pode condicionar quadros de anorexia, estando estes dois sintomas muitas vezes relacionados entre si no contexto do tratamento de QT, e tendo em linha de consideração o estudo de Yoon et al. (2015), que defende o potencial da acupuntura na melhoria do apetite e na prevenção da redução de peso, optou-se por incluir esta orientação terapêutica.

A dor constitui-se como um dos sintomas mais presentes e referenciados pela pessoa com doença oncológica em tratamento de QT. Fujii et al. (2017) realizaram um estudo, com 740 doentes com doença oncológica em tratamento de QT, com o objetivo de avaliar a prevalência e intensidade da dor nestas pessoas. A dor foi referida por mais de 50% dos doentes, quer no início do tratamento, quer nas avaliações de seguimento, tendo sido classificada em moderada ou grave em cada avaliação por 14% dos participantes. Das orientações terapêuticas identificadas nesta revisão para este sintoma, a prática

de exercício físico é sugerida como tendo o potencial de diminuir a experiência de dor (Griffith et al., 2009; Raphael et al., 2010). A atividade física adequada, graduada e adaptada a cada pessoa, tem o potencial de aumentar a tolerância à atividade, a autonomia, a integração social e a autoestima (Raphael et al., 2010). A massagem terapêutica, podendo ser acompanhada ou não de aromaterapia, as terapias periféricas (tratamento com frio e calor), a restrição de movimentos e o posicionamento têm também demonstrado ser úteis para aumentar o bem-estar da pessoa, reduzindo os níveis de ansiedade, podendo deste modo contribuir para o controlo da dor (Greenlee et al., 2014; Raphael et al., 2010; Singh & Chaturvedi, 2015). Alguns autores realçam também a importância da utilização destas terapias como medidas de suporte/adjuvantes importantes, do tratamento farmacológico da dor (NCCN, 2018; Scialdone, 2012). Ainda no contexto deste sintoma, as terapias cognitivo-comportamentais, nomeadamente os exercícios de relaxamento e a imaginação guiada, surgem com algum destaque, podendo ser utilizadas separadamente ou em conjunto. Apesar de reconhecerem o potencial destas terapias na melhoria do bem-estar da pessoa, alguns autores questionam não só a sua eficácia a longo prazo como também referem que a evidência atual não apresenta robustez suficiente que comprove a sua eficácia e efetividade no controlo direto da dor (Raphael et al., 2010; Singh & Chaturvedi, 2015). Contudo, considerou-se pertinente incluir estas orientações terapêuticas, porque vários estudos têm demonstrando que a sua utilização pode ser eficaz, quer de forma isolada, quer como medida adjuvante do tratamento farmacológico no controlo da dor (Charalambous et al., 2016; Kwekkeboom et al., 2010; Kwekkeboom et al., 2012; Scialdone, 2012).

Relativamente ao papel da acupuntura no controlo da dor, as duas revisões sistemáticas, de Chiu et al. (2017) e Paley et al. (2015), sugerem que não há evidência científica suficiente que permita comprovar a efetividade da acupuntura na redução da dor. No entanto, e à semelhança das terapias descritas anteriormente, a acupuntura é considerada como uma terapia integrativa e adjuvante das intervenções farmacológicas (Lu & Rosenthal, 2013; NCCN, 2018; Raphael et al., 2010; Scialdone, 2012; Singh & Chaturvedi, 2015), motivo pelo qual se optou pela sua inclusão, como orientação terapêutica para este sintoma.

Os fármacos antineoplásicos provocam frequentemente alterações na mucosa intestinal, aumentando a inflamação das células e diminuindo a absorção intesti-

nal, originando a ocorrência de **diarreia** (Andreyev et al., 2014; Shaw & Taylor, 2012). As orientações terapêuticas identificadas para este sintoma focam-se essencialmente na importância da avaliação contínua da pessoa e na introdução de modificações dietéticas, com o objetivo de aliviar a sintomatologia e evitar a desidratação, os desequilíbrios eletrolíticos, a deficiência nutricional e a perda de peso (Bonassa & Santana, 2005; Calixto-Lima et al., 2012). As modificações dietéticas passam pelo incentivo da hidratação oral, um aumento no consumo de calorias, proteínas, minerais, vitaminas, líquidos e eletrólitos e uma diminuição/eliminação de alimentos que exacerbem o quadro de diarreia (ACS, 2015; BC CA, 2014c; Bonassa & Santana, 2005; Calixto-Lima et al., 2012; Cherny, 2008; Faiman, 2016; Guimarães et al., 2015; Muehlbauer et al., 2009; NCI, 2011; Schub & Heering, 2017; Shaw & Taylor, 2012; Stacey et al., 2016).

Relativamente ao sintoma **obstipação**, este surge na pessoa a realizar tratamento de **QT** não só como consequência da toxicidade dos fármacos antineoplásicos, como também associada a efeitos secundários da utilização de fármacos antieméticos e opioides (Bonassa & Santana, 2005; Calixto-Lima et al., 2012; Hanai et al., 2016; Shin & Park, 2018; Woolery et al., 2008). Devido a esta natureza multifatorial, a gestão deste sintoma pode ser complexa, exigindo uma abordagem individualizada e proativa, no sentido de evitar complicações. A evidência sugere que as três primeiras linhas orientadoras, para o tratamento e controlo da obstipação são a realização de atividade física, o aumento da ingestão de fluídos e o aumento da ingestão de alimentos ricos em fibras (ACS, 2015; BC CA, 2014b; Bonassa & Santana, 2005; Calixto-Lima et al., 2012; Heering & Holle, 2017; NCI, 2011; Stacey et al., 2016; Woolery et al., 2008). Hanai et al. (2016) implementaram junto de um grupo de pessoas com cancro, a realizar tratamento de **QT**, um programa de autogestão da obstipação induzida por fármacos antieméticos. O programa incluía realização de massagem abdominal e realização de exercícios para fortalecer os músculos abdominais, sendo acompanhados de exercícios de respiração profunda e instrução para adoção de uma posição adequada de defecação. Considerou-se pertinente incluir estas orientações terapêuticas, uma vez que o programa revelou ser eficaz no alívio da gravidade da obstipação, tendo sido também avaliado positivamente pelos participantes. De facto, a realização frequente de exercícios abdominais adaptados à condição física e tolerância da pessoa têm o potencial de promover a motilidade intestinal e fortalecer o tónus

dos músculos abdominais. Do mesmo modo, a adoção de uma posição que propicia a defecação correta, insinuando a pessoa a adotar na sanita uma posição de semi-agachada, utilizando um apoio para elevar os joelhos acima da cintura demonstra ser benéfica, na medida em que favorece o relaxamento dos músculos do pavimento pélvico e a expulsão das fezes (BC CA, 2014b; Heering & Holle, 2017; NCI, 2011; Stacey et al., 2016).

A realização de acupuntura/acupressão auricular, apesar de ser apenas sugerida na ERC desenvolvido por Shin e Park (2018), foi incluída como orientação terapêutica para o sintoma obstipação, uma vez que os resultados deste estudo comprovaram que a terapia foi eficaz no alívio deste sintoma e também, porque nesta fase o objetivo seria identificar o todas as orientações terapêuticas possíveis.

Tendo em linha de consideração o contexto específico, das pessoas com doença oncológica a realizar tratamento de **QT** em contexto de ambulatório, importa refletir sobre as necessidades específicas destas pessoas, em cuidados de saúde, e de enfermagem em particular, nomeadamente necessidades de informação, necessidades psicossociais e necessidades de apoio no autocuidado. Acredita-se que o conjunto de orientações terapêuticas identificadas nesta revisão apresentam o potencial de ir ao encontro destas necessidades, uma vez que procuram informar e orientar a pessoa, monitorizar o seu estado de saúde/doença, apoiar na tomada de decisão e na mobilização dos recursos necessários.

Conclusão

Analisando o percurso efetuado e de acordo com os objetivos propostos, foi possível identificar, na evidência científica, um conjunto de orientações terapêuticas de suporte à autogestão dos sintomas anorexia, dor, diarreia e obstipação, associados ao tratamento de **QT**. A revisão efetuada alertou para a necessidade de desenvolver mais investigação nesta área, uma vez que se constatou existirem poucos estudos, que abordam e descrevem especificamente orientações terapêuticas de suporte à autogestão da sintomatologia, associada ao tratamento de **QT**. Por outro lado, determinadas orientações terapêuticas, apesar de referenciadas na literatura, carecem de mais investigação, que melhore a compreensão da efetividade do seu papel no controlo e redução da sintomatologia. São exemplos, as terapias cognitivo-comportamentais e as terapias não convencionais, como é o caso da acupuntura.

No contexto do projeto *iGestSaúde: Quimioterapia* espera-se que a inclusão destas orientações terapêuticas

no aplicativo informático possam contribuir para a promoção de uma autogestão eficaz, por parte da pessoa, dos sintomas, anorexia, dor, diarreia e obstipação, associados ao tratamento de QT, monitorizando o tratamento e prevenindo eventuais complicações.

Para o contexto da prática clínica, considera-se que estas orientações terapêuticas poderão constituir-se como uma mais-valia e um recurso importante para o enfermeiro no desempenho do seu papel de agente facilitador da aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e habilidades por parte da pessoa, que lhe permitam assegurar uma autogestão eficaz da sintomatologia vivenciada no decorrer do tratamento de QT. Pessoas informadas e capacitadas poderão tomar decisões conscientes e da forma mais autónoma possível, com o objetivo de melhor viver o seu projeto de vida, aderindo em simultâneo às indicações terapêuticas e mantendo a sua doença monitorizada e controlada.

Referências bibliográficas

- American Cancer Society. Managing Cancer-related Side Effects [Em linha]. 2015 [consult. 2018-03-26]. Disponível em: <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects>.
- Andreyev, J., Ross, P., Donnellan, C., Lennan, E., Leonard, P., Waters, C., Ferry, D. (2014). Guidance on the management of diarrhoea during cancer chemotherapy. *The Lancet. Oncology*, 15 (10), 447-460. doi: 10.1016/S1470-2045(14)70006-3.
- Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., Preiser, J. C. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 36 (1), 11-48. doi: 10.1016/j.clnu.2016.07.015.
- Bilgiç, Ş., & Acaroğlu, R. (2017). Effects of Listening to Music on the Comfort of Chemotherapy Patients. *Western Journal of Nursing Research*, 39 (6), 745-762. doi: 10.1177/0193945916660527.
- Bonassa, E. & Santana, T. (2005). Enfermagem em terapêutica oncológica. São Paulo: Editora Atheneu.
- British Columbia Cancer Agency. Symptom Management Guidelines: ANOREXIA and CACHEXIA [Em linha]. 2014a [consult. 2018-03-26]. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/2.%20Anorexia%20and%20Cachexia.pdf>.
- British Columbia Cancer Agency. Symptom Management Guidelines: CONSTIPATION [Em linha]. 2014b [consult. 2018-03-26]. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/3.%20Constipation.pdf>.
- British Columbia Cancer Agency. Symptom Management Guidelines: CANCER-RELATED DIARRHEA [Em linha]. 2014c [consult. 2018-03-26]. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/4.%20Diarrhea.pdf>.
- British Columbia Cancer Agency. Symptom Management Guidelines: PAIN [Em linha]. 2014d [consult. 2018-03-26]. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/13.%20Pain.pdf>.
- Calixto-Lima, L., Andrade, M. E., Gomes, A. P., Geller, M. & Siqueira-Batista, R. (2012). Dietetic management in gastrointestinal complications from antimalignant chemotherapy. *Nutricion Hospitalaria*, 27 (1), 65-75. doi: 10.1590/S0212-16112012000100008.
- Charalambous, A., Giannakopoulou, M., Bozas, E., Marcou, Y., Kitsios, P. & Paikousis, L. (2016). Guided Imagery And Progressive Muscle Relaxation as a Cluster of Symptoms Management Intervention in Patients Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial. *Plos One*, 11 (6), 0156911. doi: 10.1371/journal.pone.0156911.
- Cherny, N. I. (2008). Evaluation and management of treatment-related diarrhea in patients with advanced cancer: a review. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 36 (4), 413-423. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.10.007.
- Chiu, H. Y., Hsieh, Y. J. & Tsai, P. S. (2017). Systematic review and meta-analysis of acupuncture to reduce cancer-related pain. *European Journal Of Cancer Care*, 26 (2), e12457. doi: 10.1111/ecc.12457.
- Dy, S. M., Lorenz, K. A., Naeim, A., Sanati, H., Walling, A. & Asch, S. M. (2008). Evidence-based recommendations for cancer fatigue, anorexia, depression, and dyspnea. *Journal of Clinical Oncology*, 26 (23), 3886-3895. doi: 10.1200/JCO.2007.15.9525.
- Faiman, B. (2016). Diarrhea in Multiple Myeloma: A Review of the Literature. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 20 (4), E100-E105. doi: 10.1188/16.CJON.E100-E105.
- Fujii, A., Yamada, Y., Takayama, K., Nakano, T., Kishimoto, J., Morita, T. & Nakanishi, Y. (2017). Longitudinal assessment of pain management with the pain management index in cancer outpatients receiving chemotherapy. *Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer*, 25 (3), 925-932. doi: 10.1007/s00520-016-3482-x.
- Garcia, M. K., McQuade, J., Haddad, R., Patel, S., Lee, R., Yang, P., Cohen, L. (2013). Systematic review of acupuncture in cancer care: a synthesis of the evidence. *Journal Of Clinical Oncology: Official Journal Of The American Society Of Clinical Oncology*, 31 (7), 952-960. doi: 10.1200/JCO.2012.43.5818.
- Greenlee, H., Balneaves, L. G., Carlson, L. E., Cohen, M., Deng, G., Hershman, D. & Tripathy, D. (2014). Clinical practice guidelines on the use of integrative therapies as supportive care in patients treated for breast cancer. *Journal Of The National Cancer Institute. Monographs*, 2014 (50), 346-358. doi: 10.1093/jncimonographs/lgu041.
- Griffith, K., Wenzel, J., Shang, J., Thompson, C., Stewart, K., Mock, V., ... Mock, V. (2009). Impact of a walking intervention on cardiorespiratory fitness, self-reported physical function, and pain in patients undergoing treatment for solid tumors. *Cancer*, 115 (20), 4874-4884. doi: 10.1002/cncr.24551.
- Guimarães, R. C. R., Gonçalves, R. P. F., Lima, C. A., Torres, M. R. & Silva, C. S. O. (2015). Nursing actions facing reactions to chemotherapy in oncological patients. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 7 (2), 2440-2452. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2440-2452.
- Hanai, A., Ishiguro, H., Sozu, T., Tsuda, M., Arai, H., Mitani, A. & Tsuboyama, T. (2016). Effects of a self-management program on antiemetic-induced constipation during chemotherapy among breast cancer patients: a randomized controlled clinical trial. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 12 (2), 317-337. doi: 10.1188/08.CJON.317-337.
- Heering, H. & Holle, N. Constipation in Patients with Cancer: Managing [Em linha]. 2017 [consult. 2018-01-15]. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=11&sid=538f4ce9-95c7-47ab-b17a-33ecd72ab94%40sdc-v-sessmgr05>.
- Holle, M. N., Plgrim, J. Anorexia and Cachexia in Cancer Patients: Managing [Em linha]. 2017 [consult. 2018-01-15]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T707117&lang=pt-br&site=nrc-live>.
- Joanna Briggs Institute. JBI Reviewer's Manual [Em linha]. 2017 [consult. 2018-01-10]. Disponível em: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Joanna+Briggs+Institute+Reviewer%27s+Manual>.
- Kwekkeboom, K. L., Abbott-Anderson, K. & Wanta, B. (2010). Feasibility of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for pain, fatigue, and sleep disturbance in cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37 (3), E151-E159. doi: 10.1188/10.ONF.E151-E159.
- Kwekkeboom, K. L., Abbott-Anderson, K., Cherwin, C., Roiland, R., Serlin, R. C. & Ward, S. E. (2012). Pilot randomized controlled trial of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for the pain, fatigue, and sleep disturbance symptom cluster in cancer. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 44 (6), 810-822. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.12.281.
- Lu, W. & Rosenthal, D. S. (2013). Acupuncture for cancer pain and related symptoms. *Current Pain And Headache Reports*, 17 (3), 321. doi:10.1007/s11916-013-0321-3.

- Magalhães, B., Fernandes, C., Santos, C. & Martínez-Galiano, J. (2020). The Use of Mobile Applications for Managing Care Processing During Chemotherapy Treatments: A Systematic Review. *Cancer Nurs*. doi: 10.1097/NCC.0000000000000823.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. & The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6 (7), e1000097. Retirado de <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
- Muehlbauer, P. M., Thorpe, D., Davis, A., Drabot, R., Rawlings, B. L. & Kiker, E. (2009). Putting evidence into practice: evidence-based interventions to prevent, manage, and treat chemotherapy- and radiotherapy-induced diarrhea. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 13 (3), 336-341. doi: 10.1188/09.CJON.336-341.
- National Cancer Institute. Chemotherapy and You [Em linha] 2011 [consult. 2018-01-10]. Disponível em: <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/chemotherapy-and-you.pdf>.
- National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Adult Cancer Pain, version I. 2018 [Em linha] 2018 [consult. 2018-02-26]. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain_basic.pdf.
- Paley, C. A., Johnson, M. I., Tashani, O. A. & Bagnall, A. M. (2015). Acupuncture for cancer pain in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (10). doi: 10.1002/14651858.CD007753.pub3.
- Raphael, J., Hester, J., Ahmedzai, S., Barrie, J., Farquhar-Smith, P., Williams, J., Duarte, R. (2010). Cancer pain: part 2: physical, interventional and complimentary therapies; management in the community; acute, treatment-related and complex cancer pain: a perspective from the British Pain Society endorsed by the UK Association of Palliative Medicine and the Royal College of general practitioners. *Pain Medicine*, 11 (6), 872-896. doi: 10.1111/j.1526-4637.2010.00841.x.
- Schub, T. & Heering, H. Diarrhea, Chemotherapy-Induced: Managing [Em linha]. 2017 [consult. 2018-01-15]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T707076&lang=pt-br&site=nrc-live>.
- Scialdone, L. (2012). Overview of supportive care in patients receiving chemotherapy: antiemetics, pain management, anemia, and neutropenia. *Journal Of Pharmacy Practice*, 25 (2), 209-221. doi: 10.1177/0897190011431631.
- Shaw, C. & Taylor, L. (2012). Treatment-related diarrhea in patients with cancer. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 16 (4), 413-417. doi: 10.1188/12.CJON.413-417.
- Shin, J. & Park, H. (2018). Effects of Auricular Acupressure on Constipation in Patients With Breast Cancer Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial. *Western Journal Of Nursing Research*, 40 (1), 67-83. doi: 10.1177/0193945916680362.
- Singh, P. & Chaturvedi, A. (2015). Complementary and Alternative Medicine in Cancer Pain Management: A Systematic Review. *Indian Journal of Palliative Care*, 21 (1), 105-115. doi: 10.4103/0973-1075.150202.
- Stacey, D., Ballantyne, B., Carley, M., Chapman, K., Cummings, G., Green, G., ... Truant, T. Remote Symptom Practice Guides for Adults on Cancer Treatments Of the Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS) Team [Em linha]. 2016 [consult. 2018-02-06]. Disponível em: https://ktcanada.ohri.ca/costars/Research/docs/COSTaRS_Pocket_Guide_March2016.pdf.
- Warrington, L., Absalom, K., Conner, M., Kellar, I., Clayton B., Ayres, M. & Velikova, G. (2019). Electronic Systems for Patients to Report and Manage Side Effects of Cancer Treatment: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research* 21 (1). doi: 10.2196/10875.
- Witham, G. (2013). Nutrition and cancer: issues related to treatment and survivorship. *British Journal of Community Nursing*. 20-24. doi: 10.12968/bjcn.2013.18.sup10.s20.
- Woolery, M., Bisanz, A., Lyons, H. F., Gaido, L., Yenulevich, M., Fulton, S. & McMillan, S. C. (2008). Putting evidence into practice: evidence-based interventions for the prevention and management of constipation in patients with cancer. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 12 (2), 317-337. doi: 10.1188/08.CJON.317-337.
- World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action [Em linha]. 2002 [consult. 2018-12-28]. Disponível em: <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccglobalreport.pdf>.
- Yoon, S. L., Grundmann, O., Williams, J. J. & Carriere, G. (2015). Novel intervention with acupuncture for anorexia and cachexia in patients with gastrointestinal tract cancers: a feasibility study. *Oncology Nursing Forum*, 42 (2), E102-E109. doi: 10.1188/15.ONF.E102-E109.

EXTRAVASAMENTO DE MANITOL: UM ESTUDO DE CASO PRÁTICO

Manitol Extravasation: Nursing Case Report

Ana Catarina Vieira Almeida

Técnica de Pneumologia, IPO Lisboa,
Especialista em Reabilitação
acalmeida@ipolisboa.min-saude.pt

Heidi de Jesus Faísca
Salvado

Técnica de Pneumologia, IPO Lisboa,
Especialista em Reabilitação

Liliana Dias Pereira

Técnica de Pneumologia, IPO Lisboa,
Especialista em Reabilitação

RESUMO: Diversos fármacos têm o potencial de causar danos nos tecidos se ocorrer extravasamento. A gravidade do extravasamento e a dimensão da lesão estão dependentes de inúmeros fatores, tais como a dose do medicamento, a sua concentração, local de administração e tempo de exposição ao mesmo. A prevenção é a forma mais eficaz de gestão do extravasamento. Perante a ocorrência de extravasamento torna-se crucial adotar um conjunto de medidas/protocolo atempados e adequados com o intuito de prevenir sequelas a longo prazo. As lesões por extravasamento, não relacionadas com a administração de quimioterapia (QT), mais frequentemente reportadas são causadas por soluções hiperosmolares e agentes vasopressores. A hialuronidase é o antídoto dos fármacos hiperosmolares sendo a sua administração fundamental na prevenção de danos nos tecidos decorrentes do extravasamento. Importa, assim, conhecer os princípios gerais que devem nortear a abordagem desta forma de iatrogenia.

PALAVRAS-CHAVE: Extravasão vesicante; manitol; enfermagem; hialuronidase.

ABSTRACT: *Several drugs have the potential to cause tissue damage if extravasation occurs. The severity of extravasation and the size of the lesion are dependent on a number of factors such as the dose of the drug, its concentration, place of administration and length of drug exposure. Prevention is the most effective form of management in case of an extravasation/ leakage. If an overflow occurs it is crucial to adopt a suitable set of measures/protocol not only to manage the overflow but to minimize the resulting damage. The most frequently reported extravasation lesions unrelated to chemotherapy administration are caused by hyperosmolar solutions and vasopressor agents. Hyaluronidase is the antidote to hyperosmolar drugs and its administration is important in preventing tissue damage due to extravasation.*

KEYWORDS: *Vesicant extravasation; mannitol; nursing; hyaluronidase.*

Introdução

De acordo com o Programa Nacional de Doenças Oncológicas, a incidência e a mortalidade relacionadas com o cancro continuarão a aumentar. No quadro de conhecimento atual, a incidência de cancro aumentará para o dobro em menos de 50 anos. Inerente a este problema, assiste-se a uma população com doença oncológica que exige maiores necessidades de informação e atenção, bem como a existência de meios de diagnóstico e tratamentos mais complexos e profissionais competentes querendo dar o seu melhor (DGS, 2017).

Existe atualmente um leque variado de opções terapêuticas para o tratamento da doença oncológica, consoante o prognóstico e estadiamento da doença, podendo ser utilizada abordagem terapêutica isolada, concomitantes ou em sequência, sendo elas: a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia, a terapêutica hormonal, a imunoterapia, a terapia-alvo, o transplante de células tronco e a medicina personalizada (*National Cancer Institute, 2018*).

A administração de fármacos citostáticos e não só, pertencendo ao protocolo de administração de quimioterapia, desempenha um papel primordial nos tratamentos oncológicos, sendo as reações de hipersensibilidade e os extravasamentos considerados situações de urgência quando se administra um tratamento antineoplásico. A quimioterapia sistémica tem um importante papel no tratamento das doenças oncológicas e sendo a via endovenosa a mais utilizada, o risco de extravasamento associado à administração de terapêutica não é inócuo (Devaud, J.C.; Sigrist T.; Zaugg C. et al., 2012).

O extravasamento de terapêutica intravenosa é o processo pelo qual qualquer líquido (fluido ou fármaco), acidentalmente sai para os tecidos circundantes; quando correlacionado com o tratamento oncológico é definido pela infiltração inadvertida de fármacos citostáticos nos tecidos subcutâneos ou subdérmicos na área circundante do local de administração (*ESMO Guidelines Working Group, 2012*).

Este pode ocorrer em vários contextos clínicos, não sendo conhecida a sua incidência global. A população melhor caracterizada é a dos doentes oncológicos submetidos a quimioterapia intravenosa, estimando uma taxa de incidência entre 0,01% a 7%. Alguns estudos sugerem que a incidência tem diminuído, provavelmente devido a melhorias nos procedimentos de administração de tera-

pêutica e perfusão, reconhecimento precoce e gestão do extravasamento. Um estudo retrospectivo decorrido numa instituição única confirmou que a incidência geral era 10 vezes menos frequente em 2002 do que 15 anos antes. Presume-se que as taxas encontradas na literatura representem uma subestimativa dos valores reais, uma vez que muitos casos de extravasamento não são reportados (*ESMO Guidelines Working Group, 2012*).

O extravasamento enquanto complicação da administração de quimioterapia pode levar a dor e sofrimento adicionais ao diagnóstico de cancro (Coyle C., Griffie J., Czapplewski L., 2014).

De entre estas as com fármacos vesicantes possuem a capacidade de provocar necrose tecidual pelo que, o seu extravasamento pode originar lesões graves e/ou persistentes da pele e tecidos profundos, se não forem tomadas medidas terapêuticas adequadas (Shulmeister L., 2011).

Apesar dos agentes citotóxicos constituírem os vesicantes mais descritos na literatura, esta não é uma característica transversal a todos os anti-neoplásicos. Existe um vasto espectro de fármacos não-citotóxicos com propriedades semelhantes, nomeadamente, fármacos antibacterianos (vancomicina e eritromicina), antivíricos (aciclovir e ganciclovir), anestésicos (propofol), simpaticomiméticos (adrenalina e dopamina) e corretivos da volémia e das alterações electrolíticas (cloreto de potássio 7,45%, gluconato de cálcio 10% e glucose 10%) e soluções hiperosmolares (Saldanha, M.J.M., 2014). No que diz respeito aos fármacos vesicantes não citotóxicos, o manitol é usado em Oncologia, tanto em contexto cirúrgico como em protocolos de QT antineoplásica.

A maior parte dos extravasamentos que ocorrem não são documentadas, nomeadamente com fármacos como o manitol, pelo que é difícil determinar a taxa de incidência exata deste fenómeno. Para além disso, são também escassos os estudos realizados nesta área, nomeadamente no que diz respeito à fisiopatologia e às potenciais opções terapêuticas no caso de extravasões com manitol (Edwards J.J., Samuels D., Fu E.S., 2003).

O manitol é uma solução hiperosmolar que pode causar, através da alteração da pressão oncótica no líquido intersticial em caso de extravasão, desde uma flebite a dano tecidual severo, com necrose e danos a nível dos nervos, conduzindo a perda de função. O extravasamento de grandes volumes, pode associar-se a compromisso neuro-

-vascular e síndrome compartimental pelo que são necessárias medidas imediatas de alívio da pressão, que podem passar pela realização de fasciotomia emergente ou outras resoluções cirúrgicas, embora seja, geralmente, traumático e, potencialmente, deformador / transfigurador (Edwards J.J., Samuels D., Fu E.S., 2003).

Assim, a extravasão deve ser encarada como uma emergência e, neste caso, a identificação de doentes com fatores de risco, uma técnica de cateterização correta e a vigilância apertada durante a administração de fármacos por via endovenosa são basilares na prevenção deste tipo de lesões iatrogénicas (EONS, 2008). A abordagem terapêutica envolve, habitualmente, uma combinação de medidas não-farmacológicas gerais de limitação das lesões (elevação da extremidade envolvida, caso se trate de uma extravasão através de cateter venoso periférico, para minimizar o edema e aumentar a reabsorção linfática do fármaco extravasado), agentes neutralizadores dos fármacos envolvidos e, caso necessário, intervenção cirúrgica. A decisão clínica deve ser baseada nas propriedades do fármaco em causa, disponibilidade de antídotos e estágio das lesões. Atualmente, não existem recomendações uniformes acerca da melhor estratégia a adotar e a grande maioria das intervenções descritas na literatura carece de evidência da sua eficácia com base em ensaios clínicos controlados e aleatorizados (EONS, 2008).

No que diz respeito à extravasão de manitol 20%, o recurso à administração subcutânea de 150 unidades de hialuronidase (0,5 a 1 ml peri-lesão) foi relatada como estratégia adequada, tendo sido prevenida a intervenção cirúrgica (Kumar, Matthew M., MD; Sprung, Juraj, MD, 2003).

A hialuronidase é uma enzima proteolítica que tem um efeito despolimerizante, temporário e reversível, sobre o ácido hialurónico, um constituinte da matriz intracelular do tecido conjuntivo. A despolimerização torna os tecidos mais permeáveis pelo que quando administrada na área circundante do extravasamento vai promover a dispersão e diluição do fármaco infiltrado nos tecidos perivascular, diminuindo a área de necrose (Lawson S.L., Brady W., Mahmoud A., 2013). Encontra-se comercialmente disponível e é recomendada para diversos tipos de tratamentos (Schulmeister L., 2011).

Metodologia do estudo

Pesquisa de natureza qualitativa e exploratória, e o método escolhido foi o estudo de caso do tipo descritivo, realizado na Unidade de Técnicas Endoscópicas de Pneumologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, entre o período de 30 de Agosto a 4 de Outubro de 2019.

O objetivo principal foi descrever a intervenção de enfermagem na extravasão por manitol de um doente sob QT.

Descrição do caso prático

Relatamos o caso de uma senhora de 58 anos, administrativa, licenciada, que se encontrava orientada no tempo, espaço e pessoa, com *Performance Status 1 (Eastern Cooperative Oncology Group, PS ECOG)*.

Como antecedentes pessoais tinha taquicardia e palpitações (bisoprolol 2,5mg/dia), dislipidemia (rosuvastatina 10mg/dia). Fumadora: Carga Tabágica 40 UMA.

Em abril de 2017 foi diagnosticada com adenocarcinoma do pulmão (ADC) estadio IIB, tendo sido submetida em maio de 2017 a lobectomia do lobo inferior direito com esvaziamento ganglionar mediastínico. Cumpriu 4 ciclos de QT adjuvante com carboplatina-paclitaxel até agosto de 2017. Em maio de 2019 recidiva de ADC estágio IIIA (confirmada após retorcotomia em março de 2019 com ressecção atípica do lobo superior direito). Sob QT, 5 ciclos de cisplatina + pemetrexedo em internamento eletivo, em que ocorreu episódio de extravasão ao manitol 20% no 4º ciclo de cisplatina e pemetrexedo.

Foi puncionada (1ª e única tentativa), na face anterior do 1/3 médio do antebraço direito (veia cefálica) com cateter venoso periférico nº 22. Ao fim de 15 min do início da perfusão houve interrupção da mesma visto a doente apresentar tumefação com calor e rubor. Foi desconectada a administração endovenosa (EV), permanecendo o cateter venoso periférico (CVP) no local. Feita tentativa de aspiração de medicamento residual e sangue. Repuncionada (CVP 22G) no antebraço esquerdo para completar a administração de manitol.

Quadro 1. Calendarização da vigilância de extravasamento, evolução da ferida e intervenções de enfermagem

TEMPO DE EXTRAVASAMENTO	ESCALA DE GRADUAÇÃO DA QUEIMADURA	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
MOMENTOS DE AVALIAÇÃO	COLOR, INTEGRIDADE CUTÂNEA, TEMPERATURA DA PELE, MOBILIDADE, EDEMA, DOR E FEBRE	AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E REGISTO
D1 Consulta enfermagem presencial	<p>Pele vermelha, íntegra e de temperatura aumentada, edema acentuado. Mobilidade do Membro Superior total. Apirética (36,7°C) e dor ao toque (1/10 na escala numérica da dor)</p> 	<p>Imediatas: Aplicação de gelo; Administração de 2 fórmulas de Hialuronidase por via subcutânea (SC) através de uma agulha de calibre 25G (5 injeções em locais distintos na área do extravasamento). Domicílio: Aplicação de frio 4 vezes por dia (4x/dia) durante 15min; Aplicação de trolamina; 4x/d; Manter pele ao ar; Informar que deve contactar hospital em caso de alterações ou outras queixas.</p>
D2 Consulta enfermagem presencial	<p>Área de queimadura de 6x5cm de coloração vermelha e roxa, com edema ligeiro e pele íntegra e de temperatura normal; apirética (36,9°C) e sem algias. Pulsos periféricos palpáveis, funções motoras e sensitivas mantidas do membro superior (MS)</p> 	<p>Aplicação de trolamina e gelo 4x/dia. Efetuados ensinamentos sobre: Evitar exposição solar na queimadura; Sinais de agravamento da queimadura/síndrome. Disponibilização de contacto telefónico do serviço para esclarecimento de dúvidas ou se houver alterações no local; Orientação para o SANP em caso de agravamento no fim-de-semana.</p>
D5 Consulta enfermagem telefónica	<p>Sem dor; Ausência de febre (36,6°C), edema, Rubor e/ou parestesias; Refere no local alteração da cor tipo equimose</p>	<p>Validação do cumprimento das indicações, nomeadamente: Aplicação de gelo e de biafine 3x/dia. Reforço da necessidade de contacto se houver alterações no local.</p>
D7 Consulta enfermagem telefónica	<p>Ausência de febre (36,5°C); Refere manter equimose no local da extravasão, sem edema, dor, calor ou outras alterações cutâneas, sem alterações da sensibilidade ou do movimento.</p>	<p>Validação do cumprimento das indicações.</p>
D14 Consulta enfermagem presencial	<p>Nega episódios de febre; Zona com boa evolução de cicatrização. Dor (2/10 na escala numérica da Dor) ao toque no antebraço direito.</p>	<p>Confirmação da continuidade da aplicação de biafine.</p>
D21 Consulta enfermagem telefónica	<p>Sem febre (36°C); Nega dor ou outro tipo de sintomatologia; Coloração acastanhada</p>	<p>Sem aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas.</p>
D28 (5 semanas) Consulta enfermagem presencial	<p>Equimose de aproximadamente 10cm no local do extravasamento; Sem sinais inflamatórios, calor, rubor ou edema; Reaparecimento da dor ao toque.</p> 	<p>Sem aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Face às queixas recentes ensino: Reaplicação de trolamina 3x/dia e gelo pelo menos 2x/dia, durante 15 dias.</p>
D31 Consulta enfermagem telefónica	<p>Mantém dor intensa ao toque (8/10 na escala numérica da dor); Sem outras queixas.</p>	<p>Não cumpre as indicações farmacológicas. Refere não ter necessidade de toma analgésica (AINE); Consulta com médico assistente na semana seguinte.</p>

Discussão do caso

O extravasamento endovenoso de fármacos vesicantes intravenosos pode provocar danos severos se não tratado atempadamente (Le A., Patel S., 2014).

As publicações acerca da gestão das extravasões de agentes não citotóxicos são limitadas e frequentemente extrapoladas de outros medicamentos com resultados variáveis. O reconhecimento dos medicamentos potencialmente vesicantes e a identificação de fatores de risco específicos do doente é essencial na prevenção do extravasamento (Le A., Patel S., 2014).

Muitos departamentos e instituições possuem protocolos de forma a orientar a prática. Os algoritmos de atuação devem ser conhecidos da equipa de enfermagem, porque o tratamento requer atuação imediata.

De acordo com a EONS é necessário realizar uma triagem venosa no sentido de selecionar a melhor veia para administração de terapêutica EV, especialmente tratando-se de um medicamento vesicante ou com potencial vesicante. As *guidelines* descritas aconselham que veias frágeis ou de pequeno calibre, em áreas de flexão (articulações: punho, fossa ante cubital), em extremidades edemaciadas ou em áreas com história de compromisso neurológico devem ser evitadas quando se pretende administrar uma solução vesicante, pois o risco de extravasão está aumentado (EONS, 2008).

Nem todas as infiltrações e lesões decorrentes de extravasões são devidas a técnica defeituosa de venopunção por parte da equipa de enfermagem. Existem grupos de risco com maior probabilidade de desenvolverem uma extravasão, nos quais se incluem os doentes com fragilidade capilar e história de QT prévia ou actual. Consideramos a doente deste estudo de caso propensa a eventos de extravasão pelos fatores de risco supramencionados. De salientar que a doente foi referenciada para colocação de cateter venoso central a 19/9 por rede venosa deficitária tendo colocado PICC (Cateter Periférico) no dia 24/09.

O reconhecimento inicial e precoce de uma extravasão são fundamentais. É essencial que a equipa de enfermagem seja capaz de distinguir um extravasamento de outras reações locais. Familiaridade, competência e destreza, experiência do enfermeiro e um alto índice de suspeita desempenham um papel deveras preponderante. Neste caso particular, a enfermeira responsável pela triagem venosa e consequente venopunção tem 3 anos de expe-

riência profissional, exercendo funções no internamento de cirurgia oncológica desde igual período, sendo responsável por administrar QT há 1 ano.

O CVP selecionado foi o de calibre 22G, que foi inserido na face anterior do 1/3 médio do antebraço direito (veia cefálica), tendo assim sido asseguradas e preconizadas as recomendações para prevenção de extravasão (EONS, 2008), nomeadamente:

- Evitamento das áreas de flexão;
- Utilização de um CVP de menor calibre e mais curto para administrar a terapêutica;
- Estabilização do CVP para minimizar o movimento no local de inserção;
- Vigilância do local de punção;
- Ensino à doente para reportar a presença de quaisquer sinais inflamatórios no local da venopunção.

Para minimizar os danos nos tecidos a descontinuação imediata da infusão e a desconexão do cateter são regra, o que aliás foi prontamente executado. Uma tentativa de aspirar qualquer medicamento residual foi realizado de forma a diminuir ainda mais, a quantidade de fluido extravasado (Saldanha, M.J.M., 2014). Desconhece-se, contudo a quantidade de fármaco que foi de facto administrado.

Quando surge um caso de extravasão a enfermeira responsável pelo doente, além de aplicar o protocolo de extravasão, notifica o médico assistente e a enfermeira-chefe e continuamente procede à avaliação da sensação, da função motora e da circulação da extremidade afetada.

Uma vez que o extravasamento de manitol pode levar à destruição de tecidos bem como à síndrome compartimental, o membro superior direito não foi mais utilizado para administração de terapêutica (Friedrich J.B., Shin A.Y., 2012). A doente foi repunccionada no membro superior esquerdo para cumprir a restante dose de manitol.

Foi efetuado o registo fotográfico da área de extravasão para garantir posterior continuidade de cuidados e avaliar a evolução da lesão da pele.

Em algumas extravasões, a aplicação local de antídotos pode ser utilizada de forma a ajudar a prevenir e reduzir a necrose tecidual (Schulmeister L., 2011).

Por nunca se ter registado no IPO-Lisboa uma extravasão a manitol houve necessidade, quer da parte médica quer da parte da enfermagem, de contactar a farmacêutica de serviço bem como realizar uma consulta da literatura

sobre as opções de antídoto para este tipo de extravasamento específico, tendo sido indicada a hialuronidase.

O uso de hialuronidase como antídoto para extravasões de soluções hiperosmolares e administrada por via subcutânea está descrita na literatura para prevenção de danos tecidulares (*University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority, 2015*). Os casos reportados da sua utilização no contexto de extravasão a manitol são escassos e o resultado terapêutico é dúbio, isto é, desconhece-se a eficácia exata no que concerne a cicatrizes mínimas e defeito funcional, mas é uma opção de tratamento de baixo risco nos estádios iniciais de extravasamento de soluções hiperosmolares (Kumar, Matthew M., MD; Sprung, Juraj, MD, 2003). Outro caso publicado posteriormente acerca da sua utilização demonstrou bons resultados na prevenção de danos tecidulares (Doellman D., Hadaway L., Bowe-geddes L.A. et al., 2009).

A doente recebeu, por via SC, a dose recomendada de hialuronidase e não se verificaram as reações adversas descritas na literatura, tais como, reações no local da injeção, como eritema, edema e dor (Lawson S.L., Brady W., Mahmoud A., 2013).

Medidas conservadoras, como aplicação de frio, são recomendadas nos casos de extravasão com fármacos hiperosmolares, como o manitol, pois demonstraram benefício, ao estimular a vasoconstrição e reabsorção da extravasão, tendo esta medida sido prontamente executada pela equipa de enfermagem (Doellman D., Hadaway L., Bowe-geddes L.A. et al., 2009).

No final do tratamento, procedeu-se ao preenchimento da ficha de notificação do caso de suspeita ou extravasão confirmada de citostático existente na instituição bem como aos registos de enfermagem no processo clínico de enfermagem. Posteriormente, e por ser imprescindível efetuar um *follow-up* a esses doentes, a enfermeira chefe do internamento contacta pessoalmente os elos de ligação da Unidade de Técnicas de Pneumologia (serviço de ambulatório responsável pelo seguimento das extravasões) para continuidade de cuidados.

Os cuidados de enfermagem preconizados para o *follow-up* consistem na contínua aplicação de gelo no local (15 minutos a cada 4 horas) nas primeiras 48h após o extravasamento. A aplicação de Biafine (trolamina) foi igualmente implementada de acordo com evidência científica.

A doente teve uma recuperação completa do extravasamento de manitol sem desenvolver dano tecidular profundo ou lesão permanente face ao reconhecimento precoce e intervenções de enfermagem subsequentes.

Implicações/recomendações para a prática

A maioria dos extravasamentos pode ser prevenida com a implementação de medidas sistemáticas baseadas na evidência e com suporte em *guidelines* internacionais (EONS, 2008).

De acordo com a ESMO (2012), a atuação de qualidade do enfermeiro deve basear-se em 6 pressupostos para prevenir o extravasamento, tais como, procedimentos institucionais, treino/experiência de equipa, educação da pessoa, seleção do material de punção, seleção do vaso na administração periférica e administração de fármacos.

Propomos algumas medidas que visam prevenir e evitar a ocorrência deste tipo de incidente e assim garantir boas práticas nos cuidados à pessoa em tratamento com terapêutica não citotóxica com potencial vesicante comprovado:

- Avaliar procedimentos de atuação na preparação e administração de fármacos, ou seja, as precauções de segurança que devem ser consideradas durante a perfusão de modo a ajudar a reduzir o risco de extravasamento;
- Atualização regular da literatura relevante e as necessidades de formação que permitam manter o padrão de qualidade dos cuidados em níveis consistentemente elevados;
- Desenvolver uma norma de procedimento em caso de extravasamento por fármacos não citotóxicos com potencial vesicante comprovado cujo intuito consiste na prevenção, deteção e atuação padronizada dos profissionais de saúde, de acordo com a melhor evidência científica (*guidelines* recentes e atualizadas);
- Referenciar precocemente para colocação de cateter venoso central subcutâneo;
- Implementar o registo sistematizado das extravasões ocorridas no sentido de monitorizar os dados sobre a incidência de extravasamento e partilhar os problemas identificados e as respetivas medidas corretivas.

Conclusão

As lesões de extravasamento de terapêutica intravenosa não relacionadas com a quimioterapia são pouco frequentes na prática clínica, mas podem determinar complicações graves e/ou irreversíveis.

O extravasamento de manitol é potencialmente perigoso e pode causar danos aos tecidos devido a fatores osmóticos e à presença de iões. Quando ocorre extravasamento é importante reconhecê-lo e tratá-lo imediatamente.

A prevenção continua a ser a etapa mais importante na gestão das extravasões. Perante a ocorrência de extravasamento, o diagnóstico e tratamento atempados e adequados podem prevenir sequelas a longo prazo.

- LAWSON SL, BRADY W, MAHMOUD A (2013). Identification of highly concentrated dextrose solution (50% dextrose) extravasation and treatment – a clinical report. *American Journal of Emergency Medicine* 31(5): 886.e3-886.e5;
- LE A, PATEL S (2014). Extravasation of noncytotoxic drugs: A review of the literature. *Annals of Pharmacotherapy* 48(7):870-886;
- UNIVERSITY OF WISCONSIN HOSPITALS AND CLINICS AUTHORITY (2015). Guideline for Non-Chemotherapeutic Agents: Prevention and Treatment of Chemical Phlebitis and Extravasation of Peripherally Administered Non-chemotherapeutic Agents – Adult/Pediatric–Inpatient Clinical Practice Guideline. UWHealth, 22p;
- FRIEDRICH JB, SHIN AY (2012). Management of forearm compartment syndrome. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 24(2):261– 274;
- DOELLMAN D, HADAWAY L, BOWE-GEDDES LA et al (2009). Infiltration and extravasation: update on prevention and management. *Journal of Infusion Nursing* 32(4):203-211;

Referências Bibliográficas

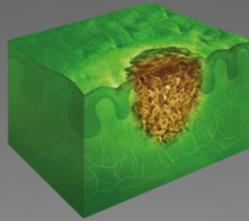
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2017). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: DGS; 24p;
- NATIONAL CANCER INSTITUTE (2018). Types of Cancer Treatment [em linha] (consult. 19/11/2019) United States: NCI. Disponível em <http://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types>;
- DEVAUD, JC; SIGRIST T.; ZAUGG C et al (2012). Proposition d'une marche à suivre pour la gestion et la prévention d'extravasation d'agents non cytotoxiques. *Pharmactuel* 45(2):132-136;
- ESMO Guidelines Working Group (2012) - Management of chemotherapy extravasation. ESMO–EONS Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology* 23 (Supplement 7): vii167–vii173;
- COYLE C, GRIFFIE J, CZAPLEWSKI L. (2014). Eliminating extravasation events: A multidisciplinary approach. *Journal of Infusion Nursing* 37:157-64;
- SCHULMEISTER L. (2011). Vesicant chemotherapy extravasation management. *British Journal of Nursing* 20:6-12;
- SCHULMEISTER L. (2011). Extravasation management: clinical update. *Seminars in Oncology Nursing*. 27(1), 82-90;
- SALDANHA, MJM (2014). Normas de atuação em caso de extravasão de medicamentos intravenosos vesicantes não citotóxicos. [em linha] (consult. 19/11/2019) Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.6/5188>
- EDWARDS JJ, SAMUELS D., FU ES (2003). Forearm compartment syndrome from intravenous mannitol extravasation during general anesthesia. *Anesthesia & Analgesia*, 97:1195-1207;
- EUROPEAN ONCOLOGY NURSING SOCIETY - EONS (2008). European Oncology Nursing Society extravasation guidelines. *European Journal of Oncology Nursing* 12(4):357-361;
- KUMAR, MATTHEW M., MD; SPRUNG, JURAJ, MD (2003). The use of hyaluronidase to treat mannitol extravasation. *Anesthesia & Analgesia* 97(4):1199-1200;

ESTÁ APROVADO NAS SEGUINTE INDICAÇÕES*:

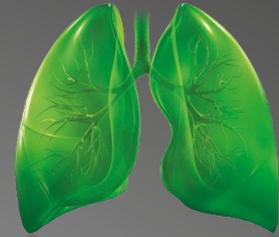
KEYTRUDA[®]
(pembrolizumab) injetável para perfusão



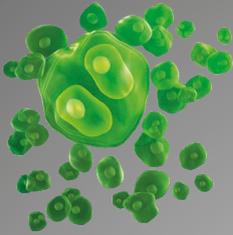
CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIAS AVANÇADO EM COMBINAÇÃO COM AXITINIB



MELANOMA AVANÇADO TRATAMENTO ADJUVANTE DE MELANOMA ESTADIO III



CPCNP METASTÁTICO EM MONOTERAPIA E EM COMBINAÇÃO COM QUIMIOTERAPIA



LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO REFRACTÁRIO



CARCINOMA UROTELIAL AVANÇADO



CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DA CABEÇA E PESCOÇO

Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. **Nome do medicamento** – KEYTRUDA® 25 mg/ml concentrado para solução para perfusão. **Composição quantitativa e qualitativa** – Um frasco para injetáveis de 4 ml de concentrado contém 100 mg de pembrolizumab; cada ml de concentrado contém 25 mg de pembrolizumab. Pembrolizumab é um anticorpo monoclonal humanizado, antirreceptor PD-1. **Indicações terapêuticas** – KEYTRUDA em monoterapia está indicado, em adultos, para o tratamento do melanoma avançado (irressecável ou metastático); no tratamento adjuvante de adultos com melanoma em estadio III com envolvimento de gânglios linfáticos que foram submetidos a ressecção completa; em primeira linha de carcinoma do pulmão de células não-pequenas (CPCNP) metastático cujos tumores expressam PD-L1 com TPS ≥ 50% (sem mutações tumorais positivas EGFR ou ALK); no tratamento do CPCNP localmente avançado ou metastático com um TPS ≥ 1% e que receberam pelo menos um esquema de tratamento prévio com quimioterapia (doentes com mutações tumorais positivas EGFR ou ALK devem também ter recebido terapêutica alvo); linfoma de Hodgkin clássico (LHC) refratário ou recidivado, que falharam transplante autólogo de células estaminais (ASCT) e tratamento com brentuximab vedotina (BV), ou que não são elegíveis para transplante e falharam BV; carcinoma urotelial localmente avançado ou metastático, em adultos que receberam tratamento prévio com quimioterapia contendo platina e para o tratamento de carcinoma urotelial localmente avançado ou metastático, em adultos que não são elegíveis para tratamento com quimioterapia contendo cisplatina e cujos tumores expressam PD-L1 com uma marcação combinada positiva (CPS-combined positive Score ≥ 10); carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço recorrente ou metastático (CCECP), em adultos cujos tumores expressam PD L1 com um TPS ≥ 50% e quando existe progressão durante ou após o tratamento com quimioterapia contendo platina; tratamento em primeira linha de carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço metastático ou recorrente irressecável ou metastático (CCECP), em adultos cujos tumores expressam PD L1 com CPS ≥ 1. KEYTRUDA está indicado em combinação com carboplatina e com paclitaxel ou nab-paclitaxel no tratamento em primeira linha do CPCNP escamoso metastático; em combinação com quimioterapia contendo platina e pemetrexado no tratamento em primeira linha do CPCNP não escamoso metastático em adultos cujos tumores não tenham mutações positivas EGFR ou ALK. KEYTRUDA em combinação com axitinib está indicado para o tratamento em primeira linha de carcinoma de células renais (CCR) avançado em adultos. KEYTRUDA em combinação com quimioterapia com platina e 5-fluorouracilo (5-FU) está indicado para o tratamento em primeira linha de CCECP metastático ou recorrente em adultos cujos tumores expressam PD L1 com CPS ≥ 1. **Posologia e modo de administração** – em monoterapia, 200 mg a cada 3 semanas ou 400 mg a cada 6 semanas administrado por perfusão intravenosa durante um período de 30 minutos, como parte de terapêutica de combinação, 200 mg a cada 3 semanas administrado por perfusão intravenosa durante um período de 30 minutos. Para utilizações em combinação, consultar RCM das terapêuticas concomitantes Os doentes devem ser tratados com KEYTRUDA até progressão da doença ou toxicidade inaceitável ou até à duração de um ano para o tratamento adjuvante de melanoma. Doentes com CPCNP, CCECP ou carcinoma urotelial não previamente tratado devem ser selecionados para o tratamento com base na expressão de PD-L1 no tumor confirmada por teste validado. **Contraindicações** – Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **Efeitos indesejáveis – Advertências e precauções especiais de utilização** – Pembrolizumab mais frequentemente associado com reações adversas relacionadas com o sistema imunitário, que podem afectar mais que um órgão ou sistema simultaneamente incluindo casos graves e fatais. A maioria das reações adversas relacionadas com o sistema imunitário foram reversíveis e resolvidas com a interrupção do pembrolizumab, administração de corticosteroides e/ou cuidado de suporte; segurança avaliada em 5.884 doentes com melanoma avançado ou estadio III ressecado, CPCNP, LHC, carcinoma urotelial, ou CCECP sendo as reações adversas mais frequentes fadiga, náuseas, e diarreia, maioria Grau 1 – 2; reações adversas mais graves foram imunitárias ou relacionadas com perfusão. As reações adversas mais frequentes de pembrolizumab em combinação com quimioterapia em CNPCP ou CCECP foram anemia (50%), náuseas (50%), fadiga (37%), obstipação (35%), diarreia (30%), neutropenia (30%), e apetite diminuído (28%) e vômitos (25%). A incidência de reações adversas de Grau 3-5 para CNPCP foi de 67% para o tratamento combinado com pembrolizumab e 66% para quimioterapia isolada; para CCECP foi de 85% para tratamento combinado com pembrolizumab e 84% para quimioterapia mais cetuximab. As reações adversas mais frequentes de pembrolizumab em combinação com axitinib foram diarreia (54%), hipertensão (45%), fadiga (38%), hipotireoidismo (35%), apetite diminuído (30%), síndrome de eritrodismetria palmoplantar (28%), náuseas (28%), ALT aumentada (27%), AST aumentada (26%), disfnia (25%), tosse (21%), e obstipação (21%). A incidências de reações adversas de Graus 3-5 foram de 76% para a terapêutica de combinação e 71% para sunitinib. As reações adversas conhecidas por ocorrerem com pembrolizumab ou quimioterapias administradas isoladamente podem ocorrer durante o tratamento com estes medicamentos em combinação, mesmo que estas reações não tenham sido notificadas nos ensaios clínicos com a terapêutica combinada. KEYTRUDA deve ser interrompido definitivamente se toxicidade de Grau 4, exceto para endocrinopatias controladas com hormonas de substituição, se a dose de corticosteroides não puder ser reduzida para ≤ 10 mg de prednisona/ dia ou equivalente com o tratamento não diminuir para Grau 0-1 em 12 semanas após última dose ou ocorrer segunda vez acontecimento de Grau ≥ 3. Pneumonia: Grau 2 suspender; Grau 3-4, ou recorrente, interromper definitivamente; Colite, Grau 2 ou 3 suspender, Grau 4 interromper definitivamente; Nefrite Grau 2 com creatinina > 1,5 – 3x LSN suspender, Grau ≥ 3 com creatinina ≥ 3 vezes o LSN interromper definitivamente; Endocrinopatias, Hipofisite sintomática, Diabetes tipo 1 com hiperglicemia Grau > 3 ou cetoacidose, Hipertireoidismo de Grau ≥ 3 - suspender; Endocrinopatia de Grau 3 ou Grau 4 interromper tratamento, só se melhorar para Grau 2 ou inferior, controlada com substituição hormonal pode ser considerada continuação com pembrolizumab após redução de corticosteroides; Hipotireoidismo gerido com terapêutica de substituição sem interrupção do tratamento. Hepatite: suspender se AST ou ALT > 3 - 5 x LSN ou bilirrubina total > 1,5- 3 x LSN (Grau 2); interromper definitivamente AST ou ALT > 5 x LSN ou bilirrubina total > 3 vezes o LSN (Grau ≥ 3), metástases hepáticas com aumento Grau 2 de AST ou ALT, hepatite com aumentos da AST ou da ALT ≥ 50% durante ≥ 1 semana; Reações relacionadas com a perfusão: Grau 3 ou 4 interromper definitivamente toxicidade hematológica, em doentes com LHC suspender até as reações adversas recuperarem para Grau 0-1. Miocardite grau 3-4 suspender definitivamente; a segurança de reiniciar tratamento com pembrolizumab após miocardite imunitária não é conhecida. Notificados casos uveíte, artrite, miosite, miocardite, pericardite, pancreatite, síndrome Guillain-Barré, síndrome miastênica, anemia hemolítica, sarcoidose e encefalite, meningite asséptica, síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e necrólise epidérmica tóxica (NET). Para sinais ou sintomas de SSJ e NET, suspender pembrolizumab, referenciar o doente referenciado a unidade especializada para avaliação e tratamento; Se for confirmada SSJ ou NET, interromper definitivamente pembrolizumab. Risco de rejeição de transplante de órgão sólido pode aumentar. Casos de doença de enxerto contra o hospedeiro (GVHD) e doença hepática veno-oclusiva em doentes com LHC sujeitos a HSCT alogénico após pembrolizumab; casos de GVHD aguda em doentes com LHC e história de HSCT alogénico tratados com pembrolizumab. KEYTRUDA sem ajuste posológico para doentes idosos, compromisso renal ligeiro ou moderado ou compromisso hepático ligeiro; não estudado em doentes com compromisso renal grave, compromisso hepático moderado ou grave. Para aumento de enzimas hepáticas em doentes com CCR a ser tratados com KEYTRUDA em combinação com axitinib, se ALT ou AST ≥ 3 x LSN es < 10 x LSN, sem bilirrubina total concomitante ≥ 2 x LSN, interromper KEYTRUDA e axitinib até recuperação para Graus 0-1. Pode ser considerada corticoterapia e re-administração, de um dos medicamento ou sequencial com ambos e redução da dose de axitinib de acordo com RCM respectivo; se ALT ou AST ≥ 10 x LSN ou > 3 x LSN com bilirrubina total concomitante ≥ 2 x LSN, descontinuar KEYTRUDA e axitinib. Dados limitados de segurança e eficácia em doentes com melanoma ocular ou doentes com LHC de idade superior a 65 anos. Os dados de pembrolizumab para tratar reações adversas imunitárias em doentes com melanoma em estadio III ressecado, em combinação com axitinib em doentes com CCR avançado, da combinação com quimioterapia em doentes com CPCNP metastático e em monoterapia ou combinação em doentes com CCECP irressecável ou metastático com idade ≥ 75 anos são limitados. **Interações medicamentosas e outras formas de interação** – Não foram realizados estudos de interação medicamentosas, não sendo esperadas quaisquer interações medicamentosas metabólicas por pembrolizumab ser eliminado por catabolismo. Evitar o uso de corticosteroides sistémicos ou outros imunossuppressores antes de iniciar pembrolizumab; podem ser usados corticosteroides sistémicos ou outros imunossuppressores após início de pembrolizumab para tratar reações adversas imunitárias. Os corticosteroides podem também ser utilizados como medicação prévia, quando pembrolizumab é utilizado em associação com quimioterapia, como profilaxia antiemética e/ou para aliviar as reações adversas relacionadas com a quimioterapia. Não existem dados sobre a utilização de pembrolizumab em mulheres grávidas ou excreção no leite materno. Pembrolizumab não deve ser utilizado durante a gravidez. **Títular de Autorização de Introdução no Mercado (AIM)**: Merck Sharp & Dohme B.V. **Data da Revisão do texto**: 11/2019. Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações contactar o titular da AIM ou o seu representante local, Merck Sharp & Dohme, Lda.



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

CIRURGIA DE CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO: A ESPECIFICIDADE DOS CUIDADOS À PESSOA COM FARINGOSTOMA E ESOFAGOSTOMA

Head and neck cancer surgery: the specificity of care for pharingostoma and esophagostoma

Lucinda Pires

Enfermeira IPO Lisboa
Portugal
cindapires@gmail.com

Inês Frade

Enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica
Doutoranda em Enfermagem pela
Universidade de Lisboa & Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa
IPO Lisboa, Portugal
inesfrade9@hotmail.com

Anabela Almeida

Enfermeira com Formação Avançada
em Cuidados à Pessoa Ostomizada
IPO Porto, Portugal
anamachado64@gmail.com

Susana Miguel

Enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica
Aluna do Doutoramento em Enfermagem na
Universidade Católica
IPO Lisboa, Portugal
susanasamiguel@gmail.com

RESUMO: Temos como objetivo descrever os cuidados específicos à pessoa com faringostoma e esofagostoma, impulsionadores da melhoria da prática clínica e da qualidade de vida da pessoa. Cirurgias como a laringectomia total induzem enorme impacto físico, social e emocional na pessoa e família, cujas consequências e possíveis complicações são potenciadas quando seguidas da confecção de um faringostoma e esofagostoma. A pessoa com faringostoma e esofagostoma requer cuidados diferenciados que incluem a realização do penso, vigilância e cuidados específicos, não esquecendo os cuidados inerentes à ostomia respiratória, bem como a todas as outras dimensões da pessoa (psicológica, social, cultural e espiritual). Perante toda a complexidade cirúrgica, as pessoas portadoras deste tipo específico de estomas carecem de intervenções de enfermagem especializadas, as quais são baseadas na evidência. E incidem em prevenir complicações e contribuir para a qualidade de vida da pessoa, justificando-se igualmente a necessidade de intervenção de toda a equipa multidisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE: Esofagostoma; Faringostoma; Cuidados de enfermagem; Cirurgia; Cancro de cabeça e pescoço.

ABSTRACT: *Our aim is to describe the specific care for people with pharingostoma and esophagostoma, drivers of improving clinical practice and the quality of life of patients. Surgeries such as total laryngectomy instigate a huge physical, social and emotional impact on the person and family, whose consequences and possible complications are enhanced when accompanied by the confection of a pharingostoma and esophagostoma. The person with pharingostoma and esophagostoma requires differentiated care that includes the dressing, surveillance and specific care, not forgetting the care inherent to the respiratory ostomy, as well as all other dimensions of the person (psychological, social, cultural and spiritual). In view of all the surgical complexity, people with these specific types of stomas require specialized nursing interventions, based on evidence, to prevent complications and to improve their quality of life, thereby justifying the need for intervention by the entire multidisciplinary team.*

KEYWORDS: *Esophagostomy; Pharingostomy; Nursing care; Surgery; Head and neck cancer.*

Introdução

Particularmente nos países em desenvolvimento, o cancro de cabeça e pescoço é considerado um problema mundial de saúde pública (Lenza, Silva, Sonobe, Buetto & Martins, 2013). Como fatores de risco *major* para o aparecimento do cancro de cabeça e pescoço destacam-se o tabaco, a ingestão de álcool, bem como a interação de ambos e o vírus do papiloma humano. Outros fatores adicionais englobam défice na dieta de vitaminas e minerais, o estado imunitário, condições hereditárias e exposição a fatores de risco profissionais (Chi, Day & Neville, 2015).

O cancro da laringe e hipofaringe são tumores malignos frequentes na área de cabeça e pescoço (Wang et al., 2020). O cancro da laringe é um dos tumores que mais comumente atinge a região da cabeça e pescoço, representando 25% dos tumores malignos que afetam esta área e 2% de todas as doenças malignas (Lenza et al., 2013). A nível da laringe e hipofaringe, os tumores que afetam estas áreas têm uma incidência em Portugal de 1% e 0,72%, respetivamente (Bray et al., 2018). O tratamento cirúrgico é o tratamento mais comum para este tipo de neoplasias (Wang et al., 2020).

Quando se procede à confecção de um Faringostoma ou de um Esofagostoma?

Perante tumores da laringe com invasão faríngea, é necessário realizar laringectomia total e remover grande parte da faringe, havendo em algumas situações necessidade de confecionar um faringostoma para prevenir complicações cirúrgicas, tais como fistulas faringocutâneas, principalmente quando não existe a possibilidade de encerramento imediato com retalho ou enxerto.

A fistula faringocutânea é uma comunicação entre o trato digestivo e a pele do pescoço e é a complicação mais comum após laringectomia total, sendo elevada a sua taxa de morbilidade, a qual pode ocorrer entre a 1ª e a 4ª semana após a cirurgia (Do, Chung, Chang, Kim, & Rho, 2017; Álvarez-Morujó et al., 2020). É uma complicação grave que tem um grande impacto na qualidade de vida da pessoa, atrasando a cicatrização da ferida operatória, aumentando a permanência no hospital, afetando funções como a recuperação vocal e da deglutição (Wang et al., 2020). Quando existe a presença de fistula, o risco de infeção aumenta, podendo ocorrer rutura da artéria carótida

ou da veia jugular, assim como rejeição do próprio retalho (Do et al., 2017).

O início da dieta oral, perante a presença de fistula, fica atrasado, e pela necessidade de antibioterapia e cicatrização, o começo do tratamento complementar com radioterapia pode também ficar comprometido (Do et al., 2017). Nestas situações pode ocorrer a formação de um faringostoma, não decorrente de um procedimento cirúrgico, mas decorrente da complicação de uma fistula faringocutânea. A fistula faringocutânea requer uma abordagem global desde a prevenção ao tratamento, onde o enfermeiro desempenha um papel crucial na deteção precoce e no sucesso do tratamento (Do et al., 2017). Quando a fistula faringocutânea é detetada tardiamente, existe má vascularização, extensa inflamação e necrose, podendo ser necessário primeiro construir cirurgicamente um faringostoma, de forma a isolar a ferida do fluxo de saliva e do conteúdo faríngeo, sendo posteriormente feita a reconstrução, quando a ferida estiver estável e limpa (Do et al., 2017).

O faringostoma consiste numa comunicação entre a faringe restante e o exterior através da pele cervical, por onde é drenada saliva, e associado a este estoma encontra-se o esofagostoma (Binelfa, Acuña, González, Gattorno, & González, 2006), que consiste numa ligação do esófago à pele cervical, local onde se introduz uma sonda esofagogastrica (SEG), para alimentação e hidratação (Ferro & Marty, 2009). O momento da cirurgia é essencial e deve permitir-se a possibilidade de encerramento espontâneo, o que significa geralmente 3 meses (Mallet & Kara, 2008).

Diagnósticos e intervenções de enfermagem à pessoa com o Faringostoma e Esofagostoma

Cirurgias *major* como a laringectomia total provocam enorme impacto físico, social e emocional na pessoa e família (Canduela et al., 2018) cujas consequências e possíveis complicações estão potenciadas na presença de um faringostoma e esofagostoma.

A pessoa com faringostoma e esofagostoma (Figura 1) requer cuidados específicos e individualizados, pela complexidade cirúrgica e pela proximidade do trato digestivo com a via respiratória, o que inclui assegurar que não há passagem de saliva ou alimentação para a árvore traqueobrônquica.

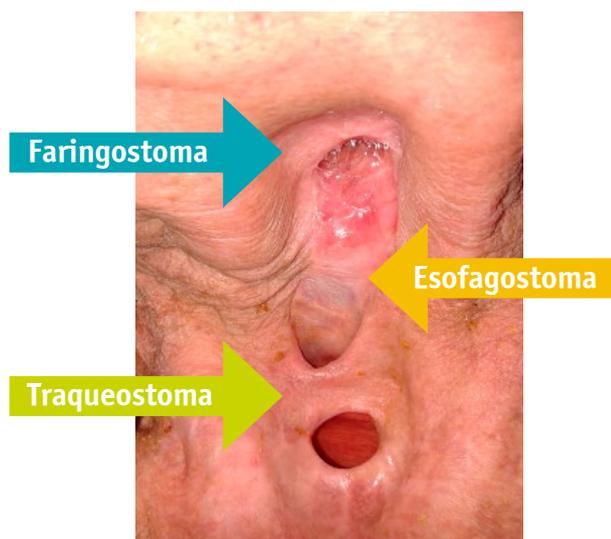


Figura 1. Localização das diferentes estruturas: Faringostoma, Esofagostoma e Traqueostoma. Fonte: Pires, 2018

O período de tempo até ao encerramento do faringostoma e esofagostoma é longo, implicando geralmente prolongados períodos de internamento e a necessidade de cirurgia(s) reconstrutiva(s). Da nossa experiência, percebemos que a pessoa, a maior parte das vezes, tem apenas real consciência do seu estado após a alta hospitalar e quando retorna ao seu domicílio e ao convívio com a sua família e amigos.

Com a confecção de um faringostoma, a saliva passa a ser drenada para o exterior através do mesmo, requerendo por parte da equipa de enfermagem uma contínua vigilância, avaliação e adaptação, não só dos materiais utilizados para a realização do penso, mas também nos ensinamentos realizados à pessoa ou familiar acerca do autocuidado.

Tendo em conta o tipo de efluente do faringostoma (saliva) e a sua quantidade, a humidade será contínua, levando muitas vezes ao aparecimento de feridas de humidade na pele circundante ao faringostoma, principalmente na sua porção inferior. É consensual que a primeira linha de cuidados deve ser sempre a prevenção de situações de lesão visto que, com a existência de lesão, há um aumento dos custos de saúde, bem como um aumento das horas de cuidados de enfermagem (Martinho, Faustino & Escada, 2012). Com esse intuito devem ser realizados ensinamentos à

pessoa sobre não deglutir a saliva e a higiene da pele com produtos de limpeza que não alterem o pH, devendo ser preferencial o uso do tradicional “sabão”, e posteriormente aplicar-se um hidratante/emoliente (Martinho et al., 2012). Nas pessoas em risco de desenvolver uma dermatite por incontinência recomenda-se um agente que tenha a função de proteção, que pode ser um creme barreira ou uma película polimérica (Martinho et al., 2012). Assim, a limpeza da zona deve ser realizada com cloreto de sódio a 0,9% e mediante a avaliação realizada pode ser utilizada uma película de proteção cutânea, que vai criar um revestimento respirável e transparente na pele ou um creme barreira.

Na realização do penso do faringostoma, existem vários materiais que podem ser utilizados, devendo o mesmo ser adaptado à pessoa, tendo em conta a fase de cicatrização em que o faringostoma se encontra, a localização do mesmo, a quantidade de efluente, o estado da pele em redor, se se encontra a fazer tratamento com radioterapia e o conforto da pessoa. A execução do penso do faringostoma pode passar pela utilização de compressas de tecido não tecido ou carboximetilcelulose como penso primário (o mesmo não deve exercer pressão sobre o faringostoma) e como penso secundário, podem ser utilizadas compressas ou pensos absorventes. A literatura apresenta o uso de alginato no tratamento de fistulas faringocutâneas para a gestão do exsudato salivar (González-Antolín, 2017).

O uso de fraldas/absorventes de incontinência com maior capacidade de absorção e de afastar a humidade do contacto com a pele é também descrito como uma medida adjuvante (Martinho et al., 2012).

Em termos de fixação do penso, pode ser utilizado adesivo (deve ser realizada tricotomia frequente para maior adesividade), ligadura (evitando que a mesma faça compressão cervical) ou rede tubular (nº 6/8, tendo em conta o doente e dimensão do penso realizado).

Dependendo da localização do faringostoma, existe também a possibilidade de adaptação de saco de fistula ou de dispositivo de ostomia de eliminação. Na escolha do material deve ser tomada em conta a quantidade de saliva/efluente e a capacidade da pessoa ou familiar/cuidador em colocar o dispositivo em drenagem ou substituir o mesmo.

Para assegurar a continuidade de cuidados é necessário proceder ao registo no Sclínico dos cuidados realizados, sendo que o alvo dos nossos cuidados é o doente e o familiar/cuidador.

No pós-operatório são diversos os focos que estão subjacentes aos cuidados destes doentes, que incluem a ferida cirúrgica, limpeza das vias aéreas, autocuidado, imagem corporal e conhecimento entre outros. Optámos por nos focarmos nos cuidados dirigidos ao cuidar do faringostoma e esofagostoma. O nosso foco será a capacitação para o autocuidado, uma vez que por um período de tempo indeterminado, mas por norma prolongado, existe a necessidade de cuidados ao faringostoma, na maioria dos casos mais do que uma vez por dia. Essa capacitação para o autocuidado será sempre adaptada à pessoa ou familiar/cuidador, após avaliação da capacidade das mesmas. Esta é iniciada ainda enquanto a pessoa se encontra internada, continuando durante o seu acompanhamento em ambulatório.

Os cuidados com o traqueostoma são igualmente importantes, uma vez que tanto o faringostoma como o esofagostoma são frequentemente confeccionados anatomicamente acima do traqueostoma, tornando-o vulnerável à entrada, quer de saliva, quer de conteúdo alimentar para a árvore traqueobrônquica. Para prevenir que tal aconteça, muitas vezes opta-se por colocar alginato de cálcio em tira ou compressa enrolada em redor da cânula externa. Por vezes, torna-se necessário o uso de cânula com cuff, quando a quantidade de saliva/efluente é muito elevada ou existe frequente refluxo gastro esofágico, tornando-se necessário articular com a equipa médica para instituição de terapêutica.

O Quadro 1 mostra os principais diagnósticos e intervenções direcionadas para a ostomia respiratória. De salientar que o suporte informático de registo – Sclínico – não possui nenhum diagnóstico dirigido especificamente ao cuidado ao faringostoma, pelo que em complemento utilizamos algumas intervenções dirigidas aos cuidados à pele e penso, utilizando as notas gerais para escrever a restante informação pertinente.

Tal como com o faringostoma, também a pele peri traqueostoma deve ser vigiada, de forma a evitar o aparecimento de lesões de humidade. Caso seja necessário deve-se utilizar película de proteção cutânea ou creme barreira.

Associado ao faringostoma é confeccionado também um esofagostoma, por onde é introduzida uma PEG (gastrostomia percutânea endoscópica) para alimentação e hidratação. A manutenção da mesma requer cuidados e ensinamentos que devem ser realizados à pessoa e ao seu familiar/cuidador, tais como: fixação da PEG com fita de nastro; verificação

Quadro 1. Diagnósticos e intervenções dirigidas à pessoa com ostomia respiratória. Fonte: Sclínico

Foco: Autocuidado

	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
PRÓPRIO	Potencial para melhorar o conhecimento para promover o autocuidado da ostomia respiratória	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre ostomia respiratória • Ensinar sobre complicações do estoma • Avaliar potencial para melhorar conhecimento • Avaliar conhecimento para promover o autocuidado da ostomia respiratória • Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado da ostomia respiratória
	Potencial para melhorar a capacidade para promover o autocuidado da ostomia respiratória	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar no autocuidado: traqueostomia • Instruir a troca de cânula de traqueostomia • Avaliar potencial para melhorar a capacidade • Treinar o trocar de cânula de traqueostomia • Instruir o autocuidado à ostomia respiratória
CUIDADOR	Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre ostomia respiratória	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento do cuidador sobre ostomia respiratória • Ensinar o prestador de cuidados sobre traqueostomia • Ensinar o cuidador sobre dispositivos para ostomia respiratória
	Potencial para melhorar a capacidade do cuidador para tratar da ostomia respiratória	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir o cuidador no uso de dispositivos de ostomia respiratória • Treinar o cuidador no uso de dispositivos de ostomia respiratória • Instruir o cuidador para tratar do estoma • Treinar o cuidador a tratar o estoma • Avalia a capacidade do cuidador para tratar da ostomia respiratória

do nível a que se encontra a PEG antes de iniciar a administração de alimentação; indicação para não se deitar cerca de 1 hora após a refeição, optando por permanecer sentado ou deambular; realização de polifracionamento alimentar e administração lenta da dieta.

Como estratégia para proteção da via aérea e consequente prevenção de aspiração pulmonar, deve-se controlar o conteúdo gástrico e reduzir o refluxo gastroesofágico (Moro, 2004). Para prevenir a passagem de alimentação para árvore traqueobrônquica em caso de refluxo gastroesofágico, é colocada uma compressa em redor da PEG que exerce um efeito tipo tamponamento.

De forma a assegurar a continuidade de cuidados, através dos registos utilizamos o foco autocuidado da ostomia de alimentação, promovendo o potencial para melhorar o conhecimento e capacidade do próprio e do familiar/cuidador (Quadro 2).

Quadro 2. Diagnósticos e intervenções dirigidas à pessoa com ostomia de alimentação. Fonte: Scfínico

Foco: Autocuidado

	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
PRÓPRIO	Potencial para melhorar o conhecimento para promover o auto cuidado da ostomia de alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre complicações do estoma • Avaliar potencial para melhorar conhecimento • Avaliar conhecimento para promover o auto cuidado de ostomia de alimentação • Ensinar sobre a ostomia de alimentação • Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado da ostomia de alimentação
CUIDADOR	Potencial para melhorar a capacidade no autocuidado da ostomia de alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir o autocuidado ao estoma • Treinar autocuidado ao estoma • Avaliar potencial para melhorar a capacidade • Avaliar capacidade para autocuidado da ostomia de alimentação • Instruir para o uso de dispositivos de alimentação • Treinar o uso de dispositivos de ostomia de alimentação
	Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre ostomia de alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento do cuidador sobre ostomia de alimentação • Ensinar o cuidador sobre os dispositivos para ostomia de alimentação

Torna-se importante salientar que, na pessoa que é submetida a laringectomia total com confecção de faringostoma e esofagostoma, a realização de cuidados orais é fundamental, tendo em conta a extensão da cirurgia, o estado nutricional de base da pessoa, a localização das suturas operatórias e o tipo de efluente que este estoma drena (saliva). A realização preventiva de cuidados orais é essencial para a redução de pneumonias em doentes em estado crítico, assim como a higiene oral com antisséptico, assumem uma grande importância na redução da carga microbiana, melhorando o quadro clínico, reduzindo infeções e propiciando condições favoráveis à melhoria da pessoa (Romani & Cruz, 2013; Silveira, Maia, Gnatta, & Lacerda, 2010). É fundamental que os enfermeiros compreendam a importância da realização dos cuidados orais na pessoa submetida a confecção de faringostoma e esofagostoma, assim como a importância dos ensinamentos realizados acerca dos mesmos, não só à pessoa mas também aos seus familiares/cuidadores.

É função da equipa de enfermagem ensinar, instruir, treinar, supervisionar e apoiar a pessoa com ostomia respiratória no desenvolvimento do seu conhecimento e capacidade para o autocuidado da mesma. Este processo inicia-se no internamento, devendo ser mantido no ambulatório, referenciando posteriormente para os apoios na comunidade.

A monitorização e seguimento destas pessoas deve ser realizada por um enfermeiro com formação específica na área da Estomaterapia, englobando a avaliação do estado geral da pessoa, a avaliação do estoma e pele periestoma, capacitação para o autocuidado e adesão ao plano terapêutico, adequando a periodicidade deste seguimento às necessidades da pessoa (DGS, 2017). Este seguimento deve ser realizado para reavaliação do autocuidado, prevenção e deteção de complicações da pele peri-estoma e do estoma e avaliação da adaptação aos acessórios de ostomias, introduzindo alterações, sempre que necessário (DGS, 2017).

Conclusão

Predominantemente, o tratamento do faringostoma e esofagostoma é conservador, devendo a equipa de enfermagem atuar de modo a manter a pessoa estável, o mais independente possível, realizando os cuidados inerentes. Da nossa prática clínica, e pelo facto deste tipo de situa-

ções não serem muito comuns, constatamos que existe algum desconhecimento na comunidade sobre como cuidar de uma pessoa com faringostoma e esofagostoma. Sintetizamos por essa razão aqueles que nos parecem ser os cuidados mais específicos neste tipo de situação.

O nosso maior foco é a capacitação da pessoa com faringostoma e esofagostoma e seus familiares/cuidadores para a realização do autocuidado, promovendo a sua readaptação à sua nova condição.

O planejamento dos cuidados de enfermagem, com base em conhecimentos e habilidades técnico-científicas acerca do tratamento de feridas, aliadas à dimensão psicossocial e tendo em conta as necessidades físicas e emocionais da pessoa, resultará em intervenções de maior qualidade, procurando que o retorno da pessoa à comunidade se faça com a maior qualidade de vida possível.

Referências bibliográficas

- Álvarez-Morujó, R. G. O., Pascual, P. M., Tucciarone, M., Fernández, M. F., Encabo, R. S., & Guirado, T. M. (2020). Salvage total laryngectomy: is a flap necessary? *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 86(2), 228-236. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2018.11.007>.
- Binelfa, L.F., Acuña, G.S., González, A.H., Gattorno, J.L.A., & González, P.C. (2006). Cierre quirúrgico de la fístula faringocutánea postlaringectomía: nota técnica. *Anales de Otorrinolaringología Mexicana*, 51(1) 26-32.
- Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel RL, Torre LA, & Jemal A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492> PMID:30207593.
- Canduela, P.D.C., González, I.A., Durban R.B., Suárez, A.S., Secall, M.T., & Arias, P.L.P. (2018). Rehabilitación del paciente laringectomizado. Recomendaciones de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. *Acta Otorrinolaringológica Española*. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2018.01.003>.
- Chi, A. C., Day, T. A., & Neville, B. W. (2015). Oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma – An update. *A Cancer Journal for Clinicians*, 65(5), 401-421. <https://doi.org/10.3322/caac.21293>.
- Do, S. B., Chung, C. H., Chang, Y. J., Kim, B. J., & Rho, Y. S. (2017). Risk factors of and treatments for pharyngocutaneous fistula occurring after oropharynx and hypopharynx reconstruction. *Archives of Plastic Surgery*, 44(6), 530. <https://doi.org/10.5999/aps.2017.00906>.
- Ferro, D., & Marty, A. (2009). Esofagostomas Cervicales. *SACD Revista*, I-154, 1-10.
- González-Antolín O. (2017). Tratamiento local de un faringostoma secundario a osteoradionecrosis. *Enfermería Clínica*, 27(3), 193-202.
- Lenza, N., Silva, S., Sonobe, H., Buetto, L., & Martins, L. (2013). Fístula Faringocutánea em Paciente Oncológico: Implicações para a Enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 59 (1), 87-94.
- Mallet, Y., & Kara, A. (2008). Cirugía de los orostomas y faringostomas. *EMC-Cirugía Otorrinolaringológica y Cervicofacial*, 9(1), 1-9. [https://doi.org/10.1016/S1635-2505\(08\)70855-7](https://doi.org/10.1016/S1635-2505(08)70855-7)
- Martinho, J., Faustino, L., & Escada, M. (2012). Vantagens do uso de cremes barreira vs película polimérica, em dermatites de contacto e lesões por humidade. *Journal of Aging & Innovation*, 1(6), 21-23
- Moro, E.T. (2004). Prevenção da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54(2), 261 – 275.
- Norma nº 011/2016. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Atualizada em 03/03/2017.
- Romani, J.M., & Cruz, I. (2013). Oral hygiene in highly complex patient: infection control - literature review. *Journal of Specialized Nursing Care*, 6(1), 1-10.
- Silveira, I. R., Maia, F.O.M., Gnatta, J.R., & Lacerda, R.A. (2010) Higiene bucal: prática relevante na prevenção de pneumonia hospitalar em pacientes em estado crítico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(5), 697-700.
- Wang, M., Xun, Y., Wang, K., Lu, L., Yu, A., Guan, B., & Yu, C. (2020). Risk factors of pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy: a systematic review and meta-analysis. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 277(2), 585-599. <https://doi.org/10.1007/s00405-019-05718-9>.

DE HOSPITAL ONCOLÓGICO A HOSPITAL ONCOLÓGICO “COVID FREE”

From oncology hospital to covid free oncology hospital

Paula Branco

Curso Superior Especializado
em Saúde Infantil e Pediátrica
Enfermeira Diretora;
IPO Lisboa, Portugal
ORCID ID: 0000-0002-3652-9438
mpb2511@hotmail.com

Mónica Canhoto

Licenciatura em Enfermagem
Enfermeira Graduada
IPO Lisboa, Portugal
ORCID ID: 0000-0002-4428-811X
monicacnh@gmail.com

Tiago Cunha

Aluno do Doutoramento em Enfermagem
na Universidade Católica
Mestrado em Infecção em Cuidados de Saúde
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Licenciatura em Enfermagem
Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica
IPO Lisboa, Portugal
ORCID ID: 0000-0003-2229-7143
tiagocunha@sapo.pt

Vânia Gonçalves

Mestrado em Gestão das Unidades de Saúde;
Licenciatura em Enfermagem
Enfermeira Especialista em reabilitação
IPO Lisboa, Portugal
ORCID ID: 0000-0003-4828-6653
gomes.vaniag@gmail.com

Susana Miguel

Aluna do Doutoramento em Enfermagem na
Universidade Católica
Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde
Licenciada em Enfermagem
Enfermeira Especialista em enfermagem
médico-cirúrgica
IPO Lisboa, Portugal
ORCID ID: 0000-0001-8830-070X
susanasamiguel@gmail.com

RESUMO: No início de 2020, Portugal viu-se confrontado com a pandemia de SARS-CoV-2. O Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil preparou-se para garantir a identificação e o devido tratamento aos doentes oncológicos com COVID-19. Foi elaborado um plano de contingência, designado um gabinete de crise e criada uma zona de contenção. Em abril de 2020, o Ministério da Saúde declara os institutos portugueses de oncologia como hospitais isolados daqueles que prestam cuidados assistenciais a doentes com COVID-19. O gabinete de crise manteve os trabalhos de gestão da pandemia a nível interno, bem como a articulação com os hospitais que prestam cuidados assistenciais a doentes com COVID-19. Neste artigo, vamos abordar a forma como esta Instituição, sendo um hospital não direcionado para o tratamento de doentes com COVID-19, tem lidado com a pandemia.

PALAVRAS-CHAVE: Covid-19; Instituição especializada em cancro; Serviços de Enfermagem; Cuidados Centrados no Doente; Cancro.

ABSTRACT: *In early 2020, Portugal faced the SARS-CoV-2 pandemic. The Lisbon's Portuguese Institute of Oncology Francisco Gentil, prepared itself to assure the screening and due treatment of cancer patients with COVID-19. A contingency plan was drawn up, a crisis task force was appointed and a containment area was created. In April 2020 the Ministry of Health declared the Portuguese Institutes of Oncology as hospitals isolated from those that would treat COVID-19 patients. The crisis task force maintained the internal management of the pandemic, as well as the liaising with the Hospitals that treated COVID-19 patients. In this article, we will discuss how this Institution, being a hospital not directed to the treatment of COVID-19 patients, dealt with this pandemic.*

KEYWORDS: *Covid-19; Cancer Care Facilities; Nursing Services, Patient-Centered Care; Cancer.*

Introdução

Nos tempos atuais, a pandemia causada pelo SARS-CoV-2 (*Severe acute respiratory syndrome-coronavirus-2*) originou perturbações a vários níveis, sendo notório o impacto nos cuidados de saúde. Foi necessário reajustar os cuidados disponíveis assim como a capacidade de resposta, pois apesar de 85% das situações serem benignas, a restante parcela ficou significativamente doente (Addeo & Friedlaender, 2020; El Amrani, Truant, & Turpin, 2020). Entre os mais afetados, encontramos os indivíduos com mais de 70 anos e com comorbilidades cardiovasculares e os doentes imunodeprimidos, nos quais se inclui a população oncológica (El Amrani et al., 2020).

O Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil (IPO-Lisboa), apesar de ter defendido desde o princípio não dever tratar doentes com infeção por SARS-CoV-2, numa fase inicial teve de se preparar para essa hipótese. Em abril, o Ministério da Saúde, através da Circular Normativa 009/2020 de 2/4/2020, formaliza que esta Instituição deve ser isolada daquelas que prestam cuidados assistenciais a doentes com infeção por SARS-CoV-2.

COVID-19 e a doença oncológica

Em 2018, verificaram-se 58.199 novos casos de doença oncológica em Portugal, sendo a mortalidade associada ao cancro de 28.960 neste ano (Ferlay et al, 2018). Temos uma prevalência de 155.645 aos 5 anos (Ferlay et al, 2018), sendo expectável que esta população recorra aos serviços de saúde para tratamentos ou *follow-up*.

O SARS-CoV-2 pertence à família de vírus corona-vírus, que podem causar doença em animais e humanos (Yin & Wunderink, 2018), sendo que o SARS-CoV-2 tem como sintomatologia predominante cefaleias, anosmia, obstrução nasal, tosse, astenia, mialgia, rinorreia, agnosia, odinofagia e febre (Direção-Geral da Saúde, 2020a; Lechien et al., 2019). O facto de existirem pessoas portadoras assintomáticas dificultou a prevenção e controlo desta infeção (Miyamae et al., 2020) em todos os países.

Em janeiro, perante o evoluir da situação a nível mundial, a Instituição procurou desenvolver um plano de contingência para lidar com o eventual aparecimento de doentes suspeitos. Inicialmente considerámos que seria uma possibilidade remota. Contudo, com a evolução da epidemia da China para uma pandemia e o aumento do número de casos na Europa, Portugal passou a ter zonas de transmissão comunitária ativa. Deparámos-nos com a necessidade de reorganizar a Instituição para a identificação e o atendimento de doentes oncológicos com COVID-19, bem como assegurar os cuidados do ponto de vista da respetiva situação oncológica.

A 2 de abril de 2020, a Direção-Geral da Saúde (DGS) publica a norma nº 009/2020. Esta declara que as unidades de saúde onde eram prestados cuidados a doentes oncológicos deveriam ser isoladas das que prestavam cuidados assistenciais a doentes com infeção por SARS-CoV-2, com implementação de medidas reforçadas de rastreio e monitorização da infeção por SARS-CoV-2 para minimizar o risco de infeção cruzada em ambientes de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2020c).

Existem sintomas que o doente oncológico apresenta, como febre, tosse, odinofagia, dispneia, mialgias ou fadiga que são semelhantes aos provocados pela infeção por SARS-CoV-2, pelo que é necessário uma avaliação contínua de triagem para detetar precocemente este tipo de sintomas (Silva Filho et al., 2020).

Perante a pandemia que se estava a viver e o enorme desconhecimento relacionado com a infeção, a Instituição e os seus profissionais tiveram de encontrar estratégias para manter a qualidade do atendimento ao doente oncológico, protegendo a pessoa do risco adicional por COVID-19, que integraram designadamente:

- Elaboração de plano de contingência (publicado a 10/02/2020);
- Criação de gabinete de crise (a 12/03/2020);
- Criação de zona de contenção;
- Redefinição de circuitos, com atualização permanente do plano de contingência através de circulares e comunicados;
- Articulação com restantes hospitais do SNS.

Seguidamente sintetizamos as principais alterações organizacionais que ocorreram no decurso da pandemia na Instituição.

Desenvolvimento

Atualmente sabe-se que a infeção por SARS-CoV-2 provoca nos indivíduos infeções respiratórias graves, quadros de choque séptico e falência multiorgânica com uma mortalidade de 3 a 6% (Addeo & Friedlaender, 2020). O tratamento é maioritariamente sintomático, não existindo ainda consenso quanto ao mais adequado (Addeo & Friedlaender, 2020). Nos doentes oncológicos, alguns estudos apontam para a existência de maior severidade na infeção com o SARS-CoV-2 e mortalidade com COVID-19, o que poderá estar associado às comorbilidades existentes, com possível compromisso pulmonar, e à imunodepressão inerente aos tratamentos (Addeo & Friedlaender, 2020). Os doentes oncológicos também parecem apresentar um maior risco de contrair COVID-19 e um pior prognóstico (Xia, Jin, Zhao, Li, & Shen, 2020).

Pela sua situação de imunossupressão, os doentes oncológicos são mais vulneráveis à infeção por SARS-CoV-2 (Silva Filho et al., 2020), o que implica que saibam que as condições de vulnerabilidade não cessam com o término dos tratamentos, podendo prolongar-se por

meses (Shockney, 2020). Assim, quer os doentes quer os seus cuidadores devem exercer o distanciamento social, cumprir com a higiene das mãos, a etiqueta respiratória e o uso de máscaras nas deslocações às unidades de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2020b). À vulnerabilidade acresce o impacto psicológico, pelo medo de progressão ou recidiva da doença oncológica. A elevação dos níveis de *stress* pode afetar o bem-estar do doente ou mesmo interferir na sua qualidade de vida (Kumar & Dey, 2020).

Para a redução da infeção nosocomial por SARS-CoV-2 é importante a redução das idas às instituições de saúde por parte dos doentes, sem no entanto restringir os seus tratamentos ativos (Direção-Geral da Saúde, 2020b, 2020c; Rogado et al., 2020). Tendo por base a premissa anterior, foi necessário criar inicialmente um plano de contingência, que procurava identificar e restringir o acesso dos doentes suspeitos à Instituição, seguindo as recomendações internacionais (World Health Organization, 2020). Neste sentido, o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) iniciou a divulgação interna do plano de contingência, com formação *on the job* dos profissionais afetos à Unidade de Atendimento Não Programado (UANP) e a todos os postos de secretariado/portarias da Instituição.

Primeiramente, o doente suspeito era identificado, triado e encaminhado para um quarto de isolamento, situado na UANP, para se poder articular com a Linha de Apoio ao Médico da DGS (Direção-Geral da Saúde, 2020d). Consoante as indicações, era feita colheita para pesquisa de SARS-CoV-2 e o doente encaminhado para o hospital de referência de tratamento de doentes com COVID-19 (Direção-Geral da Saúde, 2020d). Mantinha-se o contacto com a unidade de saúde de referência para o tratamento de doentes com COVID-19 com vista à continuidade dos cuidados até ter condições para regressar ao IPO-Lisboa.

À medida que os critérios de caso suspeito foram sofrendo alterações (Direção-Geral da Saúde, 2020a), o número de doentes potencialmente suspeitos aumentou exponencialmente. O IPO-Lisboa, com a evolução da pandemia a nível nacional, por receber doentes de uma zona de abrangência muito alargada e por estar inserido numa zona de transmissão comunitária ativa, viu-se na necessidade de criar um gabinete de crise (início de

Março de 2020) para dar resposta às necessidades decorrentes da evolução da pandemia no país.

O Gabinete de Crise foi criado com o intuito de facilitar a comunicação institucional e envolver os sectores considerados fulcrais na tomada de decisão em conjunto. Nesse sentido, sempre sob a orientação do Conselho de Administração, foram nomeados para a sua constituição os seguintes departamentos: Saúde Ocupacional, GCL-PPCIRA, Gestão do Risco e Segurança, Gestão Hoteleira, Gestão de Doentes, Anestesia, Responsáveis das áreas médicas de Hematologia, Oncologia Médica e Pneumologia, e das áreas Cirúrgicas, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Ginecologia e ainda a Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios e a UANP. Estes elementos tinham a responsabilidade de comunicar as decisões tomadas e de as operacionalizar, sendo no terreno elementos de referência para o esclarecimento de dúvidas ou como orientadores para as reorganizações da forma de trabalho. A presença constante do Conselho de Administração demonstrou uma maior proximidade aos pares, tornando-se numa mais-valia para todos, onde a preocupação e o total empenho dos seus órgãos, em conjunto com a restante equipa, permitiu tomadas de decisão mais céleres e sólidas. Temos ainda a referir a disponibilidade e abertura para mudar a dinâmica da instituição em prol da segurança e da qualidade dos cuidados prestados a que sempre habituámos os nossos utentes e familiares.

Desde o início da criação do Gabinete de Crise, comunicados diários foram elaborados para dar a conhecer aos profissionais todas as medidas instituídas. Total transparência, empenho e preocupação com a evolução da pandemia eram evidenciados nas medidas divulgadas. Com o estabilizar da situação, estes comunicados passaram a ser mais espaçados, incluindo súmulas das medidas reformuladas ou adotadas.

Diariamente decorriam reuniões, multidisciplinares, abrangendo as várias áreas de gestão organizacional, nomeadamente:

- Funcionamento global da Instituição
- Gestão de Doentes e Gestão de Risco e Segurança
- Logística e Recursos
- Gestão de Cuidados
- Prevenção e Controlo de Infecção
- Serviço de Saúde Ocupacional

Passaremos a descrever as atividades desenvolvidas nestas várias áreas.

Funcionamento global da instituição

A Instituição teve que mudar o seu funcionamento, reorganizar os serviços e a sua acessibilidade. Na atividade assistencial, foi necessário analisar cada doente e a sua situação clínica para identificar qual a programação a manter (presencial ou por teleconsulta), com o intuito de diminuir o número de vindas à Instituição com menor repercussão no tratamento do doente (Direção-Geral da Saúde, 2020b, 2020c). Os doentes com tratamentos ou consultas agendadas foram individualmente contactados pelos profissionais de saúde e feito o plano terapêutico personalizado. Regularmente os doentes foram informados das medidas adotadas pela Instituição, através das redes sociais, página da internet da Instituição e cartazes afixados nos vários edifícios.

Diminuiu-se a lotação das salas de espera, para garantir o distanciamento social, de acordo com a Norma nº 007/2020 da DGS (Direção-Geral da Saúde, 2020b). Foram colocadas tendas/toldos nas entradas dos edifícios para minimizar os efeitos das esperas no exterior e para proteção dos doentes.

As visitas foram suspensas, permanecendo um carácter de exceção para todas as situações identificadas pelos enfermeiros. Porém, manteve-se a permissão de acompanhante para o doente pediátrico ou com limitações ou dependências (Direção-Geral da Saúde, 2020b).

Os doentes com atividade programada apenas podiam entrar nos edifícios 15 minutos antes do agendamento, após realização de questionário epidemiológico e avaliação de temperatura (Direção-Geral da Saúde, 2020b). Se identificada uma situação suspeita, a mesma era encaminhada para a UANP para avaliação.

Foi suspensa toda a atividade formativa presencial na Instituição e no exterior, assim como o serviço religioso e de voluntariado, e a vinda de delegados de informação médica. Foi alterado o funcionamento do refeitório, o que reforçou a necessidade de rever o regulamento de fardamento da Instituição. Inicialmente, o acesso ao refeitório obrigava ao uso de roupa própria ou de uma bata descartável sobre o fardamento. Com a escassez de recursos, o acesso apenas passou a ser possível com o fardamento visivelmente limpo ou roupa própria. Foi diminuída

a lotação do refeitório para garantir o distanciamento social, alargado o seu horário de funcionamento e definida a lotação das copas dos serviços de acordo com a sua área.

Foi disponibilizado fardamento não personalizado a todos os profissionais que se encontram no atendimento direto ao doente, de acordo com as orientações da norma n.º 007/2020 de 29/03/2020 (Direção-Geral da Saúde, 2020b).

Definiu-se internamente que todos os profissionais da Instituição deveriam utilizar máscara cirúrgica em todos os momentos, desde 15 de março, e respirador durante os procedimentos geradores de aerossóis (Direção-Geral da Saúde, 2020b).

Para maior controlo de gastos, foi criado um centro de custo COVID-19, exclusivo para imputação de despesas associadas ao mesmo.

Gestão de doentes e gestão risco e segurança

Foi criado um procedimento de triagem de doentes para acesso à Instituição e ajustado o circuito de doentes com atividade programada e não programada, de acordo com as orientações nacionais e internacionais (Direção-Geral da Saúde, 2020d; World Health Organization, 2020).

Os doentes mantiveram a sua atividade assistencial, sendo consultados pelos seus médicos assistentes presencialmente ou via telefónica. Aqueles cuja vinda à Instituição foi considerada como essencial, quer para consulta, tratamento ou realização de exames complementares de diagnóstico eram contactados previamente pelo secretariado para realização de um questionário epidemiológico para despiste de eventual caso suspeito. Na Instituição, centralizaram-se as entradas nos edifícios numa única portaria, onde era novamente realizado um questionário, onde os casos identificados como suspeitos eram encaminhados para uma zona de triagem.

Para rastrear previamente os doentes infetados com SARS-CoV-2 que seriam submetidos a tratamento, foi criado um local para realização de testes de SARS-CoV-2 em regime de *drive-through*. Os resultados destes testes foram também disponibilizados aos doentes numa das funcionalidades da aplicação *MyIPO Lisboa* (Figura 1).



Figura 1. App “My IPO”. Fonte: <http://www.ipolisboa.min-sau-de.pt/myipo-lisboa>

Esta aplicação encontrava-se em desenvolvimento pela Gestão de Sistemas e Tecnologias da Informação (GSTI) para melhorar a comunicação institucional com os nossos doentes. Dada a pandemia, e a premência para evitar vindas desnecessárias à instituição, o seu desenvolvimento foi acelerado, tendo sido disponibilizada a 09 junho.

De forma progressiva, a Instituição foi aumentando a sua capacidade interna de testagem de SARS-CoV-2 por *Real Time – Polymerase Chain Reaction* (RT-PCR), à medida que foi alocando mais recursos humanos, materiais e laboratoriais, cumprindo assim a norma n.º 009/2020 de 02/04/2020 (Direção-Geral da Saúde, 2020c). Para auxiliar na compreensão da evolução da infeção por SARS-CoV-2 na Instituição, foi criado pela GSTI do IPOLFG um *dashboard* informático (Figura 2) para o acompanhamento dos casos confirmados.

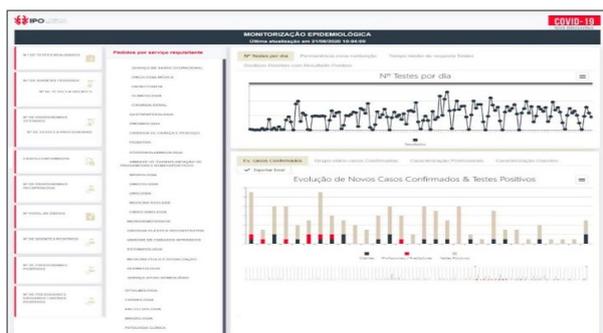


Figura 2. Dashboard IPO. Fonte: IPOLFG, EPE

Logística e recursos

Perante a pandemia, foi necessário reajustar os stocks de materiais de consumo clínico e laboratorial, equipamento de proteção individual (EPI) e outros equipamentos e dispositivos de uso hospitalar.

Em termos de recursos humanos, houve necessidade de proceder à contratação de profissionais ao abrigo da legislação publicada durante a pandemia. Para assegurar a atividade assistencial, as modalidades de trabalho foram revistas. Criaram-se equipas em espelho sempre que possível e instituiu-se o regime de teletrabalho (Resolução do Conselho de Ministros n.º 33-C/2020) nas atividades que o permitiam, garantindo-se a qualidade dos cuidados disponibilizados e reduzindo-se o número de vindas dos doentes e profissionais à Instituição, minimizando o risco de contágio para ambos. Mesmo em teletrabalho, toda a atividade assistencial foi registada no respetivo processo clínico para assegurar a continuidade dos cuidados.

Para responder à pandemia, a Instituição passou a deter um regime excecional para a contratação pública no contexto da pandemia, baseado na Lei n.º 1-A/2020 e o Decreto-Lei n.º 10-A/2020, o que se traduziu na possibilidade de contratar através de procedimentos de ajuste direto (com fundamento em urgência imperiosa) e com dispensa das regras habitualmente aplicáveis (como o recurso obrigatório a acordos-quadro, a necessidade de determinadas autorizações e descativações, a limitação de adjudicações a um mesmo fornecedor, a exigência de documentos de habilitação e de caução, a sujeição a fiscalização prévia do Tribunal de Contas, a impossibilidade de produção imediata de efeitos e limitações quanto a

pagamentos adiantados). O afastamento de todas estas regras tem como pressupostos que os contratos respeitem exclusivamente a prevenção, contenção, mitigação e tratamento de infeção epidemiológica por COVID-19, o que desencadeou novos desafios para a Gestão de Compras e a Gestão Financeira e Contabilidade. Destacam-se os aspetos relacionados com:

- Aumento de despesa com equipamento, serviços e materiais específicos, os quais já se adquiriam, mas num volume muito inferior;
- Dificuldade em localizar fornecedores com disponibilidade em stock para fornecimento a curto prazo, o que levou a aquisição a preços mais elevados;
- Pressão adicional sobre o cumprimento da Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso;
- Necessidade de implementar mecanismos adicionais de controlo interno para monitorização destas despesas específicas, dada a necessidade de reportar a várias entidades de tutela.

Gestão de Cuidados

Para assegurar a atividade assistencial, foram revistas as modalidades de trabalho. Das primeiras medidas adotadas, optou-se por restringir o acesso à Instituição e diminuir o número de vindas (teleconsulta e *call center* com linha de apoio de enfermagem), reorganizar o atendimento não programado (triagem à porta, zona de contenção, orientação diferenciada dos doentes segundo o grau de suspeição) e definição de circuitos individualizados para doentes com atividade programada *vs.* não programada.

Foi preparada a estrutura para o atendimento de doentes na Instituição que necessitem de orientação ou prestação de cuidados por agudização da sua situação clínica e que simultaneamente apresentem febre ou queixas respiratórias para despiste de infeção por COVID-19.

Neste sentido, foi realizada uma alteração radical no funcionamento na UANP, que deixou de funcionar como unidade de internamento não programado para apoio institucional. Em 48 horas procedeu-se, quer ao encerramento da UANP nos moldes em que funcionava, quer à operacionalização de toda a logística necessária ao funcionamento da zona de contenção. Foi criado um gabinete de triagem e uma zona de contenção individualizados dos restantes edifícios com capacidade para 6 doentes e para onde são encaminhados os doentes suspeitos (Figura 3).

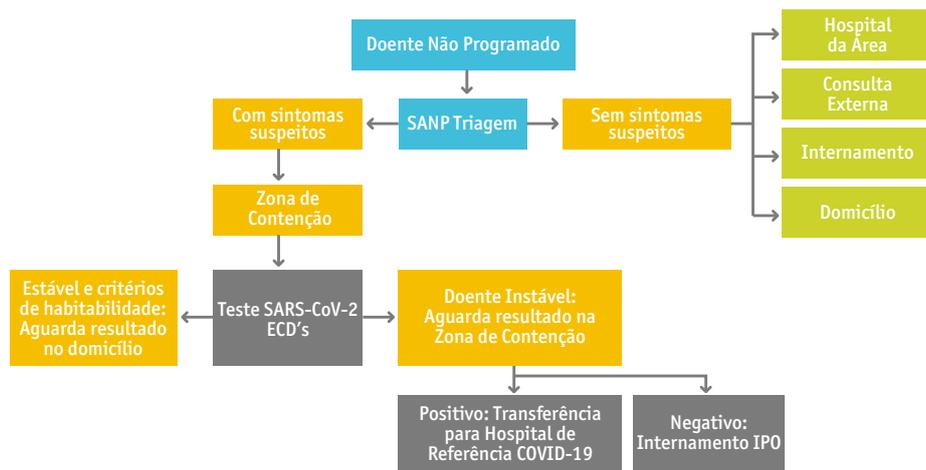


Figura 3. Fluxograma - Doente Não Programado

Desta reorganização resultou uma melhor preparação dos serviços de internamento para adaptarem espaços próprios, assim como o *staff* e os recursos necessários para receberem diretamente doentes não programados, a necessitarem de internamento, deixando assim de permanecer na UANP.

Cerca de uma semana depois, foi identificada a necessidade da criação de uma sala de emergência, para se responder imediata e adequadamente às situações emergentes do foro oncológico que recorrem à Instituição (choque séptico, dispneia, hemorragia, etc.).

Para operacionalizar e normalizar procedimentos a nível institucional de pesquisa para SARS-CoV-2 foi elaborado um procedimento de pedido e colheita de amostras. Inicialmente eram enviadas para laboratórios externos. O estudo e a aquisição de equipamentos e de reagentes permitiram que a partir de 7 abril 2020 os testes se realizassem na Instituição, o que melhorou a gestão clínica destes doentes.

Face à redefinição do circuito dos doentes suspeitos, foi necessário criar um espaço alternativo para realocar e aumentar o espaço de contenção e identificar uma equipa própria multidisciplinar, para um cenário de aumento de casos suspeitos, o que se fez numa ala de um internamento. Foram criados e testados circuitos, treinada a equipa na operacionalização dos mesmos, na utilização racional de equipamento de proteção individual, nos cuidados aos doentes e material disponível.

Prevenção e controlo de infeção

Os enfermeiros do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) desenvolveram atividades formativas consoante as necessidades dos diversos serviços, adotando estratégias adequadas à sua especificidade.

Concomitantemente foi desenvolvida colaboração com o Centro de Formação e criado um conjunto de conteúdos de *e-learning* ligados à prevenção e controlo de infeção. Foi realizado junto dos profissionais reforço das Precauções Básicas do Controlo de Infeção, Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão, Etiqueta Respiratória, Higiene das Mãos e Colocação e Remoção de Equipamentos de Proteção Individual, com formação prática e sua adequação face aos riscos identificados. Foram realizados e publicados na Intranet Institucional, vídeos demonstrativos da colocação e remoção dos EPI no contexto de prestação de cuidados a doentes suspeitos/confirmados com COVID-19.

Um enfermeiro do GCL-PPCIRA integrou o Gabinete de Crise, pois perante a criação de novos circuitos na Instituição houve necessidade de desenvolver novas instruções de trabalho e outros documentos de suporte na área da prevenção e controlo de infeção, e a sua participação como elemento de ligação foi essencial à implementação em força de várias medidas.

Ao nível da gestão hoteleira, o GCL-PPCIRA colaborou na reorganização de todos os espaços exteriores com vista ao acolhimento dos doentes, nas melhores condições possíveis. Cooperou na escolha e aquisição de equipamento de bio descontaminação e formação dos profissionais para a sua utilização, procedeu à biodescontaminação de locais onde permaneceram doentes suspeitos e confirmados com COVID-19. Realizou formações sobre higienização dos espaços após saída de doentes COVID-19, aos elementos da empresa prestadora de serviços de limpeza. Foi refor-

mulada a limpeza das áreas comuns, nomeadamente com o aumento da frequência e utilização de produtos combinados de detergente e desinfetante para limpeza dos pontos de contacto frequente (botões de chamada e de seleção de pisos nos elevadores, corrimões de escadas e corredores, cadeiras das salas de espera, manípulos de portas, etc.).

O GCL-PPCIRA desenvolveu atividades de assessoria com o aprovisionamento em relação à seleção dos equipamentos de proteção individual, material de consumo clínico e laboratorial, dispositivos médicos e outros.

Saúde Ocupacional

Os profissionais de saúde foram alvo de atenção neste contexto, tendo sido alertados para realizar auto monitorização diária, por forma a identificar precocemente sintomas sugestivos de COVID-19 de acordo com a orientação 13/2020 de 21/03/2020 e norma n.º 009/2020 de 02/04/2020 (Direção-Geral da Saúde, 2020c, 2020e).

O Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) desempenhou um papel preponderante na manutenção do bem-estar dos profissionais da Instituição. Houve a preocupação de divulgar, desde o início, junto dos profissionais, toda a sintomatologia suspeita e orientações a adotar para prevenir eventuais contágios. Em situações suspeitas, manteve a vigilância e monitorização da sintomatologia dos profissionais desde o início.

Realizou rastreios das situações problemáticas, identificou possíveis cadeias de contágio e vigiou todos os profissionais que tiveram necessidade de ficar em isolamento profilático ou quarentena por infeção por SARS-CoV-2. Para maior controlo da situação, todos os profissionais foram testados para despiste de infeção por SARS-CoV-2 de forma gradual, existindo serviços que passaram a ter um rastreio quinzenal ou mensal devido ao risco de maior contágio. O SSO criou um local em regime de *drive trough* para a realização de testes de despiste de SARS-CoV-2 aos profissionais do IPO-Lisboa e aos prestadores de serviços externos à Instituição.

Dado o elevado volume de trabalho, o SSO teve necessidade de aumentar a sua capacidade de resposta nos rastreios, com recurso a trabalho voluntário e/ou extraordinário de médicos e enfermeiros, quer do IPO-Lisboa, quer da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Aspetos positivos e negativos da pandemia no IPO-Lisboa

Da pandemia de COVID-19, emergiram aspetos que poderemos considerar benéficos com impacto positivo na gestão dos cuidados de saúde e aspetos deletérios que se procurou, mitigar. O Quadro 1 apresenta o que de relevante emergiu no IPO-Lisboa.

Quadro 1. Aspetos positivos e negativos da pandemia do COVID-19 no IPO-Lisboa.

ASPETOS POSITIVOS	ASPETOS NEGATIVOS
Criação de linhas orientadoras para lidar com situações de pandemia.	Diminuição dos rastreios para a doença oncológica.
Criação de linhas telefónicas específicas para orientação de doentes.	Diminuição da referenciação de doentes de outras unidades de saúde.
Aumento da capacidade laboratorial instalada e criação de novas valências laboratoriais.	Redução da atividade cirúrgica com consequente atraso na lista de espera cirúrgica, por carência de recursos.
Teletrabalho/ Reuniões por videoconferência.	Aumento dos gastos, com consumo de material clínico e laboratorial.
Autorização ministerial para aquisição de EPI /materiais de consumo clínico no âmbito da pandemia de COVID-19.	Suspensão/diminuição temporária de atividades de investigação e ensino.
Autorização ministerial facilitada para contratação de recursos humanos.	Atraso no tratamento/ seguimento de doentes pelas instituições que se articulam com o IPO-Lisboa.
Envolvimento dos profissionais na tomada de decisão e operacionalização de medidas para enfrentar a pandemia.	Impacto psicológico negativo nos doentes e nos profissionais.
Aumento da preocupação com o cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção por parte dos profissionais da Instituição.	Dificuldade na comunicação interna, não obstante a emissão de circulares e comunicados.

Conclusão

O IPO-Lisboa modificou as suas práticas, procedimentos, circuitos e alguma infraestrutura para se adaptar às exigências desta pandemia e responder às necessidades dos doentes e profissionais.

Com a chegada do Outono/Inverno, das habituais infeções respiratórias e da gripe sazonal, é previsível que se criem maiores constrangimentos na triagem de doentes suspeitos ou infetados com SARS-CoV-2 e que o processo de reorganização e de adaptação se mantenha. É um processo dinâmico de avaliação diária, onde a revisão dos procedimentos e dos circuitos tem que se ajustar às necessidades da Instituição.

Para garantir a manutenção da capacidade de tratamento, a proteção dos doentes oncológicos e dos profissionais de saúde, torna-se importante a adaptação do plano de contingência institucional de modo a englobar todas as circunstâncias previsíveis, o que pode vir a criar constrangimentos aos quais a Instituição terá de se adaptar continuamente para superar todas as adversidades que surjam.

Perante os desafios impostos pela pandemia por COVID-19, a Instituição procurou manter o foco assistencial que a distingue nos tratamentos dos doentes oncológicos. Apesar do distanciamento imposto pelo vírus, procurou acolher os doentes e os seus familiares na gestão dos cuidados, criando e melhorando as metodologias de trabalho já existentes, não perdendo a sua matriz humanizadora que identifica a Instituição. Apesar das dificuldades sentidas, do medo e do receio sentido por todos, auxiliou os seus profissionais e os seus doentes, promovendo segurança, qualidade e cuidados centrados no doente.

Quanto aos seus profissionais, adotou medidas que visassem a promoção da segurança, disponibilização de o equipamento de proteção individual ajustado às suas funções, e a adoção de medidas gerais de proteção como o distanciamento social, o uso de máscara cirúrgica de forma contínua e o aumento da disponibilização de meios para a higienização das mãos mais frequente. Mesmo nos períodos mais difíceis, face à escassez de recursos, tudo fez para garantir segurança e apoio aos seus, para garantir a prestação e a continuidade dos cuidados.

A vivência diária do Gabinete de Crise e da sua equipa multidisciplinar contribuiu para uma melhor compreensão da Instituição como um todo, fomentando a proximidade entre elementos, o que ajudou a unir as múltiplas equipas da Instituição.

Declaração de conflito de interesses:

O presente artigo foi aprovado pelo Conselho de Administração, tendo sido autorizada a designação da Instituição como Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPO-Lisboa).

Referências bibliográficas

- Addeo, A., & Friedlaender, A. (2020). Cancer and COVID-19: Unmasking their ties. *Cancer Treatment Reviews*, 88, 7. doi:10.1016/j.ctrv.2020.102041
- Direção-Geral da Saúde. (2020a). Norma n.º 004/2020 de 23/03/2020 atualizada a 25/04/2020 - COVID-19: Fase de Mitigação: Abordagem do Doente com Suspeita ou Infeção por SARS-CoV-2.
- Direção-Geral da Saúde. (2020b). Norma n.º 007/2020 de 29/03/2020 - Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual.
- Direção-Geral da Saúde. (2020c). Norma n.º 009/2020 de 02/04/2020 - COVID-19: Fase de Mitigação: Reconfiguração dos Cuidados de Saúde na Área da Oncologia.
- Direção-Geral da Saúde. (2020d). Orientação n.º 002/2020 de 25/01/2020 atualizada a 10/02/2020 - Infeção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).
- Direção-Geral da Saúde. (2020e). Orientação n.º 013/2020 de 21/03/2020 - Profissionais de Saúde com Exposição a SARS-CoV-2 (COVID-19).
- El Amrani, M., Truant, S., & Turpin, A. (2020). [COVID 19 and cancer: What are the consequences of the cancer care reorganization?]. *Bull Cancer*, 107(5), 538-540. doi:10.1016/j.bulcan.2020.04.001
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2018). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>, accessed [12 Agosto 2020].
- Kumar, D., & Dey, T. (2020). Treatment delays in oncology patients during COVID-19 pandemic: A perspective. *J Glob Health*, 10(1), 010367. doi:10.7189/jogh.10.010367
- Lechien, J. R., Chiesa-Estomba, C. M., Place, S., Van Laethem, Y., Cabaraux, P., Mat, Q., . . . IFOS, C. T. F. Y. (2019) Clinical and epidemiological characteristics of 1420 European patients with mild-to-moderate coronavirus disease 2019. *Journal of Internal Medicine*. doi:10.1111/joim.13089
- Miyamae, Y., Hayashi, T., Yonezawa, H., Fujihara, J., Matsumoto, Y., Ito, T., . . . Ishii, K. (2020). Duration of viral shedding in asymptomatic or mild cases of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) from a cruise ship: A single-hospital experience in Tokyo, Japan. *International Journal of Infectious Diseases*, 97, 293-295. doi:10.1016/j.ijid.2020.06.020
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 33-C/2020, 85 C.F.R. (2020).
- Rogado, J., Pangua, C., Serrano-Montero, G., Obispo, B., Marino, A. M., Perez-Perez, M., . . . Lara, M. A. (2020). Covid-19 and lung cancer: A greater fatality rate? *Lung Cancer*, 146, 19-22. doi:10.1016/j.lungcan.2020.05.034
- Shockney, L. D. (2020). Cancer Patients and COVID-19. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*, 11(4), 101.
- Silva Filho, P. S. d. P., Costa, R. E. A. R. d., Santos, M. B. L. d., Lima, S. P. N., Silva, L. d. A. d., Freitas, A. S., . . . Macedo, J. L. (2020). Management of patients with cancer during the COVID-19 pandemic. *Research, Society and Development*, 9(7), e628974609. doi:10.33448/rsd-v9i7.4609
- World Health Organization. (2020). Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed: Interim guidance. In.
- Xia, Y., Jin, R., Zhao, J., Li, W., & Shen, H. (2020). Risk of COVID-19 for patients with cancer. *Lancet Oncol*, 21(4), e180. doi:10.1016/S1470-2045(20)30150-9
- Yin, Y. D., & Wunderink, R. G. (2018). MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia. *Respirology*, 23(2), 130-137. doi:10.1111/resp.13196

Combater o Cancro da Bexiga com Mitomicina por Hipertermia



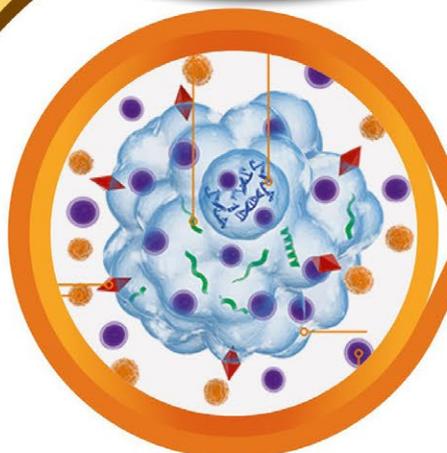
Medicinalia
Cormédica

A Werfen Company



HIVEC[®]
Targeting Bladder Cancer

*Hyperthermic Intra-Vesical
Chemotherapy*



COMBAT BRS
Sistema de
Recirculação de
Bexiga



Inovação

Inovador no tratamento de Carcinoma da Bexiga Não Músculo-Invasivo (CBNMI).

Aumenta significativamente a eficácia da Mitomicina C (MMC).

Uso fácil e seguro para pacientes e profissionais de saúde.

Tolerância semelhante à MMC à temperatura ambiente.

Beneficia o conforto do doente.

Final do tratamento com remoção segura da MMC.

Combinação

Controlo de temperatura e quimioterapia hipertérmica combatem o CBNMI.

Efeitos de intensificação mútua dos fármacos de quimioterapia e da hipertermia bem documentados.

Efeito térmico aumenta simultaneamente a debilidade das células cancerígenas e a resposta imunitária natural do organismo.

Integração

Portátil, resistente e fácil de aplicar.

Minimiza a preparação e não necessita de monitorização contínua.

Minimiza recursos humanos, logísticos ou financeiros.

Kits descartáveis reduzem o custo global do tratamento com melhoria dos resultados obtidos.



combatcancer.com



COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS A BIÓPSIAS TRANSTORÁCICAS

Complications associated with transthoracic biopsies

Ana Costa

Enfermeira
Instituto Português de Oncologia do Porto
Departamento Imagem
ana.isabel.costa16@gmail.com

Cristina Craveiro

Enfermeira
Instituto Português de Oncologia do Porto
Departamento Imagem
craveiro.cristina@gmail.com

Elisabete Sousa

Enfermeira Especialista
Instituto Português de Oncologia do Porto FG, EPE
Departamento Imagem
ehsousa@gmail.com

RESUMO: A Biópsia Transtorácica é um exame complementar de diagnóstico, usado para diagnosticar lesões pulmonares, pleurais e mediastínicas. Este procedimento, realizado através de punção com apoio intermitente de imagens axiais, ou com Fluro-TC, em que o controlo da posição de agulha é feito em tempo real, segundo um método minimamente invasivo, pode ser realizado em ambulatório. O tipo e tamanho da agulha a selecionar é feito consoante o tipo de biópsia a realizar (citologia ou histologia). Este meio de diagnóstico pode ser influenciado por fatores inerentes ao doente, experiência do médico executor, tipo de agulha, etc. O objetivo deste projeto é a análise das complicações das biópsias transtorácicas em doentes inscritos no Instituto Português de Oncologia do Porto e que irão ser submetidos a este procedimento, com vista a esclarecer e estabelecer a realidade do Serviço de Radiologia de Intervenção.

PALAVRAS-CHAVE: Biópsia; Complicações; Pulmonares.

ABSTRACT: *Transthoracic Biopsy is a complementary diagnostic test used to diagnose lung, pleural and mediastinal injuries. This procedure, performed through puncture with intermittent support of axial images, or with Fluro-CT, in which the control of the needle position is done in real time, according to a minimally invasive method, can be performed in an outpatient setting. The type and size of the needle to be selected is done according to the type of biopsy to be performed (cytology or histology). This means of diagnosis can be influenced by factors inherent to the patient, experience of the executing physician, type of needle, etc. The objective of this project is to analyze the complications of transthoracic biopsies in patients enrolled at the Portuguese Institute of Oncology in Oporto and who will be subjected to this procedure, in order to clarify and establish the reality of the Radiology Intervention Service.*

KEYWORDS: *Biopsy; Complications; Pulmonary.*

Introdução

O cancro do pulmão é a primeira causa de morte por doença oncológica nos países ocidentais (Parkin D.M., Janssen-Heijnen M.L., 2002).

Segundo Gouveia J. (2006), estima-se em 41,19/100.000 habitantes a incidência no homem e de 11,04/100.000 habitantes na mulher a incidência de cancro do pulmão em Portugal.

Ocupa o quarto lugar, atrás dos cancros da mama feminina, da próstata e do cólon. Por cada ano, a incidência aumenta 0,5 % (Bray F., Tycynski J.E., Parkin D.M. 2004).

Dar-se à enfoque à Biópsia Transtorácica por Tomografia Computorizada (TC) como exame complementar de diagnóstico. Técnica essa, executada com anestesia local, sob controlo fluoroscópio (fornece uma elevada

precisão na instrumentação da agulha). Apresenta escasso desconforto para o doente com elevada rentabilidade diagnóstica. A sua versatilidade permite o acesso de lesões nas diversas localizações do pulmão, podendo ser utilizada para lesões periféricas e profundas mesmo de pequenas dimensões.

Material e métodos

Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo onde foram selecionados como elegíveis todos os doentes que recorreram ao Serviço de Radiologia, TC 16 do Instituto Português de Oncologia do Porto FG, EPE (IPO-Porto) por um período de seis meses, para serem submetidos a Biópsias Transtorácicas guiadas por TC, independentemente do seu resultado anátomo-patológico posterior.

Com vista a descrever e a caracterizar a amostra em estudo, foram consultados os processos clínicos dos doentes, utilizando-se para o efeito um questionário estandarizado. Foi feita uma análise dos dados através de técnicas descritivas e analíticas, sob a forma de representação gráfica, posteriormente quantificada. A prevalência de complicações de Biópsias Transtorácicas foi analisada na ocorrência de complicações resultantes da mesma.

Foram classificadas como complicações imediatas da Biópsia Transtorácica as ocorridas durante a execução da mesma ou até à saída do Serviço de Radiologia de Intervenção. Classificaram-se como complicações tardias as descritas no processo clínico do doente como tendo ocorrido desde a saída dos doentes do serviço até 30 dias após a realização do procedimento, com um intervalo de confiança de 95% (IC95%).

O presente trabalho foi apenas acessível à equipa de investigação, que construíram, elaboraram e trataram o respetivo estudo. O grupo de trabalho é constituído por três enfermeiras do Serviço de Radiologia do IPO Porto FG, EPE: Ana Isabel Costa, Elisabete Sousa e Cristina Craveiro.

Calcularam-se as seguintes medidas: frequências absolutas (número de casos válidos – em n.º) e frequências relativas (percentagem de casos válidos – em %).

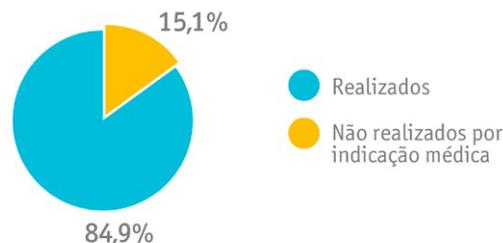
Na análise estatística dos dados relativos ao questionário estandarizado usado utilizou-se o programa de Formulários do Google, mais especificamente o *Google Forms*.

Resultados e discussão

Foram tratados dados de 258 doentes inscritos no IPO-Porto, dos quais 219 doentes (84,9%) realizaram biópsias e 39 doentes (15,1%) não realizaram biópsia por indicação

médica, após serem observados pelo médico Radiologista responsável pelo procedimento em causa (Gráfico 1).

Gráfico 1. Amostra (realizaram biópsia vs. não realizaram)



Dos 219 doentes analisados, realizaram biópsia cerca de 153 homens (69,9%) e 66 mulheres (30,1%), com uma faixa etária muito diversa, onde se pôde verificar que a faixa com maior incidência era a dos 71 anos (5,5%), tendo o mais novo 20 anos e o mais velho 92 anos.

Foi igualmente analisado o histórico dos doentes, onde foi observado que: 75,3% dos doentes não apresentaram diabetes; 94,5% não apresentaram infeção respiratória recente; 71,2% não tiveram hábitos alcoólicos; 73,5% não eram fumadores; 54,8% apresentam outras patologias oncológicas, com 53% tendo realizado já outras biópsias anteriormente (com predominância para a biópsia pulmonar); 47% não realizaram nenhum procedimento ou tratamento prévio ao estudo em causa; 91,3% não apresentaram DPOC.

Foi analisada a medicação usada pelos doentes à data do estudo sendo que: 92,7% não tomaram anticoagulantes; 93,2% não tomaram anti-inflamatórios não esteroides; 90,4% não tomaram antiagregantes plaquetários; e 69,9% não tomaram medicação ansiolítica/antidepressiva.

As características da punção basearam-se, após término do estudo, com 198 biópsias histológicas (90,4%) e 21 biópsias citológicas (9,6%); em 93,6% da amostra não foi possível classificar a abordagem relativamente à proximidade da pleura no procedimento realizado; em 71,2% das biópsias realizadas não foi descrito no processo clínico dos doentes o posicionamento dos mesmos. Com uma discrição macroscópica, a maior amostra de colheita de fragmentos recolhidos foi de 2 fragmentos (25,1%), escolha essa feita pelo médico radiologista, responsável pelo exame.

As complicações observadas da realização das biópsias analisadas basearam-se, após o término do procedimento, nos seguintes dados: 91,8% sem evidência de perdas sanguíneas; 98,6% dos doentes não apresentaram dispneia; 93,6% não apresentaram dor torácica; 94,5% não apresentaram quadro de pneumotórax; 91,8% não apresentaram hemoptises; 98,2% não apresentaram hemotórax. Do mesmo estudo,

nenhum doente apresentou edema no local da punção e/ou infecção no local da punção após procedimento.

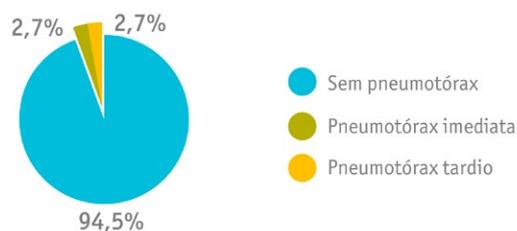
Destaque-se as 6 complicações imediatas (ocorridas durante a execução da mesma ou até à saída do serviço) e tardias (como tendo ocorrido desde a saída do serviço até 30 dias após a realização do procedimento) observadas no estudo, com um intervalo de confiança de 95% (IC95%). As perdas sanguíneas (Gráfico 2) apresentam como complicações imediatas em cerca de 6,4% das biópsias (14 doentes) e como complicações tardias em 1,8% (4 doentes). O quadro de dispneia apresentou como complicação imediata em cerca de 0,5% (1 doente) e como complicação tardia em 0,9% (2 doentes). A dor torácica revelou como complicação imediata 5,5% (12 doentes) e como complicação tardia de 0,9% (2 doentes).

Gráfico 2. Perdas sanguíneas



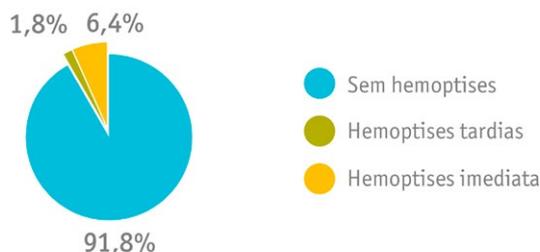
O quadro de pneumotórax (Gráfico 3) revelou como complicação imediata cerca de 2,7% (6 doentes) e como complicações tardias cerca de 2,7% (6 doentes);

Gráfico 3. Pneumotórax



As hemoptises (Gráfico 4) apresentaram-se como complicações imediatas em cerca de 6,4% das biópsias (14 doentes) e como complicações tardias em 1,8% (4 doentes). Por último, dos quadros de hemotórax analisados, foram observados 1,8% (4 doentes) considerados como complicações imediatas, não sendo observadas complicações tardias.

Gráfico 4. Hemoptises



Conclusão

Os resultados apresentados corroboram a evidência científica apresentada através de uma amostra de grandes dimensões (período de seis meses), onde as complicações das Biópsias Transtorácicas guiadas por TC foram um evento pouco frequente no período estudado. Em resumo, dá-se ênfase à perda sanguínea/hemoptises como complicação imediata mais frequente (6,4%) e ao quadro de pneumotórax, como complicação tardia mais frequente (2,7%).

Bibliografia

- Bray F, Tycynski JE, Parkin DM. Going up or coming down? The changing phases of lung cancer epidemic from 1967 to 1999 in the 15 European Union Countries. *European Journal of Cancer* 2004;40-96.
- Carvalho S, Carvalho G. Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação: Um Estudo sobre as Práticas de Educação para a Saúde dos Enfermeiros. Loures: Lusociência, 2006.
- Direção-Geral da Saúde - Realização de Biópsias Percutâneas Guiadas. Lisboa: DGS, 2011.
- Figueiredo JL, Alencar H, Weissleder R, Mahmood U. Near infrared thoracoscopy of tumoral protease activity for improved detection of peripheral lung cancer. *International Journal of Cancer* 2006; 118(11):2672-2677.
- Fortin MF. Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta, 2009.
- Goldbeck L, Fidika A, Herle M, Quittner AL. Psychological interventions for individuals with cystic fibrosis and their families. *The Cochrane Library*, 2014.
- Gouveia J. Coordenação Nacional Doenças Oncológicas – 2º Congresso Nacional Cancro Pulmão: Porto 2006.
- Janssen-Heijnen ML, Coebergh JW. The changing epidemiology of lung cancer in Europe. *Lung Cancer* 2003; 41:245-258.
- Jemal A, Thun MJ, Ries LA, Howe HL, Weir HK, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975–2005, featuring trends in lung cancer, tobacco use, and tobacco control. *Journal of the National Cancer Institute* 2008; 100(23):1672-1694.
- Meleis A. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company, 2010.
- Parda L, Lopes ES. Métodos e Técnicas de Investigação Social. Porto: Areal Editores, 1995.
- Parkin DM, Bray F, Ferlay F, Pisain P. Global Cancer Statistics, 2002. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2005;55:74-108.
- Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 – Regulamento Geral de Proteção de Dados, que entrou em vigor em 25 de maio de 2018.



Fresubin®

Reencontre o Sabor da Vida

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

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



Mistura proteica de elevada qualidade



Diversas densidades energéticas



Diferentes sabores e consistências

Ref. 675/2020 - Fevereiro 2020

FRESENIUS KABI
caring for life

Redefinir os limites do tratamento no Mieloma Múltiplo¹

DARZALEX® em combinação desempenha um papel central no tratamento do MM em 1ª Linha ou na 1ª Recaída^{2,3}

45 meses

de mPFS com a combinação de DARZALEX® + Rd em doentes com MMRR⁴

▼ **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 IgG1k anti-CD38, produzido em linhagens celulares de mamíferos (*Chinese Hamster Ovary*) (CHO) usando a tecnologia do ADN recombinante. Excipiente(s) com efeito conhecido: Cada frasco para injetáveis de 5 ml e 20 ml de DARZALEX® contém 0,4 mmol e 1,6 mmol (9,3 mg e 37,3 mg) de sódio, respetivamente. Para a lista completa de excipientes, ver secção 6.1 do RCM completo. **Forma farmacéutica:** Concentrado para solução para perfusão; A solução é incolor a amarela. **Indicações terapêuticas:** DARZALEX® está indicado: em associação com lenalidomida e dexametasona ou com bortezomib, melfalan e prednisona para o tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo não tratado previamente, não elegíveis para transplante autólogo de células estaminais; em associação com lenalidomida e dexametasona no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo não tratado previamente, elegíveis para transplante autólogo de células estaminais; em associação com bortezomib e dexametasona no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo que tenham recebido pelo menos uma terapêutica anterior; e em monoterapia no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo em recaída e refratário, cuja terapêutica anterior tenha incluído um inibidor do proteossoma e um imunomodulador e que tenham demonstrado progressão da doença à terapêutica anterior. **Posologia e modo de administração:** DARZALEX® deve ser administrado por um profissional de saúde, em ambiente onde esteja disponível equipamento de ressuscitação de emergência. Deve ser administrada medicação pré e pós-perfusão para reduzir o risco de reações relacionadas com a perfusão (RRP) de daratumumab. Para mais informações relativas à posologia, consulte o RCM completo. **Posologia: Esquema posológico em associação com lenalidomida (esquema posológico de ciclos de 4 semanas) e em monoterapia: A dose recomendada de DARZALEX® é de 16 mg/kg de peso corporal, administrada por perfusão intravenosa, de acordo com o seguinte esquema posológico:** semanas 1 a 8 – semanalmente (total de 8 doses); semanas 9 a 24 – intervalos de duas semanas (total de 8 doses); a partir da semana 25 até progressão de doença – intervalos de quatro semanas. Para informações sobre a dose e o esquema posológico dos medicamentos administrados com DARZALEX®, consulte o RCM completo. **Esquema posológico em associação com bortezomib, melfalan e prednisona (esquema posológico de ciclos de 6 semanas): A dose recomendada de DARZALEX® é de 16 mg/kg de peso corporal, administrado por perfusão intravenosa, de acordo com o seguinte esquema posológico:** semanas 1 a 6 – semanalmente (total de 6 doses); semanas 7 a 54 – intervalos de três semanas (total de 16 doses); a partir da semana 55 até progressão de doença – intervalos de quatro semanas. O bortezomib é administrado duas vezes por semana nas Semanas 1, 2, 4 e 5 no primeiro ciclo de 6 semanas, e seguidamente uma vez por semana nas Semanas 1, 2, 4 e 5 por mais oito ciclos de 6 semanas. Para informações sobre a dose de VMP e esquema posológico aquando da administração de DARZALEX®, consulte o RCM completo. **Esquema posológico em associação com bortezomib, talidomida e dexametasona (esquema posológico de ciclos de 4 semanas) para o tratamento de doentes não tratados previamente, elegíveis para transplante autólogo de células estaminais (TACE): A dose recomendada de DARZALEX® é de 16 mg/kg de peso corporal, administrada por perfusão intravenosa, de acordo com o seguinte esquema posológico:** Indução: semanas 1 a 8 – semanalmente (total de 8 doses); semanas 9 a 16 – intervalos de duas semanas (total de 4 doses); - Pausa para quimioterapia em alta dose e TACE; - Consolidação: semanas 1 a 8 – intervalos de duas semanas (total de 4 doses). Para informações sobre a dose e o esquema posológico dos medicamentos administrados com DARZALEX®, ver secção 5.1 do RCM completo e o RCM do medicamento correspondente. **Esquema posológico para a associação com bortezomib (esquema de ciclos de 3 semanas): A dose recomendada de DARZALEX® é de 16 mg/kg de peso corporal, administrada por perfusão intravenosa, de acordo com o seguinte esquema posológico:** semanas 1 a 9 – semanalmente (total de 9 doses); semanas 10 a 24 – intervalos de três semanas (total de 5 doses); a partir da semana 25 até progressão de doença – intervalos de quatro semanas. Para informações sobre a dose e o esquema posológico dos medicamentos administrados com DARZALEX®, ver secção 5.1 do RCM completo e o RCM do medicamento correspondente. **Taxa de perfusão:** Após diluição, a perfusão de DARZALEX® deve ser administrada por via intravenosa na taxa de perfusão inicial, de acordo com o seguinte: perfusão Semana 1 - Opção 1 (perfusão de dose única) - Semana 1 Dia 1 (16 mg/kg), com um volume de diluição de 1000 ml, a uma taxa de perfusão inicial de 50 ml/h, com aumentos da taxa de perfusão de 50 ml/h, em intervalos de perfusão de uma hora, com uma taxa de perfusão máxima de 200 ml/h - Opção 2 (perfusão em dose dividida) - Semana 1 Dia 1 (8 mg/kg) e Semana 1 Dia 2 (8 mg/kg), com um volume de diluição de 500 ml, a uma taxa de perfusão inicial de 50 ml/h, com aumentos da taxa de perfusão de 50 ml/h, em intervalos de perfusão de uma hora, com uma taxa de perfusão máxima de 200 ml/h; perfusão Semana 2 (16 mg/kg), com um volume de diluição de 500 ml, a uma taxa de perfusão inicial de 50 ml/h, com aumentos da taxa de perfusão de 50 ml/h, em intervalos de uma hora, com uma taxa de perfusão máxima de 200 ml/h; perfusões seguintes (16 mg/kg), com volume de diluição de 500 ml, a uma taxa de perfusão inicial de 100 ml/h, com aumentos da taxa de perfusão de 50 ml/h, em intervalos de uma hora, com uma taxa de perfusão máxima de 200 ml/h. O aumento progressivo da taxa de perfusão deve ser considerado apenas na ausência de reações relacionadas com a perfusão. **Gestão das reações relacionadas com a perfusão:** Deve ser administrada medicação pré-perfusão antes de efetuar o tratamento com DARZALEX® para reduzir o risco de RFPs. Caso surjam RFPs de qualquer grau/gravidade, interrompa imediatamente a perfusão de DARZALEX® e controle os sintomas. A gestão das RFP 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. **Aterações 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 RFPs 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 metilprednisona, ou equivalente, administrado por via intravenosa. Após a segunda perfusão, a dose do corticosteroide pode ser reduzida (60 mg de metilprednisona por via oral ou intravenosa). - Terapêutica combinada: 20 mg de dexametasona (ou equivalente), administrada antes de cada perfusão de DARZALEX®, quando os doentes receberem dexametasona como pré-medicação; antipirético (650 a 1000 mg de paracetamol por via oral), e anti-histamínico (25 a 50 mg de difenidramina por via oral ou intravenosa, ou equivalente). **Medicação pós-perfusão:** Deve ser administrada medicação pós-perfusão para reduzir o risco de reações tardias relacionadas com a perfusão, de acordo com o seguinte: Monoterapia: Deve administrar-se um corticosteroide oral (20 mg de metilprednisona 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 metilprednisona em baixa dose por via oral (<=20 mg) ou equivalente, no dia após a perfusão de DARZALEX®. No entanto, se for administrado um corticosteroide específico como parte do esquema terapêutico (ex: dexametasona, prednisona) no dia após a perfusão de DARZALEX®, pode não ser necessária medicação pós-perfusão adicional. Adicionalmente, em doentes com história de doença pulmonar obstrutiva crónica, deve ser considerada a administração de medicação pós-perfusão, incluindo broncodilatadores de ação curta e longa, e corticosteroides de inalação. Após as primeiras quatro perfusões, se o doente não sofrer nenhuma RFP major, 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. **Contra-indicações:** 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%) foram reações à perfusão, fadiga, náuseas, diarreia, obstipação, piroxia, dispneia, tosse, neutropenia, trombocitopenia, anemia, edema periférico, astenia, neuropatia sensorial periférica e infeção do trato respiratório inferior. As reações adversas graves foram pneumonia, bronquite, infeção das vias respiratórias superiores, edema pulmonar, gripe, piroxia, desidratação, diarreia e fibrilhação auricular. **Reações adversas em doentes a receber DARZALEX®:** Muito frequentes: pneumonia, bronquite, infeção das vias respiratórias superiores, neutropenia, trombocitopenia, anemia, linfopenia, leucopenia, apetite diminuído, neuropatia sensitiva periférica, parestesia, cefaleia, hipertensão, tosse, dispneia, diarreia, obstipação, náuseas, vômito, dorralgia, espasmos musculares, fadiga, edema periférico, piroxia, astenia, reação relacionada com a perfusão; **Frequentes:** infeção do trato urinário, gripe, hiperglicemia, hipocacemia, desidratação, fibrilhação auricular, edema pulmonar, pancreatite, arrepios; **Pouco frequentes:** reativação do Vírus da Hepatite B; **Rara:** reação anafilática. **Reações relacionadas com a perfusão:** Nos ensaios clínicos, a incidência de reações relacionadas com a perfusão de qualquer grau foi de 37% na primeira perfusão de DARZALEX®, 2% na Semana 2 de perfusão e cumulativamente em 6% nas perfusões seguintes. Menos de 1% dos doentes tiveram uma reação relacionada com a perfusão de Grau 3/4 na Semana 2 ou subsequentes perfusões. A mediana do tempo até ao início de uma reação foi de 1,5 horas (intervalo: 0 a 72,8 horas). A incidência de modificações à perfusão devido a reações foi de 36%. A duração mediana das perfusões de 16 mg/kg para a 1ª Semana, 2ª Semana e subsequentes perfusões foi de aproximadamente 7, 4 e 3 horas, respetivamente. As reações relacionadas com a perfusão graves incluíam broncospasma, dispneia, edema da laringe, edema pulmonar, hipoxia e hipertensão. Outras reações adversas relacionadas com a perfusão incluíam congestão nasal, tosse, arrepios, irritação da garganta, vômitos e náuseas. No estudo MMY1001, os doentes que receberam tratamento com daratumumab em associação receberam a 1ª dose de 16 mg/kg na Semana 1 dividida em 2 dias, 8 mg/kg no Dia 1 e Dia 2, respetivamente. A incidência de quaisquer reações relacionadas com a perfusão de qualquer grau foi de 42%, em que 36% dos doentes tiveram reações relacionadas com a perfusão no Dia 1 da Semana 1, 4% no Dia 2 da Semana 1 e 8% com perfusões subsequentes. O tempo mediano até ao início de uma reação foi de 1,8 horas. A incidência de interrupções de perfusão devido a reações foi de 30%. A duração mediana das perfusões foi de 4,2 h para a Semana 1 - Dia 1, 4,2 h para a Semana 1 - Dia 2 e 3,4 horas para as perfusões subsequentes. **Infeções:** Em doentes tratados com DARZALEX® em terapêutica de associação, foram notificadas infeções de Grau 3 ou 4. A pneumonia foi a infeção grave (Grau 3 ou 4) mais frequentemente notificada em todos os estudos. Nos estudos com controlo ativo, as descontinuações do tratamento devido a infeções (1-4%) e infeções fatais foram, no geral, pouco frequentes e equilibradas entre esquemas posológicos com DARZALEX® e braços com controlo ativo. As infeções fatais foram principalmente devido a pneumonia e sépsis. **Hemólise:** Existe um risco teórico de hemólise. A monitorização contínua deste sinal de segurança será efetuada nos estudos clínicos e em dados de segurança pós-comercialização. **Outras populações especiais:** Não estudo de Fase III MM3007, que comparou o tratamento com D-VMP ao tratamento com D-VMP em doentes com mieloma múltiplo não tratado previamente que não são elegíveis para transplante autólogo de células estaminais, as análises de segurança do subgrupo de doentes com uma pontuação de desempenho ECOG de 2 foi consistente com a população total (consulte o RCM completo). Para mais informações relativamente aos efeitos indesejáveis de DARZALEX®, consulte o RCM completo. **Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beere, Bélgica. **Para mais informações deverá contactar o Representante Local:** Janssen-Cilag Farmacéutica, Lda, Lagos Park, Edifício 9, 2740-262 Porto Salvo, Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Notificação de acontecimentos adversos ou outras situações de segurança especiais: farmacovigilancia_portugal@its.jnj.com ou 214368600. Notificação de reclamações de qualidade: qualidade_janssen@its.jnj.com ou 214368600. **Ano de prescrever consulte o RCM completo.** IECRCM de DARZALEX®, Versão 9, revisto em 01/2020.

MM: Mieloma Múltiplo; MMRR: Mieloma Múltiplo em Recaída e/ou Refratário; mPFS: mediana da Sobrevida Livre de Progressão; Rd: Lenalidomida + dexametasona.
 Referências: 1. Kals, Joseph A. et al Daratumumab: Dawn of a New Paradigm in Multiple Myeloma? J Adv Pract Oncol 2017;8:82-90; 2. RCM de Darzalex® disponível em www.ema.europa.eu, acessado em maio de 2020; 3. Plesner, T & Krejčí, J. Daratumumab for the Treatment of Multiple Myeloma. Front. Immunol. 2018;9:1228; 4. Kaufman JL, et al. Four-Year Follow-up of the Phase 3 Pollux Study of Daratumumab Plus Lenalidomide and Dexamethasone (D-R) Versus Lenalidomide and Dexamethasone (Rd) Alone in Relapsed or Refractory Multiple Myeloma (RRMM). Poster 1866. ASH Annual Meeting 2019, Orlando.