

Aconselhamento telefônico: identificação de sintomas em pacientes com linfoma em quimioterapia antineoplásica

Telephone counseling: identification of symptoms in patients with lymphoma undergoing antineoplastic chemotherapy

Consulta telefónica: identificación de síntomas en pacientes con linfoma en quimioterapia antineoplásica

Keilla Regina Santos Louzada¹

Maria Meimei Brevidegli²

Otávio Baiocchi³

Edvane Birelo Lopes De Domenico⁴

Descritores

Enfermagem oncológica; Aconselhamento à distância; Educação em saúde; Doença de Hodgkin; Lymphoma; Drug therapy; Antineoplastic agents

Keywords

Oncological nursing; Distance counseling; Health education; Hodgkin's disease; Lymphoma; Tratamiento farmacológico; Antineoplásicos

Descritores

Enfermería oncológica; Asesoramiento a distancia; Educación en salud; Enfermedad de Hodgkin; Linfoma; Tratamiento farmacológico; Antineoplásicos

Submetido

10 de Setembro de 2018

Aceito

21 de Novembro de 2018

Autor correspondente

Keilla Regina Santos Louzada
<https://orcid.org/0000-0001-9192-4679>
 E-mail: keilla.louzada@unifesp.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800085>



Resumo

Objetivo: Identificar os sinais e sintomas apresentados por pacientes com Linfoma de Hodgkin submetidos ao protocolo quimioterápico composto por Doxorubicina, Bleomicina, Vimblastina e Dacarbazina (ABVD) por meio de aconselhamento telefônico e comparar os escores de graduação dos sinais e sintomas apresentados nos ciclos do protocolo.

Métodos: Descritivo, prospectivo, quantitativo. Sete pacientes receberam aconselhamento telefônico, em 24 tempos de chamadas programadas e não programadas, correspondentes a 6 ciclos de quimioterapia com protocolo ABVD. Utilizou-se o Inventário de Sintomas do M.D Anderson e o Critério Comum de Terminologia para Eventos Adversos, para a graduação dos sintomas e um protocolo de condutas. Realizou-se análise descritiva e analítica.

Resultados: Duzentas e oitenta e seis chamadas telefônicas geraram 1.870 queixas sintomáticas. Nas chamadas programadas, as queixas com maior prevalência foram fadiga, preocupações, falta de apetite, vômitos e náuseas. Quanto a interferência nas atividades de vida diária, os itens relacionados a atividades em geral, no trabalho e dificuldade para caminhar, além de alterações no humor foram relatados em maior frequência. Nas chamadas não programadas, a falta de apetite e desregulação menstrual foram as queixas mais recorrentes. Na análise da progressão dos sintomas, observou-se aumento de náuseas e vômitos ($p=0,02$), diminuição da fadiga e falta de ar ($p\leq 0,03$), melhora do sono ($p=0,02$) e diminuição do estresse ($p=0,02$).

Conclusão: A fadiga, náusea, vômito e alteração nas atividades de trabalho foram relatados frequentemente. Houve progressão de náuseas e vômitos, mas regressão da fadiga e do estresse. O aconselhamento telefônico permitiu a comunicação e o manejo rápido de um número expressivo de sintomas.

Abstract

Objective: To identify through telephone counselling the signs and symptoms presented by patients with Hodgkin's Lymphoma undergoing chemotherapy with the protocol composed by doxorubicin, bleomycin, vinblastine and dacarbazine and to compare severity scores of the signs and symptoms presented in the cycles of the protocol.

Methods: Descriptive, prospective, quantitative study. Seven patients received telephone counselling in 24 scheduled and unscheduled calls, corresponding to 6 ABVD chemotherapy cycle. The MD Anderson Symptom Inventory and the Common Terminology Criteria for Adverse Events were used for scoring the symptoms, along with a conduct protocol. A descriptive and analytical analysis was conducted.

Results: Two hundred and eighty-six telephone calls generated 1,870 symptomatic complaints. In scheduled calls, the most prevalent complaints were fatigue, distress, lack of appetite, vomiting and nausea. As for the interference in daily life activities, the items related to general activities, work, difficulty walking, and mood changes were reported more frequently. In unscheduled calls, lack of appetite and irregular menstruation were the most recurring complaints. The analysis of the progression of symptoms showed an increase in nausea and vomiting ($p=0,02$), decrease in fatigue and shortness of breath ($p\leq 0,03$), improvement in sleep ($p=0,02$) and decrease of stress ($p=0,02$).

Conclusion: Fatigue, nausea, vomiting and alterations in work activities were frequently reported. There was progression of nausea and vomiting but regression of fatigue and stress. Telephone consultation allowed a rapid communication and management of an expressive number of symptoms.

Resumen

Objetivo: Identificar los signos y síntomas presentados por pacientes con linfoma de Hodgkin sometidos al protocolo quimioterápico compuesto por doxorubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina (ABVD) mediante consulta telefónica, y comparar los puntajes de graduación de los signos y síntomas presentados en los ciclos del protocolo.

Métodos: Descriptivo, prospectivo, cuantitativo. Siete pacientes recibieron asesoramiento telefónico en 24 momentos de llamadas programadas y no programadas, correspondientes a 6 ciclos de quimioterapia con protocolo ABVD. Se utilizó el Inventario de Síntomas de M. D. Anderson y el Criterio de Terminología Común para Efectos Adversos, para la puntuación de los síntomas, y un protocolo de conductas. Se realizó análisis descriptivo y analítico.

Resultados: Doscintas ochenta y seis llamadas telefónicas determinaron 1.870 quejas sintomáticas. En las llamadas programadas, las quejas más prevalentes fueron: fatiga, preocupaciones, falta de apetito, vómitos y náuseas. Respecto a interferencia en actividades cotidianas, los ítems relacionados con actividad en general, laboral y dificultad para caminar, además de cambios del humor, fueron informados con mayor frecuencia. En llamadas no programadas, la falta de apetito y la irregularidad menstrual resultaron las quejas más habituales. En el análisis de progresión de los síntomas se observó aumento de náuseas y vómitos ($p=0,02$), disminución de fatiga y falta de aire ($p\leq 0,03$), mejora del sueño ($p=0,02$) y disminución del estrés ($p=0,02$).

Conclusión: Hubo informe frecuente de fatiga, náuseas, vómitos y cambios en actividades laborales. Existió progresión de náuseas y vómitos, y regresión de fatiga y estrés. La consulta telefónica permitió comunicación y rápido manejo de una expresiva cantidad de síntomas.

Como citar:

Louzada KR, Domenico EB, Baiocchi O, Brevidegli MM. Aconselhamento telefônico: identificação de sintomas em pacientes com linfoma em quimioterapia antineoplásica. Acta Paul Enferm. 2018;31(6):616-26.

¹Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

²Escola Paulista de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil.

³Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: Domenico EBL é Editora Associada da Acta Paulista de Enfermagem e não participou do processo interno de avaliação do manuscrito.

Introdução

O Linfoma de Hodgkin (LH) é uma das neoplasias malignas hematológicas com prevalência mundial de 0,6% e índice nacional, aproximado, de 0,5% de casos a cada 100 mil habitantes.⁽¹⁾ Apesar de sua incidência ser relativamente baixa, o LH representa 15% de todos os cânceres em adultos jovens (15-40 anos).⁽²⁾ Felizmente, o índice de mortalidade foi reduzido em mais de 60%, desde o início dos anos 70, devido aos avanços no tratamento antineoplásico, elevando a taxa livre de progressão de doença, independente do estadiamento, para 85,7%. A taxa elevada de sucesso também é impulsionada pela adesão terapêutica eficaz.⁽³⁾

Na atualidade, houve incremento na abordagem à quimioterapia antineoplásica (QT) e novas drogas do tipo célula-alvo, que combatem especificamente as células cancerosas, compõem os protocolos.⁽⁴⁾ Entretanto, no Brasil, na rede de atendimento público (Sistema Único de Saúde), os novos fármacos não estão autorizados para o tratamento de primeira linha e o protocolo de QT de escolha é o composto pelos fármacos Doxorubicina, Bleomicina, Vimblastina e Dacarbazina (ABVD), administrados por via endovenosa, no primeiro (D1) e no décimo quinto dia (D15), conformando um ciclo que se repete por 4 a 6 ciclos.⁽⁵⁾

Esses fármacos são de natureza sistêmica citotóxica e, apesar de possuírem excelente capacidade remissão completa, também afetam vários sistemas, como o hematopoiético, cutâneo/tegumentar, gastrintestinal e cardíaco. Algumas toxicidades são frequentes e estão associadas a pior adesão terapêutica, exigindo avaliação e monitoramento constantes.⁽⁴⁾

O protocolo ABVD é administrado em regime ambulatorial e o paciente é aconselhado a manter suas atividades de vida diária, estudo e ou trabalho, o mais próximo da normalidade. A educação do paciente deve prepara-lo para a adesão ao tratamento (quimioterápico citotóxico, outros medicamentos de uso diário, realização de exames e comparecimento a consultas médicas) e para o monitoramento e gerenciamento de sinais e sintomas. O cumprimento adequado do regime terapêutico é um fator primordial para o alcance dos índices de regressão da doen-

ça. Atrasos ou redução de dose do protocolo ABVD comprometem a intensidade da dose para o alcance dos índices de regressão da doença, uma vez que as células Reed-Sternberg são sensíveis à QT, mas também geneticamente instáveis com tendência a desenvolvimento de resistência secundária precoce.⁽⁶⁾

Nesse cenário, a manutenção de um canal de comunicação eficaz entre o paciente e a equipe de saúde é importante, principalmente para a detecção de situações de risco, manejo de sinais e sintomas, apoio emocional e cumprimento do protocolo terapêutico. Dentre as possibilidades, o aconselhamento telefônico de enfermagem é uma alternativa acessível e economicamente viável, considerando a expansão da telefonia móvel entre cidadãos de grandes metrópoles, com bons resultados já comprovados para detecção e gestão precoce de sinais e sintomas, podendo resultar em diminuição do número de internações hospitalares, ou mesmo abreviá-las.^(7,8)

O aconselhamento, decorrente da consulta de enfermagem, é uma das atividades do enfermeiro e, conceitualmente, compreende uma assistência dialógica que objetiva auxiliar o paciente a resolver algum problema. O enfermeiro necessita ter conhecimentos e habilidades para a avaliação acurada que favoreça o diagnóstico de problemas e a capacidade do paciente e ou sua família para a resolução do mesmo, bem como capacidade de estabelecer a comunicação de forma sensível e efetiva. Para favorecer a eficiência e efetividade, o aconselhamento telefônico requer um protocolo devidamente amparado por referências teóricas e evidências científicas, além de treinamento do profissional para usá-lo adequadamente porque a relação dar-se-á a distância, condição que desfavorece a objetividade, a comunicação efetiva e limita o uso de todos os sentidos para uma avaliação acurada.^(9,10)

A presente investigação justifica-se pela necessidade de ampliar a produção de conhecimento sobre a frequência e comportamento de sinais e sintomas, ocasionados pela QT-Protocolo ABVD na população brasileira, favorecendo o planejamento e implantação de atividades de enfermagem que gerem maior controle do regime terapêutico. Associar a atividade de aconselhamento telefônico de enfermagem ao monitoramento de sinais e sintomas des-

ses pacientes é importante, considerando a multiplicidade e gravidade dos mesmos, podendo resultar em falha terapêutica, caracterizada por não adesão ao tratamento, evasão, atrasos ou interrupções por agravamento do quadro clínico.

Assim, as perguntas que nortearam a presente investigação foram: Quais sinais e sintomas estão presentes em pacientes com LH submetidos ao protocolo QT-ABVD e atendidos por aconselhamento telefônico? Quais as intensidades e oscilações de gradações dos sinais e sintomas a cada ciclo quimioterápico? Os objetivos foram: identificar os sinais e sintomas apresentados por pacientes com Linfoma de Hodgkin submetidos ao protocolo quimioterápico ABVD por meio de aconselhamento telefônico e comparar os escores de gradação dos sinais e sintomas apresentados nos ciclos do protocolo.

Métodos

Desenho, local, população e procedimento ético do estudo

Estudo descritivo, prospectivo, de natureza quantitativa. O estudo foi conduzido no Ambulatório de Linfomas do Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil. A amostra foi não probabilística, composta por pacientes incluídos consecutivamente, a partir dos critérios de inclusão: diagnóstico de LH, maiores de 18 anos, com previsão de iniciar e finalizar o esquema quimioterápico, ABVD, entre novembro de 2015 a fevereiro de 2017. Os critérios de exclusão foram: pacientes com tratamento quimioterápico anterior, qualquer esquema; não possuir acesso a telefonia móvel ou fixa.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UNIFESP, sendo os dados coletados após a assinatura do termo de consentimento.

Protocolo do estudo

Os pacientes receberam o número do telefone celular do aconselhamento telefônico e forneceram o próprio, sendo orientados sobre as ligações que

receberiam nos dias equivalentes ao D -1, D2, D14 e D16, correspondentes a cada ciclo. As ligações no D-1 e D14 tinham o propósito de recordar o paciente do recebimento da QT no dia seguinte e avaliar sintoma antecipatório emético. As ligações realizadas no D2 e D16, denominadas programadas, buscavam avaliar os sinais e sintomas apresentados. Na vigência de necessidade de manejo clínico, outras ligações foram realizadas no mesmo dia e em dias posteriores, denominadas não programadas. O aconselhamento telefônico foi conduzido pelas enfermeiras do estudo, ambas especialistas em enfermagem em oncologia.

Três instrumentos foram utilizados na coleta de dados: a) Questionário sociodemográfico e clínico, contendo: idade, sexo, raça, renda familiar, escolaridade, situação laboral, antecedentes oncológicos, estadiamento; b) Instrumento para registro das consultas telefônicas, contendo data, relato dos sinais e sintomas, intervenções, resultados; c) Guia de condutas para a padronização das intervenções, de acordo com as diretrizes da Oncology Nursing Society (EUA), disponíveis no Putting Evidence into Practice (PEP);⁽¹¹⁾ d) Instrumentos para gradação dos sintomas. O Inventário de Sintomas do M.D. Anderson (MDASI-core) quantifica a intensidade dos sintomas, incluindo os sinais na mesma nomenclatura, em uma escala analógica numérica de 0 (ausência) a 10 (pior percepção possível). O MDASI-core, originalmente em inglês, foi desenvolvido para facilitar a avaliação dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes oncológicos, e sua versão em língua portuguesa encontra-se validada.⁽¹²⁾

O MDASI-core consta de dois componentes: intensidade dos sintomas, com 13 itens, e sintomas que interferem nas atividades de vida diária (AVD) com 6 itens. Na perspectiva dos pacientes relatarem sinais e sintomas não constantes no MDASI-core, optou-se por utilizar também o Critério Comum de Terminologia para Eventos Adversos CTACAE v4.0, desenvolvido pelo *National Cancer Institute* (NCI, EUA) que gradua os sintomas de 1 (sintoma leve) a 5 (morte).⁽¹³⁾ O desenho de estudo está esquematizado na figura 1.

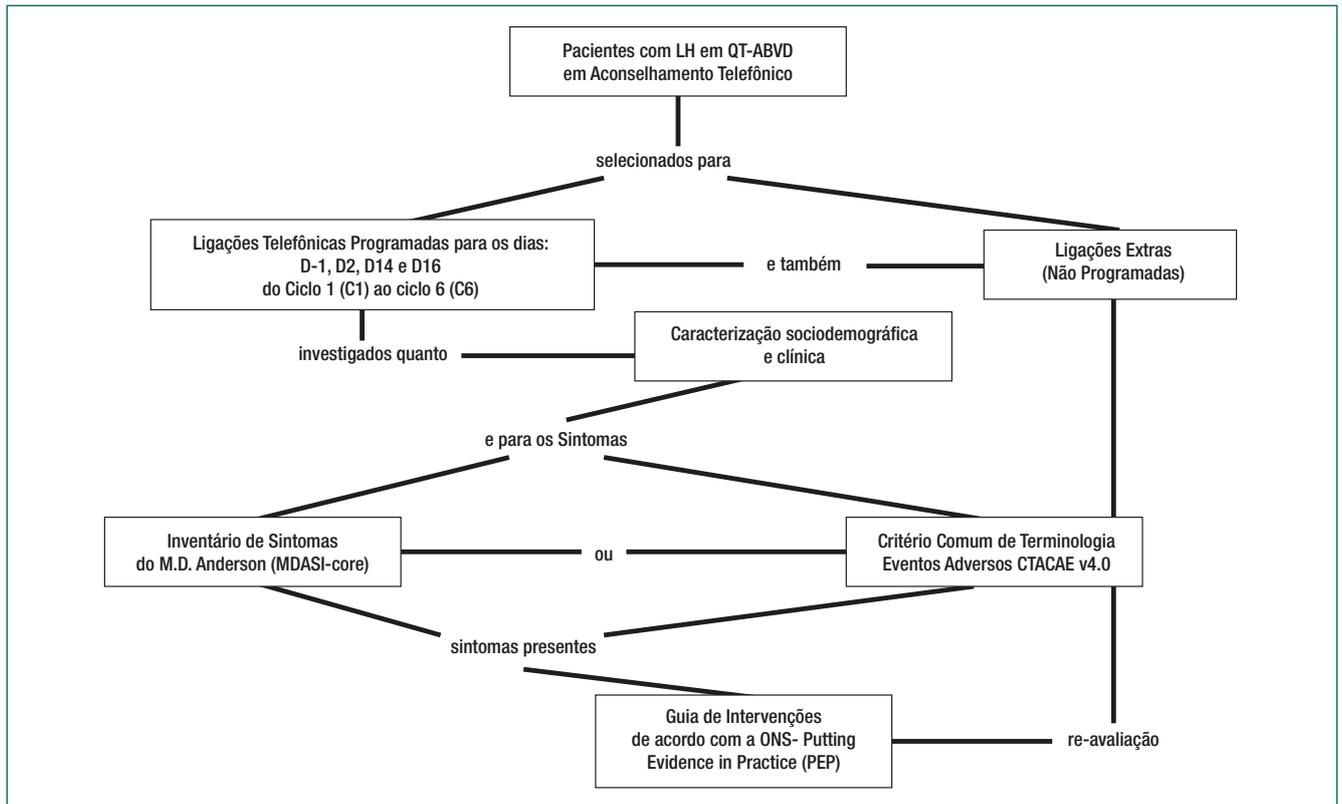


Figura 1. Desenho do estudo

Análise dos dados

Foram obtidas as proporções relativas das variáveis sociodemográficas e clínicas para caracterizar a amostra. Médias foram calculadas para descrever a intensidade da variação dos sintomas nos diferentes intervalos das ligações telefônicas (D-1, D2, D14 e D16). O teste não paramétrico de *Wilcoxon* foi utilizado para comparar as médias dos sintomas antes e após o tratamento (D-1 *versus* D2 e D14 *versus* D16) e, conseqüentemente inferir mudanças no quadro clínico. Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. Todos os procedimentos estatísticos foram realizados com a ajuda do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS for Windows) versão 19.0.

Resultados

Os dados da presente investigação foram gerados por 286 ligações telefônicas, provenientes de sete pacientes diagnosticados com LH e submetidos a 6 ciclos de ABVD. A maioria dos participantes era

do sexo feminino (85,7%), caucasianos (57,1%), com 12 ou mais anos de escolaridade, renda mensal familiar média de 1,7 salários mínimos (aproximadamente, U\$ 297/mês) e média de idade de 29,8 anos (DP 7,33), e com antecedente familiar oncológico. Clinicamente, 71,5 dos pacientes em estádios avançados, maioria com sintomas B e massa *bulky*, conforme o estadiamento Ann Arbor, com base na modificação de Cotswolds.⁽¹⁴⁾ Dados absolutos e percentuais demonstrados na tabela 1.

Nos períodos pré e pós QT- ABVD (D-1 e D16) foram registrados 286 telefonemas, sendo 168 chamadas programadas e 118 não programadas, ou seja, realizadas pelo enfermeiro (41,5%) para avaliação clínica adicional ou pelo próprio paciente 69 (58,5%).

Todos os pacientes cumpriram o esquema quimioterápico proposto, não houve evasão e não houve atraso nos dias estabelecidos para o D1 ou D15 em nenhum dos ciclos, do C1 ao C6. Nas 286 ligações telefônicas, o encaminhamento a unidade de pronto-socorro (PS) deu-se 3 vezes, por avaliação de possível quadro infeccioso (n:1) e por metrorragia (n:2). Ao

Tabela 1. Condições sociodemográficas e clínicas (n=7)

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	1(14,3)
Feminino	6(85,7)
Raça	-
Branco	4(57,1)
Amarelo	1(14,3)
Pardo	2(28,6)
Renda Familiar	-
1 a 2 salários mínimos	4(57,1)
3 a 4 salários mínimos	1(14,3)
5 ou mais salários mínimos	2(28,6)
Escolaridade	-
Ensino médio incompleto	1(14,3)
Ensino médio completo	4(57,1)
Ensino Superior Incompleto	2(28,6)
Situação Profissional antes do tratamento:	
Ativo	7(100)
Situação Profissional pós tratamento	-
Ativo	1(14,3)
Inativo	6(85,7)
Antecedente familiar oncológico: presente	4(71,4)
Estadiamento Ann Arbor :	-
Estagio II	2(28,6)
Estagio III	3(42,9)
Estagio IV	2(28,6)
Massa <i>Bulky</i> : Presente	4(57,1)
Sintoma B: Presente	5(71,4)

longo de todo o período de acompanhamento telefônico dos pacientes, foram relatadas 1.870 manifestações sintomáticas. Na análise estatística dos 19 sinais/sintomas contidos no MDASI-core em 4 momentos/ciclo, foram calculadas 456 médias de grau de intensidade destes, optando-se por apresentar os dados somente dos sinais/sintomas cujos valores fossem superiores ao escore de 5,0. Nas chamadas programadas, as queixas mais prevalentes foram fadiga, preocupações, falta de apetite, vômitos e náuseas. Quanto a interferência dos sintomas na AVBD, os de maior gradação foram os itens relacionados a atividade em geral, trabalho e dificuldade para caminhar, seguidas de alterações no relacionamento, humor e prazer de viver. Nas chamadas não programadas, a falta de apetite e desregulação menstrual foram as queixas mais frequentes. O conjunto destes dados encontra-se na tabela 2.

Na sequência, os resultados de cada sintoma com gradações maiores ou iguais a 5 estão apresentados de acordo com os escores (de 0 a 10) por ciclo quimioterápico e na comparação dos escores do C1 ao C6, por meio de logaritmos lineares. Para fim de

Tabela 2. Manifestações sintomáticas relatadas por tipo de chamada e por escala de avaliação utilizada

Tipo de ligação	Programada n=1.660 (%)	Não programada n=210 (%)
* MDASI-Core		
Componente I - Intensidade dos sintomas		
1. Dor	7(0,42)	1(0,48)
2. Fadiga	168(10,12)	
3. Enjoo e náusea	101(6,08)	20(9,52)
4. Problemas de sono	22(1,33)	-
5. Preocupações	134(8,07)	-
6. Falta de ar	16(0,96)	-
7. Dificuldade de lembrar-se das coisas	7(0,42)	-
8. Falta de apetite	163(9,82)	40(19,05)
9. Sonolência	-	4(1,90)
10. Boca seca	30(1,81)	-
11. Tristeza	9(0,54)	5(2,3)
12. Vômitos	112(6,75)	27(0,48)
13. Dormência e formigamentos	9(0,54)	-
* Componente II - Quanto os sintomas têm interferido nas atividades de vida diária		
1. Atividade em geral	168(10,12)	-
2. Humor	138(8,31)	8(3,81)
3. Trabalho	168(10,12)	-
4. Relacionamento	144(8,67)	-
5. Caminhar	168(0,42)	-
6. Prazer de viver	96(5,78)	-
*CTCAE v4.0		
1. Vômito durante a infusão de QT	-	21(10,00)
2. Mucosite	-	4(1,90)
3. Rouquidão	-	1(0,48)
4. Letargia	-	17(8,10)
5. Flebite	-	12(5,71)
6. Tontura	-	11(5,24)
7. Diarreia	-	3(1,43)
*Outros		
1. Febre	-	2(0,95)
2. Síndrome Flu-Like	-	3(1,43)
3. Desregulação menstrual	-	31(14,76)

otimização de informações, agrupou-se dois sintomas em cada figura demonstrativa.

Náusea e vômito

Foram os sintomas com maior intensidade, principalmente no 4º ciclo, no qual atingiu os valores médios de gradação de 9,1 e 9,4, respectivamente. Nos gráficos da figura 2, observa-se a progressão acentuada da náusea e do vômito, entre os momentos antes e após a quimioterapia. No ciclo 1, a náusea aumentou de 0 (D-1) para 6,9 (D2) e de 0,4 (D14) para 3,6 (D16). As diferenças nessas médias nos seis ciclos foram estatisticamente significativas ($p \leq 0,02$). A náusea e vômito antecipatórios estiveram presentes somente no 1º ciclo com médias entre 0,14 e 0,29.

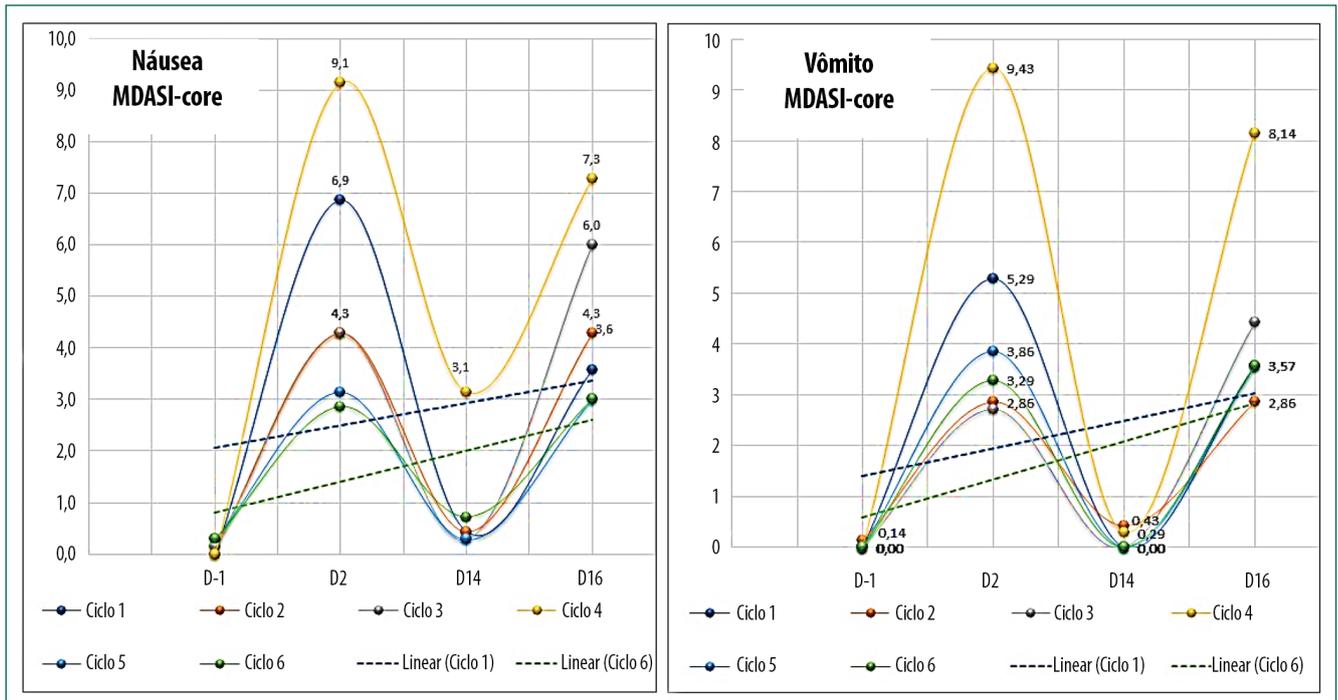


Figura 2. Náusea e Vômito, relatada através do MDASI-core, em D-1; D2; D2; D14 e D16 em 6 ciclos do protocolo ABVD

Falta de apetite e dor

A falta de apetite se manifestou com maior apresentação sintomática no 4º ciclo, atingindo o escore de 8,86; entre os ciclos, a média foi de 5,29. Observa-se a progressão acentuada no 4º ciclo, entre período antes e após a quimioterapia citotóxica, sendo as diferenças estatística-

mente significativas ($p = 0,02$) (Figura 3). O relato de dor foi observado em três pacientes, todos com presença de massa *bulky* mediastinal no estadiamento, com escore máximo relatado de 7. Observe que a incidência de dor se localiza no ciclo 1, diminuindo a gradação do sintoma entre o D-1 ao D16, até anular-se (Figura 3).

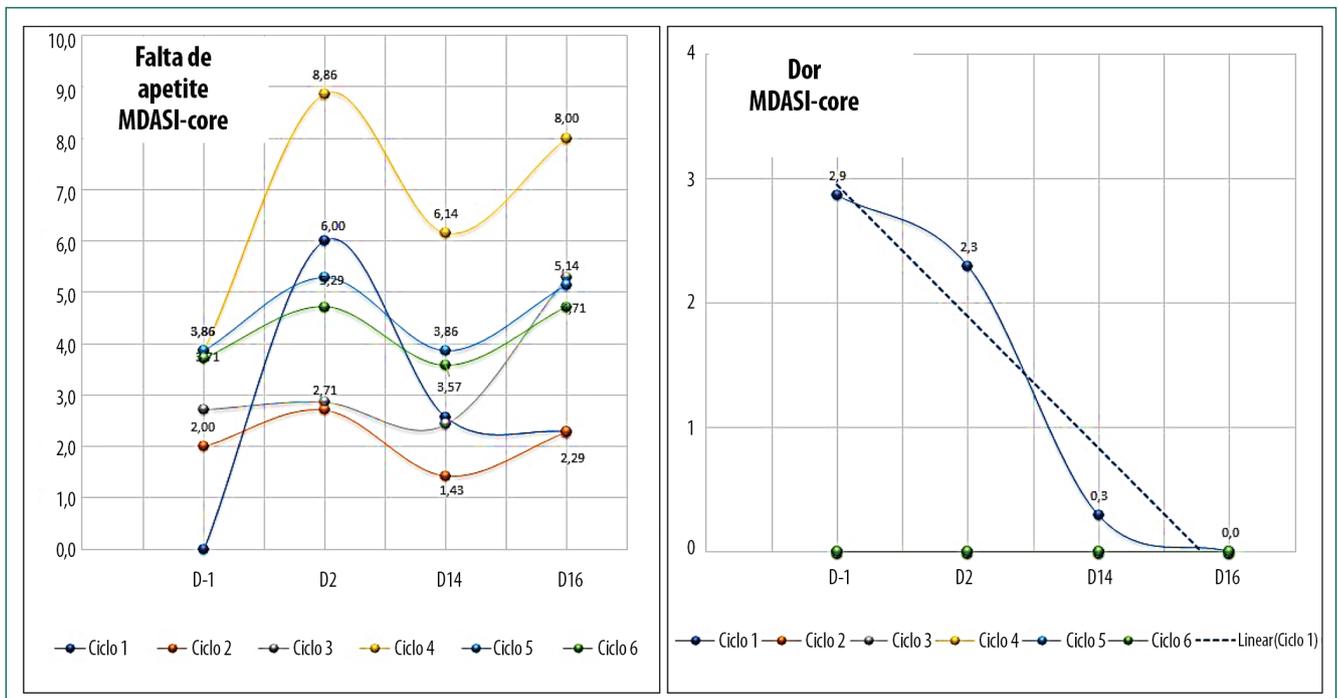


Figura 3. Falta de apetite e dor, relatada através do MDASI-core, em D-1; D2; D2; D14 e D16 em 6 ciclos do protocolo ABVD

Falta de ar e fadiga

A falta de ar foi uma queixa constante no primeiro e segundo ciclo, com média de 5,7, regredindo para zero a partir do 3º ciclo ($p=0,02$). Os pacientes com massa *bulky* apresentaram os maiores níveis de gradação. A fadiga foi o único sintoma que esteve presente antes do C1 e perdurou até o último ciclo. No 1º ciclo a média do sintoma foi de 8,58, mantendo-se não inferior a gradação 6 até o C6. Mesmo mantendo-se elevada, houve melhora do escore da gradação do C1 ao C6 ($P=0,03$) (Figura 4).

Preocupações e alteração do humor

A queixa de preocupações apresentou-se oscilante, com pico de gradação de 9,29 no C4. O D16, do C6, foi o único momento de avaliação no qual todos os participantes atestaram ausência de preocupações. O logaritmo linear apresentado no gráfico correlaciona o C1 (D-1 com média de 5,3) e o C6 (com gradação zero no D16), gerando resultado estatisticamente significativo ($p=0,02$). A alteração

do humor foi maior no C4 e de maneira bastante oscilante nos demais ciclos. Nos ciclos C2 e C5, ambos na ligação telefônica do D16, os escores de gradação apresentaram-se próximos a zero. Na análise comparativa do C1 com o C2 a diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,02$) (Figura 5).

Alteração das atividades de trabalho incluindo atividades domésticas

Sobre as atividades gerais foi possível avaliar um índice elevado desde o C1 (média no D-1 de 6,57) que permaneceu em progressão no decorrer do tratamento, atingindo no D16 do C6 escore médio de 9,0 ($p=0,03$). Observe que no C4 ocorreu um súbito aumento de gradação com média de 7,71 para 9,43. Em relação a alteração das atividades de trabalho, incluindo atividades domésticas, desde o C1 a gradação média foi superior a 6,71 e manteve-se ainda mais elevada nos ciclos subsequentes, alcançando no D16 do C6 o escore 10,0 ($p=0,03$), com índice de afastamento do trabalho de 85,7% (Figura 6).

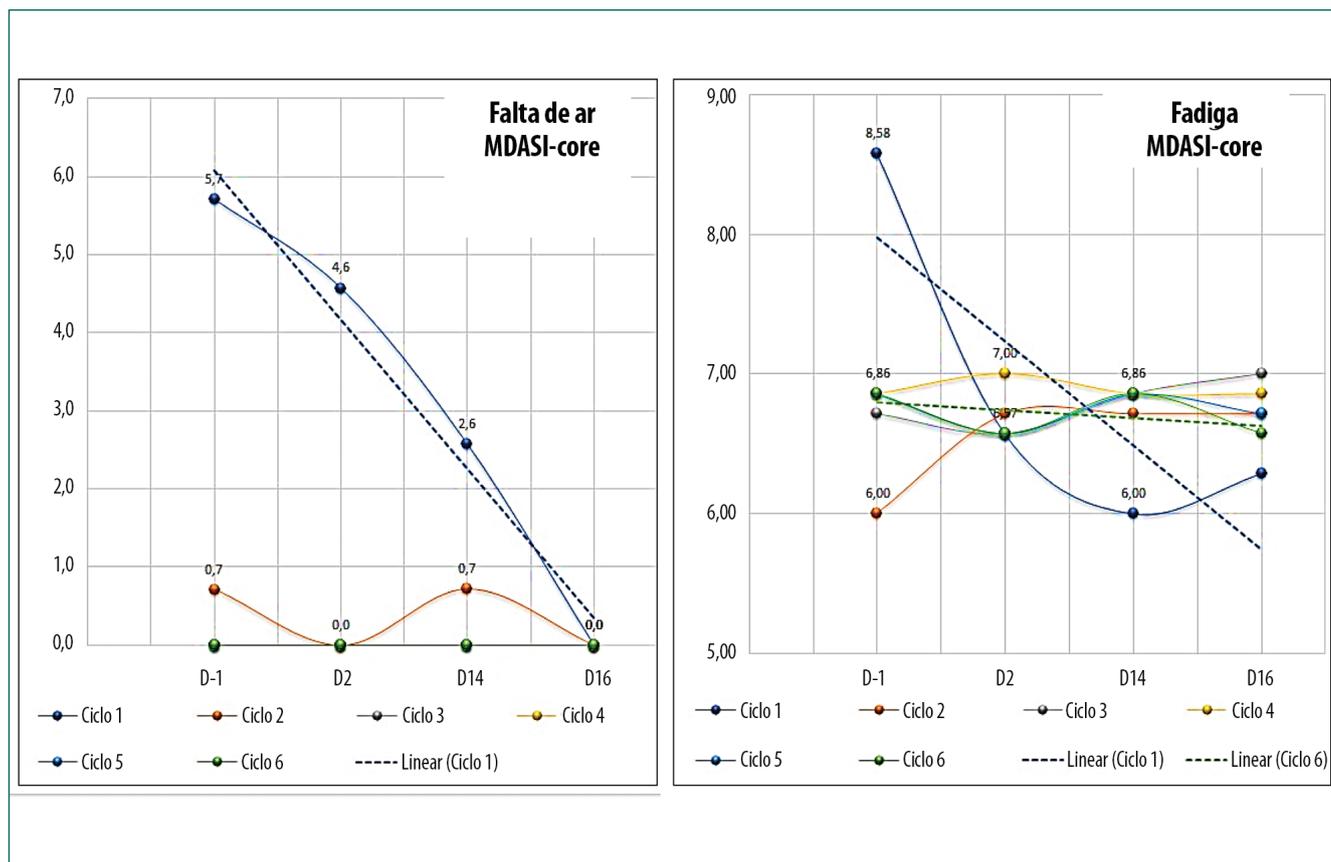


Figura 4. Falta de ar e fadiga, relatada através do MDASI-core, em D-1; D2; D2; D14 e D16 em 6 ciclos do protocolo ABVD

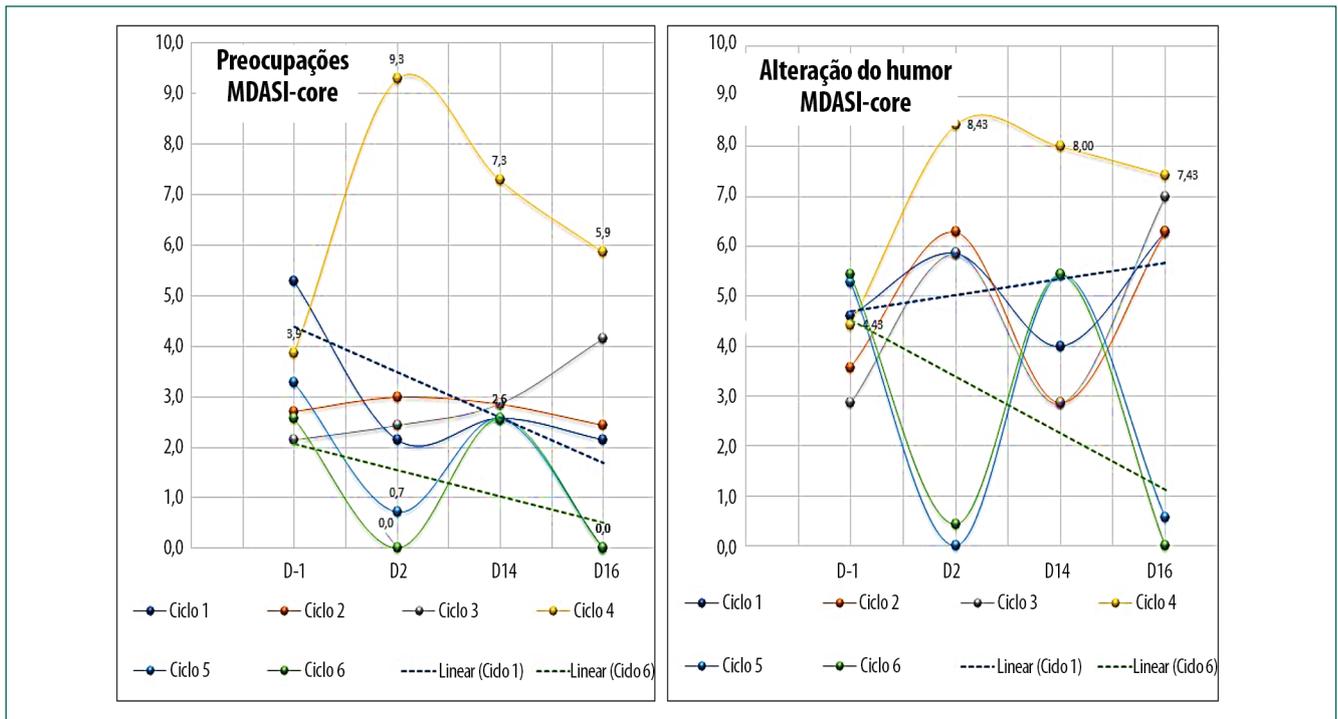


Figura 5. Preocupações e alteração do humor relatado através do MDASI-core, em D-1; D2; D2; D14 e D16 em 6 ciclos do protocolo ABVD

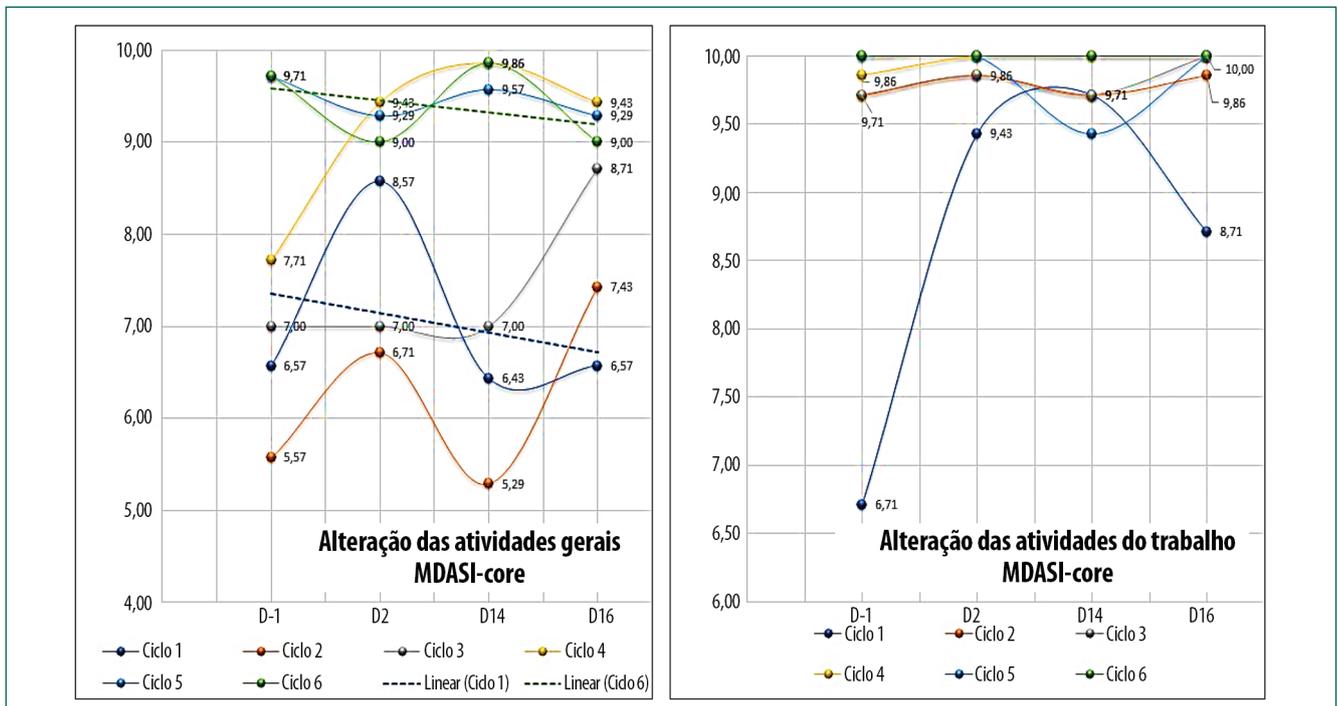


Figura 6. Alteração das Atividades gerais e alteração nas atividades do trabalho e atividades domésticas através do MDASI-core, em D-1; D2; D2; D14 e D16 em 6 ciclos do protocolo ABVD

Com relação aos sintomas relatados pelos pacientes para os quais utilizou-se o Critério Comum de Terminologia para Eventos Adversos (CTACAE v4.0),⁽¹⁵⁾ optou-se por apresentá-los de maneira descritiva.

Alterações menstruais e atividade sexual

As participantes do sexo feminino estavam em idade reprodutiva e, destas, 83,4% apresentaram interrupção do ciclo menstrual após o segundo ciclo do protocolo ABVD e uma paciente (16,6%) relatou

metrorragia, cuja conduta foi encaminhamento imediato a unidade de pronto socorro (PS). Quanto a prática sexual, 100% dos pacientes apresentaram dúvidas, sendo estas: se poderiam ter atividade sexual durante o tratamento e se poderiam realizar atividade sexual sem preservativo.

Mucosite

No segundo e terceiro meses foram registradas ligações quanto ao sintoma de mucosite em 20% da amostra, com graduação entre 1- 2 (Escala NCAE-CTC 4.0).⁽¹⁵⁾ Intervenções de enfermagem e acompanhamento odontológico foram realizados e houve resolução do problema após o 4º ciclo.

Vômito imediata – durante a administração de ABVD

Foi relato do 1º ao 6º ciclo em 30% da amostra, que tiveram entre 3-5 episódios de vômito durante a infusão, Grau:2 (Escala NCAE-CTC 4.0).

Síndrome Flu-Like

Representou 0,46% do número total de queixas provenientes de ligações efetuadas pelo paciente (n:216). Em decorrência dos sinais e sintomas relatados, os pacientes foram encaminhados para o PS para diagnóstico diferencial de infecção, posteriormente descartada.

Reação no local da punção intravenosa

Dos 7 pacientes, cinco (71,4%) iniciaram a terapia com ABVD por veia periférica. A flebite química representou 5,56% de todos os sintomas, categorizado pelo CTCAE v 4.0 como “reação no local da injeção” Grau: 2. A partir do C2-D16 100% dos pacientes tinham como cateter para administração de ABVD, o dispositivo CVC-TI (Cateter venoso central totalmente implantado).

Discussão

O LH distribui-se proporcionalmente entre os sexos, apesar do predomínio de mulheres na presente amostra, que pode ter contribuído com os índices favoráveis de adesão ao regime terapêutico, incluindo a verbalização de sinais e sintomas, a propensão a buscar auxílio e atender as orientações efetuadas,

uma vez que não houve atraso no cumprimento do protocolo, nem tampouco, evasão. A atitude feminina de maior busca por atendimento em saúde e de adoção de comportamentos adaptativos e favoráveis ao tratamento já foi evidenciada.⁽¹⁶⁾

O número expressivo de queixas sintomáticas durante o aconselhamento telefônico pode estar relacionado à condição avançada de doença ao diagnóstico (estádios III a IV), e esta condição também justifica as elevadas graduações para vários sintomas. Infelizmente, os estádios avançados dos cânceres ao diagnóstico no Brasil são frequentes, denotando a falta de estrutura e processo na atenção oncológica do SUS. Outra perspectiva analítica para a doença avançada e polissintomática é a baixa literacia em saúde da população brasileira que não está relacionada apenas aos anos de escolaridade, mas sim a capacidade de adoção de comportamentos de preservação da saúde e identificação de agravos, relacionados ao câncer e a várias outras doenças crônicas ou não.⁽¹⁷⁾

Os tratamentos clínicos em oncologia são conhecidos por produzirem multiplicidade de sintomas e a prevenção dos mesmos, quando possível, bem como o manejo, são extremamente importantes para a manutenção da qualidade de vida dos pacientes e para a continuidade do esquema terapêutico.⁽⁹⁾ Ao analisar a composição do protocolo ABVD, observa-se um potencial emetogênico alto, que foi evidenciado na presente investigação como presente e elevado na graduação do C1 ao C6, bem como principal fator para abstenção no trabalho durante o período do tratamento, acompanhado pelo sintoma de náusea/vômito.

O esquema QT-ABVD está classificada, na literatura especializada, como risco superior a 90% para náuseas e vômitos. Sobre o manejo da náusea e vômito, as diretrizes da *American Society of Clinical Oncology – ASCO (USA)* recomendam a combinação de quatro fármacos sendo um deles o antagonista do receptor de neuroquinina1 (NK 1 - Aprepitanto), infelizmente não disponível na instituição de pesquisa do estudo.⁽¹⁸⁾

O risco para nutrição desequilibrada nesses pacientes é possível a partir da falta de apetite e persistência da náusea e vômito. Segundo o consenso nacional de nutrição oncológica, a desnutrição calórica e proteica nos pacientes oncológicos está relacionada a resposta imunoinflamatória que aumenta o metabolismo, gerando

um estado inflamatório hipercatabólico, decorrente do trauma agudo da neoplasia maligna. Corroborando, alguns pacientes queixaram-se de mucosite, que é considerada umas das complicações bucais mais comuns em pacientes oncológicos resultante da toxicidade de muitos quimioterápicos e que pode causar infecções locais e sistêmicas, portanto deve ser diagnosticada e tratada precocemente.^(9,19) Pôde-se observar que, em geral, as queixas gastrointestinais mantiveram-se agudizadas no pós QT, porém com declínio progressivo até um dia antes da próxima tomada (D12 e 14).

As queixas de falta de ar e dor estavam presentes nos pacientes com massa *bulky* mediastinal, definida por doença volumosa > 10 cm. Ambos os sintomas estão associados ao crescimento tumoral capaz de comprimir estruturas intratorácicas. A quimiossensibilidade do LH é a razão para o desaparecimento dos sintomas ao término do segundo ciclo.^(2,6)

A fadiga foi o único sintoma persistente ao longo de todo o tratamento e estudos demonstraram que pode continuar a ser uma queixa de pacientes sobreviventes de LH por anos, independentemente da extensão da doença e tempo de término do tratamento.⁽²⁰⁾ A avaliação acurada do paciente durante e após o tratamento do paciente com fadiga faz-se necessário para a avaliação de outras complicações que podem agravar o quadro, como a toxicidade pulmonar e cardiotoxicidade, induzidas pelos fármacos bleomicina e dacarbazina, presentes no protocolo. Assim, até vários anos após a finalização do tratamento deve-se realizar vigilância contínua, com avaliação de sintomas pouco específicos como cansaço, fadiga e limitação funcional para as atividades do dia a dia além de exames de acompanhamento médico.^(19,21)

As queixas do tipo síndrome *flu-like* e alterações menstruais graves como metrorragia foram encaminhadas para atendimento em unidade de primeiro atendimento para avaliação diferencial de outros agravos decorrentes da imunossupressão e plaquetopenia. A identificação precoce dos riscos e o encaminhamento para atendimento especializado foram essenciais para um desfecho eficiente, sem comprometimento do regime terapêutico.⁽²²⁾

A atividade sexual suscitou dúvidas em todos os pacientes do estudo e os questionamentos ocorreram após o 2º ciclo de QT, dado que pode estar atrelado a formação de vínculo afetivo com enfermeiro, bem

como transparece a precariedade do diálogo sobre esta necessidade humana básica por parte da equipe interdisciplinar em fase anterior ao início da QT. As dificuldades dos profissionais da saúde e dos próprios pacientes de estabelecerem um diálogo apropriado sobre a sexualidade no adoecimento pelo câncer tem sido evidenciada por estudos que enfatizam a necessidade urgente da adoção de intervenções capazes de suprimirem as falhas de comunicação e, dentre elas encontra-se o aconselhamento telefônico.⁽²³⁾

Quanto aos sintomas psicossociais, observou-se pontuações elevadas no C1 e no C4, coincidentemente ou não com agravos de sintomas físicos. A pronta aceitação dos pacientes na participação do aconselhamento telefônico, a facilidade na obtenção das respostas na aplicação dos instrumentos e o próprio número de chamadas não programadas realizadas pelos pacientes denotaram a valorização que estes atribuíram a oportunidade de diálogo com o enfermeiro. No paradigma atual, os pacientes são chamados a participarem ativamente do processo de tomada de decisão e precisam estar amparados para tal, encontrando meios para expressar preocupações, medos e incertezas advindos do diagnóstico e do tratamento, bem como recebendo cuidados adequadamente dimensionados.⁽²⁴⁾

As limitações do estudo estão relacionadas ao tamanho da amostra reduzido, devido à baixa prevalência do diagnóstico estudado comparado com outras doenças oncológicas. Outra limitação encontra-se na restrição dos objetivos do estudo em relação a prevalência e gradação de sintomas. Os resultados da presente investigação sinalizaram que os pacientes encontram-se polissintomáticos durante o período de quimioterapia para LH, protocolo ABVD, e que várias demandas de cuidados podem ser devidamente orientadas pelo enfermeiro devidamente habilitado para o exercício da enfermagem de prática avançada, caracterizando a possibilidade de ampliação da investigação.

Conclusão

Os sintomas com maiores prevalências foram fadiga, preocupações, falta de apetite, vômitos e náuseas. Foi possível avaliar as oscilações das gradações dos sintomas no transcorrer dos 6 ciclos do protocolo QT-

ABVD, sendo que os sintomas que demonstraram oscilações estatisticamente significativas foram: náusea e vômito quando comparados os sintomas de C1 a C6, um dia antes e um dia após a QT, e falta de apetite nos períodos de C3 e C4. A interferência dos sintomas nas atividades de vida diária, foram estatisticamente significativas com relação às preocupações e prazer de viver, principalmente comprometidas nos períodos de maiores sintomas físicos. Implicações para a prática. O aconselhamento telefônico realizado por enfermeiros demonstra ser uma importante estratégia para o controle eficaz do regime terapêutico, permitindo a identificação precoce e o manejo dos sinais e sintomas, com ação em tempo real à queixa.

Colaborações

Louzada KRS, Domenico EBL, Baiocchi O e Brevidelli MM contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). Estimated cancer incidence mortality and prevalence worldwide [Internet]. Lyon: IARC; 2012 [cited 2018 Jul 15]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
2. Salati M, Cesaretti M, Macchia M, Mistiri ME, Federico M. Epidemiological Overview of Hodgkin Lymphoma across the Mediterranean Basin. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2014;6(1):e2014048.
3. Eldeib HK, Abbassi MM, Hussein MM, Salem SE, Sabry NA. The Effect of telephone-based follow-up on adherence, efficacy, and toxicity of oral capecitabine-based chemotherapy. *Telemed J E Health*. 2018 Jul 26. doi:10.1089/tmj.2018.0077.
4. Joseph M, Connors, Wojciech Jurczak DJS et al. Brentuximab Vedotin com quimioterapia para o linfoma de Hodgkin em fase III ou IV. *N Engl J Med*. 2018;378:331–44.
5. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos SIGTAP [Internet]. [citado 2018 Fev 2]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>
6. Boleti E, Mead GM. ABVD for Hodgkin's lymphoma: full-dose chemotherapy without dose reductions or growth factors. *Ann Oncol*. 2007;18(2):376–80.
7. Davoodi S, Mohammadzadeh Z, Safdari R. Mobile phone based system opportunities to home-based managing of chemotherapy side effects. *Acta Inform Med*. 2016;24(3):193–6.
8. Souza-Junior VD, Mendes IA, Mazzo A, Godoy S. Application of telenursing in nursing practice: an integrative literature review. *Appl Nurs Res*. 2016;29:254–60.
9. Fox P, Darley A, Furlong E, Miaskowski C, Patiraki E, Armes J, et al. The assessment and management of chemotherapy-related toxicities in patients with breast cancer, colorectal cancer, and Hodgkin's and non-Hodgkin's lymphomas: A scoping review. *Eur J Oncol Nurs*. 2017 ;26:63–82.
10. Flannery M, McAndrews L, Stein KF. Telephone calls by individuals with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2013;40(5):464–71.
11. Oncology Nursing Society (ONS). Putting evidence into practice (PEP) [Internet]. Pittsburgh, PA, ONS; 2017. [cited 2018 Nov 21]. Available from: <https://www.ons.org/practice-resources/pep>
12. Kolankiewicz AC, Domenico EB, Lopes LF, Magnago TS. Validação do inventário de sintomas do M.D. Anderson Cancer Center para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):999–1005.
13. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 4.0 Published: May 28, 2009 (v4.03: June 14, 2010) U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health National Cancer Institute; 2009.
14. Lister TA, Crowther D, Sutcliffe SB, Glatstein E, Canellos GP, Young RC, et al. Report of a committee convened to discuss the evaluation and staging of patients with Hodgkin's disease: cotswolds meeting. *J Clin Oncol*. 1989;7(11):1630–6.
15. Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia (SOBRAFO); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Guia para reações adversas em Oncologia. 2ª ed. São Paulo: Conectfarma; 2011
16. Livia Silva Fonsêca Moreira R, Dias de Fontes W, Maia Barboza T. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. *Anna Nery*. 2014;18(4):615–21.
17. Halverson JL, Martinez-Donate AP, Palta M, Leal T, Lubner S, Walsh MC, et al. Health Literacy and Health-Related Quality of Life Among a Population-Based Sample of Cancer Patients. *J Health Commun*. 2015;20(11):1320–9.
18. Basch E, Prestrud AA, Hesketh PJ, Kris MG, Feyer PC, Somerfield MR, et al.; American Society of Clinical Oncology. Antiemetics: american Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*. 2011;29(31):4189–98.
19. Schiessel DL, Baracos VE. Barriers to cancer nutrition therapy: excess catabolism of muscle and adipose tissues induced by tumour products and chemotherapy. *Proc Nutr Soc*. 2018;77(4):394–402.
20. Kreissl S, Mueller H, Goergen H, Mayer A, Brillant C, Behringer K, et al.; German Hodgkin Study Group. Cancer-related fatigue in patients with and survivors of Hodgkin's lymphoma: a longitudinal study of the German Hodgkin Study Group. *Lancet Oncol*. 2016;17(10):1453–62.
21. Levis BE, Binkley PF, Shapiro CL. Cardiotoxic effects of anthracycline-based therapy: what is the evidence and what are the potential harms? *Lancet Oncol*. 2017;18(8):e445–56.
22. Newton S, Hickey M, Brant JM. Mosby's oncology nursing advisor: a comprehensive guide to clinical practice. 2nd ed. The Netherlands: Mosby; 2016.
23. Almont T, Farsi F, Krakowski I, El Osta R, Bondil P, Huyghe É. Sexual health in cancer: the results of a survey exploring practices, attitudes, knowledge, communication, and professional interactions in oncology healthcare providers. *Support Care Cancer*. 2018 Aug 14. doi: 10.1007/s00520-018-4376-x.
24. Dekker J, Braamse A, Schuurhuizen C, Beekman AT, van Linde M, Sprangers MA, et al. Distress in patients with cancer - on the need to distinguish between adaptive and maladaptive emotional responses. *Acta Oncol*. 2017;56(7):1026–9.