

Terapias adjuvantes no câncer de mama precoce HR+/HER2-: um plano de 3 etapas para melhorar a aderência e persistência

Saiba como ajudar pacientes com câncer de mama precoce a melhorar sua aderência e a persistência com a terapia adjuvante.

www.medscape.org/firstresponse/adjuvant-therapies-breast-cancer-portuguese

Etapa 1: comunicação do plano e dos objetivos de tratamento

Sarah R. Donahue, MPH, NP, AOCNP: Olá! Meu nome é Sarah Donahue. Sou enfermeira no UCSF Medical Center em São Francisco. Hoje junta-se a mim a Karen Drucker, enfermeira do Breast Medicine Service no Memorial Sloan Kettering Cancer Center, em Nova York. Seja bem-vinda, Karen!

Karen Drucker, NP, RN: Obrigada. Estou feliz por estar aqui.

Donahue: Vamos conversar sobre a comunicação com a paciente, particularmente sobre o plano de tratamento para câncer de mama precoce (EBC) e como mediar o risco de recorrência. Como parte de uma equipe multidisciplinar, quando você se envolve com a paciente que está iniciando o tratamento para EBC?

Drucker: Idealmente, o primeiro encontro seria na primeira visita ou, às vezes, na primeira consulta de acompanhamento depois dessa primeira consulta. Acho muito importante que os enfermeiros e profissionais de prática avançada sejam identificados como parte da equipe o mais cedo possível durante o tratamento, para a construção de uma relação de confiança e para que as pacientes entendam o nosso papel na equipe, que, além do oncologista, conta com outros profissionais que vão cuidar delas.

Donahue: Como você explica à paciente por que ela está iniciando a terapia adjuvante?

Drucker: É um papel muito importante para a equipe de enfermagem, enfermeiros, médicos assistentes. Normalmente, começo avaliando o que a paciente entende. Algumas entendem bem por que estão começando o tratamento, o câncer em si e o que é a terapia adjuvante e outras não. Então, tento avaliar onde elas estão, se entendem o que significa recorrência e o objetivo da terapia endócrina como um todo e tento identificar sinais do que elas precisam, de quais informações elas precisam entender melhor. Varia muito de paciente para paciente.

Donahue: Quais são as dúvidas mais comuns que as pacientes têm em relação ao tratamento? O que você notou?

Drucker: A primeira coisa que eu noto é que, muitas vezes, as perguntas estão relacionadas a coisas que elas ouviram antes de virem até nós. Então, com amigos, parentes, amigos de parentes, conhecidos e, às vezes, em grupos on-line, trocam-se muitas informações. Algumas são precisas, outras nem tanto. Muitas das perguntas vêm daí no início. Elas queriam, claro, saber sobre os efeitos colaterais, se eles ocorrem ou o que acontece? O que fazer caso ocorram? São permanentes? Como podemos corrigi-los? Eles podem parar? O que fazer se eu não tolerar o medicamento? O que acontece depois? Elas perguntam: preciso mesmo disso? Tenho mesmo que tomar isso? Não gosto de tomar comprimidos etc.

Donahue: Que métodos você usa para determinar se uma paciente está em alto risco de recorrência e se vai precisar dessas terapias direcionadas extras disponíveis hoje?

Drucker: O risco em geral, obviamente, sempre é analisado, o tamanho do tumor, o status nodal, a classificação do tumor, quão alto está o receptor de estrogênio e o status do receptor de progesterona. Às vezes, um status um pouco mais baixo pode indicar uma agressividade um pouco maior. Usamos, é claro o escore de recorrência [21 genes] em algumas situações, o que também nos fornece alguns dados sobre risco. Os estudos mais recentes, que são realmente voltados para alto risco, usam um status nodal bastante avançado e estão analisando cânceres bastante agressivos, mas pode ter 1 linfonodo e ainda ser de alto risco. Pode não ter linfonodos e ser de risco elevado. Não sabemos tudo. Sabemos que pacientes com câncer de menor risco podem apresentar recorrência. Mas, no geral é mais ou menos isso que temos no momento para avaliar o risco das pessoas.

Donahue: Como você explica a uma paciente que ela tem alto risco de recorrência?

Drucker: É complicado. Acho que precisa ser uma conversa cuidadosa. É necessário equilibrar a importância de elas serem informadas e compreenderem a situação, pois isso é seu direito, mas também não criar um medo desnecessário. Não queremos assustá-las. Assustar as pessoas é inútil para as suas vidas e para o seu estado mental, mas também devemos garantir que elas saibam que, independentemente do risco, estamos tentando curá-las, e que o câncer de mama em estágio inicial, por mais alto que seja o risco, ainda é um estado curável. Por isso estamos sendo agressivos no tratamento. Sempre queremos que elas vejam essas ferramentas como empoderamento. Se não tivéssemos dados para mostrar que funciona, não faríamos o tratamento.

Donahue: Certamente. Até usar o termo “alto risco” é complicado. Não sei se você diria isso a uma paciente nessas palavras.

Drucker: Certo. Certo.

Donahue: Você usa dados para explicar a recorrência às pacientes e o que pode acontecer com elas se fizerem ou não a terapia adjuvante adicional? Que dados você usa?

Drucker: Dados costumam ser mencionados na consulta ao oncologista. A maioria dos oncologistas usa alguns dados para explicar o tratamento que estão escolhendo para elas. Então, se as pacientes tiverem perguntas específicas, muitas vezes eu imprimo artigos para elas lerem ou para mostrar de onde vêm esses dados, quantas pessoas estavam envolvidas no estudo e o que ele estava analisando, principalmente quando há novos estudos. Sempre há estudos novos. É quando as pessoas geralmente têm mais perguntas. Então, definitivamente usamos dados, mas só quando necessário, quando as pacientes querem. Algumas pacientes não querem falar de dados médicos.

Donahue: Algumas pacientes querem apenas recomendações e outras querem todos os dados.

Drucker: Sim. Elas querem saber. E querem entender por que com explicações mais simples.

Donahue: Acho que só os critérios de inclusão no caso de alguns estudos, como o monarchE, mostrar quais pacientes foram incluídas no estudo e onde elas se encaixariam nele é o suficiente.

Drucker: Pode ser útil com o fundamento, o grau de benefício, a probabilidade de efeitos colaterais. Falo sobre os efeitos colaterais e a chance maior ou menor de cada 1 ocorrer, o que esperar e as coisas que não são muito incomuns. É claro que, mais recentemente com monarchE e OlympiA, uso os dados. Falo muito sobre os dados com as pacientes.

Donahue: Como você identifica pacientes que podem estar em maior risco de não tomar seus medicamentos ou não aderência?

Drucker: Essa é uma parte importante do nosso trabalho. Há muitos dados sobre maneiras de avaliar a não aderência. Um estudo recente feito por um dos médicos mostrou que as mulheres da América do Norte são menos aderentes do que as de outros países, mulheres na pós-menopausa, mulheres com mais de 65 anos e as que têm mais comorbidades são mais propensas à não aderência, as com menor envolvimento nodal, provavelmente porque elas pensam que não correm tanto risco de recorrência. Além disso, pacientes com muitos problemas psicossociais ou problemas sérios na vida podem não cuidar bem de si mesmas. Como elas priorizam cuidar da família e assim por diante, podem não estar cuidando de si mesmas também. Se houver um efeito colateral que possa impedi-las de fazer as coisas que precisam fazer, elas não tomarão o medicamento.

Definitivamente, há características de pacientes que já demonstraram falta de aderência no início do tratamento com quimioterapia, outras apenas perderam consultas etc. Se você notar que as pessoas têm mais despesas, mais problemas financeiros, se estão muito ocupadas ou são mais esquecidas, se estão tomando muitos outros medicamentos, se não confiam na ciência -- falta de confiança na ciência é um grande problema... essas são algumas das coisas que procuramos, perguntamos e sobre as quais conversamos.

Um fator muito importante é fazer perguntas em todas as visitas. Não presuma nada. Eu sempre pergunto: você está tomando? Toma todos os dias? Toma duas vezes por dia, como deveria? Toma os dois comprimidos? Toma 1 comprimido? As pacientes são honestas, é claro, mas às vezes essa é a única maneira de saber. Você também pode notar que elas não buscaram outra receita a tempo. É mais ou menos isto: "Bem, vi aqui que você não buscou outra receita que deveria ter buscado".

Donahue: Muitas vezes, há pistas no passado que podem indicar o que esperar, mas, definitivamente, acreditar que a medicação é importante vale muito. Se as pacientes não acreditarem que ela vai ajudar, é mais provável que não tomem – principalmente se estiverem tendo efeitos colaterais.

O que você faz para melhorar a aderência delas se reconhecer esses fatores que estava discutindo?

Drucker: Primeiro eu pergunto: o que ajudaria você? O que podemos fazer para ajudar você a aderir ao plano de medicação? Pode haver alguma coisa que possamos fazer. Não podemos fazer tudo, mas descobrir se há algo que podemos fazer para aumentar a probabilidade de elas tomarem a medicação, seja encaminhando para o serviço social, seja explicando que o que parece não ser uma prioridade para elas realmente é.

Às vezes, as pessoas dizem, "Não posso fazer isso, não posso fazer aquilo", mas, se o câncer voltar, você realmente terá mais problemas com essas coisas. Então, é importante que elas cuidem de si e façam o melhor possível com o que podem controlar. O melhor controle que temos são os dados, os medicamentos que vão melhorar o resultado. Enfatize isso demonstrando a maior compreensão possível, pois você quer que elas sintam que você está no time delas, torcendo por elas, não as policiando. Você está torcendo por elas.

Donahue: Eu gosto dessa ideia de que você está tentando dar o controle a elas.

Karen, muito obrigada por esta importante discussão.

Drucker: Obrigada. Foi ótimo conversar com você. Gostei bastante.

Etapa 2: Discussão e controle de eventos adversos

Sarah R. Donahue, MPH, NP, AOCNP: Olá, meu nome é Sarah Donahue e sou enfermeira no UCSF Medical Center em São Francisco. Hoje junta-se a mim a Alessandra Milani. Ela é enfermeira de pesquisa em oncologia e diretora da escola de enfermagem do Instituto Europeu de Oncologia em Milão, Itália. Seja bem-vinda, Allie!

Vamos discutir um pouco mais sobre eventos adversos e como controlá-los com pacientes iniciando tratamento para câncer de mama precoce positivo para hormônio e negativo para HER2.

Allie, como você começa uma conversa sobre o que esperar quando as pacientes estão iniciando essas terapias direcionadas, como o abemaciclibe e olaparibe?

Dra. Alessandra Milani: Sempre começo a discussão sobre efeitos colaterais explorando as expectativas e crenças das pacientes e avaliando seu estado clínico e os recursos disponíveis para melhor adequar o processo educacional.

Depois, tento apresentar os efeitos colaterais específicos mais prováveis para minhas pacientes com base no tratamento planejado, no histórico da paciente e em seu estado clínico. Nesse ponto da discussão, podemos apresentar estratégias para preveni-los e controlá-los. Sabemos que a prevenção é mais importante, porque temos mais estratégias para prevenir os efeitos colaterais do que para resolvê-los. Podemos falar sobre aspectos como dieta ou técnicas corpo-mente que são muito úteis para o controle e a prevenção de efeitos colaterais. Especificamente, muitas vezes proponho técnicas de Qigong, que são muito simples e fáceis e são usadas para exercícios físicos e respiração intencional.

Donahue: É importante avaliar onde as pacientes estão antes de discutir os possíveis efeitos colaterais. Porque acho que, assim, é possível individualizar a abordagem.

Como você discute a fadiga com as pacientes? Como você aconselha a lidar com o problema? Também conversa com elas sobre outras causas de fadiga, como depressão?

Dra. Milani: Explico para a paciente que, nesse momento específico da vida, ela precisa mudar o ritmo, porque a fadiga é um evento adverso muito comum nesse tipo de tratamento e as pacientes precisam aceitar isso. O que faço é explicar a elas os mecanismos fisiopatológicos subjacentes à fadiga. Quando as pacientes entendem as razões biológicas da fadiga, posso descrever exatamente o que é a fadiga e como ela pode se apresentar. Assim, a paciente recebe todas as informações de que precisa para entender a relevância de uma abordagem integrada para prevenir e controlar a fadiga e prestar atenção às necessidades do seu corpo por trás da necessidade de descanso.

Por exemplo, como sabemos, o olaparibe pode induzir anemia e isso pode ser uma causa de fadiga. Nesse caso, temos uma necessidade física real de descansar. Mas a necessidade de descanso pode não ser real quando a paciente sofre, por exemplo, de depressão ou outros distúrbios psicológicos. Assim, alerto minha paciente para que fique atenta aos seus sintomas e aos possíveis significados desses sintomas.

Donahue: As pacientes às vezes dizem: “Estou cansada, não vou fazer a caminhada que você recomendou”. Então, fico tão presa dentro de casa e me sinto triste. E dá para ver como profissional que essas 2 coisas estão relacionadas. Mas elas podem não saber que estão relacionadas.

Que conselho você dá às pacientes sobre exercícios e dieta?

Dra. Milani: Nesse ponto, as pacientes precisam de uma abordagem integrada. Como você disse antes, a fadiga tem sintomas multifatoriais. Já informamos às pacientes todos os possíveis fatores contribuintes para a fadiga. E pode ser mais fácil apresentar as intervenções baseadas em evidências que a minha paciente pode adotar, enfatizando a importância de prevenir, em vez de resolver esses efeitos colaterais. Como sabemos, existem várias orientações para o manejo da fadiga que abrangem atividade física e dieta. Mas acredito que nosso papel como enfermeiras é aprender o máximo possível de estratégias baseadas em evidências. Precisamos explorar as atitudes

de nossas pacientes e seus hábitos, mas também seu bem-estar psicológico, motivação ou experiências com a doença.

Esses são fatores que contribuem para a aderência da paciente ao meu plano de educação. Depois de um enfermeiro coletar esses dados, podemos escolher, por exemplo, uma dieta anti-inflamatória. Agora, considerando outros possíveis efeitos colaterais concomitantes, como efeitos gastrointestinais (GI). Podemos concordar sobre alguns exercícios e considerar, por exemplo, técnicas de cuidados mente-corpo. Elas podem fazê-los mesmo com fadiga, pois também ajudam nos aspectos psicológicos. Então, com apenas 1 exercício, eu consigo trabalhar os aspectos psicológicos e físicos.

Donahue: Como você discute outros efeitos colaterais, como o desconforto GI que você mencionou, como diarreia?

Dra. Milani: Acho que é ainda mais importante partir do estado clínico pré-doença da paciente. Acho que a avaliação da enfermagem é muito relevante nessa fase, incluindo entrevista e também exame físico. Assim, uma vez que tenho uma imagem clara da paciente, posso escolher a intervenção baseada em evidências que pode ser úteis e mais aceitáveis. Essas intervenções incluem dieta (obviamente para sintomas gastrointestinais) e também técnicas de cuidados mente-corpo, técnicas de respiração, suplementos nutricionais etc.

Donahue: Trata-se de descobrir: esta é uma paciente que tem um histórico de constipação crônica? Muitas são pacientes de alto risco, que talvez tenham passado por quimioterapia. Quais foram as experiências delas? Tiveram muita diarreia com quimioterapia? Tiveram muita náusea ou dispepsia? Como elas lidaram com isso na época? O que funcionou e o que não funcionou? Também gosto de comparar: vai ser um pouco diferente daquela quimioterapia que você fez, você não terá que tomar tanta ondansetrona, seus medicamentos anti-náusea. Você terá que tomar loperamida todos os dias.

Então, em que efeitos colaterais do abemaciclib e do olaparibe você tende a focar com as pacientes? Há sempre aquela longa lista de possibilidades, mas o que você tende a aprofundar?

Dra. Milani: Acho que os efeitos colaterais prevalentes do abemaciclib são diarreia seguida de citopenia, náusea e dor abdominal. No olaparibe, são citopenia e, como já falamos, anemia, em particular. Outro efeito relacionado pode ser dor de cabeça. Mas, em cenário adjuvante, como você disse antes, devemos considerar os efeitos cumulativos da terapia, também com quimioterapia e terapia endócrina. Precisamos considerar a pessoa e o atendimento como um todo.

Donahue: Como você discute, especificamente, a diarreia com abemaciclib? É o efeito colateral mais comum; 80% das pacientes apresentam nos estudos. Você tem ferramentas para ajudá-las?

Dra. Milani: Acho que a gente pode orientar as pacientes sobre autocuidado em casa. Eu uso uma folha simples com orientações para tomar medicamentos. Ela contém efeitos colaterais com a medicação recomendada para tomar e com dose específica, frequência e outras sugestões. Também dou um relatório com sugestões relacionadas à dieta, nutrição e cuidados mente-corpo. Nesse caso, também costumo passar para as pacientes um vídeo para ajudar a lembrar de como fazer os exercícios, que às vezes elas esquecem. Acho que o diário é uma ferramenta muito importante para as pacientes e para coletarmos dados. Um diário no qual as pacientes anotam data, horário, características da diarreia, estratégias adotadas, uso de medicamentos etc.

Donahue: Há eventos específicos do olaparibe dos quais você fale mais com as pacientes?

Dra. Milani: Eu costumo fazer um desenho onde a fadiga está no centro. É uma correlação com os outros efeitos colaterais prevalentes. Como sabemos, os efeitos colaterais mais comuns do olaparibe são anemia, falta de apetite, náuseas, vômitos. Todos estão relacionados com o sintoma mais prevalente, que é a fadiga. Eu descrevo a relação entre os efeitos colaterais para minhas pacientes, pois isso me ajuda a negociar com elas comportamentos

preventivos e de apoio. Por exemplo, a constipação está associada à trombocitopenia e pode exigir hidratação dos alimentos e mastigação adequada. Ou diarreia com anemia, que requer, por exemplo, uma escolha diferente de proteínas e redução dos legumes e verduras. É muito importante que as pacientes sejam capazes de pensar em si como parte de um sistema integrado e que os efeitos colaterais estão relacionados.

Donahue: Obrigado pela ótima discussão, Allie.

Dra. Milani: Muito obrigada por esta oportunidade e por sua ajuda nesta discussão.

Etapa 3: Monitoramento de pacientes em terapia e o papel da equipe multidisciplinar

Sarah R. Donahue, MPH, NP, AOCNP: Olá, meu nome é Sarah Donahue e sou enfermeira no UCSF Medical Center em San Francisco, Califórnia. Hoje junta-se a mim a Vickki Harmer. Ela é enfermeira consultora do Imperial College Healthcare, NHS Trust, em Londres, Inglaterra. Seja bem-vinda, Vickki!

Dra. Victoria M.L. Harmer, PhD, MBA, AKC: Obrigada.

Donahue: Obrigada por se juntar a nós. Vamos conversar sobre como monitoramos as pacientes em terapia adjuvante e o papel da equipe multidisciplinar em pacientes com EBC.

Vickki, em que momento você se envolve com a paciente durante a terapia adjuvante? Como você monitora as pacientes depois do início dessas terapias adjuvantes, como abemaciclibe ou olaparibe, que são as 2 novas terapias que estamos usando em pacientes de maior risco?

Dra. Harmer: Obrigada, Sarah. É ótimo poder compartilhar nossa prática com você. Então, trabalho em Londres e, na minha função, somos apresentados a pacientes com diagnóstico de câncer de mama. Caminhamos ao lado das pacientes ao longo de cada uma das modalidades em sua trajetória de tratamento.

Como você sabe, trata-se de uma doença, em que há muitas subcategorias diferentes de câncer de mama, e discutimos cada paciente e sua histologia correspondente em nossa reunião de equipe multidisciplinar. Temos o histologista, o radiologista, o cirurgião, o oncologista, certamente enfermeiros trabalhando e atuando como defensores da paciente, cirurgião plástico etc. Discutimos a paciente e o próximo passo do tratamento para, em caso de câncer de mama inicial, curar a doença. Para EBC, temos esses novos tratamentos direcionados, é incrivelmente empolgante e é uma oportunidade real de melhorar o atendimento.

Na minha opinião, o mais importante é a comunicação com a paciente para discutir os potenciais efeitos adversos desses tratamentos direcionados e começar a acompanhar a paciente nesses tratamentos de forma adequada, apoiando-a e garantindo suporte adequado às suas necessidades. E dar os dados de contato, telefone ou e-mail para que, se tiverem dúvidas, possam entrar em contato conosco.

Donahue: Temos uma coisa parecida aqui nos Estados Unidos. Os mesmos profissionais, basicamente, estão no debate inicial. Eu entro depois que a paciente é informada de que vai começar esses medicamentos e ajudo a monitorá-la ao longo do tratamento.

E como você orienta as pacientes a relatar os efeitos colaterais, como é isso em sua clínica?

Dra. Harmer: Em nossas clínicas, o oncologista receita o tratamento e, então, formamos nosso reforço de estrutura de apoio e os mecanismos de segurança associados a qualquer tratamento administrado. Com os novos

tratamentos direcionados para EBC, é muito importante garantir que a paciente tenha as informações corretas e saiba o que relatar para que possamos personalizar o atendimento.

As pacientes certamente vêm a cada 2 semanas nos primeiros meses para exames de sangue e para checar como estão. E os telefonemas são muito importantes para normalizar as situações. Se alguém está, por exemplo, com diarreia, é importante normalizar isso e sugerir formas de combater a diarreia com medicamentos antidiarreicos, além mudanças na alimentação ou ajudar a paciente com uma planilha de atividades, caso ela seja afetada em determinada hora do dia, por exemplo.

Donahue: Elas voltam à clínica algumas semanas depois de começarem? Qual é o momento de trazê-las para a clínica ou de fazer uma consulta remota, após o início?

Dra. Harmer: Sim, Sarah, e você está certíssima. Não há espaço para consultas remotas no começo, nós vemos as pacientes a cada 2 semanas no começo, e com certeza fazemos isso nos primeiros meses. Precisamos recebê-las para exames de sangue. No momento, elas vêm até nós para fazer exames de sangue. A familiaridade que temos com o ambiente hospitalar e com esses medicamentos provavelmente é necessária e provavelmente a coisa mais segura até que todos nos familiarizemos um pouco mais.

Donahue: Eu sempre penso em como fazer as pacientes se sentirem confortáveis e seguras com uma nova terapia. Eu sempre quero vê-las no começo, porque quero falar com elas cara a cara. Sinto que isso me dá muito mais informações. Uma visita remota também é ótima para obter informações, de qualquer das formas.

Como você ajuda as pacientes a se lembrarem de tomar seus medicamentos? Como você as ajuda a tomar essas doses do abemaciclibe duas vezes ao dia todos os dias? Ou como você as ajuda a conseguir tomar a medicação?

Dra. Harmer: Ajudar uma paciente a tomar sua medicação ou a entrar em uma rotina é vital. Algumas pacientes com quem conversei colocam despertadores pela casa ou no celular como lembrete ou colocam os medicamentos da manhã ao lado do café da manhã preparado. Mas também há alguns novos aplicativos sofisticados para lembrar as pessoas de tomar os comprimidos, e também temos os diários, que usamos há décadas para diferentes medicamentos e podem ser bastante ilustrativos.

Além disso, se você pedir à paciente que também documente os efeitos adversos potenciais que tiverem, você pode ver se há um padrão. Como costume dizer, acho que o mais importante é normalizar as coisas com as pacientes: “Isso é bastante normal, me conte melhor”. Mas você tem está certa de tentar fazer com que as pacientes tomem os comprimidos, o que depende de uma série de coisas, da polifarmacologia, se elas têm outras comorbidades, a facilidade de encontrar instruções.

Donahue: Eu também acho, que quando as vejo, posso perguntar diretamente: você toma duas vezes por dia, todos os dias? Você está conseguindo mesmo? Isso está acontecendo de fato? Pergunto dessa maneira, até entender bem. Elas me dizem honestamente: “Ah, não, às vezes eu esqueço no jantar” ou “Muitas vezes esqueço de manhã” ou o que quer que seja. É só avaliar com perguntas.

Dra. Harmer: Não há problema em dizer: “Você esquece às vezes?” “Na verdade, às vezes vou na casa de um amigo e não levo.” Aqui, trata-se de manter uma postura positiva em relação a qualquer coisa que elas digam, incondicionalmente. Já ouvimos isso antes, só avise para podermos ajudar. O mais importante é que as pacientes tomem esses comprimidos, que sabemos pelos estudos que fazem um ótimo trabalho.

Donahue: Você está usando telemedicina em sua clínica. Você usa com frequência para pacientes recebendo novas terapias direcionadas? Ou não está sendo tão usada? As duas modalidades estão equilibradas? Chega a ser importante para você?

Dra. Harmer: Sim, é. E é assim quando o tratamento com esses medicamentos está estabelecido. Na verdade, como um todo, os acompanhamentos por telefone são extremamente bem-sucedidos e muito usados. Mas, no começo, para ter certeza, são necessários uns bons 2 meses para estabelecer esses tratamentos. Depois, podemos ter mais consultas clínicas remotas.

E acho que é um caminho a seguir quando temos novos medicamentos como esse, uma combinação de profissionais de saúde e de atendimento no hospital e consultas telefônicas funciona bem.

Donahue: Com certeza. E há o vídeo. Vocês estão usando vídeo? Ou só o telefone?

Dra. Harmer: Não estamos usando tanto o vídeo. Acho que talvez seja a disponibilidade, a menos que você tenha um aplicativo no celular, mas tem a conta de celular etc. É meio complicado. Então, mantivemos as coisas simples, usando o telefone, mas, à medida que ganhamos experiência, poderemos usar mais chamadas de vídeo.

Donahue: E como sua clínica está administrando a carga de trabalho extra? Historicamente, essas pacientes são atendidas a cada 6 meses. Em nossa clínica, você não as veria com tanta frequência, não teria que entrar em contato com uma paciente. Você não teria que fazer exames para uma paciente apenas em terapia endócrina. Então, estamos vendo-as com mais frequência. Como seu grupo está administrando essa carga de trabalho extra?

Dra. Harmer: É uma carga de trabalho extra considerável. Nós víamos as pacientes mensalmente nos primeiros 6 meses e a cada três meses até chegarem aos dois anos nesses tratamentos. Então, é um número considerável de consultas extras. E, como você diz, quem vai ver essas pacientes?

Pensando nos números, acho que, se atendermos uma população de cerca de 1 milhão, temos cerca de 700, 800 novos diagnósticos de câncer de mama por ano. Se você pensar em pacientes de alto risco, seriam cerca de 10 consultas extras no hospital onde trabalho, e não temos capacidade adicional.

Então, temos um problema: onde ver essas pacientes? Temos consultórios suficientes? Quem vai examinar? Será um tipo diferente de profissional de saúde híbrido? No momento temos farmacêuticos. Também temos especialistas, enfermeiros, fazendo isso. Seria necessário, é claro, poder solicitar exames de sangue, e você precisaria avaliar as pacientes, perguntar as coisas certas, entender esses medicamentos e as possíveis implicações de tomá-los.

Donahue: Vickki, obrigado por esta ótima discussão. Foi maravilhoso conversar com vocês hoje sobre nossas pacientes e as diferenças em nossas práticas.

Obrigada por participar desta atividade. Continue ligado para responder às perguntas e concluir a avaliação.

Esta transcrição não foi editada.

Aviso legal

Este documento destina-se exclusivamente a fins educacionais. Não serão dados créditos de educação médica continuada (CME) pela leitura do conteúdo desse documento. Para participar desta atividade, acesse www.medscape.org/viewarticle/980560

Para perguntas relacionadas com o conteúdo desta atividade, entre em contato com o seu responsável no endereço: CME@webmd.net.

Para assistência técnica, entre em contato com CME@medscape.net

A atividade didática apresentada acima pode conter quadros clínicos simulados baseados em casos reais. Os pacientes apresentados nestes contextos são fictícios e não há, nem deve haver, intenção de fazer nenhuma associação com algum paciente real.

O material apresentado aqui não necessariamente reflete as opiniões do Medscape, LLC, ou das empresas que apoiam o programa educativo no site [medscape.org](https://www.medscape.org). Estes materiais podem versar sobre produtos terapêuticos que não foram aprovados pela *Food and Drug Administration* dos EUA e sobre utilizações que não constam nas bulas dos medicamentos de produtos aprovados. Um profissional de saúde qualificado deve ser consultado antes de usar qualquer produto terapêutico mencionado. Os leitores devem verificar todas as informações e dados antes de tratar os pacientes ou usar qualquer tratamento descrito nesta atividade educativa

Medscape Education © 2022 Medscape, LLC