

A JORNADA DA PACIENTE NO CÂNCER DE MAMA PRECOCE COM RECEPTOR HORMONAL POSITIVO/HER2 NEGATIVO: MELHORES PRÁTICAS PARA COMUNICAÇÃO E TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA

www.medscape.org/collection/hr-her-ebc-portuguese

Segmento 1: Comunicação do risco de recorrência à paciente com câncer de mama precoce positivo para receptor hormonal/negativo para HER2

Karen Drucker, NP, RN: Olá, e bem-vindo a este microcapítulo da Medscape sobre "Comunicação do risco de recorrência à paciente com câncer de mama precoce com receptor hormonal positivo/HER2 negativo." Meu nome é Karen Drucker. Eu sou enfermeira e trabalho no Serviço de medicina da mama no Memorial Sloan Kettering Cancer Center, em Nova York. Comigo hoje está Giuseppe Curigliano, médico oncologista da Universidade de Milão, na Itália. Como é avaliado atualmente o risco de recorrência no câncer de mama em estágio inicial positivo para receptor hormonal/negativo para HER2, Giuseppe?

Dr. Giuseppe Curigliano, PhD: Muito obrigado, Karen, por esta pergunta. Na verdade, avaliamos o risco analisando o risco clínico e o risco genômico. Quando discutimos o risco clínico, discutimos principalmente o estágio T do tumor e, em seguida, a dimensão do tumor e o envolvimento nodal. Outro risco clínico também pode ser avaliado com a avaliação do Ki-67, que geralmente é um biomarcador prognóstico. Quanto maior o Ki-67, maior o risco de recorrência. Para entender melhor o risco clínico, precisamos pensar no escore de risco composto que foi publicado pelos pesquisadores do BIG [Breast International Group] 1-98 há 10 anos. E no escore composto, tivemos o estágio T, o estágio N, envolvimento nodal, e Ki-67 e nível de expressão do receptor de estrogênio e receptor de progesterona. Quanto maior o tumor, maior o envolvimento nodal, maior o Ki-67, maior o risco. Outro tipo de risco é o risco genômico. Se você tem uma paciente com alto escore de recorrência que está na pós-menopausa, com certeza essa paciente deve ser considerada de alto risco, e é por isso que propomos a quimioterapia. Por fim, integrar o risco clínico e o risco genômico pode ajudá-lo a explicar melhor à paciente por que precisamos de escalonamento do tratamento.

Sra. Drucker: Guiseppe, como você comunica o risco de recorrência para as pacientes de uma maneira que entendam e as ajude a informar suas decisões de tratamento?

Dr. Curigliano: Acredito que seja da mesma forma que discutimos o risco juntos na equipe multidisciplinar. Depois que eu tiver proposto um tratamento para a paciente, eu vou sentar com ela e explicar que ela tem um tumor grande, tem muitos nódulos envolvidos. O tumor tem um índice altamente prolífico. E é por isso que juntando todas essas características - tamanho grande do tumor, envolvimento nodal alto, Ki-67 alto ou escore genômico alto, é por isso que estou propondo escalar o tratamento. Em uma paciente assim, geralmente proponho fazer quimioterapia, e depois uma terapia endócrina que pode ser estendida de 5 para 10 anos. E, finalmente, no perfil de alto risco, sugiro com certeza combinar abemaciclibe à terapia endócrina padrão por 2 anos. As pacientes realmente entendem o conceito de risco porque um tumor maior com envolvimento nodal pode realmente dar a elas a percepção do risco. E geralmente, esse entendimento aumentará sua adesão ao plano de tratamento. Karen, tenho uma última pergunta para você. Como você comunica às pacientes o risco de recorrência, e há algo que eu possa fazer melhor aprendendo com uma enfermeira como você?

Sra. Drucker: Obrigada. De um modo geral, quando lido com essas conversas, tento me concentrar mais nos aspectos positivos da redução de risco, não tentando fugir do risco de voltar, mas o que podemos fazer para evitar que volte. E temos essas oportunidades com base em dados que nos mostraram que adicionar certas terapias ou usar terapias por mais tempo tem melhores resultados e temos maiores benefícios de sobrevida. Procuo me concentrar mais nisso com a paciente; o poder que temos com essas novas terapias que podemos mudar os resultados. Mais ou menos tentando capacitar [pacientes com o conhecimento de que] dados e estudos mais recentes realmente nos permitiram aumentar a sobrevida em mulheres com câncer de mama, especialmente com câncer de mama de alto risco. Sendo assim, concentro-me no positivo: Estas são coisas que você pode fazer para mudar seu resultado. Essa é uma oportunidade que temos. Tornando-o mais positivo. E no que diz respeito aos oncologistas, não sei exatamente como o senhor pratica, mas tenho certeza de que você é um oncologista maravilhoso. Mas acho que, em geral, para todos os profissionais da saúde, acho que realmente ouvir as pacientes, o que elas têm a dizer e como se sentem e adaptar as conversas a cada paciente, individualmente, e tentar atender às suas necessidades é algo que todos nós provavelmente poderíamos fazer melhor para melhorar a nossa forma de comunicação com as pacientes. Obrigada.

Dr. Curigliano: Obrigada, Karen. O que a gente precisa fazer é dar um feedback positivo para a paciente. E a principal mensagem para mim é ouvir as pacientes. Obrigada Karen. Obrigada ao público. E obrigado por visualizar este microcapítulo da Medscape e continuem respondendo às perguntas a seguir.

Segmento 2: Discutindo as opções de tratamento e os resultados do tratamento

Karen Drucker, NP, RN: Olá, e bem-vindo a este microcapítulo da Medscape sobre "Discutindo opções de tratamento e resultados de tratamento". Meu nome é Karen Drucker, enfermeira do serviço de medicina de mama do Memorial Sloan Kettering Cancer Center, em Nova York. Comigo hoje está a Dra. Sara Hurvitz, que é professora de medicina na UCLA [Universidade da Califórnia, Los Angeles] em Los Angeles, Califórnia. Sara, você pode me mostrar algumas das opções de tratamento em andamento para pacientes com câncer de mama em estágio inicial de alto risco, receptor hormonal positivo e HER2 negativo?

Dra. Sara A. Hurvitz, FACP: Sim, Karen, ótimo estar aqui hoje. Há tanta coisa para falar no mundo do câncer de mama positivo para ER [receptor de estrogênio] de alto risco agora, não? Tantas mudanças aconteceram recentemente. Temos dados que apoiam o uso, por exemplo, da supressão ovariana quando adicionada à terapia endócrina para nossas mulheres mais jovens com câncer de mama em estágio inicial, ER-positivo e de alto risco. Agora também temos dados que apoiam o uso de um inibidor de CDK 4/6, abemaciclibe, em pacientes com risco particularmente alto de recorrência da doença. Os dados do estudo monarchE mostram que podemos reduzir o risco de recorrência na ordem de 30% em pacientes que tomam abemaciclibe no cenário adjuvante por 2 anos. E isso é fenomenal - uma grande mudança na capacidade de afetar os resultados para pacientes com alto risco de recorrência da doença. Elas agora têm uma opção adicional para incluir e, em seguida, adicionar a isso, para aquelas pacientes que são portadoras da mutação germinativa *BRCA* que têm câncer de mama em estágio inicial, mas de alto risco ER-positivo, com a disponibilidade de olaparibe. Olaparibe é um inibidor de PARP [poli(adenosina difosfato-ribose) polimerase] usado no cenário adjuvante por um ano com base no estudo OlympiA, mostrando uma melhora na sobrevida livre de doença para pacientes que o usaram.

Esse é um momento muito interessante. E para incluir esses dados sobre o uso de terapia adjuvante estendida com terapia endócrina, o que significa mais de 5 anos de terapia endócrina, muitos estudos clínicos analisaram isso. Esse é um campo em evolução, evoluindo muito rapidamente. A boa notícia é que agora há mais opções disponíveis para nossas pacientes que sabemos que correm alto risco de ter uma recorrência metastática.

Quando você está conversando com uma paciente que vai tomar abemaciclibe ou olaparibe e que tem câncer de mama ER-positivo de alto risco, como você aborda a discussão dos prós e contras com elas?

Sra. Drucker: Bem, eu tento me concentrar nos benefícios da terapia, o que obviamente deve diminuir a probabilidade de recorrência. Eu gostaria de falar sobre os benefícios e que, embora possa ser um pouco difícil e um pouco mais complicado, podemos mudar os resultados. Não é uma garantia, mas se pudermos mudar um resultado, pode realmente fazer uma diferença na prevenção do câncer de mama metastático. Eu sempre tento me concentrar no positivo, mas também deixo claro para elas, vamos tentar. Você está no controle. Você toma a decisão final de permanecer em uma terapia ou não. Vamos tentar. Vamos tentar gerenciar os efeitos colaterais. Vamos tentar manter a melhor qualidade de vida que podemos para você. E se não podemos fazer isso, se não podemos fazer isso, então você sempre tem a capacidade de dizer, vou parar por aqui e me arriscar. Eu gosto de assegurar que os pacientes se sintam no controle da situação.

Dra. Hurvitz: Sim, capacitar a paciente é um componente muito importante da tomada de decisão compartilhada. Controlar essa decisão ou ser coproprietário dessa decisão é muito importante, eu acho. Eu acho que esses são pontos realmente importantes. Percebi em minha própria prática, que as pacientes que têm a doença de maior risco tendem a ser aquelas realmente motivadas a arcar com mais custos em termos de toxicidade, e aquelas com doença limítrofe de alto risco podem ser as que, normalmente, podem pensar com mais cuidado se essa redução absoluta de risco para elas valerá ou não essa toxicidade. De fato, essas discussões são altamente personalizadas e levam muito tempo na clínica, mas são muito, muito importantes.

Eu gostaria de perguntar: Em sua prática, como você está discutindo os efeitos colaterais desses agentes com suas pacientes?

Sra. Drucker: Essa é uma grande discussão, porque sabemos que a terapia endócrina por si só pode ter muitos efeitos colaterais para as pacientes. Portanto, a adição de abemaciclibe ou olaparibe certamente aumenta esses efeitos colaterais e pode dificultar para algumas pacientes. O efeito colateral mais comum do abemaciclibe é a diarreia. Eu diria que é provavelmente o número um. E assim, nós imediatamente, antes de começar, preparamos as pacientes para isso, garantimos que elas tenham loperamida à mão, tentamos orientá-las sobre quando começar, quando nos ligar, sobre como se manter hidratada. E também, há fadiga com ambos os medicamentos. Olaparibe e abemaciclibe aumentam o nível de fadiga, por isso asseguramos que as pacientes estejam cientes disso, que esperem isso, para que não sejam surpreendidas, mas também as incentivamos a entrar em contato conosco imediatamente se for mais do que só um pouquinho, para que possamos realmente orientá-las e torcer para que não parem simplesmente com a medicação. Acho que as pessoas são mais empoderadas quando sabem o que esperar.

Dra. Hurvitz: Com certeza. Esses são pontos fantásticos. Concordo que a diarreia é o efeito colateral mais problemático do abemaciclibe. Avisado é prevenido, eu sempre digo. Passar muito tempo com a paciente e explicar esse efeito colateral ajuda bastante a detectá-lo precocemente e mitigá-lo. A neutropenia é um pouco menor com abemaciclibe do que vemos com os outros inibidores de CDK 4/6, mas ainda é importante notificar as pacientes, porque se estiverem com diarreia particularmente forte e desenvolverem febre, isso é algo que provavelmente trataríamos um pouco mais agressivamente e faz com que elas venham e sejam vistas e verifiquem o hemograma completo (CBC) apenas para ter certeza de que estão bem.

Gostaria de agradecer por fazer esta seção comigo hoje, Karen. E quero agradecer ao nosso público por ver este microcapítulo da Medscape. Continue respondendo às perguntas seguintes.

Segmento 3: Eventos adversos: O que as pacientes precisam saber?

Dr. Giuseppe Curigliano, PhD: Olá, e bem-vindo a este microcapítulo da Medscape sobre "Eventos Adversos: O que as pacientes precisam saber?" Sou Giuseppe Curigliano, médico oncologista. Trabalho na Universidade de Milão e no Instituto Europeu de Oncologia, em Milão, na Itália. E aqui comigo está Karen Drucker, enfermeira do Memorial Sloan Kettering Cancer Center em Nova York, EUA.

Vamos discutir os eventos adversos do abemaciclibe. Sabemos muito bem que ao tomar abemaciclibe no cenário adjuvante, você pode ter diarreia, com 83% dos pacientes relatando diarreia. Outros efeitos colaterais estão relacionados à neutropenia e fadiga. Discutindo o olaparibe também no cenário adjuvante, temos outros tipos de efeitos colaterais. Em primeiro lugar, náusea [é] relatada por 57% das pacientes, fadiga, [relatada por] 40% das pacientes e anemia.

Eu acredito que a paciente tem um papel muito importante no controle dos eventos adversos. Você precisa, é claro, de uma forte educação da paciente; aumentar a conscientização da paciente sobre toxicidades potenciais; e, claro, explicar à paciente o que fazer se houver um efeito colateral e fazer o monitoramento da paciente por meio de hubs e telessaúde. Eu tenho uma pergunta para você, Karen. Você sabe muito bem que o gerenciamento de toxicidade geralmente é um trabalho específico de enfermeiros e profissionais de enfermagem. Você desempenha um papel muito importante nisso. Minha pergunta para você [é], como você aborda o manejo de eventos adversos com suas pacientes e o que as pacientes precisam saber? Obrigado, Karen.

Karen Drucker, NP, RN: Obrigada. Em primeiro lugar, preciso dizer que a educação é crucial. Você não pode educar as pessoas o suficiente com material escrito nem com material verbal e, obviamente, atendendo a como elas aprendem melhor. E você pode perguntar às pacientes como elas aprendem melhor. Acho que as pacientes realmente precisam saber o que esperar, quais efeitos colaterais esperar. Não podemos contar a elas todos os efeitos colaterais possíveis, mas você certamente pode falar e revisar os efeitos colaterais mais comuns e o que você mais espera e quais intervenções são necessárias para que estejam preparadas. Se você sabe que um medicamento vai causar diarreia, você quer que elas tenham antidiarreicos à mão, porque você certamente não quer que elas tenham que ir à farmácia e comprá-los, de modo semelhante aos antieméticos. Elas precisam se sentir muito à vontade para entrar em contato com você e ligar com dúvidas, porque acho que todos sabemos como o câncer é esmagador e como a medicina é esmagadora, e muitas vezes você não absorve muito da primeira vez. Elas realmente devem saber como entrar em contato com você daqui para frente, para tirar dúvidas sobre como lidar com os efeitos colaterais.

Dr. Curigliano: Você pode me dar um exemplo de como controlar a diarreia com abemaciclibe?

Sra. Drucker: O ponto de partida seria tomar loperamida em casa e usá-la no início de qualquer diarreia, quero dizer, após 1 movimento intestinal. Eu costumo dizer às pessoas que se elas têm 1 [movimento intestinal], elas podem deixar passar, a menos que seja muito intenso, e então devem começar os antidiarreicos. E também dieta, dieta BRAT [bananas, arroz, compota de maçã, torrada (bananas, rice, applesauce, toast)], e educando-as sobre quais alimentos comer e quais alimentos não comer, sobre hidratação – extremamente importante quando você está lidando com diarreia.

Dr. Curigliano: Karen, você pode explicar como manejar os efeitos colaterais com olaparibe?

Sra. Drucker: Claro. Sim. A fadiga é uma efeito colateral muito comum, e por isso costumo tentar educar as pacientes sobre como priorizar suas atividades. Obviamente, se você tem fadiga e não consegue fazer muito em um dia, deve priorizar as coisas que são mais importantes para você. E também, exercício. Exercício leve, na verdade, sabemos que pode ajudar a melhorar a fadiga, mas também se certifique de que elas entendam que devem relatar fadiga. Porque temos que realmente avaliar a fadiga, a quantidade de fadiga que não tem problema. Se alguém está acamada pelo cansaço, isso é um problema. Também sabemos que a anemia pode ser um efeito colateral do olaparibe, é importante que a fadiga não seja resultado da anemia extrema. E também há problemas gastrointestinais com o olaparibe. Você quer que as pacientes tenham antidiarreicos, assim como um antiemético à mão para usar. E, obviamente, eduque-as sobre quando os antidiarreicos devem ser usados e quando precisam ser relatados. Acho importante que as pacientes saibam em que momento realmente precisam relatar. Certifique-se de que estejam se hidratando bem e mantendo contato conosco.

Dr. Curigliano: Muito obrigado. A educação da paciente é fundamental. Claro que precisamos de uma equipe multidisciplinar, hidratação e loperamida para diarreia, e em seguida qualquer tipo de suporte para anemia induzida por olaparibe. Eu gostaria de agradecer à Karen por esta excelente discussão e obrigado por assistir a este microcapítulo da Medscape. Continue nas perguntas.

Segmento 4: Monitoramento de pacientes em terapia: Reconhecendo pacientes em risco de interromper o tratamento

Dra. Sara A. Hurvitz, FACP: Olá, e bem-vindo a este microcapítulo da Medscape, "Monitorando de pacientes em terapia: Reconhecendo pacientes em risco de interromper o tratamento." Meu nome é Sara Hurvitz, professora de medicina da UCLA em Los Angeles, Califórnia. E juntando-se a mim hoje está Karen Drucker, enfermeira do Memorial Sloan Kettering Cancer Center, em Nova York. Bem-vinda, Karen.

Karen Drucker, NP, RN: Obrigada.

Dra. Hurvitz: Há tantas terapias diferentes disponíveis agora para oferecermos às nossas pacientes que têm câncer de mama ER-positivo de alto risco, em estágio inicial, com 2 aprovações relativamente novas nesta área, abemaciclibe e olaparibe. Sempre que temos novas terapias para oferecer às nossas pacientes, é claro, vem junto com a toxicidade que é importante alertar e monitorar as pacientes. Karen, eu gostaria que você pudesse nos guiar por algumas estratégias importantes de monitoramento que você usa em sua própria clínica para pacientes que estão começando, por exemplo, com abemaciclibe.

Sra. Drucker: Claro. Portanto, em geral, com abemaciclibe, independentemente das toxicidades, estamos atendendo pacientes geralmente a cada 2 semanas nos primeiros meses para monitorar o hemograma completo (CBC). Às vezes, não será uma visita presencial, mas definitivamente verificamos o hemograma e provavelmente fazemos pelo menos uma visita de telessaúde com elas e, em seguida, intervalos de visitas presenciais. Então essa é uma forma. E também estamos incentivando-as a ligar. Nós realmente damos a elas diretrizes bastante rígidas sobre os motivos para ligar se estiverem tendo uma diarreia acima de uma certa quantidade, se não conseguirem lidar com isso, se a fadiga for excessiva. Normalmente, uma vez que as pacientes tomam esses medicamentos por alguns meses e os toleram bem, elas geralmente não tendem a ter muitos problemas depois disso. Historicamente, obviamente usamos esses medicamentos no cenário metastático, então os medicamentos em si não são novos para nós.

Dra. Hurvitz: Com certeza, eles são novos para as pacientes, mas não para nós. E você levantou um bom ponto de que contatos frequentes com as pacientes para garantir que elas estejam tolerando bem a terapia é realmente importante. Suas contagens sanguíneas e função hepática podem parecer muito boas, mas podem estar sofrendo de diarreia, por exemplo. Eu gostaria de saber se você está vendo suas pacientes quando elas vêm a cada 2 semanas nos primeiros 2 meses, ou você tem ligações telefônicas programadas com elas ou elas simplesmente ligam para você?

Sra. Drucker: Tudo isso. Nós ligamos. Sabemos que não confiamos apenas nas pacientes que nos ligam, embora tentemos educá-las para que nos liguem a qualquer hora, em qualquer dia, se houver sintomas preocupantes. Mas em cada consulta eu sempre reviso a medicação e reviso como elas estão tomando para ter certeza de que entendem e estão tomando a dose certa e na frequência certa e assim por diante. Eu não tomo isso como garantido, então vou perguntar a elas: "Você pode contar de novo como você está tomando?" E assim por diante.

Vou também observar se estão pegando refils dos medicamentos no momento certo. Se eu notar que não pegam refils dos medicamentos e já se passaram 2 meses, eu posso perguntar: "Eu notei que você não reabasteceu seus comprimidos. Você os está tomando corretamente?" E, novamente, sempre revisando o cronograma e certificando-me de que não estão tendo problemas para manter o cronograma recomendado para obter o melhor resultado obviamente.

Dra. Hurvitz: Na verdade, uma das minhas estratégias tem sido apenas dar uma prescrição de 1 mês na primeira prescrição do novo agente com 0 refil, o que força a paciente a entrar em contato comigo se não tiver me contatado naquele primeiro mês, antes de lhes dar, por exemplo, uma prescrição de 90 dias. É um pouco mais complicado para mim, mas é uma maneira de ter certeza de que estão realmente seguindo e mantendo contato comigo.

Resumidamente, o uso de olaparibe também é relativamente novo em nossas práticas no cenário adjuvante. Você está vendo pacientes com frequência e monitorando certos sintomas com o uso desse novo agente também?

Sra. Drucker: Sim. Provavelmente não a cada 2 semanas, mas definitivamente em uma programação mensal porque vemos anemia, podemos ver muita fadiga. E assim, também mantemos contato próximo com essas pacientes. Suas contagens sanguíneas podem não precisar ser verificadas com tanta frequência. E acho que os efeitos colaterais são provavelmente um pouco menores para a maioria das pacientes. Mas definitivamente podemos ver muita fadiga e obviamente sabemos que as pacientes não gostam de ficar muito cansadas. Precisamos tentar incentivá-las a continuar tomando o medicamento e encontrar maneiras de ajudá-las a combater a fadiga.

Dra. Hurvitz: Esse é um ponto muito importante. Precisamos ter em mente que essas pacientes, quase todas, já passaram por quimioterapia no momento em que estão iniciando qualquer um desses agentes. Elas fizeram cirurgias, talvez radioterapia. Muitas delas estão muito cansadas. Elas vão fazer terapia endócrina e estão cansadas de passar por esse tipo de terapia intensiva. E agora, elas se deparam com mais 1 ou 2 anos de terapia que pode deixá-las esgotadas. Acho que você levantou pontos muito bons, e a fadiga e os efeitos colaterais que elas apresentam podem inibir sua capacidade de aderir à medicação.

O que eu notei é que algumas pacientes que não estão tomando seus medicamentos podem não admitir isso ao seu médico ou enfermeiro ou médico assistente porque não querem desapontar o médico. Acho que a comunicação aberta com as pacientes e o monitoramento dos refills de prescrição e simplesmente dizer que está tudo bem se tiverem dificuldades, precisar reduzir ou manter a dose é um componente importante da saúde.

Muito obrigado hoje por esta grande discussão, Karen. Isso é extremamente importante quando começamos a incluir novas terapias como essa no cuidado dessas pacientes. E obrigado ao nosso público por assistir a este microcapítulo da Medscape. Continue respondendo às perguntas seguintes.

Segmento 5: Telessaúde na prática clínica

Dra. Sara A. Hurvitz, FACP: Olá, e bem-vindo a este microcapítulo da Medscape que discute a “Telessaúde na prática clínica”. Meu nome é Sara Hurvitz, professora de medicina da UCLA em Los Angeles, Califórnia. E junto comigo hoje está Karen Drucker, enfermeira do Memorial Sloan Kettering Cancer Center, em Nova York. Bem-vinda, Karen.

Karen Drucker, NP, RN: Obrigada.

Dra. Hurvitz: Estamos há quase três anos lidando com uma pandemia de COVID-19 que mudou muito em nossas vidas, incluindo a forma como praticamos a medicina. Eu sei que em minha própria prática na UCLA, antes da COVID, tínhamos uma capacidade muito limitada de fazer visitas

de telessaúde com pacientes em nossa área ou fora de nosso estado ou mesmo país. Mas de alguma forma, com a pandemia da COVID, conseguimos encontrar maneiras, de maneira compatível com a HIPAA [Health Insurance Portability and Accountability Act], oferecer telessaúde amplamente para uma população ainda maior de pacientes fora da região de Los Angeles. Eu queria saber de você, Karen, se essa tem sido sua experiência e se as visitas de telessaúde se tornaram ou não uma parte diária de sua prática agora.

Sra. Drucker: Sim, eu concordo. Antes da COVID-19, nunca fazíamos visitas de telessaúde. Certamente conversamos com as pacientes pelo telefone, o que obviamente não é cobrado e não é uma visita real. Mas a telessaúde realmente mudou muito as coisas. Agora, embora nunca substitua as visitas presenciais e realmente poder ver as pacientes e examiná-las presencialmente, mesmo com a COVID diminuindo, estamos realmente descobrindo que há uma ótima aplicação para isso. Especialmente porque nem todas as pacientes moram perto de nós: Algumas pacientes fazem longos deslocamentos, e realmente leva o dia inteiro para fazer uma visita. Muitas vezes, quando não precisamos necessariamente examinar uma paciente, mas realmente queremos revisar suas contagens sanguíneas, revisar suas toxicidades e assim por diante, a visita de telessaúde se tornou algo maravilhoso. E mesmo quando não podemos usar para todo mundo, há pacientes, como eu disse, para quem é muito mais difícil vir para a cidade.

Assim nós realmente conseguimos avaliar as pessoas com muito mais facilidade em um ambiente confortável, elas estão em sua própria casa. Você às vezes consegue ver um lado diferente das pacientes quando estão em casa. Eu acho que, embora haja limitações, porque você pode não examinar verdadeiramente uma pessoa. Acho que a telessaúde veio para ficar porque ela tem muitas vantagens. E você pode realmente fazer um bom monitoramento dos efeitos colaterais e toxicidades usando a telessaúde.

Dra. Hurvitz: Eu concordo. E vendo as pacientes em seu ambiente, eu só quero tocar um pouco mais nisso. [Isso] foi revelador para mim. É quase como quando uma paciente está em um hospital de camisola, você a vê apenas como paciente, e quando você vê a paciente na clínica, ela vem à sua clínica, está sentada na cadeira e é apenas ela de forma isolada. Mas vendo uma paciente em sua casa cercada pela família e suas coisas, vendo se ela está na cama, fazendo a visita de vídeo em sua cama ou em um sofá versus uma mesa, você pode inferir muitas coisas por essas pistas sociais. E isso também muda minha capacidade de visualizá-las, não apenas como paciente, mas como ser humano interagindo em seu próprio mundo, e eu gostei de poder ver isso. Também permitiu que mais membros da família se envolvessem nas visitas, o que eu acho que tem sido muito útil. Porque às vezes eles acrescentam tipo, você esqueceu que teve muita diarreia ontem à noite, por que não menciona isso? No consultório, precisamos limitar o número de visitantes que entram. Não há muita defesa de paciente acontecendo. Quais são os contras disso? Você já teve alguma desvantagem?

Sra. Drucker: Com certeza. Às vezes, obviamente, a tecnologia, nem todo mundo é tão bom em tecnologia. Até nosso sistema às vezes cai. As pacientes às vezes não conseguem realmente se posicionar muito bem na câmera, ou a imagem está entrando e saindo, ou você não vê muito bem o rosto delas. Isso é definitivamente um problema às vezes. Além disso, há algumas pacientes que começam a não querer vir, porque a telessaúde é obviamente muito mais fácil para elas e não ocupa o dia inteiro. Mas preferimos vê-las em alguns intervalos porque sabemos que existem limitações em nossas avaliações na telessaúde. Certamente, não podemos fazer um exame físico e assim por diante. Há pontos fortes e limitações. E, novamente, acho que, embora estejamos praticando muito mais do que costumávamos praticar antes da COVID, ainda acho que a telessaúde está aqui para ficar, e há ótimas oportunidades de usá-la para avaliar pacientes.

Dra. Hurvitz: Sim, eu concordo. Acho que essa é uma ferramenta que veio para ficar, e é um dos lados positivos da pandemia, acho, porque nos permitiu chegar a pacientes que podem ter dificuldades para entrar na clínica, pagar estacionamento, transporte, morar em áreas rurais, etc. Há um lado bom nisso, e acho que veio para ficar.

Muito obrigado, Karen, por esta discussão muito interessante, e obrigado ao nosso público por assistir a este microcapítulo da Medscape. Continue para responder às seguintes perguntas,

Esta transcrição não foi editada

Aviso legal

Esse documento destina-se apenas a fins educacionais. Não serão dados créditos de Educação Médica Contínua (CME) pela leitura do conteúdo desse documento. Para participar dessa atividade, acesse www.medscape.org/viewarticle/983635

Para dúvidas sobre o conteúdo dessa atividade, entre em contato com o fornecedor da atividade educacional pelo e-mail CME@medscape.net.

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

A atividade educacional apresentada acima pode envolver cenários baseados em casos simulados. Os pacientes representados nesses cenários são fictícios e nenhuma associação com nenhum paciente real é intencional ou deve ser inferida.

O material aqui apresentado não reflete necessariamente os pontos de vista da Medscape, LLC, ou das empresas que apoiam a programação educacional em medscape.org. Esses materiais podem abordar produtos terapêuticos que ainda não foram aprovados pela Agência de Administração de Alimentos e Medicamentos dos EUA e usos fora da indicação de produtos aprovados. Um profissional de saúde qualificado deve ser consultado antes de usar o produto terapêutico em questão. Os leitores devem verificar todas as informações e dados antes de tratar pacientes ou utilizar qualquer terapia descrita nesta atividade educacional.

Medscape Education © 2022 Medscape, LLC