

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

33

ANO IX · JUL-OUT 2016

ENTREVISTA COM...

Ana Bastos, Enfermeira especialista médico-cirúrgica (Instituto Português Oncologia - Porto).

Ana Reis, Enfermeira especialista na área de Saúde Infantil e Pediatria (Serviço de Pediatria, Instituto Português de Oncologia - Porto).

PROCESSO DE LUTO DA FAMÍLIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: COMO INTERVIR

Artigo de revisão integrativa da literatura centra-se na intervenção do enfermeiro no processo de luto dos familiares do doente oncológico.

HIDRATAÇÃO DOS LÁBIOS EM DOENTES COM PATOLOGIA HEMATO-ONCOLÓGICA

Estudo com uma abordagem quantitativa de natureza exploratória e transversal sobre conhecimento dos hábitos de hidratação dos lábios da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia.

PERFIL DA PESSOA QUE SERÁ SUBMETIDA A OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL NA FASE PRÉ-OPERATÓRIA

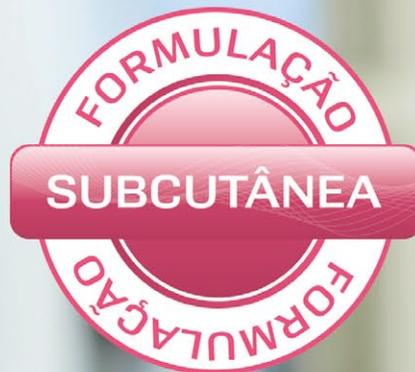
Estudo quantitativo, descritivo e transversal onde se descreve as características sociodemográficas, clínicas e de tratamento da pessoa submetida a ostomia de eliminação intestinal no norte de Portugal.



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa



A fotografia não corresponde a uma doente real.



Herceptin 150 mg, pó para concentrado para solução para perfusão. 1 frasco para injetáveis contém 150 mg de trastuzumab. Excipientes: cloridrato de L-histidina, L-histidina, α , α -trealose di-hidratada, polissorbato 20. **Herceptin 600 mg solução injetável em frasco para injetáveis.** 1 frasco para injetáveis de 5 ml contém 600 mg de trastuzumab. Excipientes: hialuronidase humana recombinante, L-histidina, cloridrato de L-histidina monohidratado, α , α -trealose di-hidratada, L-metionina, polissorbato 20, água para preparações injetáveis. **Indicações terapêuticas:** **Em doentes adultos com cancro da mama metastizado [CMm] HER2+:** a) Em monoterapia, em doentes previamente submetidos a ≥ 2 regimes de quimioterapia (QT) (incluindo, pelo menos, 1 antraciclina e 1 taxano, a não ser que esse tratamento não seja adequado). Doentes que expressam recetores hormonais (RH) devem ainda não responder à terapêutica hormonal, a não ser que esta não seja adequada. b) Com paclitaxel, em doentes não submetidos previamente a QT e para os quais antraciclinas não sejam adequadas. c) Com docetaxel, em doentes não submetidos previamente a QT. d) Com inibidor da aromatase, em doentes pós-menopáusicas com CMm com expressão de RH, não tratadas previamente com Herceptin. **Em doentes adultos com cancro da mama em estadios precoces [CMp] HER2+:** a) Na sequência de cirurgia, QT (neoadjuvante ou adjuvante) e radioterapia. b) Com paclitaxel ou docetaxel, na sequência de QT adjuvante com doxorubicina e ciclofosfamida. c) Com QT adjuvante constituída por docetaxel e carboplatina. d) Com QT neoadjuvante, seguido de terapêutica adjuvante com Herceptin, no CM localmente avançado (incluindo inflamatório) ou tumores de diâmetro > 2 cm. **Em doentes adultos com cancro gástrico metastizado [CGm] HER2+ [apenas para Herceptin 150 mg, pó p/ conc p/ sol p/ perfusão]:** com capecitabina ou 5FU e cisplatina no tratamento do adenocarcinoma metastizado do estômago ou da junção gastroesofágica, HER2+, que não receberam tratamento anterior para doença metastizada. Só utilizar Herceptin em tumores com sobre-expressão do HER2 ou amplificação do gene HER2. **Posologia e modo de administração:** Tratamento deverá ser iniciado apenas por um médico com experiência na administração de QT citotóxica e administrado por um profissional de saúde. Verificar os rótulos para garantir que o medicamento a ser preparado e administrado é Herceptin (trastuzumab) e não Kadcyta (trastuzumab emtansina) e que é usada a formulação correta. A formulação subcutânea de Herceptin não se destina à administração intravenosa e deve ser administrada apenas por injeção subcutânea. **Herceptin 150 mg, pó para concentrado para solução para perfusão:** CMm, de 3 em 3 sem.; dose de carga inicial de 8 mg/kg de peso corporal (bw), seguida, com intervalos de 3 sem., pela dose de manutenção de 6 mg/kg bw. CMm, semanal: dose de carga inicial de 4 mg/kg bw, seguida, semanalmente, pela dose de manutenção de 2 mg/kg bw. **CMp, de 3**

em 3 sem.: dose de carga inicial de 8 mg/kg bw, seguida, com intervalos de 3 sem., pela dose de manutenção de 6 mg/kg bw. **CMp, semanal:** dose de carga inicial de 4 mg/kg bw seguida de 2 mg/kg semanalmente, com paclitaxel, na sequência de QT com doxorubicina e ciclofosfamida. **CGm, de 3 em 3 sem.:** dose de carga inicial de 8 mg/kg bw, seguida, com intervalos de 3 sem., pela dose de manutenção de 6 mg/kg bw. **Modo de administração:** Dose de carga: perfusão iv durante 90 min. Se esta for bem tolerada, as doses subsequentes podem ser administradas durante 30 min. Os doentes devem ser vigiados durante ≥ 6 horas após a 1ª perfusão e durante 2h após as perfusões seguintes, quanto ao aparecimento de febre, calafrios, outros sintomas relacionados com a perfusão. **Herceptin 600 mg solução injetável em frasco para injetáveis:** 600 mg de 3 em 3 semanas por injeção subcutânea durante 2-5 minutos. Vigiar doentes após injeção. Os doentes devem ser vigiados durante 6 horas após a 1ª injeção e durante 2h após as injeções seguintes, relativamente a sinais e sintomas de reações relacionadas com a administração. **Duração do tratamento:** CMm ou CGm: até à progressão da doença. CMp: 1 ano ou até recorrência da doença. **Para mais informação sobre modo de administração, administração dos fármacos em associação, redução dose, populações especiais, instruções utilização e mudança de tratamento entre a formulação intravenosa e subcutânea, consultar RCM. Contraindicações:** Hipersensibilidade ao medicamento, proteínas murinas, hialuronidase ou excipientes. Doentes com dispneia grave em repouso devido a complicações da neoplasia ou que precisem de terapêutica suplementar com oxigénio. **Advertências:** Maior risco de desenvolver ICC ou disfunção cardíaca assintomática em monoterapia ou em associação com QT. Estes acontecimentos podem ser moderados a graves e têm sido associados a morte. Ter precaução ao tratar doentes com risco cardíaco aumentado [ex. insuficiência cardíaca, hipertensão ou doença coronária arterial, FEVE ≤ 55 %, idade avançada]. Todos os candidatos a tratamento, especialmente com exposição prévia a antraciclinas e ciclofosfamida, devem ter avaliação da função cardíaca antes, durante e até 24 meses após a interrupção do tratamento. Doentes tratados com antraciclinas após o fim da terapêutica com Herceptin podem apresentar risco aumentado de disfunção cardíaca. Considerar avaliação cardiológica nos doentes para os quais tenham sido detetadas alterações cardiovasculares, ou em que existam preocupações, aquando da avaliação inicial. Não administrar Herceptin concomitantemente com antraciclinas no CMm ou em tratamento adjuvante. **Ver RCM para mais informações importantes de disfunção cardíaca específicas do CMm, CMp, adjuvante e neoadjuvante.** Podem ocorrer reações relacionadas com a perfusão durante, nas horas que se seguem e até 1 semana após a perfusão, tendo ocorrido casos fatais. Se ocorrer reação relacionada com a perfusão, interromper e



Herceptin® SC
trastuzumab
subcutâneo



EVOLUÇÃO CONTÍNUA NO TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA HER2+

monitorizar doente até desaparecimento de qualquer sintoma observado. Os doentes devem ser advertidos da possibilidade deste início tardio dos sintomas e ser instruídos a contactar o médico caso estes sintomas ocorram. No caso da formulação subcutânea, observar os doentes em relação à ocorrência de reações relacionadas com a administração durante 6h após a 1ª injeção e durante 2h após injeções subsequentes. Foram notificados acontecimentos graves pulmonares. Fatores de risco associados à doença pulmonar intersticial incluem tratamento anterior ou concomitante com outros antineoplásicos associados a esta doença, tais como taxanos, gemcitabina, vinorelbina e radioterapia. Deve ter-se atenção à pneumonite, em especial em doentes que estejam a ser tratados com taxanos. Registar o nome de marca e o número de lote do medicamento no processo do doente.

Interações: Pode elevar a exposição de metabolito da doxorubicina. Em associação ao Herceptin, a capecitabina demonstrou concentrações mais elevadas e uma semivida mais longa. *Ver RCM para mais informações sobre as interações medicamentosas.* **Efeitos indesejáveis:** **Reações adversas (RA) mais graves e/ou frequentes:** Disfunção cardíaca, reações associadas à administração, toxicidade hematológica (em particular neutropenia e leucopenia), infeções e reações adversas pulmonares. **RA muito frequentes:** nasofaringite, neutropenia febril, anemia, neutropenia, leucopenia, trombocitopenia, diminuição do peso, anorexia, insónia tremor, tonturas, cefaleia, parestesia, disgeusia, conjuntivite, hipersecreção lacrimal, hipotensão/hipertensão arterial, batimento cardíaco irregular, palpitações, flutter cardíaco, fração de ejeção diminuída, afrontamentos, sibilos, dispneia, tosse, epistaxis, rinorreia, diarreia, vômitos, náuseas, tumefação labial, dor abdominal, dispepsia, obstipação, estomatite, eritema, erupção cutânea, edema facial, alopecia, alterações ungueais, síndrome de eritrodismestesia palmoplantar, artralgia, tensão muscular, mialgia, astenia, dor torácica, arrepios, fadiga, síndrome gripal, reações associadas à perfusão, dor, pirexia, inflamação da mucosa e edema periférico. **Importante:** Observaram-se outras RA graves, potencialmente fatais, incluindo reações à perfusão, reações de hipersensibilidade e do tipo alérgico, acontecimentos do foro pulmonar e toxicidade cardíaca. *Por favor consulte o RCM para informação detalhada sobre estas e outras RAs e para informação sobre a mudança de tratamento entre a formulação intravenosa e subcutânea.* **Data da revisão do texto:** setembro 2015. **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacéutica Química, Lda. Estrada Nacional 249-1, 2720-413 Amadora. NC 500233810.**

Referência: 1. Resumo das Características do Medicamento Herceptin® datado de 24 de outubro de 2015.

Caso ocorra uma gravidez durante a utilização de Herceptin ou no período de 7 meses após a última dose notifique imediatamente o departamento de farmacovigilância da Roche através dos seguintes contactos: Telefone: 214257075; Email: amadora.farmacovigilancia@roche.com. Será solicitada informação adicional durante a gravidez com exposição a Herceptin e no primeiro ano de vida da criança. Tal permitirá à Roche compreender melhor a segurança de Herceptin e providenciar informação apropriada às autoridades de saúde, profissionais de saúde e doentes.

Advertências para grávidas e mulheres potencialmente grávidas

- Deve evitar-se a utilização de Herceptin durante a gravidez, exceto se o benefício potencial para a mãe superar o potencial risco para o feto. A quantidade de dados sobre o uso de Herceptin em mulheres grávidas é limitada e a utilização segura de Herceptin durante a gravidez e amamentação não foi estabelecida.
- Não existe informação disponível sobre a fertilidade.
- Em contexto pós-comercialização, foram notificados, em mulheres grávidas a receber tratamento com Herceptin, casos de compromisso da função e/ou crescimento renal fetal associado a oligodrâmnios, alguns associados a hipoplasia pulmonar fatal do feto.
- Verificar o estado de gravidez antes do início de Herceptin. Mulheres com potencial para engravidar devem usar contraceção eficaz durante o tratamento com Herceptin e durante 7 meses após a última dose de Herceptin.
- Vigilância apertada de oligodrâmnios em doentes que fiquem grávidas durante o tratamento com Herceptin ou nos 7 meses após a última dose de Herceptin.
- Desconhece-se se o Herceptin é secretado no leite humano. Uma vez que a IgG humana é secretada no leite humano e se desconhece o potencial perigo para o bebé, as mulheres devem evitar amamentar durante o tratamento com Herceptin e nos 7 meses após a última dose.

Indicado na 1ª Linha do tratamento dos doentes com Melanoma Avançado

YERVOY® (ipilimumab), no caminho para a Sobrevivência a Longo Prazo no melanoma avançado... Começar com YERVOY® (ipilimumab)¹⁻⁵



YERVOY® (ipilimumab) vs. gp100: HR=0,66 (IC 95%: 0,51; 0,87), $p=0,0026^{**}$

*Não está ajustado para comparações múltiplas.

— YERVOY® (ipilimumab)
— gp100

Quase duplicação da Sobrevivência a 1 e 2 anos em doentes previamente tratados¹

Taxa de Sobrevivência **46%** a 1 ANO¹ | Taxa de Sobrevivência **24%** a 2 ANOS¹

e uma eficácia consistente em doentes tratados em primeira linha¹

Taxa de Sobrevivência **49,3%**³ | Taxa de Sobrevivência **32%** a 2 ANOS^{1**}
 Taxa de Sobrevivência **59,5%**⁴ a 1 ANO^{3,4}

Indicação

YERVOY® (ipilimumab) é indicado para o tratamento de melanoma avançado (irressecável ou metastático) em adultos.¹

** As taxas de sobrevivência estimadas a 1 ano e a 2 anos para doentes que não fizeram quimioterapia prévia (n=78) agrupados de ensaios clínicos de Fases 2 e 3 foram de 54,1% (IC de 95%: 42,5 - 65,6) e de 32% (IC de 95%: 20,7 - 42,9), respetivamente.

Referências:

1. Resumo das Características do Medicamento de YERVOY® Dezembro 2013. 2. Hodi FS *et al.* *N Engl J Med.* 2010;363:711-23. 3. Patt D *et al.* European Cancer Congress (ECCO-ESMO-ESTRO), 27 Set. -1 Out. 2013, Amsterdão. Poster nº 3751. 4. Margolin KA *et al.* European Cancer Congress (ECCO-ESMO-ESTRO), 27 Set. -1 Out. 2013, Amsterdão. Poster nº 3742. 5. Eggermont AM *et al.* *Eur J Cancer.* 2011;47:2150-7.

YERVOY (IPILIMUMAB) Informações essenciais compatíveis com o RCM
Nome do medicamento: YERVOY 5 mg/ml concentrado para solução para perfusão (ipilimumab). **Indicações terapêuticas:** YERVOY é indicado para o tratamento do melanoma avançado (irressecável ou metastático) em adultos. **Posologia e modo de administração:** Posologia: O regime de indução de YERVOY recomendado é de 3 mg/kg administrado por via intravenosa durante um período de 90 minutos cada 3 semanas para um total de 4 doses. Os doentes devem receber todo o regime de indução (4 doses) como tolerado, independentemente do aparecimento de novas lesões ou agravamento de lesões já existentes. A avaliação da resposta tumoral deve ser realizada apenas após o final da terapia de indução. Os testes à função hepática e à função da tireóide devem ser avaliados no início do tratamento e antes de cada dose de YERVOY. Adicionalmente, quaisquer sinais ou sintomas de reacções adversas imunitárias, incluindo diarreia e colite, têm de ser avaliadas durante o tratamento com YERVOY (ver RCM completo para informação adicional). A gestão das reacções adversas imunitárias pode requerer atrasar uma dose ou a interrupção permanente da terapia com YERVOY e a instituição de corticosteróides sistémicos em doses elevadas. Em alguns casos, pode ser considerada a adição de outra terapia imunossupressora (ver RCM completo para informação adicional). A redução da dose não é recomendada. **Modo de administração:** O período de perfusão recomendado é de 90 minutos. YERVOY pode ser utilizado para administração intravenosa sem diluição ou pode ser diluído em solução injectável de cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9%) ou solução injectável de glucose 50 mg/ml (5%) para concentrações entre 1 e 4 mg/ml. YERVOY não pode ser administrado por via intravenosa rápida nem como injeção em bólus. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **Efeitos indesejáveis:** Ipilimumab é mais frequentemente associado com reacções adversas resultantes de actividade imunitária aumentada ou excessiva. A maioria destas, incluindo as reacções graves, tiveram resolução após o início de terapia médica adequada ou após ipilimumab ser retirado. Em doentes que receberam 3 mg/kg de ipilimumab em monoterapia no estudo MDX010-20, as reacções adversas notificadas mais frequentemente ($\geq 10\%$ dos doentes) foram diarreia, erupção cutânea, prurido, fadiga,

náuseas, vómitos, apetite diminuído e dor abdominal. A maioria foram ligeiras a moderadas (grau 1 ou 2). A terapia com ipilimumab foi interrompida devido a reacções adversas em 10% dos doentes. Ipilimumab é associado a reacções gastrointestinais imunitárias graves ou fatais (grau 3-5) foi de 8 semanas (intervalo 5 a 13 semanas). Com as normas orientadoras de gestão especificadas no protocolo, a resolução (definida como melhoria para ligeiro (grau 1) ou inferior ou para a gravidade no basal) ocorreu na maioria dos casos (90%) com uma mediana de tempo desde o aparecimento até à resolução de 4 semanas (intervalo 0,6 a 22 semanas). Ipilimumab é associado a hepatotoxicidade imunitária grave. O tempo para o aparecimento de hepatotoxicidade imunitária moderada a grave ou fatal (grau 2-5) variou de 3 a 9 semanas desde o início do tratamento. Com as normas orientadoras especificadas no protocolo, o tempo para a resolução variou de 0,7 a 2 semanas. A hepatotoxicidade imunitária ocorreu mais frequentemente em doentes a receber ipilimumab em doses mais elevadas do que as recomendadas em associação com dacarbazina, do que em doentes a receber ipilimumab 3 mg/kg em monoterapia. Ipilimumab é associado a reacções adversas cutâneas graves que podem ser imunitárias. A mediana do tempo para o aparecimento de reacções adversas cutâneas moderadas a graves ou fatais (grau 2-5) desde o início do tratamento foi de 3 semanas (intervalo 0,9-16 semanas). Com as normas orientadoras especificadas no protocolo, a resolução ocorreu na maioria dos casos (87%), com uma mediana do tempo desde o aparecimento até à resolução de 5 semanas (intervalo 0,6 a 29 semanas). Ipilimumab é associado a reacções adversas neurológicas imunitárias graves, endocrinopatia imunitária e outras reacções adversas imunitárias. O tempo para o aparecimento de endocrinopatia imunitária moderada a muito grave (grau 2-4) variou de 7 a perto de 20 semanas desde o início do tratamento. **Advertências e precauções especiais de utilização:** Ipilimumab está associado a reacções adversas inflamatórias resultantes de actividade imunitária aumentada ou excessiva (reacções adversas imunitárias), provavelmente relacionadas com o seu mecanismo de acção. As reacções adversas imunitárias, que podem ser graves ou potencialmente fatais, podem ser gastrointestinais, hepáticas, cutâneas, do sistema nervoso, do sistema endócrino

ou de outros sistemas de órgãos. Apesar da maioria das reacções adversas imunitárias ocorrer durante o período de indução, foi também notificado o aparecimento meses após a última dose de ipilimumab. Caso não tenha sido identificada uma etiologia alternativa, a diarreia, frequência de defecação aumentada, o sangue nas fezes, as elevações nos testes da função hepática, a erupção cutânea e a endocrinopatia têm de ser considerados inflamatórios e relacionados com ipilimumab. Um diagnóstico precoce e uma gestão adequada são essenciais para minimizar as complicações potencialmente fatais. Os doentes com melanoma ocular, melanoma primário do SNC e metástases cerebrais activas não foram incluídos no ensaio clínico principal. Cada ml do medicamento contém 0,1 mmol (ou 2,30 mg) de sódio. Esta informação deve ser tida em consideração em doentes com ingestão controlada de sódio. A administração concomitante de ipilimumab e vemurafenib não é recomendada. **Interações medicamentosas e outras formas de interacção:** O ipilimumab é um anticorpo monoclonal humano. Não foram observadas interações farmacocinéticas fármaco-fármaco clinicamente relevantes entre o ipilimumab e paclitaxel/carboplatina, dacarbazina ou o seu metabolito 5-aminoimidazol-4-carboxamida. A utilização de corticosteróides sistémicos no basal, antes do início de ipilimumab, deve ser evitada. No entanto, os corticosteróides sistémicos ou outros imunossuppressores podem ser utilizados após o início de ipilimumab para tratar as reacções adversas imunitárias. Uma vez que a hemorragia gastrointestinal é uma reacção adversa com ipilimumab, os doentes que requerem terapia anticoagulante concomitante devem ser monitorizados cuidadosamente. Fonte: RCM aprovado em 18 de Dezembro de 2013. Medicamento de receita médica restrita. **Nome e morada do representante do titular da autorização de introdução no mercado:** Bristol-Myers Squibb Farmacêutica Portuguesa, S.A. Quinta da Fonte, 2774-523 Paço de Arcos. **Para mais informações deverá contactar o representante do Titular da Autorização de Introdução no Mercado.**

Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reacções adversas através do sistema nacional de notificação.

YERVOY®
 (ipilimumab)
 concentrado para solução para perfusão

Onco.news dedica-se à publicação de artigos científicos na área da enfermagem oncológica, nas variantes temáticas de epidemiologia, biologia molecular e patológica, cirurgia, radioterapia e quimioterapia, tanto no cancro do adulto como no pediátrico.

Toda a informação sobre a revista pode ser encontrada em www.aeop.net.

INDEXANTES:



Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.



EBSCOhost databases are the most-used premium online information resources for tens of thousands of institutions worldwide, representing millions of end-users.



Entidade científica com repercussão na enfermagem, com especial relevo em acções de promoção da investigação de cuidados de saúde no contexto Ibero-americano.

MEMBRO



PARCERIA



ÍNDICE

05 EDITORIAL

M. Jorge Freitas, Coordenador Editorial da revista ON

06 ENTREVISTA COM...

Ana Bastos, Enfermeira especialista médico-cirúrgica (Instituto Português Oncologia - Porto).

Ana Reis, Enfermeira especialista na área de Saúde Infantil e Pediatria (Serviço de Pediatria, Instituto Português de Oncologia - Porto).

ARTIGOS

08 PROCESSO DE LUTO DA FAMÍLIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: COMO INTERVIR

Ana Fonseca, Ana Valeriano, João Silva, Mónica Conceição, Patrícia Paulino, Rita Isabel Ferreira

18 HIDRATAÇÃO DOS LÁBIOS EM DOENTES COM PATOLOGIA HEMATO-ONCOLÓGICA

Sílvia Magda Santos Pereira dos Reis, Isabel Maria Henriques Simões

24 PERFIL DA PESSOA QUE SERÁ SUBMETIDA A OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL NA FASE PRÉ-OPERATÓRIA

Carla Silva, Célia Santos, Maria Alice Brito

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

32 AEOP 10: 2 E 3 DE JUNHO DE 2017, HOTEL MONTEBELO, VISEU • 12º CONGRESSO NACIONAL CANCRO DIGESTIVO • ONCOASSIST: APLICAÇÃO MÓVEL PARA ENFERMEIROS • MYELOMA NURSE: LEARNING PROGRAMME • SPO 2016, PROGRAMA DE ENFERMAGEM • PROJECTO LEARN TO TEACH • REUNIÃO DO CONSELHO CONSULTIVO: 16 E 17 DE DEZEMBRO DE 2016, COIMBRA • SESSÕES E-LEARNING EM PORTUGUÊS

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

34 NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO

Também disponível em www.aeop.net

41 ENSAIOS CLÍNICOS - INFORMAÇÃO

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

FICHA TÉCNICA

ONCO.NEWS

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

DIRETOR DE PUBLICAÇÃO

M. Jorge Freitas Almeida, MsC, RN
Especialista em Enfermagem Comunitária
Mestrado em Bioética, PG Gestão Serviços Saúde
Serviço Radioterapia - Instituto Português Oncologia Porto
mjorgefreitas@sapo.pt

COORDENADOR EDITORIAL

Mónica Alexandra Castro Pereira, RN
Department of Oncohematology
University College London Hospital
castrm3@sapo.pt

CONSELHO EDITORIAL

Graca Braz, graca.braz@ipoporto.min-saude.pt
Elisabete Valério, elisabetsousavalerio@gmail.com
João Prata, jppprata@gmail.com

CONSELHO CIENTÍFICO

Ana Pinto Fonseca, MsC, RN
Mestrado em Ciências de Enfermagem
Docente na Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus - Universidade de Évora
afonseca@uevora.pt

Bruno Magalhães, MsC, RN
Mestrado em Saúde Pública
Docente na Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria, Porto
Oncologia Cirúrgica, Instituto Português de Oncologia, Porto
bruno.magalhaes@netcabo.pt

Eunice Sá, MsC, RN
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Mestrado em Psicologia da Saúde
Coordenadora do GIÉSEL, Professora Adjunta
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Pólo Artur Ravana
esa@esel.pt

Esmeralda Barreira, MsC, RN
Mestrado em Psicologia e Mestrado em Counselling
Docente na Universidade Fernando Pessoa
Clínica Pulmão - Instituto Português de Oncologia, Porto
merbarreira@gmail.com

Maria Deolinda Dias Pereira, MsC, RN
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Mestrado em Ciências de Enfermagem
deolindadp@gmail.com

Paulo Marques, PhD, MsC, RN
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Professor Doutor, Escola Superior de Enfermagem do Porto
paulomarques@esenf.pt

CONSELHO EDITORIAL

Carla Silva, Célia Santos, Maria Alice Brito, Isabel Simões, Sílvia Reis, Ana Fonseca,
Ana Valeriano, João Silva, Mónica Conceição, Patrícia Paulino, Rita Isabel Ferreira

COORDENADORES DOS WORKGROUPS

- **EDUCAÇÃO EM ONCOLOGIA:** Ana Paula Figueiredo, MsC, RN - anapaulafig.lo@gmail.com
- **DOENTE COM CANCRO CABEÇA E PESCOÇO:** Pedro Cardoso, RN - pedromadal@gmail.com
- **DOENTE COM CANCRO DIGESTIVO:** Ana Paula Moreira, RN - ana.paula.moreira@sapo.pt
- **DOENTE COM CANCRO MAMA:** Sara Torcato, MsC, RN - sara.torcato@gmail.com
- **DOENTE COM CANCRO PULMÃO:** Esmeralda Barreira, RN - merbarreira@gmail.com
- **DOENTE COM SARCOMA:** Márcia Santos, RN - marcia.pms@gmail.com
- **DOENTE HEMATO-ONCOLÓGICO:** Catarina Marques, RN - kati.alex@sapo.pt
- **DOENTE COM DOR:** Carina Raposo, RN - karyraposo@gmail.com

DESIGN E COMPOSIÇÃO GRÁFICA

Medesign, Lda

PERIODICIDADE

Quadrimestral

IMPRESSÃO

Norgráfica, Lda

TIRAGEM

600 exemplares

DEPÓSITO-LEGAL

262108/08

ISSN

2183-6914

Com o número 33, chegamos ao final de mais um ano de publicação da Revista OncoNews, órgão oficial da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP). Esta altura é sempre um bom momento para reflexão sobre o projeto, na tentativa de aumentar a sua importância para a comunidade científica da Enfermagem Oncológica. Atendendo aos últimos relatórios dos nossos indexantes, pensamos ser o momento de reformular o projeto no sentido de prosseguirmos o caminho de crescimento do impacto do que publicamos. Esta proposta será analisada na próxima reunião do Conselho Consultivo, marcada para Dezembro.

Neste número, publicamos uma entrevista dupla, a duas colegas que se destacaram e se destacam pela sua atividade na área do voluntariado. Existem colegas que têm uma importância marcante no apoio àqueles que pouco ou nada têm no que se refere à sua saúde. Ficam aqui dois testemunhos.

Publicamos três artigos científicos. Um sobre o processo de Luto da Família, aspetos importantes da nossa intervenção; outro sobre a abordagem de uma das complicações e desconforto que os nossos doentes apresentam aquando dos tratamentos de Quimioterapia: a secção das mucosas; Um terceiro aborda o perfil da pessoa doente submetida a ostomia de eliminação intestinal na fase pré-operatória.

Publicamos a habitual secção de Informação Institucional, uma outra sobre as notícias mais importantes no que se refere a novidades em Oncologia, e uma última sobre ensaios clínicos que estão a decorrer.

Destaco a próxima reunião do Conselho Consultivo da AEOP em Dezembro, onde os corpos sociais e os colegas dos Workgroups se irão reunir durante dois dias para debaterem e definirem as atividades para 2017.

Uma última palavra para a nossa próxima grande mudança. Estamos a trabalhar na criação de uma nova plataforma web onde vamos integrar uma nova página web, a página web do Congresso e a app da AEOP. Com esta mudança prevemos uma série de novas possibilidades de comunicação com os nossos membros e com a comunidade científica em geral. Teremos melhores serviços, adaptados à realidade moderna, maior aproximação e interatividade com os associados, uma AEOP mais moderna e mais profissional. No início de Janeiro iremos aparecer com uma cara renovada.

Aproveito para desejar Boas Festas e bom final de 2016.



M. Jorge Freitas
Diretor Publicação da revista ON



entrevista a **ANA BASTOS**

Enfermeira especialista médico-cirúrgica

Mestrado em Ciências de Enfermagem
Oncologia Cirúrgica
Instituto Português Oncologia - Porto

[onco.news] Sendo Enfermeira na área da Oncologia, o que a motivou a fazer Voluntariado?

[Ana Bastos] O que me motivou a ser voluntária foi a necessidade de dar o meu contributo para a construção de um mundo mais solidário.

A pobreza, as guerras, os conflitos e as alterações climáticas são as principais causas de sofrimento das pessoas, pelo que é impossível ficarmos indiferentes. Neste sentido, como pessoa/enfermeira senti que poderia participar neste combate, tendo em conta os valores humanos universais.

A AMI (Assistência Médica Internacional) foi o passaporte para partir, cruzar fronteiras e levar a solidariedade aos quatro cantos do mundo.

A AMI, fundada em 1984, desde o primeiro dia abraçou o mundo como a sua morada, atuando onde a assistência médica era mais necessária.

Que tipo de Voluntariado?

O meu voluntariado desenvolve-se na área da saúde. Para além de atividades nacionais, realizo missões internacionais na área da assistência médica.

Iniciei a minha atividade de voluntariado com a AMI em 1991, e desde essa altura realizei duas missões internacionais, a primeira em Moçambique (1994) e a segunda em Timor (2000).

Estas missões humanitárias tiveram a duração de quatro meses cada uma e foram centradas na assistência médica e educação para a saúde da população.

A missão de Moçambique decorreu na província de Tete, em Muchena, com a colaboração das Nações Unidas. Fomos integrados na equipa dos capacetes azuis no processo de desmobilização dos soldados da Renamo após o término da guerra. A nossa função era prestar cuidados de saúde à população civil e militar local.

Muchena era uma pequena localidade do interior (savana), localizada a 80 km da cidade de Tete. Vivíamos em tendas montadas pelas Nações Unidas, em que a eletricidade era fornecida por um gerador que era ligado à noite; a água potável era fornecida por Tete e a restante usada para uso doméstico era fornecida por um pequeno rio que passava pela localidade (Rovubué).

O nosso “hospital” também era uma espécie de tenda construída pelos capacetes azuis com paus, canas e um toldo de plástico que fazia de tecto. Era lindo o nosso hospital; arejado, não chovia, e tudo foi organizado com muito carinho para podermos prestar os cuidados de saúde possíveis.

A equipa era constituída por um médico e por uma enfermeira, da AMI, e uma enfermeira local que nos ajudava na comunicação com a população. Assim, juntos desenvolvemos várias atividades (vacinação, consultas, tratamentos, palestras), com o objetivo de minorar as

“

é necessário construir um futuro melhor e sobretudo mais humano

muitas situações de extrema pobreza. Foi um combate difícil e com poucos recursos, porém não desmoralizámos e adaptámo-nos às condições existentes.

Descreva as experiências que teve e qual foi o impacto desta experiência na sua vida profissional?

A missão de Timor realizou-se no distrito de Manatuto, situado aproximadamente a 50 km de Díli. Vivíamos numa casa com paredes e teto, porém sem portas ou janelas. Improvisámos as mesmas com toldos de plástico e ficámos com uma casa toda bonita. A eletricidade também era fornecida por um gerador e não tínhamos água canalizada.

O nosso “hospital” também era uma casa que foi arranjada com janelas, portas, camas, para podermos receber com alguma dignidade a nossa população. Neste hospital, para além de médicos e enfermeiros, também fomos carpinteiros, pintores, entre outras atividades. Assim, contribuímos também para a reconstrução das estruturas de saúde do país.

A equipa da AMI era constituída por dois médicos e duas enfermeiras. E também tínhamos enfermeiros locais para nos ajudarem tanto no trabalho como na comunicação com a população.

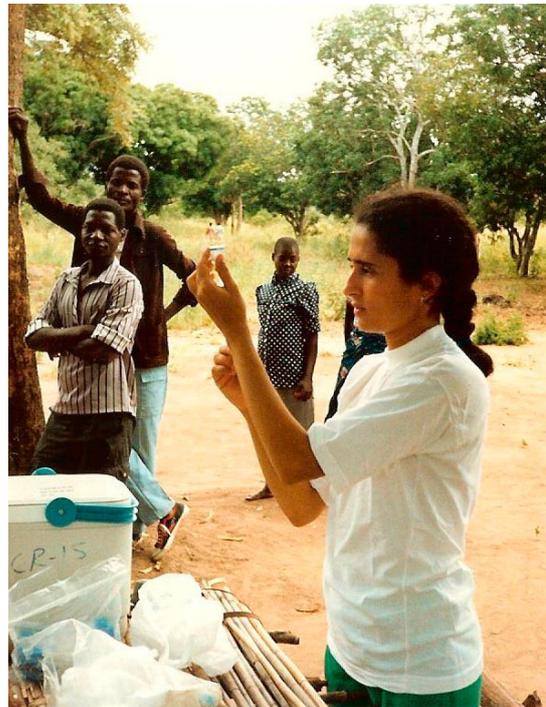
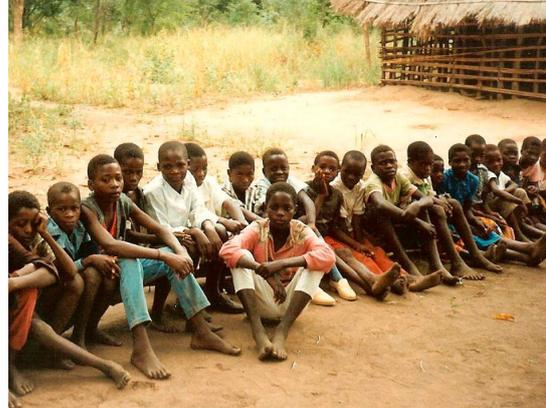
Sem dúvida que estas missões foram muito importantes para o meu crescimento pessoal e profissional, o meu olhar sobre o mundo é mais real, tenho consciência que cada vez mais é preciso dar o nosso contributo em nome de uma solidariedade global.

Uma palavra para descrever a experiência, a emoção?

É quase impossível descrever tantas emoções e vivências numa só palavra, porém talvez escolhesse a palavra DESAFIOS.

Uma mensagem para os Colegas da AEOP?

Todas estas minhas experiências, a vontade de contribuir para a construção de um mundo melhor, faz-me sentir mais próxima dos valores da AMI, do empenho no fortalecimento da cidadania global solidária. Cada vez mais, é necessário construir um futuro melhor e sobretudo mais humano.





entrevista a **ANA REIS**

Enfermeira especialista
na área de Saúde
Infantil e Pediatria,

Serviço de Pediatria, Instituto
Português de Oncologia - Porto

Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Pós-graduação em Medicina
Humanitária na Faculdade de Medicina
de Lisboa

Curso de Psicofisiologia Aplicada pelo
Método de Electropsicofisiologia de
Olga Kuzmenko

[onco.news] Sendo Enfermeira na área da Oncologia, o que a motivou a fazer Voluntariado?

[Ana Reis] O sonho de poder participar em pelo menos uma equipa de trabalho humanitário surgiu logo no final do curso base de enfermagem. O trabalho criado e desenvolvido em 1913 pelo médico alsaçiano Albert Schweitzer (1875–1965), bem como a sua missão no Gabão, em Lambaréné, foi um dos exemplos que me inspiraram e me permitiu reconhecer na nossa profissão a possibilidade de exercer funções em países em vias de desenvolvimento. Se nós tivemos a sorte de nascer numa parte do globo onde podemos ter acesso ao ensino e à profissionalização, o meu sentido de dever é retribuir, servindo naqueles países onde, por infortúnios de natureza vária, as pessoas não podem ter acesso a cuidados de saúde de qualidade. Esta oportunidade só veio a concretizar-se ao fim de seis anos de experiência profissional em Pediatria no hospital, cinco dos quais haviam já sido dedicados à área da Oncologia Pediátrica, facto que constituiu uma vantagem pela experiência médico-cirúrgica já adquirida. Por um lado, participar em missões humanitárias expande o leque de experiências do enfermeiro para além da sua área de especialidade. Por outro lado, a Oncologia Pediátrica requer uma série de cuidados muito exigentes, que favorecem a adaptação do enfermeiro a cenários de voluntariado humanitário com crianças. É sabido que as missões nos desenvolvem múltiplas capacidades e habilidades, quer do ponto de vista emocional, relacional e espiritual quer técnico e logístico; permitem-nos trabalhar com crianças e famílias com diagnósticos clínicos tão diferentes da Oncologia como o sarampo, a desnutrição grave, a malária ou a tripanossomíase; em lugares culturalmente tão diferentes da nossa zona de conforto, enriquecem-nos e desafiam-nos aos níveis humano e profissional, de uma forma exponencial.

Que Voluntariado e Experiências?

Eu participei em três tipos de missões distintas que tinham em comum apenas o alvo dos meus cuidados: as crianças e suas famílias. Essa foi, aliás, a única condição da qual considerei não abdicar quando aceitei

as oportunidades que me foram oferecidas. A primeira missão foi em 1997, através da organização não-governamental (ONG) portuguesa Assistência Médica Internacional (AMI), no noroeste de Angola, em N'dalatando. Vivía-se um período de cessar-fogo entre duas forças políticas beligerantes. As populações vinham sendo fustigadas por guerras e guerrilhas sucessivas, há mais de trinta anos. Muitas pessoas apresentavam problemas do foro psíquico e emocional, muito relacionadas com o stress pós-traumático e, para além da fome, das carências médicas e sanitárias, as pessoas viviam muito sem perspectivas de futuro. Trabalhei no hospital municipal da cidade que apenas mantinha relativamente conservada a sua estrutura de alvenaria, mas sem abastecimento de água, saneamento ou eletricidade. Várias ONG internacionais (na qual a AMI se incluía), em parceria com a Comunidade Económica Europeia, a Organização Mundial de Saúde e as Nações Unidas, forneciam toda a medicação, material clínico, laboratorial e logística que existiam no hospital e nas suas imediações. Trabalhei no serviço de pediatria durante seis meses, fazendo um pouco de tudo: consultas, tratamentos, gestão e formação aos colegas locais, que pertenciam à equipa contratada pela AMI. As camas de ferro velho do serviço de pediatria não tinham nem lençóis nem colchões. As janelas não tinham vidros. O mais difícil era gerir a medicação em stock no serviço, devido aos muitos roubos – que serviam posteriormente a venda ilegal, nos mercados locais. Roubavam-se medicamentos que ninguém sabia para que serviam. A população, sem instrução, assolada pela corrupção e a charlatanice vigentes, fazia daquele lugar um cenário surreal e extremamente cruel, porque tanto se podia morrer de alguma doença tropical como vítima da guerra, da fome ou, ainda, da ignorância, sobretudo no caso daqueles que eram vítimas dos vigaristas.

A fome era uma realidade. Um dia, ao entrar na sala de enfermagem do serviço de pediatria, encontrei um enfermeiro a beber, diretamente do frasco, Cloroquina solução oral, medicamento muito utilizado nas crianças com paludismo, e que possuía uma cor avermelhada e doce,

muito semelhante a um sumo de morango. Dada a escassez de recursos, isto significava perder doses de medicação para os nossos doentes. A estupefação, porém, tomou conta de mim, apesar de compreender que ninguém consegue trabalhar com fome.

A segunda missão foi em 2009, através de uma congregação religiosa, uma vez mais em Angola, no nordeste, nas imediações de Saurimo. O trabalho realizou-se aproximadamente durante um mês, porque fora em tempo de férias, e desenvolveu-se mais no âmbito da saúde comunitária, incluindo formação das populações sobre hábitos de higiene e cuidados de saúde primários. Doze anos depois, voltava ao mesmo país, que se tinha transformado num outro lugar bastante diferente. A guerra só se fazia sentir pelos inúmeros campos de desminagem que se assinalavam ao longo de muitos e muitos quilómetros de paisagem, entre as cidades e as pequenas vilas, e que continuavam a causar baixas. As estradas estavam a ser reconstruídas por imensas pessoas de etnia asiática, sobretudo chineses, tantos que já se reconhecia uma mestiçagem nas gentes e nas culturas afro-asiáticas.

A terceira missão foi em 2010, no Bangladesh, nos arredores da capital Dhaka, através da organização "The Dhaka Project", para apoio e desenvolvimento das crianças das favelas (conhecidas como "slums"). Para além da formação e assistência às crianças, incluímos um pequeno grupo de formação em cuidados básicos de saúde para jovens mulheres. Este foi também um projeto de um mês de férias, no meio de uma população essencialmente muçulmana, com graves carências de higiene, saúde, educação e oportunidades de trabalho.

Em relação às duas experiências em Angola, ocorre-me o choque causado pelos grandes paradoxos. A realidade de um país com imensas necessidades, tanto durante como depois das guerras, contrastava com as incontáveis ONG internacionais e inúmeras instituições (laicas ou religiosas) mundiais que estavam no local, sem grande impacto na satisfação dessas mesmas necessidades. Por outro lado, um país riquíssimo em recursos naturais, imerso em tanta pobreza. Aí encontrei pessoas que serviam as missões,

e outras que se serviam das missões. A natureza, por sua vez, tão luxuriante e deslumbrante, destoava dos homens que viviam em aglomerados populacionais degradantes e bastante difíceis a nível emocional, físico, espiritual e relacional. Finalmente, as taxas de morte infantil elevadíssimas e o esvaziamento ético dos valores humanos e do significado da morte e da própria vida.

Em relação à experiência no Bangladesh, marcou-me o choque da poluição. O país está transformado num megapolo industrial e têxtil, explorado por grandes marcas internacionais que escravizam a mão-de-obra barata e poluem importantes recursos de água como o grande delta do rio Ganges. A falta de fiscalização, e de leis que obriguem à conservação do ambiente, estão a destruir um dos mais belos rios do mundo e a poluir não só a Natureza que dele depende, como o Homem que nele vive, agravando ainda mais a pobreza e a doença.

Uma Mensagem...

Ter pelo menos uma oportunidade de trabalhar em missões de carácter humanitário é uma excelente forma de desenvolver os nossos próprios recursos interiores, pelos constantes desafios que vivemos nestas missões. Ao sermos deslocados para terrenos de grande privação de materiais, medicamentos ou alimentos, e muitas vezes em cenários de guerra, testamos as nossas capacidades de resiliência e de humildade, de imaginação e de criatividade, de aprendizagem e de formação, de equilíbrio e de diplomacia, de energia e de saúde. Aprendemos a relativizar de forma justa, e provavelmente mais adequada, os nossos problemas e as nossas necessidades. As missões de

voluntariado inspiram-nos a crescer muito mais rapidamente como profissionais, e a sermos mais responsáveis pela alegria no trabalho em grupo e pela qualidade do nosso próprio trabalho.

Ser compassivo é dar e receber. Porque recebi excelente formação no nosso país a nível da enfermagem, entendo que é gratificante poder retribuir, de uma forma institucionalizada ou individualizada em missões de voluntariado, sobretudo entre populações que vivem à margem de quase todos os recursos. Para aqueles enfermeiros que gostam de aventuras e de desafios, esta é uma das muitas oportunidades que a profissão nos dá. Hoje em dia, as questões de segurança são muito importantes nas

missões humanitárias internacionais, uma vez que estão a ser alvo de ataques bélicos e já não são mais respeitadas como um espaço reservado aos valores de humanidade e de solidariedade que protegem os mais desfavorecidos: as mulheres, as crianças, os idosos e os incapacitados. Há cada vez mais solicitações para este tipo de missões, mas a dificuldade em proteger quem nelas trabalha é maior. São cada vez menos as ONG que expõem os seus profissionais a riscos desta ordem, consequentemente menos serão os colegas a poder participar, e menos ainda as populações a beneficiar da sua presença.

Assim sendo, considero da maior importância o incentivo ao desenvolvimento de mais trabalhos nesta área da medicina humanitária nas escolas, que envolvam os enfermeiros tutores e os alunos, e com especial incidência no papel do enfermeiro neste contexto, favorecendo o debate, os estágios alternativos e a construção de novas parcerias governamentais ou com ONG.



PROCESSO DE LUTO DA FAMÍLIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: COMO INTERVIR

Ana Valeriano

Estudante do 4.º ano da Licenciatura em Enfermagem. Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
anavaleriano_23@hotmail.com

João Silva

Estudante do 4.º ano da Licenciatura em Enfermagem. Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Mónica Conceição

Estudante do 4.º ano da Licenciatura em Enfermagem. Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Patrícia Paulino

Estudante do 4.º ano da Licenciatura em Enfermagem. Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Rita Isabel Ferreira

Estudante do 4.º ano da Licenciatura em Enfermagem. Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Ana Fonseca

Mestre em Ciências de Enfermagem. Professor Coordenador na Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

RESUMO: O presente artigo de revisão integrativa da literatura centra-se na intervenção do enfermeiro no processo de luto dos familiares de doentes oncológicos, dando relevância às competências do enfermeiro na comunicação, bem como na terapia de massagem de tecidos moles, abordando também o deficit de formação relativo ao processo de luto.

Objetivos: Caracterizar o processo de luto da família do doente oncológico; identificar a intervenção do enfermeiro no processo de luto da família do doente oncológico.

Metodologia: Para a realização desta revisão integrativa da literatura foram utilizados estudos científicos publicados em bases de dados de referência, entre Janeiro de 2009 e Janeiro de 2015, com critérios de inclusão/exclusão previamente definidos, resultando numa combinação de seis publicações pertinentes para a temática em questão.

Resultados: Não existe um consenso em torno deste tema uma vez que a informação disponível é ainda muito abstrata. No entanto, após esta revisão integrativa, é-nos possível afirmar que, apesar de existirem carências ao nível da formação dos enfermeiros no âmbito da morte e do processo de luto, a sua intervenção é de capital importância, fundamentalmente ao nível da comunicação, bem como de algumas terapias específicas.

Conclusões: As principais conclusões obtidas através da realização desta revisão integrativa da literatura indicam que é fundamental que os enfermeiros adquiram novas competências e que invistam na otimização daquelas que já desenvolveram. Torna-se ainda importante capacitar as famílias para lidar com as situações de perda e luto.

PALAVRAS-CHAVE: “perda”; “pós-morte”, “família”, “oncologia” e “enfermagem”.

ABSTRACT: *This article based in an integrative literature review, focus on nurse intervention during the grieving process of family members of cancer patients, giving relevance to the nurses' skills in communication, as well as in therapy massage of soft tissues and, also, addressing the lack of training in regards to the grieving process.*

Aim: *Characterize the grieving process of cancer patient family; identify the intervention of nurses in the grieving process of cancer patient family.*

Methodology: *To perform this integrative literature review were used scientific studies published in reference databases, between January 2009 and January 2015, with inclusion/exclusion previously defined, resulting in a combination of 6 publications relevant to the topic in question.*

Results: *There is no consensus on this subject since the available information is still very abstract. However, after this integrative review, we are able to say that, although there are shortcomings in training of nurses in the death and the grieving process, their involvement is of paramount importance, primarily at the level of communication and as some specific therapies.*

Conclusions: *The main conclusions obtained by performing this review integrative literature indicate that it is essential that nurses acquire new skills and invest in the improvement of those who have already developed some. Becomes still important to empower families to deal with loss and grief situations.*

Keywords: *“bereavement”, “after death”, “family”, “oncology” and “nursing”.*

Introdução

Atualmente, e apesar dos progressos na Medicina em relação aos procedimentos realizados para o tratamento de doenças terminais, o cancro, “processo de crescimento e propagação descontrolado de células por qualquer parte do corpo, em que o tumor invade muitas vezes o tecido circundante podendo originar metástases em diferentes locais do organismo” (Organização Mundial de Saúde, 2015), é ainda uma patologia que se reveste de alguns estigmas. Permanece com frequência associado a uma sentença de morte, que pode ocorrer de forma inesperada, num determinado momento da vida de uma pessoa que dificilmente se prepara para receber um diagnóstico que venha posteriormente interferir nos seus hábitos de vida, costumes, integridade física e ciclo biológico (Sousa, Soares, Costa, Pacífico & Parente, 2009).

O cancro é uma doença crónica, considerada como um problema de saúde pública, e, por isso, o diagnóstico de cancro é cada vez mais um acontecimento na sociedade contemporânea, que acarreta consigo um turbilhão de emoções. Desencadeia o início de todo um processo único e singular, pois cada pessoa é única, mas, ao mesmo tempo, é um processo com contornos análogos a outros vividos por muitas outras pessoas. O modo como as pessoas se encontram na vida, a intensidade e o prazer de viver determinam a capacidade de enfrentar o cancro, pois alguns consideram-no como um desafio, um inimigo, con-

tra o qual é necessário lutar com todas as forças, apesar de outros o ignorarem ou declinarem a luta, entregando-se à doença, entendendo-a como o seu fim inevitável (Fonseca & Lopes, 2011).

Enquanto doença, o cancro transporta uma carga negativa muito pesada, quer pelas suas características como doença evolutiva, quer pela dimensão que ocupa mundialmente, uma vez que é considerado a segunda causa de morte nos países desenvolvidos (Estanque, 2011). Silva (2009), reportando-se à Declaração da Coreia sobre Cuidados Paliativos, refere que, nos países em desenvolvimento, a maioria das pessoas com cancro são diagnosticadas já depois de a doença se ter tornado incurável, e, por isso, hoje em dia, falar em cancro é quase sempre sinónimo de dor, sofrimento e morte.

Esta situação traduz-se em problemas de complexidade avançada para os profissionais de saúde, devido à multiplicidade e simultaneidade de sofrimentos patentes nos doentes que acompanham diariamente. Quem se debate com esta realidade, tem presente a noção de que estes doentes sofrem, porque possuem uma doença grave, muitas vezes fatal; porque esta doença arrasta os doentes para limitações amplas da sua funcionalidade, situação que se expande ao nível da interação familiar, profissional e social; porque os tratamentos necessários induzem efeitos colaterais; porque em alguns casos é imperioso recorrer a cirurgias mutilantes; entre outros aspetos (Estanque, 2011).

Apesar da perspectiva projetada pela Organização Mundial de Saúde em 2008, de que em décadas futuras o cancro se transformaria numa doença a nível mundial, a verdade é que a ciência na área da oncologia tem vindo a evoluir a um ritmo muito acelerado e com recentes progressos na deteção precoce, diagnóstico e tratamento do cancro, sendo possível aumentar a esperança média de vida dos doentes oncológicos. Por isso, há quem defenda que o cancro deixou de ser, em muitas situações, uma sentença imediata de morte e passou a enquadrar-se nas doenças crónicas, que mesmo após a sua cura, deixa marcas irremediáveis no ser humano (Pereira & Botelho, 2012).

No entanto, em certas situações, perante a ineficácia do tratamento curativo, o doente oncológico e a família são obrigados a confrontarem-se com o percurso natural da doença e com uma fase paliativa, onde a cura não é possível. Nesse momento, muitos são os medos, e consequentemente, as energias despendidas a tentar negar, rejeitar e lutar contra um fim que é de difícil aceitação. Contudo, e face às limitações humanas, o inevitável pode aproximar-se, ocorrendo diariamente um agravamento da sua situação clínica com evidente deterioração do estado geral, que culminará na morte (Casmarrinha, 2008). A morte representa a última etapa do processo de viver humano. É uma realidade complexa da qual não podemos fugir, e, por isso, é fundamental que os profissionais de saúde tenham consciência de que o processo de morte não afeta unicamente quem morre, mas todo o seu meio envolvente, principalmente a família, pelo que esta deve, também, ser considerada um alvo dos cuidados (Barbosa, 2003; Estanque, 2011).

Perante este cenário, somos levados a refletir sobre a nossa intervenção enquanto prestadores de cuidados, pois deparamo-nos frequentemente com doentes em processo de morte, sendo essencial a nossa atuação tanto diretamente com o paciente como com a família no que toca à comunicação da notícia e ao acompanhamento desta no processo de luto. Este processo é definido por um conjunto de reações diante de uma perda, porém, encarar de igual forma a morte com respeito é algo que requer elevada maturidade profissional e competência (Estanque, 2011).

O luto é uma reação universal que afeta a pessoa física, psicológica, sociocultural e espiritualmente, sendo experienciado por todos os grupos etários, embora de forma distinta. É entendido como uma reação natural perante a

perda de uma pessoa, objeto ou evento significativo. É um processo dinâmico, de transição, através do qual se assimila a realidade da perda e se desenvolvem estratégias para aprender a viver sem a presença física da pessoa, que tem de ser obrigatoriamente vivido. É, por isso, um processo de fases, no qual se encontram englobadas o entendimento da morte que ocorreu, a aceitação da dor e perda e tolerância aos sentimentos de tristeza e raiva, a renegociação da relação com quem ficou e a formação de uma nova identidade que reflete uma mudança nos papéis. O processo de luto é encarado de formas distintas, sendo singular a cada pessoa, e por isso o seu entendimento é fundamental para o bem-estar individual como o de todo o seio familiar (Nunes & Alminhas, 2013; Cassola, Pires, Torres & Backes, 2011).

Perante este processo, os enfermeiros possuem uma intervenção primordial, uma vez que é o enfermeiro que se depara quotidianamente com este tipo de situações, podendo ter um conhecimento alargado de como a mesma ocorre, e, deste modo, necessita de preparação para ser promotor de estímulos e mediador do grupo familiar que se encontra em processo de luto, preocupando-se nesta fase com a família e com a forma como esta lida com a morte (Cassola, Pires, Torres & Backes, 2011).

Assim, certos da necessidade de desenvolver um raciocínio mais estruturado sobre as competências dos enfermeiros no processo de luto das famílias de doentes oncológicos que permita planejar e implementar intervenções de enfermagem, no sentido de dar resposta com maior qualidade às necessidades da família do doente oncológico no processo de luto, questionamos: “Qual a intervenção do Enfermeiro no processo de luto da família do doente oncológico?”. Através da elaboração desta questão norteadora, estabelecemos como objetivos deste trabalho caracterizar o processo de luto da família do doente oncológico e identificar a intervenção do enfermeiro no processo de luto da família do doente oncológico.

Metodologia

A revisão integrativa da literatura é um método rigoroso, que permite a pesquisa, avaliação crítica e síntese de evidências atualizadas sobre um determinado problema ou temática. Esta modalidade de pesquisa é norteadora por seis fases distintas: elaboração da questão; estabelecimento da estratégia de pesquisa na literatura; seleção de estudos

com base em critérios de inclusão; leitura crítica, avaliação e categorização do conteúdo; análise e interpretação dos resultados; e apresentação da revisão (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Partindo da questão norteadora “Qual a intervenção do Enfermeiro no processo de luto da família do doente oncológico?” realizou-se uma pesquisa online, em todas as bases de dados: MEDline (via EBSCO); MedicLatina (via EBSCO); CINAHL (via EBSCO); Academic Search Complete (via EBSCO) e na revista científica *Onco.news* da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP). Os descritores utilizados foram associados através de booleanos como OR e AND, resultando em: “bereavement” OR “after death” AND “family” AND “oncology” AND “nursing”.

Dessa forma, foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos publicados em português ou inglês, disponíveis em texto integral, entre Janeiro de 2009 e Janeiro de 2015, relativos a doentes oncológicos, englobando estudos em adultos e/ou idosos. É importante realçar que todos os artigos que não obedeciam aos critérios de inclusão não foram selecionados. Quanto aos critérios de exclusão, levou-se em consideração: artigos publicados em outros idiomas e que antecedessem ao ano de 2009, bem como artigos que fossem relacionados com estudos em crianças e/ou adolescentes, suicídios, abortos, acidentes, doação de órgãos, cuidados intensivos, cuidados pós-morte e doença não oncológica.

A colheita de dados foi realizada no mês de Fevereiro de 2015. Utilizando os descritores “bereavement”, “after death”, “family”, “oncology” e “nursing” na base de dados EBSCO obteve-se inicialmente 30 artigos, todos provenientes da base de dados MEDline (via EBSCO), sendo que, destes, cinco publicações foram consideradas pertinentes para a temática investigada, tendo sido selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Foi também utilizado um artigo da revista *Onco.news* da AEOP, resultando num total de seis publicações.

Resultados e Discussão

Os achados nos estudos apurados permitiram recolher informações que dão resposta à pergunta de partida e que vão de encontro aos objetivos definidos previamente, uma vez que, explícita ou implicitamente, abordam atitudes e

competências dos enfermeiros durante o processo de luto de familiares de um doente portador de uma doença oncológica.

De forma a sistematizar os achados dos artigos selecionados, foi utilizado um instrumento de registo (Quadro 1) que engloba: o título do artigo; autor(es), ano, país e identificação da base de dados; participantes (caso seja um estudo); orientação metodológica; objetivos e resultados.

O Processo de Luto

O receio da morte é um sentimento tão intenso que dificulta falar nela, como se esta não fizesse parte da vida. A forma como a equipa interdisciplinar, e particularmente os enfermeiros, escutam os familiares e lhes concedem a possibilidade de ter um lugar privilegiado nos cuidados de conforto é determinante para o seguimento do processo de luto (Nunes & Alminhas, 2013).

A morte de um membro da família é reconhecida como sendo um momento emocional e um ponto de viragem na vida de qualquer pessoa. O luto é um fenómeno complexo e pode ser entendido a partir de várias perspectivas. Stroebe & Schut (1999) descrevem o luto como um processo dinâmico, único, ativo e dual, ou seja, o oposto de um processo linear, podendo até causar e manifestar-se através de sintomas físicos e psicológicos como tensão muscular, cansaço extremo e abrangente, e sentimentos de inutilidade irreal. Por outro lado, Benkel, Wijk & Molander (2009) descrevem o luto como sendo um processo de reações psicológicas, sociais e somáticas para a perceção de perda. O processo de luto é altamente individual e imprevisível, variando de uma reação forte, de crise, até à calma e aceitação. Esta crise experienciada pode influenciar a capacidade da pessoa conhecer e lidar com novas crises no futuro, aquando de um processo de luto.

O luto, em algumas pessoas, pode prejudicar a sua saúde. Problemas psicológicos relacionados com o luto, frequentemente denominado por “luto complicado” (“complicated grief”), incluem uma adaptação insuficiente ou inadequada à perda recentemente vivida, assim como os altos níveis de stress e os comportamentos de fuga. Estima-se que entre 7% a 15% de todas as pessoas em processo de luto poderão vir a sofrer com problemas de “luto complicado”, que por sua vez está associado a uma disfunção psicológica de longo prazo, a um prejuízo considerável do

Autores/Ano/País/Base de Dados	Participantes	Orientação Metodológica	Objetivos	Resultados
Título: “Trajectory and Influencing Factors of Depressive Symptoms in Family Caregivers Before and After the Death of Terminally Ill Patients With Cancer”				
Sing-Fang Ling; Mei-Ling Chen; Chung-Yi Li; Wen-Cheny; Wen Chi Shen & Siew Tzuh Tang (2013) Taiwan Medline (via EBSCO)	186 famílias	Estudo descritivo, longitudinal	Explorar a ocorrência de sintomas depressivos e os fatores que os afetam em familiares, após a morte de doentes oncológicos.	Os sintomas depressivos dos cuidadores melhoraram significativamente uns meses após a morte do paciente oncológico, abordagem da morte, bem como ao apoio social que tiveram.
Título: “Competências para cuidar na vivência da morte do paciente”				
Paula Nunes & Sílvia Alminhas (2013) Portugal Revista Científica Onconews da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP)	(Não se aplica)	Revisão sistemática da literatura	Identificar as necessidades sentidas pela família face à notícia da morte e compreender de que forma a comunicação pode ser uma estratégia no superar da perda e na vivência de um luto saudável.	Foram inúmeras as necessidades identificadas pelas famílias face à morte, tais como a necessidade de uma abordagem comunicacional cuidada, a ambivalência de sentimentos e do respeito para com o seu familiar. Uma comunicação aberta e clara facilita o modo como os membros da família vivem o seu luto e a perda.
Título: “Soft tissue massage: early intervention for relatives whose family members died in palliative cancer care”				
Berit S. Cronfalk Britt-Marie Ternstedt & Peter Strang (2010) Suécia Medline (via EBSCO)	18 familiares em processo de luto	Estudo qualitativo	Explorar como a massagem dos tecidos moles tem influência na melhoria dos sintomas dos familiares em processo de luto.	A massagem dos tecidos moles provou ser útil e gerar sentimentos de conforto nos familiares de doentes oncológicos em processo de luto.
Título: “Bereavement care in general practice: a clusterrandomized clinical trial”				
Mai-Britt Guldin; Peter Vedsted; Anders B. Jensen; Frede Olesen; & Robert Zachariae (2013) Dinamarca Medline (via EBSCO)	Familiares de doentes oncológicos em processo de luto	Ensaio clínico aleatório	Testar se a implementação de um programa de gestão de luto pode melhorar as situações de “luto complicado”.	Os familiares que apresentavam sintomas de “luto complicado” eram mais propensos a receber cuidados de enfermagem e de encaminhamento para os profissionais de saúde mental.
Título: “Healthcare utilization of bereaved relatives of who died from cancer. A national population-based study”				
Mai-Britt Guldin; Anders B. Jensen; Robert Zachariae; & Peter Vedsted (2013) Dinamarca Medline (via EBSCO)	6659 cônjuges em processo de luto e dados de registos nacionais dinamarqueses.	Estudo de caso	Descrever padrões de utilização dos cuidados de saúde, antes e depois do falecimento de um familiar com doença oncológica.	A utilização de cuidados de saúde dos familiares em processo de luto e o uso da intensidade terapêutica aumentou
Título: “Family and friends provide most social support for the bereaved”				
I. Benkel; H. Wijk; & U. Molander (2009) Los Angeles, London, New Delhi, Singapore. Medline (via EBSCO)	Parentes próximos e amigos de doentes oncológicos que faleceram numa unidade de cuidados paliativos.	Estudo descritivo combinando abordagens quantitativa e qualitativa.	Explorar os desejos e necessidades no que diz respeito ao apoio psicológico e social dos familiares em processo de luto.	O apoio psicológico fornecido pelos profissionais de saúde ocorre quando a rede de apoio privada (família e amigos) já estaria envolvida nos cuidados, quando se trata de uma situação disfuncional, ou quando a pessoa em processo de luto carecia desse apoio psicológico.

Quadro 1 – Resumo da evidência científica escolhida

comportamento social e ocupacional, a um aumento da medicação e ao aparecimento de consequências negativas para a saúde física (Guldin, et al., 2013).

Ling, Chen, Wen-Chen, Shen & Tang (2013), confirmam que, a partir das suas pesquisas, a falha no processo de assimilação e de integração numa nova vida após a perda de um ente querido e sem a presença do mesmo pode muitas vezes resultar de um luto complicado, prolongado. Não dissolvendo esta a dor, os familiares que sofrem neste sentido, têm maior prevalência à depressão.

Por sua vez, o processo de recuperação da perda de um ente querido é modelado por oscilações entre o afligir-se sobre a perda em si e a tentativa de redefinir uma nova vida sem a pessoa falecida. No processo de luto os familiares sentem uma profunda tristeza, retratada como uma reação emocional, cognitiva, funcional e comportamental normal do próprio processo em si, sem complicações, cujo tempo ajuda a ultrapassar à medida que a tristeza vai desvanecendo (Ling et al., 2013).

Estudos recentes têm demonstrado que familiares de pacientes com doenças oncológicas enfrentam um risco especial de desenvolver um “luto complicado” após a sua perda, risco esse diretamente relacionado ao extenso período de cuidados exaustivos prestados nos momentos imediatamente anteriores à sua perda (Guldin, et al., 2013).

Nunes & Alminhas (2013) concluíram ainda que a morte acarreta desafios adaptativos e exige uma reorganização imediata da estrutura familiar, de modo a ultrapassar a fase inicial do luto, assim como mudanças a longo prazo nas definições de identidade e objetivos familiares. A reação emocional a que se assiste após a perda não se deve apenas ao sofrimento causado por esta, mas também às mudanças na estrutura emocional da família, sendo, por isso, a comunicação um elemento essencial. A família vive toda ela uma sucessão de perdas ligadas à doença, à desorganização produzida na dinâmica familiar e social, até à última e maior perda: a morte da pessoa que ama. As alterações na estrutura familiar vão depender da personalidade e das circunstâncias do ambiente da mesma, da natureza e qualidade das relações, das perdas anteriores e do apoio que a comunidade prestará (Nunes & Alminhas, 2013).

Aquando do processo de luto, a família experiencia uma série de emoções e sentimentos associados, encontrando-se incluídos a raiva, o choque, a negação da realidade, a

ansiedade, o medo, e muitos sentimentos de impotência. Só após a gestão de todos estes sentimentos provém então a aceitação da perda (Nunes & Alminhas, 2013).

A Intervenção do Enfermeiro no Processo de Luto

Segundo Nunes & Alminhas (2013), a comunicação é essencial para a vivência do processo de luto, sendo uma mais-valia a forma como se comunica com a família. Assim, uma comunicação aberta e clara facilita o modo como os membros da família vivem o seu luto e a perda, tendo sempre presente a unicidade e a multiculturalidade inerentes.

As autoras supracitadas concluíram que a sociedade carece de suportes culturais para ajudar as famílias a integrarem a perda relativa à morte e à vida que continua. Por isso, lidar com a morte exige, por parte dos profissionais de saúde, a aquisição de competências específicas que orientem a prestação de cuidados no que diz respeito à comunicação da notícia da mesma. Neste contexto, destaca-se a importância do enfermeiro acompanhar a família ao longo do seu processo de luto, uma vez que esta vivencia um grande sofrimento emocional.

Como afirmam Traylor, Hayslip, Kaminski & York (2003), a comunicação assume um papel essencial pois permite a partilha de vivências, de modo a alcançar o equilíbrio que havia sido perdido aquando da revelação do diagnóstico da doença terminal. Cabe ao enfermeiro compreender e orientar os familiares, observar a família e escutar quando um dos membros solicita a sua atenção, permitindo que expressem livremente os seus sentimentos, pois o silêncio forçado e a impossibilidade de expressar sentimentos provocam um maior isolamento e sofrimento.

Uma vez que o enfermeiro é um profissional de saúde dotado de conhecimentos teóricos e experienciais que o habilitam a satisfazer as necessidades comunicacionais, considera-se uma intervenção autónoma de enfermagem a capacidade ou competência de comunicar, de forma terapêutica, com a pessoa em estado terminal, bem como com a sua família, de forma a satisfazer as suas necessidades (Nunes & Alminhas, 2013). Ao enfermeiro que estabelece com a família uma relação privilegiada e numa perspetiva de apoio interessa avaliar e diagnosticar precocemente sinais de um luto complicado, com o intuito de intervir devidamente e em tempo útil neste tipo de situações, pro-

porcionando a essas mesmas famílias a orientação e a ajuda pertinentes (Nunes & Alminhas, 2013).

De acordo com Ling et al. (2013), os enfermeiros devem melhorar a sua capacidade para identificar fatores que influenciam os sintomas depressivos dos familiares de um doente terminal (antes e após a sua morte), e, fundamentalmente, através da comunicação, providenciar os devidos cuidados de modo a facilitar às famílias uma correta adaptação psicológica ao processo de luto. Por outro lado, Benkel, Wijk, & Molander (2009) defendem que o apoio psicológico fornecido pelos profissionais de saúde ocorre principalmente como um complemento, uma vez que a rede de apoio privada, ou seja, a família e os amigos, já estaria envolvida nos cuidados, quando se trata de uma situação disfuncional, ou quando a pessoa em processo de luto carecia desse apoio psicológico. Os autores acima referidos defendem ainda que o suporte psicológico é fornecido por profissionais, sendo que isto acontece na sua maioria por profissionais dentro do sistema de saúde e quando o parente já se encontra por longos períodos no hospital, acabando por lá falecer.

Para que os enfermeiros possam responder aos outros com uma abordagem genuína e sensível, é necessária a exploração das suas atitudes, sentimentos e valores pessoais. Para além disso, é importante a utilização de habilidades eficazes de escuta (comunicação), o reconhecimento dos seus próprios limites e capacidade de identificar os momentos em que o próprio se deve afastar e cuidar de si próprio (Nunes & Alminhas, 2013). Para estas autoras, na relação entre a família e o enfermeiro é essencial saber ouvir, esclarecer e acompanhar decisões de forma ética, favorecendo um cuidado de qualidade. A comunicação não envolve apenas a partilha de informação, mas também os cuidados de suporte emocional.

Nunes & Alminhas (2013) identificaram alguns medos que os enfermeiros experienciavam na comunicação com a família, como, por exemplo, o medo de serem culpados pela família, o medo da reação da família, o medo de não ter uma resposta para dar, o medo de expressar emoções, o medo e ansiedade acerca da sua própria morte. Neste sentido, e de acordo com as mesmas autoras, as evidências demonstram que os enfermeiros têm necessidade de desenvolver competências interpessoais, de modo a facilitar o processo de comunicação com a família, em vez de utili-

zarem mecanismos de defesa e distanciamento que impedem uma comunicação eficaz.

Nunes & Alminhas (2013) referem que Schulman-Green, Mccorkle, Cherlin, Hurzeler & Bradley (2005) no seu estudo identificaram obstáculos na comunicação (indisponibilidade da família para aceitar o prognóstico; morte súbita ou variação brusca no estado da pessoa; hesitação por crenças no médico; desconforto por parte do enfermeiro; desejo de manter a esperança), defendendo que programas para ajudar a aumentar a base de conhecimentos dos enfermeiros seria extremamente pertinente, de modo a desenvolver competências e habilidades na área da comunicação com a família, nomeadamente a comunicação de más notícias, simultaneamente realista e sensível.

A intervenção do enfermeiro em torno da última etapa da vida da pessoa deverá ser direcionada para o fortalecimento da família que experiencia o processo de luto, com o intuito de que o superem, readquirindo o equilíbrio depois da perda, valorizando a sua importância de forma realista e re/adquirindo controlo, recuperando a liberdade de cultivar novos interesses e aprender e desempenhar novas atividades, ficando orgulhoso desses novos passos, possibilitando novos vínculos satisfatórios (Barbosa, 2006). A comunicação livre e aberta entre a família e o enfermeiro vai facilitar a aceitação da morte e capacitar os membros da família a lidarem com a perda, desenvolvendo o sentimento de conforto e bem-estar, através de uma compreensão da situação promovendo um autocuidado psicológico de redução da angústia. A família revela repetidamente necessitar de alguém com quem possa falar, pedir conselhos e orientação sobre as suas experiências, dificuldades e preocupações (Carvalho, 2007).

Com a dinâmica familiar alterada, altera-se a segurança transmitida pelo seio da família. É essencial que a família possa contar com o apoio e suporte dos profissionais de saúde nos momentos de tomada de decisão, de crise e em situações em que a morte acontece, para que sentimentos de insegurança, solidão, ansiedade e depressão não se instalem, evitando a sua ruptura e exaustão (Carvalho, 2007).

Manter a respetiva fé e crenças culturais é um dever e uma necessidade do enfermeiro, que deve prestar cuidados à família respeitando sempre o seu contexto cultural, permitindo assim que a família viva o luto e a perda de acordo com a sua cultura. É importante frisar que as mani-

festações e as vivências de perda expressas pela família são condicionadas pela cultura em que estão inseridos ou pela cultura de origem. Tal como as restantes pessoas, também os profissionais de saúde têm as suas próprias óticas sobre o processo de luto, e por isso corremos o risco de ir contra as crenças da família em questão, dificultando assim este processo (Nunes & Alminhas, 2013).

Nos estudos de Goodfellow (2003), MacDonald (1998) e Seiger Cronfalk et al. (2008), segundo o artigo de Cronfalk, Temestedt & Strang (2010), a massagem foi introduzida como uma opção de apoio aos familiares no momento que os pacientes eram internados em unidades de cuidados paliativos. A massagem de tecidos moles envolve movimentos suaves mas firmes na pele, que ativam os recetores tácteis para liberar oxitocina, uma hormona conhecida pelos seus efeitos positivos sobre o bem-estar e relaxamento. A massagem é feita com movimentos lentos, uma leve pressão e movimentos circulares, usando óleo vegetal levemente perfumado.

No estudo levado a cabo por Cronfalk, Temestedt & Strang (2010), uma enfermeira com vasta experiência clínica em cuidados paliativos iniciou o primeiro contacto telefónico com os familiares. O diálogo inicial com a pessoa em processo de luto pode ser visto como a redução do risco de rejeição, mesmo que os parentes estejam a atravessar uma situação stressante. Neste estudo, a maioria do contacto entre os profissionais de saúde, para a realização das massagens, e os familiares em processo de luto foi realizado em casa dos mesmos. Este contacto, bem como as massagens enquanto procedimento, foram realizados por enfermeiras experientes. Sentimentos de pesar dos familiares foram inicialmente experienciados como avassaladores e consumidores de energia. Para a maioria deles, isso significava uma experiência constante de estar cansado e emocionalmente esgotado. Alguns até descreveram ficar fisicamente e emocionalmente paralisados com a dor (do processo de luto) sendo que a massagem incentivou e possibilitou a presença de sentimentos de “estar em paz” consigo mesmo para o momento ou por um longo período (Cronfalk, Temestedt & Strang, 2010).

Aquando de experiências de luto devido à perda de um membro da família, descritas como um pêndulo entre vários sentimentos como impotência, desespero e incerteza, a massagem de tecidos moles foi experienciada pelos

familiares como um alívio e, em alguns aspetos, um salva-vidas, pois a atenção e apoio profissional, de forma humanizada, permitiu reconhecer e confirmar os sentimentos dos familiares em processo de luto (Cronfalk, Temestedt & Strang, 2010).

Os familiares em processo de luto experienciam momentos de vulnerabilidade devido ao facto da morte do seu parente ter dado origem ao aparecimento de sentimentos de desordem, em que a vida e os velhos hábitos, inevitavelmente, acabaram por mudar e o mundo familiar tornou-se estranho. A repetição das sessões criou um sentimento de continuidade e uma conexão com os profissionais de saúde que tinham tido, anteriormente, um papel tão significativo na vida do seu familiar (agora já falecido) (Cronfalk, Temestedt & Strang, 2010).

No geral, sublinham que a massagem de tecidos moles foi útil, na medida em que os familiares em processo de luto aprenderam a reestruturar as suas vidas diárias durante os primeiros quatro meses de luto. A massagem ajudou ainda a equilibrar a necessidade de se lamentar com a necessidade de prosseguir no processo de criação de um novo eu (Cronfalk, Temestedt & Strang, 2010).

Formação dos Enfermeiros no Processo de Luto

Numa grande maioria dos artigos revistos durante esta pesquisa é dada atenção à necessidade de que os profissionais de saúde, e neste caso os enfermeiros, têm de receber mais formação no que diz respeito aos cuidados durante o processo de luto. Segundo Guldin et al. (2013), a capacidade que os profissionais de saúde possuem para avaliar os problemas de saúde mental é fundamental para uma eficiente utilização nos cuidados de saúde e para a otimização do apoio específico e necessário nestes casos. A falta de conhecimento sobre os preditores e sintomas das complicações do processo de luto dificultou a realização duma correta avaliação clínica dos profissionais de saúde.

Um estudo de caso sobre cuidados no luto, nos cuidados de saúde primários, mostrou que muitos profissionais de saúde viram os cuidados durante o processo de luto como uma parte importante e satisfatória do seu trabalho, para o qual teriam recebido pouca formação. Uma aposta na formação e na melhoria de habilidades relacionadas com esta área poderá facilitar, aos profissionais de saúde,

a identificação precoce de complicações durante o luto, e o aumento da sua adesão aos cuidados poderá otimizar o planejamento do tratamento, melhorando assim os resultados de saúde junto da família (Guldin et al., 2013).

No que diz respeito a esta matéria, Benkel, Wijk & Molander (2009) afirmam que é necessário que os enfermeiros aprendam mais sobre que tipos de apoio é que as pessoas em processo de luto recebem, quem pode fornecer esse apoio e se a pessoa necessita de mais suporte social do que está atualmente disponível para si. Além disso, precisam também de identificar necessidades de conhecimentos especializados entre os profissionais de saúde, relacionados com o apoio que se pode prestar durante o processo de luto, assim como desenvolver estratégias que permitam ajudar e fornecer um suporte ideal para pessoas que atravessam esse processo.

Os profissionais de saúde devem então melhorar a sua capacidade de identificar os fatores que influenciam os sintomas depressivos antes e depois de luto, devendo ainda enfatizar o processo normal do luto pelo qual os familiares ultrapassam, ajudando-os a recuperar da sua dor. Para este efeito devem ter disponíveis os recursos necessários e mais eficazes, bem como devem ser sensíveis às famílias em situação de risco de forma a facilitar a sua adaptação psicológica após a morte (Ling et al., 2013).

Conclusão

O cancro é uma doença crónica cada vez mais presente na sociedade atual, que acarreta um turbilhão de emoções e sentimentos por parte daqueles que se veem obrigados a enfrentar essa situação (Fonseca & Lopes, 2011). Apesar de frequentemente representar uma experiência negativa para o ser humano, por vezes o mesmo pode também implicar aprendizagens e novas experiências (Bossoni, Stumm, Hildebrand & Loro, 2009).

Neste contexto, ocorre o envolvimento não só do doente mas também de toda a família e dos próprios profissionais de saúde que o acompanham (Bossoni, Stumm, Hildebrand & Loro, 2009). Após a realização desta revisão da literatura, e de acordo com Guldin et al. (2013), podemos concluir que existe uma maior predisposição para o desenvolvimento de problemas relacionados com o processo de luto nos familiares de doentes oncológicos, devido ao extenso período de cuidados exaustivos prestados nos

momentos anteriores à sua perda, sendo a morte reconhecida como um momento emocional e um ponto de viragem na vida de qualquer pessoa.

O luto é um fenómeno complexo e pode ser entendido a partir de várias perspetivas. Stroebe & Schut (1999) descrevem-no como um processo dinâmico, único, ativo e dual, ou seja, o oposto de um processo linear, enquanto Benkel, Wijk & Molander (2009) referem que o mesmo é um processo de reações psicológicas, sociais e somáticas com a perceção da perda. Este processo, altamente individual e imprevisível, pode prejudicar, por vezes, a saúde das pessoas que o vivem, denominando-se assim de “luto complicado”.

O processo de luto acarreta uma série de emoções e sentimentos, e após a vivência dos mesmos provém então a aceitação da perda. Desta forma, Nunes & Alminhas (2013) defendem que a intervenção do enfermeiro neste processo é crucial, sendo a comunicação, aberta e clara, uma facilitadora entre o enfermeiro e os membros da família. Segundo os estudos consultados, o enfermeiro é o profissional de saúde dotado de conhecimentos teóricos e experienciais que o habilitam a satisfazer as necessidades comunicacionais, estabelecendo desta forma uma relação privilegiada com a família, permitindo uma avaliação e diagnóstico precoce de sinais de “luto complicado” (Nunes e Alminhas, 2013). Embora existam estudos que referem que os enfermeiros devem melhorar a sua capacidade de identificar fatores que influenciem sintomas depressivos nas famílias (Ling. et al., 2013), outros defendem que o apoio fornecido pelos profissionais de saúde ocorre como um complemento, uma vez que os familiares e amigos já estão envolvidos nos cuidados (Benkel, Wijk & Molander, 2009).

Segundo Cronfalk, Temestedt & Strang (2010), a massagem dos tecidos moles é uma das opções de apoio a familiares, para além do apoio psicológico, uma vez que a mesma proporciona a libertação de oxitocina, hormona conhecido pelos efeitos de bem-estar e relaxamento, o que causou nos familiares uma sensação de “estar em paz” e proporcionou uma transformação da sua vida neste processo de luto.

No que concerne à formação do enfermeiro, existem autores que referem que a capacidade dos enfermeiros para avaliar e diagnosticar problemas de saúde mental é

fundamental, no entanto a falta de conhecimento sobre os sintomas relacionados com complicações advindas do luto tem tornado difícil esta tarefa. Benkel, Wijak & Molander (2009) afirmam que é necessário que os enfermeiros aprendam mais sobre variados tipos de apoio que pode ser prestado a pessoas em processo de luto, fornecendo o apoio que estas famílias necessitam durante o processo de luto.

Por último, defendem que a intervenção do enfermeiro deve direcionar-se para o fortalecimento da família durante o processo de luto (Barbosa, 2006), Deste modo, a proposta para a melhoria da qualidade e continuação destes cuidados baseia-se na aposta de mais e melhor formação dos profissionais de saúde, neste caso dos enfermeiros, para que a comunicação com as famílias seja prioritária e para que a comunicação da morte seja dada de forma a capacitar as famílias para a nova condição que irá enfrentar.

Referências bibliográficas

- Barbosa, A. (2003). Pensar a morte nos cuidados de Saúde. *Análise Social*, 38, pág 35-49; Consultado em 24 de Fevereiro de 2015, em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218737559Q5dRD9fa3Zz850Z8.pdf>;
- Benkel, L.; Wijak, H.; Molander, U. (2009). Family and friends provide most social support for the bereaved. *Palliative Medicine*. Vol.23, pp.141-149; (Artigo EBSCO);
- Bossoni, R.; Stumm, E.; Hildebrand, L. & Loro, M. (2009). Câncer e morte, um dilema para pacientes e familiares. *Revista Contexto e Saúde*. Editora Unijui. Vol.9, n.17, pp.13-21; Consultado em 24 de Fevereiro de 2015, em <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1455/1211>;
- Casmarrinha, M. (2008). Familiares do Doente Oncológico em Fim de Vida: dos Sentimentos às Necessidades. Repositório Aberto. Mestrado em Oncologia. Porto. Consultado no dia 27 de Fevereiro de 2015, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7169/2/TESE%20DE%20MESTRADO%20%20Familiares%20do%20Doente%20oncolgico%20em%20fim%20de%20Vida%20dos%20Sentimentos%20s%20Necessidades.pdf>;
- Cassola, T.; Pires, E.; Torres, R. & Backes, D. (2011). Luto Familiar: O cuidado de Enfermagem diante do Processo de Perda. *Revista Contexto e Saúde*. Editora Unijui. Vol.10, n.20, pp.1077-1082; Consultado em 26 de Fevereiro de 2015, em <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1735/1438>;
- Cronfalk, B.; Ternstedt, B.M. & Strang, P. (2010). Soft tissue massage: early intervention for relatives whose family members died in palliative cancer care. *Journal of Clinical Nursing*, Vol.19, pp.1040-1048; (Artigo EBSCO);
- Estanque, C. M. J. (2011). A prática de cuidar o doente oncológico em fim de vida. Uma abordagem na perspectiva dos enfermeiros. Mestrado em cuidados Paliativos. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa; Consultado em 22 de Fevereiro de 2015, em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5532/1/637911_tese.df;
- Fonseca, A.M.L.P & Lopes, M.J. (2011). Experience of care to people with cancer – A student’s perspective of training in nursing. *Rev Enferm UFPE on line*. mar./abr.; 5(spe):344-53.
- Guldin, M.B.; Jensen, A.; Zachariae, R. & Vedsted, P. (2013). Healthcare utilization of bereaved relatives of patients who died from cancer. A national population-based study. *Psycho-Oncology*. Vol.22, pp.1152-1158; (Artigo EBSCO);
- Ling, S.F.; Chen, L.C.; Li, C.Y.; Chang, W.C.; Shen, W.C.S. & Tang, T. (2013). Trajectory and influencing factors of depressive symptoms in family caregivers before and after the death of terminally ill patients with cancer. *Oncology Nursing Society*. Vol.40, n.1, pp.32-40; (Artigo EBSCO);
- Mendes, K.; Silveira, R. & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. Vol. 17, n.4, pp.758-64; Consultado em 2 de Março de 2015, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018;
- Nunes, P. & Alminhas, S. (2013). Competências para cuidar na vivência da morte do paciente. *Onco.News - Investigação e informação em Enfermagem Oncológica*. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. n.23, pp.35-43; (Artigo da AEOP);
- Health topics: Cancer. Organização Mundial de Saúde. (2015). Consultado a 2 de Março de 2015, em <http://www.who.int/topics/cancer/en/>;
- Pereira, N. & Botelho, M.A.R. (2012). Experiência vivida dos sobreviventes de cancro do cólon e reto após tratamento com intenção curativa: revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*. Vol.16, n.1. Consultado a 27 de Fevereiro de 2015, em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo2_31-50.pdf;
- Silva, S. C. F. S. (2009). Caracterização dos cuidados de saúde prestados ao doente oncológico em agonia num serviço de Cuidados Paliativos. Dissertação de Mestrado em oncologia. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Baltazar. Universidade do Porto; Consultado em 24 de Fevereiro de 2015, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20572/2/Caracterizao%20dos%20cuidados%20de%20sade%20prestados%20ao%20doente%20oncolgico%20em%20agonia%20num%20servio%20de%20cuidados%20paliativ.pdf>
- Sousa, D.; Soares, E.; Costa, K.; Pacífico, L. & Parente, A. (2009). A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. Vol.18, n.1, pp.41-47; Consultado em 24 de Fevereiro de 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a05>.

HIDRATAÇÃO DOS LÁBIOS EM DOENTES COM **PATOLOGIA HEMATO-ONCOLÓGICA**

Sílvia Magda Santos
Pereira dos Reis

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra,
smagda@portugalmail.com

Isabel Maria Henriques Simões

Professora Adjunta,
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra,
isabels@esenfc.pt

RESUMO: A hidratação dos lábios a par da higiene oral reveste-se de extrema importância no cuidado aos doentes em oncologia, por forma a prevenir possíveis alterações da sua integridade.

Foram objectivos deste estudo: conhecer os hábitos de hidratação dos lábios da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia.

Trata-se de um estudo com uma abordagem quantitativa de natureza exploratória e transversal. A amostra foi constituída por 54 participantes com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia, internados num serviço de um hospital central, entre os meses de Julho de 2013 e Fevereiro de 2014.

Os resultados deste estudo mostram que mais de metade dos participantes referiu que hidratavam os lábios, utilizando maioritariamente batom hidratante. No entanto, outros produtos são referidos, tais como cremes, batom hidratante e vaselina, ou apenas vaselina.

Os enfermeiros devem assumir responsabilidades na capacitação da pessoa para o seu autocuidado, que lhe permitam adoptar medidas preventivas ou de minimização da mucosite oral, nomeadamente através de ensinamentos e treino de habilidades.

PALAVRAS-CHAVE: Hidratação labial, mucosite oral, hemato-oncologia.

ABSTRACT: *Lips moisturizing within oral hygiene is of utmost importance in the care of oncology patients, in order to prevent possible changes in their integrity.*

The propose of this research was: to know lips moisturizing routine of the person with hematologic disease when receiving chemotherapy.

This study is a quantitative approach, exploratory and across-sectional. The sample consisted of 54 subjects with hematologic disease receiving chemotherapy, who were admitted to a central hospital, between July 2013 to February 2014.

The results of this study show that more than a half of these participants referred that they moisturized the lips, using moisturizing lipstick mostly. However, other products are referred such as cream, moisturizing lipstick and vaseline, or only vaseline.

Nurses have to assume responsibility in training the person to self-care, allowing them to adopt preventive measures or minimize the oral mucositis, namely through teaching and training skills.

KEYWORDS: *lips moisturizing, oral mucositis, hemato-oncology.*

Introdução

Os lábios são a parte mais externa da cavidade oral, formados por estruturas musculares e cutânea, são enervados por nervos e irrigados por vasos sanguíneos. Variam em espessura, forma e tamanho, de acordo com a idade e a raça. Os lábios são responsáveis por várias funções orgânicas, tais como a fala, a alimentação, a mímica facial e a continência salivar, além de serem um símbolo de beleza^{1,2}.

Estas funções orgânicas poderão estar reduzidas ou mesmo comprometidas, quando os lábios não estão íntegros ou saudáveis, o que é muito frequente na doença oncológica, como consequência de tumores da cabeça e pescoço e tumores hematológicos; ou ainda, secundário aos vários tratamentos agressivos, como a radioterapia e a quimioterapia, em que os lábios facilmente perdem a sua integridade pela formação de feridas.

A perda da integridade labial é uma das manifestações da mucosite oral. Esta caracteriza-se por alterações que ocorrerem na mucosa oral, atingindo principalmente os lábios, a região do palato mole, a mucosa jugal, as gengivas, a região inferior e lateral da língua, parede faríngea e os pilares amigdalianos^{3,4}.

Os doentes com mucosite oral podem apresentar desconforto ou mesmo dor, com implicações na capacidade de comunicação e de deglutição, comprometendo assim a auto-imagem e o estado nutricional, com implicações na continuidade dos tratamentos, na morbilidade e na qualidade de vida da pessoa com cancro e família^{4,7}.

A hidratação dos lábios, a par da higiene oral, reveste-se de extrema importância no cuidado aos doentes em oncologia. A literatura científica é unânime ao considerar que os lábios devem ser hidratados com hidratante hidrossolúvel, por forma a prevenir possíveis alterações da sua integridade, nomeadamente feridas e/ou fissuras⁶⁻⁹.

Recomenda-se ainda que se evitem produtos lubrificantes que na sua composição tenham derivados do petróleo, como glicerina e vaselina, devido ao seu efeito desidratante e aumento do risco de infecção^{10,11}.

Metodologia

Foi objetivo deste estudo conhecer os hábitos de hidratação dos lábios da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia.

Trata-se de um estudo com uma abordagem quantitativa de natureza exploratória e transversal.

A amostra foi constituída por 54 participantes com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia, internados num serviço de um hospital central, entre os meses de Julho de 2013 e Fevereiro de 2014. A colheita de dados foi realizada em doentes que tinham terminado a infusão do ciclo de quimioterapia, com capacidade física para a realização da hidratação dos lábios e nomeadamente respeitando os princípios éticos subjacentes ao processo de investigação.

A amostra foi constituída por participantes com idade entre os 18 anos e os 65 anos, com média de idades de 47,26 anos, a maioria homens, casados, com o diagnóstico de linfoma, com tempo de diagnóstico inferior ou igual a 6 meses, sem mucosite oral, mas com experiência anterior da mesma resultante de tratamentos de quimioterapia já efetuados.

O instrumento de colheita de dados foi construído pelas autoras, dividindo-se em duas partes, uma primeira parte relativa aos dados sociodemográficos e clínicos e uma segunda direcionada aos comportamentos de hidratação dos lábios e produtos utilizados.

Resultados e Discussão

Mais de metade dos participantes (59,3%) referiu que hidratavam os lábios (Gráfico 1).

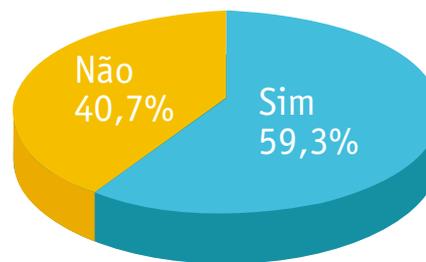


Gráfico 1 – Representação da distribuição da amostra segundo a hidratação dos lábios

Embora estes resultados possam ser considerados positivos, estão longe do que seria ideal. Existe ainda uma percentagem considerável de participantes (40,7%) com maior probabilidade de desenvolver alterações da integridade labial, diminuindo assim a sua qualidade de vida e colocando em causa a continuidade dos seus tratamentos.

A pesquisa bibliográfica realizada permitiu encontrar apenas um estudo sobre a hidratação dos lábios em oncologia e mais especificamente em hemato-oncologia¹².

No que diz respeito aos produtos utilizados na hidratação dos lábios, referidos pelos participantes do estudo, verificou-se que a grande maioria (84,4%) utilizava batom hidratante (Gráfico 2). Apenas uma percentagem mínima de participantes referiram outros produtos, nomeadamente creme (6,3%), batom hidratante ou vaselina (6,3%) e apenas vaselina (3%).

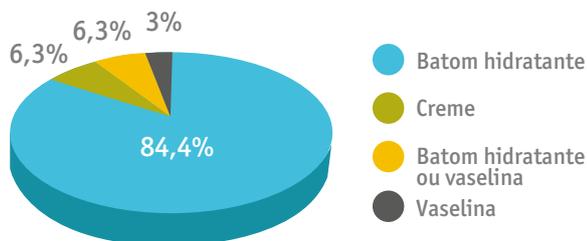


Gráfico 2 – Representação da distribuição da amostra segundo os produtos utilizados na hidratação dos lábios

Estes resultados mostraram que a grande maioria dos elementos da amostra hidratava os lábios correctamente, usando produtos hidrossolúveis como o batom hidratante, tal como é recomendado pela bibliografia científica consultada^{6,8,9,12}. Assim, esta correcta hidratação pode ser considerada como mais um factor positivo na prevenção de alterações da integridade labial.

No entanto, existe ainda uma percentagem, apesar de pequena (15,6%), que não hidrata os lábios correctamente. Neste sentido, é importante desenvolver acções, nomeadamente ensinamentos à pessoa com doença hemato-oncológica promotores de cuidados preventivos na forma de hidratar dos lábios e dos produtos adequados para a sua realização.

Conclusão

A hidratação correcta dos lábios nos doentes com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia é fundamental para manter a integridade labial, sendo uma das medidas de prevenção e/ou atenuação da mucosite oral.

Este estudo revelou que apenas pouco mais de metade dos participantes hidratava os lábios, no entanto, a grande maioria dos que o faziam, faziam-no correctamente.

Entendemos que os enfermeiros devem assumir a responsabilidade na capacitação da pessoa para o autocuidado, pela adopção de medidas preventivas ou de minimização da mucosite oral, nomeadamente através de ensinamentos e treino de habilidades.

Assim, consideramos que esta investigação permitiu desenvolver conhecimento numa área de intervenção autónoma de enfermagem, permitindo adequar os cuidados de enfermagem às reais necessidades da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia.

Referências bibliográficas

1. Antunes, A. A. & Antunes, P. A. (2004). Estudo retrospectivo e revisão de literatura dos tumores dos lábios: experiência de 28 anos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(4), 295-300.
2. Azevedo, D. M., Nagassaki, E., Carvalho, A. S., Lafayette, K. A. S., Cação, E. G., Inforzato, H. C. B., Saldanha, O. R. & Pinto, E. B. S. (2013). Reconstrução do lábio inferior pela técnica de Karapandzic. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 28(1), 168-171.
3. Gutierrez, L., Rodas, I., Lovelle, A., Álvarez, R., & Martin, A. (2009). Manual CTO de urgencias oncológicas. Madrid, Espanha: CTO Editorial.
4. Reis, S. M. S. P. & Simões, I. M. H. (2014). Higiene oral na pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia. *Revista Investigação em Enfermagem*, 7 (2ª Série), 9-15.
5. Valpatto, L. E. R., Silva, T. C., Oliveira, T. M., Sakai, V. T. & Machado, M. A. A. M. (2007). Mucosite buccal radio e quimioinduzida. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 74(4), 562-568.
6. Huskinson, W., & Lloyd, H. (2009). Oral health in hospitalized patients: assessment and hygiene. *Nursing Standard*, 23(36), 43-47.
7. Sieracki, R. L., Voelz, L. M., Johannik, T. M., Kopaczewski, D. M. & Hubert K. (2009). Development and implementation of oral care protocol for patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(6), 718-722.
8. Eilers, J. (2004). Nursing interventions and supportive care for the prevention and treatment of oral mucositis associated with cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 31(4), 13-23.
9. Harris, D. J., Eilers J., Harriman, A., Cashavelly, B. J., & Maxwell, C. (2008). Putting evidence into practice: evidence based interventions for oral management of oral mucosites. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(1), 141-152.
10. Castell, P. A. [et al] (2001). Prevención y tratamiento de la mucositis en el paciente onco-hematológico. *Farmacia Hospitalaria*, 25(3), 139-140.
11. Cancer Care Nova Scotia (2014). Mouth Care During Cancer Treatment. Retirado em Outubro 30, 2015, de <http://www.cancercare.ns.ca/site-cc/media/cancercare/2014mouth%20care%202.pdf>
12. Reis, S. M. S. P. (2012). Higiene oral na pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

VELCADE®

(bortezomib)

Informações Essenciais Compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento | VELCADE® 3,5 mg pó para solução injetável | Composição qualitativa e quantitativa: VELCADE® 3,5 mg pó para solução injetável - Cada frasco para injetáveis contém 3,5 mg de bortezomib (como éster borônico de manito). Após reconstituição, 1 ml de solução injetável por via subcutânea contém 2,5 mg de bortezomib. Após reconstituição, 1 ml de solução injetável por via intravenosa contém 1 mg de bortezomib. **Forma Farmacêutica:** Pó para solução injetável. Massa ou pó branco a esbranquiçado.

Indicações terapêuticas: VELCADE em monoterapia ou em combinação com doxorrubicina lipossômica pegulada ou dexametasona é indicado no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo em progressão que tenham recebido pelo menos 1 terapêutica prévia e que já tenham sido sujeitos ou que não sejam elegíveis para transplante de células estaminais hematopoiéticas. VELCADE em associação com melifano e prednisona é indicado no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo não tratados previamente e que não sejam elegíveis para quimioterapia em alta dose com transplante de células estaminais hematopoiéticas. VELCADE em combinação com rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina e prednisona, é indicado para o tratamento de doentes adultos com linfoma de células do manito não tratados previamente, que não sejam elegíveis para transplante de células estaminais hematopoiéticas.

Posologia: O tratamento deve ser iniciado e administrado sob a supervisão de um médico qualificado e experiente no uso de agentes quimioterápicos. VELCADE deve ser reconstituído por um profissional de saúde. VELCADE 3,5 mg, pó para solução injetável está disponível quer para administração intravenosa, quer para administração subcutânea. VELCADE não deve ser administrado por outras vias. A administração intratecal resultou em morte. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE. **Posologia para o tratamento do mieloma múltiplo em progressão (doentes que receberam pelo menos 1 terapêutica prévia):** Monoterapia: VELCADE 3,5 mg pó para solução injetável é administrado por via intravenosa ou subcutânea, na dose recomendada de 1,3 mg/m² de área de superfície corporal, duas vezes por semana, durante duas semanas, nos dias 1, 4, 8 e 11, num ciclo de tratamento de 21 dias. Este período de três semanas é considerado um ciclo de tratamento. É recomendado que os doentes recebam dois ciclos de VELCADE após a confirmação de uma resposta completa. Doentes que respondam ao tratamento e que não tenham alcançado uma remissão completa devem receber um total de 8 ciclos de tratamento. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE. Em caso de ajustes posológicos durante o tratamento e o reinício do tratamento para monoterapia, consultar o RCM completo. Em caso de dor neuropática e/ou neuropatia periférica, consultar o RCM completo. **Terapêutica de associação com doxorrubicina lipossômica pegulada:** VELCADE 3,5 mg, pó para solução injetável é administrado por via intravenosa ou subcutânea, na dose recomendada de 1,3 mg/m² de área de superfície corporal, duas vezes por semana, durante duas semanas, nos dias 1, 4, 8 e 11, num ciclo de tratamento de 21 dias. Este período de 3 semanas é considerado um ciclo de tratamento. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE. A doxorrubicina lipossômica pegulada é administrada a 30 mg/m², ao dia 4 do ciclo de tratamento com VELCADE, por perfusão intravenosa de 1 hora, administrada após a injeção de VELCADE. Enquanto os doentes não progredirem e tolerarem a terapêutica, podem ser administrados até oito ciclos desta terapêutica de associação. Os doentes que alcançarem uma resposta completa podem continuar o tratamento por pelo menos mais 2 ciclos após a primeira evidência de resposta completa, mesmo que isso requiera um tratamento de mais de 8 ciclos. Os doentes cujos níveis de paraproteína continuarem a diminuir após 8 ciclos, podem também continuar o tratamento enquanto tolerarem e continuarem a responder. Para informações adicionais relacionadas com a doxorrubicina lipossômica pegulada, consultar o respetivo RCM. **Terapêutica de associação com dexametasona:** VELCADE 3,5 mg, pó para solução injetável é administrado por via intravenosa ou subcutânea, na dose recomendada de 1,3 mg/m² de área de superfície corporal, duas vezes por semana, durante duas semanas nos dias 1, 4, 8 e 11, num ciclo de tratamento de 21 dias. Este período de 3 semanas é considerado um ciclo de tratamento. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE. No ciclo de tratamento com VELCADE, a dexametasona é administrada oralmente, na dose de 20 mg, nos dias 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11 e 12. Os doentes que alcançarem resposta ou estabilização da doença após 4 ciclos desta terapêutica de associação podem continuar a receber a mesma associação, num máximo de 4 ciclos adicionais. Para informações adicionais relacionadas com a dexametasona, consultar o respetivo RCM. Em caso de ajustes posológicos para a terapêutica de associação, em doentes com mieloma múltiplo progressivo, consultar o RCM completo. **Posologia para doentes com mieloma múltiplo não tratados previamente e que não sejam elegíveis para transplante de células estaminais hematopoiéticas:** **Terapêutica de associação com melifano e prednisona:** VELCADE 3,5 mg, pó para solução injetável é administrado por via intravenosa ou subcutânea, em associação com melifano oral (ver RCM completo). Considera-se um ciclo de tratamento, um período de seis semanas. Nos ciclos 1-4, VELCADE é administrado duas vezes por semana nos dias 1, 4, 8, 11, 22, 25, 29 e 32. Nos ciclos 5-9, VELCADE é administrado uma vez por semana nos dias 1, 8, 22 e 29. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE. Melifano e prednisona devem ser ambos administrados oralmente nos dias 1, 2, 3, 4 e 10 da primeira semana de cada ciclo de tratamento com VELCADE. São administrados nove ciclos desta combinação terapêutica. Em caso de ajustes posológicos durante o tratamento e reinício de tratamento para terapêutica em associação com melifano e prednisona, consultar o RCM completo. **Posologia para doentes com mieloma múltiplo não tratados previamente e que sejam elegíveis para transplante de células estaminais hematopoiéticas (terapêutica de indução):** **Terapêutica de associação com dexametasona:** VELCADE 3,5 mg pó para solução injetável é administrado por via intravenosa ou subcutânea na dose recomendada de 1,3 mg/m² de área de superfície corporal, duas vezes por semana, durante duas semanas nos dias 1, 4, 8 e 11, num ciclo de tratamento de 21 dias. Este período de três semanas é considerado um ciclo de tratamento. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE. A dexametasona é administrada por via oral numa dose de 40 mg nos dias 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10 e 11 do ciclo de tratamento com VELCADE. São administrados quatro ciclos de tratamento com esta terapêutica de associação. **Terapêutica de associação com dexametasona e talidomida:** VELCADE 3,5 mg pó para solução injetável é administrado por via intravenosa ou subcutânea na dose recomendada de 1,3 mg/m² de área de superfície corporal, duas vezes por semana, durante duas semanas nos dias 1, 4, 8 e 11, num ciclo de tratamento de 21 dias. Este período de três semanas é considerado um ciclo de tratamento. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE. A dexametasona é administrada por via oral numa dose diária de 50 mg nos dias 1-14 e se tolerada, a dose é aumentada para 100 mg nos dias 15-28, podendo a partir do ciclo 2, ser ainda aumentada para 200 mg por dia. São administrados quatro ciclos de tratamento com esta terapêutica de associação. É recomendado que os doentes com pelo menos resposta parcial recebam dois ciclos adicionais. Em caso de ajustes posológicos para doentes elegíveis para transplante, consultar o RCM completo. **Posologia para doentes com linfoma de células do manito (LCLM) não tratados previamente:** **Terapêutica de associação com rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina e prednisona (VR-CAP):** VELCADE 3,5 mg pó para solução injetável é administrado por via intravenosa ou subcutânea na dose recomendada de 1,3 mg/m² de área de superfície corporal, duas vezes por semana, durante duas semanas nos dias 1, 4, 8 e 11, seguidas de um período de descanso de 10 dias nos dias 12-21. Este período de três semanas é considerado um ciclo de tratamento. São recomendados seis ciclos de VELCADE, embora para os doentes com uma resposta documentada pela primeira vez no ciclo 6, devam ser administrados dois ciclos adicionais de VELCADE. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE. Os seguintes medicamentos são administrados por perfusão intravenosa no dia 1 de cada ciclo de tratamento de 3 semanas com VELCADE: rituximab numa dose de 375 mg/m²; ciclofosfamida numa dose de 750 mg/m²; doxorrubicina numa dose de 50 mg/m²; e prednisona é administrada por via oral numa dose de 100 mg/m² nos dias 1, 2, 3, 4 e 5 de cada ciclo de tratamento com VELCADE. Em caso de ajustes de dose durante o tratamento de doentes com linfoma de células do manito não tratados previamente, consultar o RCM completo. Para informações relativas às populações especiais consultar o RCM completo.

Modo de administração: VELCADE® 3,5 mg pó para solução injetável - Via intravenosa: A solução reconstituída de VELCADE® 3,5 mg é administrada em bolus intravenoso, durante 3-5 segundos, através de um cateter periférico ou central intravenoso seguido por uma lavagem com uma solução isotónica de sódio a 9 mg/ml (0,9%) para injetáveis. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE. **Via subcutânea:** A solução reconstituída de VELCADE® 3,5 mg é administrada subcutaneamente através das coxas (direita ou esquerda) ou do abdómen (direito ou esquerdo). A solução deve ser injetada subcutaneamente, sob um ângulo de 45-90°. Os locais de injeção para injeções sucessivas devem ser relativos. Se ocorrerem reações nos locais de injeção após a injeção subcutânea de VELCADE®, recomenda-se administrar uma solução de VELCADE® menos concentrada (1 mg/ml em vez de 2,5 mg/ml) ou mudar para a injeção intravenosa. Quando VELCADE® é administrado em associação com outros medicamentos, consultar os respetivos RCMs para as respetivas instruções de administração.

Contraindicações: Hipersensibilidade ao bortezomib, boro ou a qualquer um dos excipientes; doença pulmonar aguda difusa infiltrativa e doença cardíaca. Quando VELCADE® é administrado em associação com outros medicamentos, deve consultar os respetivos RCMs para obter informação adicional sobre as contraindicações. **Efeitos indesejáveis:** **Reações adversas em doentes com mieloma múltiplo tratados com VELCADE® como agente único ou em associação:** Muito frequentes: trombocitopenia, neutropenia, anemia, diminuição do apetite, neuropatia periférica, neuropatia sensorial periférica, disestesias, neuralgia, sintomas associados a náuseas e vômitos, diarreia, obstrução, dor musculoesquelética, prexa, fadiga, astenia. **Frequentemente:** Herpes zoster (incluindo infeção disseminada e oftálmica), pneumonia, Herpes simplex, infeção fúngica, leucopenia, linfopenia, desidratação, hipocalcemia, hiponatremia, valores anormais de glicemia anormal, hipocalcemia, anomalia enzimática, perturbações de humor e distúrbios, perturbação de ansiedade, perturbação e distúrbios do sono, neuropatia motora, perda de consciência (incluindo síncope), tonturas, disgeusia, letargia, cefaleia, olhos inchados, visão anormal, conjuntivite, vertigens, hipotensão, hipertensão ortostática, hipertensão sistólica, epistaxis, infeção do trato respiratório superior e inferior, tosse, hemorragia gastrointestinal (incluindo da mucosa), dispepsia, estomatite, distensão abdominal, dor orofaríngea, dor abdominal (incluindo dor gastrointestinal e esplênica), afecções orais, flatulência, enzimas hepáticas anormais, erupção cutânea, prurido, eritema, pele seca, espasmos musculares, dores nas extremidades, fraqueza muscular, compromisso renal, edema (incluindo periférico), calafrios, dor, alterações nas mucosas, mal-estar, diminuição do peso. **Pouco frequentes:** Infeção bacteriana, infeção fúngica, sepsis (incluindo choque séptico), broncopneumonia, infeção pelo vírus do Herpes, meningite/balite herpética, bacteriemia (incluindo estafilocócica), hordéolo, *Intiliza*, *Intiliza*, pelútilis, infeções associadas a dispositivos, infeção cutânea, infeção nos ouvidos, infeção estafilocócica, infeção dentária, pancytopenia, neutropenia febril, cefalaléia, leucocitose, linfadenopatia, anemia hemolítica, angiodedma, hipersensibilidade, síndrome de *Cushing*, hipartiridismo, secreção inapropriada da hormona antidiurética, síndrome de lise tumoral, problemas de crescimento, hiponatremia, hipofosfatemia, hipercalemia, hipercalemia, hiponatremia, valores anormais de ácido úrico, *Diabetes Mellitus*, retenção de fluidos, perturbações mentais, alucinações, perturbação psicológica, confusão, incontinência, tremor, neuropatia sensoriomotora periférica, discinesia, perturbações da coordenação e equilíbrio do cérebro, perda de memória (evoluindo em demência), encefalopatia, síndrome de encefalopatia posterior reversível, neurotúndulo, perturbações convulsivas, neuralgia pós-herpética, perturbações na fala, síndrome das pernas inquietas, erupção na pele, náusea, perturbações da atenção, reflexos anormais, parosmia, hemorragia ocular, infeção das palpebras, inflamação dos olhos, olho seco, irritação ocular, dor ocular, aumento do lactato, secreção ocular, discrasia (incluindo zumbidos), insuficiência auditiva (até à surdez), desconforto nos membros, tamponamento cardíaco, paragem cardiopulmonar, fibrilhação cardíaca (incluindo ventrículo direito e esquerdo), arritmia, palpitações, palpitações, angina de peito, pericardite (incluindo efusão pericardial), cardiomiopatia, disfunção ventricular, bradicardia, acidente vascular cerebral, trombose venosa profunda, hemorragia, tromboflebite (incluindo superficial), colapso circulatório (incluindo choque hipovolémico), fêlites, rubor, hematoma (incluindo perirenal), diminuição da circulação periférica, vasculite, hemiparêia ocular, embolismo pulmonar, derrame pleural, edema pulmonar (incluindo agudo), hemorragia alveolar pulmonar, broncoespasmo, doença pulmonar obstrutiva crónica, hipoxemia, congestão do trato respiratório, hipoxia, pleuresia, soluços, inrmeia, distonia, síbilos, pancreatite (incluindo crónica), hematemese, vômitos indesejáveis, obstrução gastrointestinal (incluindo obstrução do intestino delgado, íleo), desconforto abdominal, ulceração oral, enterite, gastrite, hemorragia gengival, refluxo gastroesofágico, colite (incluindo *Clostridium difficile*), colite isquémica, inflamação gastrointestinal, distúrgia, síndrome do cólon irritable, doença gastrointestinal não especificada, língua saburosa, perturbações da motilidade intestinal, perturbações da glândula salivar, hepatotoxicidade (incluindo não afecções hepáticas), hepatite, colelitase, eritema multiforme, eritema, dermatose neutrofilica aguda febril, erupção cutânea tóxica, necrose epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, dermatite, alterações no cabelo, pelútilis, equimose, lesão cutânea, infecção, prurido, massa cutânea, psoríase, hiperidrose, sudores noturna, ulceração, edema em periclitó, acne, vesículas, alterações na pigmentação, espasmos musculares, edema articular, rigidez nas articulações, miopatia, sensação de peso, insuficiência renal aguda, insuficiência renal crónica, infeção do trato urinário, sinais e sintomas do trato urinário, hematúria, retenção urinária, distúrbios na visão, prostração, azoemia, otúrgia, polquiúria, hemorragia vaginal, dor genital, disfunção erétil, deterioração da saúde física geral, edema da face, reação no local da injeção, alterações nas mucosas, dor no peito, alterações na marcha, sensação de frio, extravasamento, complicações relacionadas com cateter, sensação de sede, desconforto no peito, sensação de alterações na temperatura corporal, dor no local da injeção, hiperbilirrubinemia, alteração das análises proteicas, aumento de peso, alteração dos testes sanguíneos, aumento da proteína C reativa, queda, contusões, Baros; meningite (incluindo bacteriana), infeção pelo vírus de Epstein-Barr, herpes genital, amigdalite, mastoidite, síndrome de fadiga pós-viral, neoplasia maligna, leucemia plasmocitária, carcinoma das células reiais, massa, miomas; fungíbe, neoplasia benigna, coagulação intravascular disseminada, trombotocitose, síndrome de hipersensibilidade, distúrbios das plaquetas não especificados, purpura trombocitopénica, doenças do sangue não especificadas, óstea hemorrágica, infiltração linfocítica, choque anafilático, amiotrofia, reação medida pelo complexo T, teste tipo II, hipotidismo, hipergamaglobulinemia, acidose, desequilíbrio dos eletrólitos, sobrecarga de líquidos, hipotensão, hiperotemia, hipovolemia, hipofosfatemia, doença metabólica, deficiência ou complexo vitamínico B, deficiência de vitamina B12, gota, aumento do apetite, intolerância ao álcool, ideação suicida, transtorno de adaptação, delírios, diminuição da libido, hemorragia cerebral, hemorragia intracraniana (incluindo subaracnóide), edema cerebral, ataque isquémico transitório, coma, desequilíbrio do sistema nervoso autónomo, neuropatia autonómica, paralisia cerebral, paralisia, pressão, pré-síncope, síndrome do tronco cerebral, perturbações cerebrovasculares, lesão da raiz nervosa, hiperatividade psicómotora, compressão da medula espinal, perturbações cognitivas não especificadas, disfunção motora, perturbações. **o sistema no uso não especificadas:** raio, icterícia, salvação excessiva, hipotonia, lesão da córnea, exoftalmia, retinite, escleroma, afecções oculares (incluindo pálpabras não especificadas, dacriocistite aguda, fotofobia, fotopsia, neuropatia ótica, diferentes graus de insuficiência visual (até à cegueira), hemorragia dos ouvidos, neurite vestibular, afecções do ouvido não especificadas, *Intiliza* auricular, enfarte do miocárdio, bloqueio aurículo-ventricular, doença cardiovascular (incluindo choque cardiogénico), *Torsade de pointes*, angina instável, paragem de tensão, insuflência arterial coronária, paragem sinusal, embolismo pulmonar, linfedema, palidez, entorpeçagem, vasodilatação, descoloração venosa, insuficiência venosa, falência respiratória, síndrome de dificuldade respiratória aguda, apneia, pneumotórax, atelectasia, hipertensão pulmonar, hemorragia, hiperventilação, ortorpeia, pneumonite, alcatose respiratória, taquipléia, fibrose pulmonar, perturbação brônquica, hipocalcemia, doença pulmonar intersticial, infiltração pulmonar, sensação de aperto na garganta, garganta seca, aumento da secreção das vias aéreas superiores, garganta inflamada, síndrome de tosse das vias aéreas superiores, pancreatite aguda, peritonite, edema da língua, ascite, esofagite, queilite, incontinência fecal, altonia do esfíncter anal, fecaloma, ulceração e perturbação gastrointestinal, hipertrofia gengival, necrose, secreção renal, vesiculação orofaríngea, dor nos lábios, perodontite, fissura anal, alteração dos hábitos intestinais, proctalgia, fezes anormais, falência hepática, hepatomegalia, síndrome Budd-Chiari, hepatite por citomegalovírus, hemorragia hepática, cefaléias, reação cutânea, infiltração linfocítica de Jessner, síndrome de Entrosestese Palmoplantar, hemorragia subcutânea, livedo reticular, endurecimento cutâneo, pápulas, reações de fotossensibilidade, seborreia, suores frios, afecções cutâneas não especificadas, eritema, ulceração cutânea, alterações nas unhas, radionecrose, síndrome da articulação temporomandibular, fistula, derrame articular, dor no maxilar inferior, afecções ósseas, infeções e inflamações musculoesqueléticas e do tecido conjuntivo, quisto sinovial, inchaço da bexiga, perturbação testicular, prostaticite, doenças da mama nas mulheres, sensibilidade epididimal, epididimite, dor pélvica, ulceração vulvar, apatia, malformações gastrointestinais, icitose, morte (incluindo súbita), falência multiorgânica, hemorragia no local da injeção, hémia (incluindo no hiato), cicatrização deficiente, inflamação, fêlites no local da injeção, sensibilidade, úlcera, irribilidade, dor no peito não cardíaca, dor no local do cateter, sensação de corpo estranho, alteração dos gases sanguíneos, anormalias no eletrocardiograma (incluindo prolongamento QT), Rácio Normalizado Internacional (INR) anormal, diminuição do pH gástrico, aumento da agregação plaquetária, aumento da tromboxina I, identificação e serologia viral, alteração da análise à urina, reação à transfusão, calafrios, fraturas, lesões na face, lesões nas articulações, queimaduras, laceração, dor relacionada com o procedimento, lesões por radiação, ativação dos macrófagos. **Reações adversas em doentes com Linfoma de Células do Manito e tratados com VR-CAP:** Muito frequentes: pneumonia, trombocitopenia, neutropenia febril, neutropenia, leucopenia, anemia, linfopenia, diminuição do apetite, neuropatia sensorial periférica, disestesias, neuralgia, sintomas associados a náuseas e vômitos, diarreia, obstrução, alterações no cabelo, prexa, fadiga, astenia. **Frequentemente:** sepsis (incluindo choque séptico), herpes zoster (incluindo disseminado e oftálmico), infeção pelo vírus Herpes, infeções bacterianas, infeção do trato respiratório inferior/superior, infeção fúngica, Herpes Simplex, hipersensibilidade, hipocalcemia, valores anormais de glicemia, hiponatremia, Diabetes mellitus, retenção de fluidos, perturbações e distúrbios do sono, neuropatia, neuropatia motora, perda de consciência (incluindo síncope), encefalopatia, neuropatia sensoriomotora periférica, tonturas, disgeusia, neuropatia autonómica, discrasia (incluindo zumbidos), fibrinação cardíaca (incluindo auricular), arritmia, insuficiência cardíaca (incluindo ventrículo direito e esquerdo), isquemia do miocárdio, disfunção ventricular, hipertensão, hipotensão, hipertensão ortostática, dispnéia, tosse, soluços, hemorragia gastrointestinal (incluindo da mucosa), distensão abdominal, dispepsia, dor orofaríngea, dor, ulceração oral, desconforto abdominal, distúrgia, inflamação gastrointestinal, dor abdominal (incluindo dor gastrointestinal e esplênica), afecções orais, hepatotoxicidade (incluindo afecções hepáticas), prurido, dermatite, erupção cutânea, espasmos musculares, dor nas extremidades, infeção do trato urinário, edema (incluindo periférico), calafrios, reação no local da injeção, mal-estar, hiperbilirrubinemia, alteração das análises proteicas, aumento de peso, diminuição do peso; **Pouco frequentes:** Hepatite B, infeção, broncopneumonia, pancytopenia, reação anafilática, choque cardiogénico, síndrome de desconforto respiratório agudo, embolismo pulmonar, pneumonia, hipertensão pulmonar, edema pulmonar (incluindo agudo), colite (incluindo *Clostridium difficile*), infeção hepática. **Titular da autorização de introdução no mercado:** JANSSEN-CILAG INTERNATIONAL NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beersel, Bélgica. **Para mais informações, por favor, contactar o Representante Local do Titular de Autorização de Introdução no Mercado:** Janssen-Cilag Farmacêutica, Lda, Estrada Consiglieri Pedrosa, 69 A 2734 - 503 Barcarena. Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. As informações apresentadas não dispensam a consulta do RCM completo. RCM resumo de VELCADE® pó para solução injetável, Versão 16, revisto em janeiro de 2016.

Ref 1. San Miguel JF et al. Persistent Overall Survival Benefit and No Increased Risk of Second Malignancies With Bortezomib-Melphalan-Prednisone Versus Melphalan-Prednisone in Patients With Previously Untreated Multiple Myeloma. J Clin Oncol 2012; 30. DOI: 10.1200/JCO.2012.41.6180. | Material promocional elaborado em fevereiro de 2016 | PPH/VEL/0915/0007(1)

PERFIL DA PESSOA QUE SERÁ SUBMETIDA A OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL NA FASE PRÉ-OPERATÓRIA

Carla Silva

Enfermeira especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Escola Superior de Enfermagem do Porto,
enf_carlasilva@hotmail.com

Célia Santos

Doutora em Psicologia da Saúde, Professora Coordenadora
Escola Superior de Enfermagem do Porto,
celiasantos@esenf.pt

Maria Alice Brito

Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta
Escola Superior de Enfermagem do Porto,
alice@esenf.pt

RESUMO: Introdução: O cancro colorretal constitui uma das principais causas para a confeção de uma ostomia de eliminação intestinal (Krouse et al., 2016). Em Portugal estima-se que cerca de 20 a 25 mil pessoas vivam com uma ostomia de eliminação (Cabral, 2009). Importa, assim, conhecer o perfil deste grupo populacional na fase que antecede a cirurgia devido à sua influência no período posterior à confeção da ostomia e no processo de reabilitação e adaptação da pessoa à nova condição.

Objetivo: Descrever as características sociodemográficas, clínicas e de tratamento da pessoa que vai ser submetida a ostomia de eliminação intestinal no norte de Portugal.

Material e métodos: Estudo quantitativo, descritivo e transversal. Foi aplicado o formulário “Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal – CAO-EI”, validado para a população portuguesa, a uma amostra de conveniência de 50 participantes em três hospitais do norte do país.

Resultados: A idade média dos participantes era de 61 anos, variando as idades entre os 25 e os 85 anos. Verificou-se que 88% possuíam escolaridade, embora, destes, cerca de 71% tinham frequentado apenas o primeiro ciclo. Também 60% eram do sexo masculino, 86% casados ou viviam em união de facto e 78% possuíam um familiar cuidador, sendo em 62% dos casos o cônjuge. Todos os participantes estavam a aguardar a cirurgia colorretal com provável construção de ostomia de eliminação intestinal e todos sabiam referir o diagnóstico que motivava a cirurgia, sendo que 78% tinham carcinoma do reto, 82% iriam ser submetidos a colostomia e 52% a ostomia temporária. A maioria dos participantes (82%) nunca tinha contactado com alguém com estoma, 58% participou em consulta de Enfermagem de Estomaterapia e em metade da amostra foi efetuada marcação do estoma.

Conclusões: O conhecimento sobre o perfil sociodemográfico, clínico e de tratamento das pessoas que serão submetidas a ostomia de eliminação intestinal, ainda na fase pré-operatória, permite ao enfermeiro identificar, antecipadamente, as mais vulneráveis a desenvolver um processo de adaptação menos ajustado, permitindo-lhe, assim, mobilizar e coordenar recursos no sentido de implementar intervenções de enfermagem que respondam às necessidades específicas deste grupo populacional.

PALAVRAS-CHAVE: Ostomia, colostomia, ileostomia, perfil de saúde, autocuidado.

ABSTRACT: *Introduction: Colorectal cancer is a major cause for the confection of an ostomy intestinal elimination (Krouse et al, 2016.). In Portugal it is estimated that about 20 to 25 thousand people are living with an ostomy disposal (Cabral, 2009). It is therefore important to know the profile of this population group in the stage prior to surgery because of its influence on the period after the confection of ostomy and the process of rehabilitation and adaptation of the person to the new condition.*

Objective: To describe the sociodemographic and clinical characteristics and treatment of the person that will be submitted to ostomy intestinal elimination in northern Portugal.

Methods: quantitative, descriptive and cross. It was applied in the form "Development of the person's self-care competence with intestinal elimination ostomy - CAO-EI", validated for the Portuguese population, a convenience sample of 50 participants in three northern hospitals in the country.

Results: The mean age of participants was 61 years, ranging in ages between 25 and 85 years. It was found that 88% had education, although these, about 71% had attended the 1st cycle. Also 60% were male, 86% were married or living in union and 78% had a family caregiver, and in 62% of cases the spouse. All participants were waiting for colorectal surgery with possible construction of bowel elimination of ostomy and everyone knew refer the diagnosis that motivated the surgery, and 78% had rectal carcinoma, 82% would undergo colostomy and 52% temporary ostomy. Most participants (82%) had never contacted someone with stoma, 58% participated in Stomatherapy Nursing consultation and half of the sample was made marking the stoma.

Conclusions: Knowledge about the profile sociodemographic, clinical and treatment of people who will undergo ostomy intestinal elimination, even in the preoperative phase, allows nurses to identify in advance the most vulnerable developing a less adjusted adaptation process, allowing them to mobilize and coordinate resources to and prescribe nursing interventions that respond to the specific needs of this group population.

KEYWORDS: *ostomy, colostomy, ileostomy, health profile, self-care.*

Introdução

Nas ostomias de eliminação intestinal o estoma é criado cirurgicamente na parede abdominal, sendo o íleo ou o cólon suturado à pele (Minkes, 2015). A presença do estoma e a decorrente ausência de controlo esfinteriano alteram o corpo da pessoa, levando-a a sentir-se insatisfeita com a sua aparência. Somam-se, a estas mudanças, a saída inesperada de gases e odores pelo estoma, as alterações a nível do vestuário, as dificuldades sentidas nas viagens e as complicações associadas ao estoma e à pele periestomal, as quais provocam problemas psicossociais na pessoa que vive com um estoma, tais como ansiedade, depressão, sensação de solidão, falta de controlo, cansaço, estigma, diminuição da autoestima e das atividades sociais, perda do trabalho e perturbações a nível sexual (Vonk-Klaassen, Vocht, Ouden, Eddes & Schuurmans, 2016; Tao, Songwathana, Isaramalai & Zhang, 2013). Às alterações físicas e psicológicas descritas, Schreiber (2016) acrescenta as necessidades financeiras que se relacionam com os gastos associados aos dispositivos e materiais necessários ao cuidado do estoma.

A confeção de uma ostomia gera necessidades únicas a nível físico, psicológico, social e económico, sendo a adaptação à vida com um estoma assumida como um processo difícil (Burch, 2015).

Estima-se que cerca de um milhão de pessoas seja submetida, por ano, a cirurgia com confeção de um estoma em todo o mundo (Simmons, Smith, Bobb & Liles, 2007). Na Europa cerca de 700 000 pessoas vivem com um estoma (European Ostomy Association, 2012) e em Portugal cerca de 20 000 a 25 000 pessoas vivem com um estoma de eliminação (Cabral, 2009).

Perante o elevado número de pessoas a viver com um estoma e dado o papel fundamental do enfermeiro no processo de desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa ao estoma, a fim da sua autonomia na prestação dos cuidados que a nova condição exige (Reading, 2016; Schreiber, 2016), importa conhecer o perfil deste grupo populacional porque as suas características sociodemográficas, clínicas e de tratamento são passíveis de influenciar, facilitando ou inibindo, o processo de adaptação da pessoa ao estoma.

A promoção da autonomia no autocuidado ao estoma é identificado, neste contexto, como um fator potenciador da adaptação da pessoa ao estoma (O'Connor, 2005), pelo que releva identificarem-se aquelas que são as necessidades específicas deste grupo populacional. Os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, que se dedicarem à exploração dessas necessidades, encontrar-se-ão mais capacitados para lhes dar resposta, contribuindo para o processo de transição da pessoa com estoma. Estarão, assim, mais preparados para implementarem intervenções de enfermagem que promovam a autonomia, a manutenção da capacidade funcional e a capacidade para enfrentar problemas biopsicossociais (Martins, Sonobe, Vieira, Oliveira, Lenza & Teles, 2015; O'Connor, Coates & O'Neill, 2010).

Se a promoção da autonomia no autocuidado ao estoma é tida como fundamental para o processo de transição e, uma vez que o desenvolvimento da competência de autocuidado ao estoma deve ter início na fase que antecede a cirurgia, pelos conhecidos ganhos na reabilitação pós-operatória e na adaptação da pessoa à nova condição (Slater, 2011), torna-se fundamental descrever as características sociodemográficas, clínicas e de tratamento da pessoa que vai ser submetida à realização de uma ostomia de eliminação intestinal na fase pré-operatória.

Metodologia

Como forma de dar resposta ao objetivo da investigação desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo e transversal. Suportamo-nos num desenho de investigação descritivo por ser aquele que “serve para identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população” (Fortin, 2009, p.236). Pretendeu-se, assim, recolher dados sociodemográficos, clínicos e de tratamento a respeito de um grupo populacional específico – pessoas que serão submetidas a ostomia de eliminação intestinal – pelas implicações que esses dados têm para a identificação de necessidades em saúde (Bowling, 2014).

Os dados foram recolhidos em pessoas que seriam submetidas a cirurgia com provável confecção de ostomia de eliminação intestinal, no dia anterior à cirurgia (fase pré-operatória), pelo que se trata de um estudo transversal.

Os dados foram recolhidos de abril a setembro de 2011, através da aplicação do formulário “Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de

eliminação intestinal” (CAO-EI: ESEP), desenvolvido por Cardoso, Silva, Gomes, Santos e Brito e validado para a população portuguesa por Pinto, Santos, Brito e Queirós (2016). O formulário é composto, globalmente, por duas partes, sendo que a resposta ao objetivo deste estudo passou pela aplicação da primeira parte do formulário.

A primeira parte do formulário encontra-se voltada para a caracterização da pessoa através de variáveis de atributo (p.e idade, estado civil, habilitações literárias, profissão e situação profissional), de variáveis clínicas (p.e diagnóstico clínico, tipo de cirurgia, tipo e duração do estoma), de variáveis de tratamento (p.e participação em consulta de enfermagem de Estomaterapia na fase pré-operatória, contacto prévio com pessoas com estoma), bem como de outras variáveis como a existência de um familiar cuidador.

O formulário foi aplicado, depois de obtidas as autorizações pertinentes, nos serviços de internamento de cirurgia (homens e mulheres) em três hospitais do norte de Portugal.

A amostra em estudo foi recolhida por amostragem de conveniência e foi composta por 50 participantes, cumprindo, assim, a dimensão mínima exigida de 30 unidades estatísticas, como afirma Freixo (2011).

Foram incluídas na amostra pessoas propostas para cirurgia colorretal eletiva com construção provável de ostomia de eliminação intestinal, temporária ou definitiva, com consentimento cirúrgico informado assinado, com idade igual ou superior a dezoito anos e que aceitassem participar livremente no estudo, após devidamente esclarecidas.

Como critérios de exclusão foram definidos o defeito cognitivo, avaliado pelo Mini-Exame do Estado Mental e/ou a deterioração motora, capazes de dificultar o processo de desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa ao estoma ou impedir a aplicação do referido formulário.

Durante a realização do estudo foram respeitados os pressupostos éticos inerentes à investigação em saúde que envolve a pessoa humana. Foi pedido a todos os participantes o consentimento livre, informado e esclarecido para a participação no estudo e foi assegurada a confidencialidade dos dados.

Resultados

Para a descrição das características sociodemográficas, clínicas e de tratamento da pessoa que será submetida a

ostomia de eliminação intestinal no norte de Portugal, através da estatística descritiva, recorreremos a medidas de tendência central, como a média, e a medidas de dispersão, como o desvio padrão e a amplitude, na medida em que o resumo dos dados brutos permite destacar informação relevante mas, também, uma análise sistemática dos dados recolhidos, permitindo detetar padrões e tendências (Polit & Beck, 2011).

No que se refere à idade dos participantes, a média foi de 60.9 anos (DP=15.0), variando as idades entre os 21 e os 85 anos (A=64 anos), tendo-se registado uma grande dispersão das idades dos participantes que se afastaram 15 anos em torno da média.

Da amostra, 88% dos participantes (n=44) possuíam escolaridade e 12% (n=6) eram iletrados. Os participantes com habilitações literárias tinham, em média, 5.9 anos de escolaridade (DP=4.0), variando entre os 2 e os 17 anos (A=15 anos). Dos participantes que possuíam habilitações literárias, 70.5% (n=31) frequentaram o primeiro ciclo e 9.1% (n=4), o ensino superior (tabela 1).

	Ampl.	Min.	Máx.	M	DP
Idade	64	21	85	60.9	15.0
Anos de escolaridade	15	2	17	5.9	4.0
Habilitações literárias	n	%			
Não sabe ler nem escrever	6	12.0			
Com habilitações literárias	44	88.0			
Grau de escolaridade	n	%			
1º Ciclo	31	70.5			
2º Ciclo	3	6.8			
3º Ciclo	5	11.4			
Ensino Secundário	1	2.3			
Ensino Superior	4	9.1			

Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com a idade, anos de escolaridade, habilitações literárias e grau de escolaridade

O sexo masculino foi o mais representativo na amostra com 60% (n=30) dos participantes.

No que diz respeito ao estado civil, 86% (n=43) dos participantes eram casados ou viviam em união de facto, 8% (n=4) eram solteiros e 6% (n=3) eram viúvos.

Quanto à situação profissional atual dos participantes, 52% (n=26) encontravam-se reformados, aposentados ou em

reserva, 34% (n=17) empregados (18% (n=9) de baixa ou licença e 16% (n=8) a trabalhar no ativo. Verificou-se, também, que 10% (n=5) realizavam tarefas domésticas e 4% (n=2) estavam desempregados.

Dada a variedade de profissões optámos por agrupá-las de acordo com a Classificação Nacional de Profissões, tendo-se evidenciado na amostra duas categorias profissionais. Dos participantes, 23.5% (n=4) eram especialistas de profissões intelectuais e científicas e 23.5% (n=4) eram operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem (tabela 2).

Variáveis sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	30	60.0
Feminino	20	40.0
Estado civil		
Solteiro	4	8.0
Casado/União de facto	43	86.0
Viúvo	3	6.0
Situação profissional atual		
Empregado no ativo	8	16.0
Empregado não ativo (baixa, licença)	9	18.0
Desempregado	2	4.0
Reformado, aposentado ou em reserva	26	52.0
Tarefas domésticas	5	10.0
Profissão atual		
Especialistas de profissões intelectuais e científicas	4	23.5
Pessoal administrativo e similares	3	17.6
Pessoal de serviços e vendedores	3	17.6
Operadores, artífices e trabalhadores similares	3	17.6
Operadores de instalações e máq. e trabalhadores de montagem	4	23.5

Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com o género, estado civil, situação profissional e profissão atual

Dos participantes no estudo, 78% (n=39) possuíam um familiar cuidador, sendo que em 61.6% (n=24) dos casos, o familiar cuidador era o cônjuge/parceiro em união de facto e em 20.5% (n=8) era o filho(a) (tabela 3).

Variáveis sociodemográficas	n	%
Familiar cuidador		
Sim	39	78.0
Não	11	22.0
Quem é o prestador de cuidados informal		
Cônjuge/ parceiro em união de facto	24	61.6
Filho	8	20.5
Pai/ mãe	1	2.6
Nora/ genro	2	5.1
Irmão/ irmã	2	5.1
Outro familiar/ convivente	2	5.1

Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com a existência de um familiar cuidador e a sua relação com o participante

A totalidade dos participantes (n=50) aguardava cirurgia com confeção provável de ostomia de eliminação intestinal e todos sabiam referir o seu diagnóstico.

Em relação ao diagnóstico clínico associado à confeção da ostomia de eliminação intestinal, 78% (n=39) dos participantes tinham carcinoma do reto, 16% (n=8) carcinoma do cólon e 6% (n=3) doença inflamatória intestinal.

No que ao tipo de ostomia diz respeito, 82% (n=41) dos participantes estavam propostos para serem submetidos à confeção de uma colostomia e 18% (n=9) a ileostomia.

Quanto ao tempo de duração da ostomia, 52% (n=26) dos participantes estavam propostos para efetuar uma ostomia de eliminação intestinal temporária e 48% (n=24) uma ostomia definitiva (tabela 4).

Variáveis clínicas e de tratamento	n	%
Diagnóstico clínico		
Carcinoma do cólon	8	16.0
Carcinoma do recto	39	78.0
Doença inflamatória intestinal	3	6.0
Tipo de ostomia de eliminação intestinal		
Colostomia	41	82.0
Ileostomia	9	18.0
Tipo de ostomia de eliminação intestinal, quanto à duração		
Temporária	26	52.0
Definitiva	24	48.0

Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com o diagnóstico clínico, tipo e duração da ostomia

Da amostra em estudo, a maioria dos participantes não teve contacto com pessoas com estoma previamente à cirurgia.

No que respeita à participação em consulta de enfermagem de Estomaterapia, mais de metade da amostra 58% (n=29) referiu ter participado.

Verificou-se, igualmente, que foi efetuada marcação do local de construção do estoma a metade da amostra (n=25) e que à restante metade não foi efetuada essa marcação (tabela 5).

Variáveis clínicas e de tratamento	n	%
Contacto com pessoas com estoma antes da cirurgia		
Sim	9	18.0
Não	41	82.0
Participação em consulta de enfermagem de Estomaterapia		
Sim	29	58.0
Não	21	42.0
Realização da marcação do local de construção do estoma		
Sim	25	50.0
Não	25	50.0

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo o contacto prévio à cirurgia com pessoas com estoma, participação em consulta de enfermagem de Estomaterapia e marcação do local do estoma

Discussão

A pessoa a quem é confeccionada uma ostomia de eliminação intestinal necessita de desenvolver a competência de autocuidado ao estoma que lhe permita ser autónoma na gestão dos cuidados inerentes à nova condição. Este processo de aprendizagem individual é gradual e influenciado, marcadamente, pelas características sociais, demográficas, clínicas e de tratamento, assim como pelos seus recursos internos e externos.

A idade é um fator a considerar quando se equaciona a questão da aprendizagem de novos conhecimentos, habilidades e atitudes, essenciais para a adaptação às mudanças impostas pela confeção do estoma. Com o avançar da idade, as pessoas poderão apresentar diminuição da memória a curto prazo, diminuição da acuidade visual e auditiva e maior probabilidade de apresentarem doenças crónicas concomitantes. Readding (2016) explica que as doenças crónicas podem afetar a capacidade da pes-

soa para gerir os cuidados necessários ao estoma e que, por este motivo, necessitam de mais apoio por parte dos enfermeiros.

Quando confrontadas com a perda de funções corporais (neste caso, de eliminação intestinal) e com a interrupção das suas rotinas, as pessoas idosas sentem, geralmente, que regressam à infância, podendo manifestar comportamentos agressivos (Black, 2011). Importa ressaltar que as pessoas idosas sentem os mesmos medos que as pessoas mais jovens face ao estoma e a idade não diminui a percepção da pessoa idosa sobre a sua qualidade de vida (Slater, 2011). Assim, e atendendo ao facto de o perfil da pessoa que será submetida a ostomia de eliminação intestinal na fase pré-operatória ser o de uma pessoa idosa, torna-se fundamental que os enfermeiros ajustem a sua intervenção às necessidades específicas da pessoa idosa e que viverá com um estoma.

O desenvolvimento da competência de autocuidado ao estoma, nomeadamente no que se refere ao domínio do conhecimento, pode ser influenciado, igualmente, pelas habilitações literárias da pessoa a quem será confeccionada uma ostomia de eliminação intestinal. No entanto, há que considerar, como explicam Treacy e Mayer (2000), que o nível de literacia não é reflexo da capacidade intelectual da pessoa, pelo que pessoas iletradas poderão ser capazes de desenvolver a competência de autocuidado ao estoma sem dificuldade. Neste estudo, 70.5% dos participantes possuem apenas o primeiro ciclo de escolaridade, o que poderá não constituir, à partida, um entrave ao sucesso do processo de adaptação à nova condição, no entanto, deverá o enfermeiro considerar as habilitações literárias da pessoa na fase pré-operatória, pela relação descrita, em alguns estudos, com o nível de conhecimento e com a qualidade de vida da pessoa que vive com um estoma (Sinha, Goyal, Singh & Rana, 2009; Tseng, Wang, Hsu & Weng, 2004; Treacy & Mayer, 2000).

O apoio e o estímulo dados pelas pessoas significativas, como a família, podem ajudar a pessoa que será submetida à confecção de uma ostomia de eliminação intestinal a apresentar menores níveis de ansiedade e maior sensação de proteção (Borwell, 2009). Do grupo de participantes da amostra, 78% têm familiar cuidador e nestes, os mais referidos são o cônjuge/parceiro em união de facto (61.6%) e o filho(a) (20.5%), o que vai de encontro aos resultados de Tseng e colaboradores (2004) quando concluíram que

a maioria dos participantes do seu estudo se socorriam do cônjuge ou dos filhos para lidar com os cuidados ao estoma. Ainda neste contexto, vale a pena acrescentar que as pessoas que vivem com um estoma consideram reconfortante possuir um familiar cuidador instruído sobre os cuidados necessários ao estoma (O'Connor, 2005).

O diagnóstico que motiva a cirurgia com confecção de um estoma pode influenciar a reação da pessoa à nova condição (Noone, 2010). Neste estudo, 94% dos participantes possuíam o diagnóstico de carcinoma colorretal, enquanto apenas 6% iriam ser submetidos à confecção de uma ostomia de eliminação intestinal devido a uma doença inflamatória intestinal. Ora, as pessoas que sofrem de uma doença prolongada e debilitante, como uma doença inflamatória intestinal, encaram, segundo Borwell (2009), a confecção do estoma de forma mais positiva do que as pessoas portadoras de cancro. Pittman (2011) refere, também, que o diagnóstico e o tipo de ostomia são características que se associam a riscos diferentes no desenvolvimento de complicações com o estoma.

O tipo e a duração da ostomia são, também, características de tratamento que devem ser consideradas pelo enfermeiro, uma vez que quando a ostomia é temporária, algumas pessoas não se adaptam totalmente à nova condição por saberem que esta é transitória (Boyles, 2010). Talyor e Morgan (2010) explicam que o impacto da confecção do estoma leva a que estas pessoas se centrem na reversibilidade da mudança, colocando a sua vida em “suspenso” até à data da reconstrução do trânsito intestinal. Neste estudo, 52% dos participantes iriam ser submetidos à confecção de uma ostomia temporária, pelo que cabe ao enfermeiro preparar estas pessoas, na consulta de enfermagem de Estomaterapia, para o desenvolvimento da competência de autocuidado ao estoma na fase pré-operatória. Isto porque, tal como elucidam Krouse e colaboradores (2009), algumas destas pessoas poderão ter de conviver mais tempo do que o suposto com o estoma ou poderão acabar por não ver a sua situação, por diferentes razões, revertida.

A marcação do local do estoma é referida na literatura como um fator que se relaciona com o desenvolvimento de complicações com o estoma e pele periestomal. Butler (2009) concluiu, no seu estudo, que as pessoas a quem foi marcado o local do estoma apresentavam menos complicações. A este respeito, Simmons e colaboradores (2007)

concluíram, no seu estudo, que a localização do estoma se correlacionava fortemente com a adaptação da pessoa à ostomia. No presente estudo, o local do estoma foi marcado a 50% dos participantes da amostra, não sendo possível, por isso, perceber qual é o perfil da pessoa que será submetida a ostomia de eliminação intestinal a este respeito, porém, é conhecido que todas as pessoas deveriam ser submetidas a este cuidado. Cabe ao enfermeiro estar desperto para a importância da marcação do local do estoma, identificando aquelas pessoas a quem o local do estoma não foi marcado, sob risco de este vir a ser confeccionado em cima de pregas cutâneas, na linha da cintura, etc., dificultando o processo de adaptação da pessoa ao estoma e potenciando o desenvolvimento de complicações associadas quer ao estoma, quer à pele periestomal. Além do apoio da família e da existência de um familiar cuidador, já referidos acima, também o contacto prévio com pessoas que vivam ou tenham vivido com um estoma pode interferir no processo de adaptação da pessoa à nova condição. O'Connor (2005) e Noone (2010) afirmam ser importante que a pessoa que será submetida à confecção de um estoma tenha contacto com pessoas já ostomizadas e adaptadas a essa condição. Pelos resultados obtidos neste estudo, percebemos que a maioria das pessoas (82%) nunca teve qualquer contacto com pessoas com estoma antes de serem submetidos à cirurgia com confecção do estoma, pelo que será previsível que estas pessoas não possuam “modelos” com os quais se possam identificar, no que se refere a pessoas que vivam adaptadas ao estoma com qualidade de vida.

Conclusão

O perfil da pessoa que será submetida a uma ostomia de eliminação intestinal na fase pré-operatória no norte de Portugal é a de um homem casado ou em união de facto, com cerca de 60 anos de idade, reformado e com o ensino básico como habilitações literárias. Dado o diagnóstico de carcinoma do reto será submetido à confecção de uma colostomia, previsivelmente temporária. Tem familiar cuidador que é, em geral, o cônjuge. Nunca teve contacto com alguém com estoma antes da cirurgia. Participou em consulta de enfermagem de Estomaterapia na fase pré-operatória, podendo-lhe ter sido marcado o local de confecção do estoma.

Conhecer o perfil da pessoa que será submetida a ostomia

de eliminação intestinal na fase pré-operatória permite ao enfermeiro identificar pessoas mais vulneráveis a desenvolver um processo adaptação menos ajustado à nova condição. Importa que o enfermeiro consiga identificar na pessoa que será submetida a ostomia de eliminação intestinal, aquelas características sociodemográficas, clínicas e de tratamento capazes de inibirem o processo de transição vivenciado por esta pessoa e desencadeado pelas mudanças e exigências impostas pela nova condição, às quais a pessoa terá de se adaptar para as integrar no seu dia-a-dia. O conhecimento sobre o perfil da pessoa que será submetida a confecção de uma ostomia de eliminação intestinal, ainda na fase pré-operatória, permitirá ao enfermeiro mobilizar e coordenar recursos, de forma a prescrever intervenções de enfermagem que respondam às necessidades específicas deste grupo populacional, que facilitem o processo de adaptação à nova condição.

Referências bibliográficas

1. Black, P. (2011). The implications of stoma reversal on patient outcome. *Gastrointestinal Nursing*, 9(4), 20-24.
2. Borwell, B. (2009). Continuity of care for the stoma patient: psychological considerations. *British Journal of Community Nursing*, 14(8), 326-331.
3. Boyles, A. (2010). Patient outcomes and quality of life following stoma-forming surgery. *Gastrointestinal Nursing*, 8(8), 30-35;
4. Bowling, A. (2014). *Research Methods in Health. Investigating health and health services (4th ed.)*. New York, USA: Mc Graw Hill Education.
5. Burch, J. (2015). Examining stoma care guidance for nurses. *Gastrointestinal Nursing*, 13(6), 17-25;
6. Butler, D. L. (2009). Early Postoperative Complications Following Ostomy Surgery. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 36(5), 513-519.
7. Cabral, A. (2009). Associação Portuguesa de Ostomizados (APO). *Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*, 20, p. 14. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/centro/informação/Documents/Jornal%20da%20SRC/jornal20.pdf>;
8. European Ostomy Association (2012). Access to Ostomy Supplies and Innovation: Guiding Principles for European Payers. <http://bit.ly/1c7hcxo> (accessed 20 fevereiro 2016).
9. Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, ISBN 978-989-8075-18-5, 595p.
10. Freixo, M. J. V. (2011). *Metodologia Científica, Fundamentos, Métodos e Técnicas*. 3.ª edição. Lisboa: Instituto Piaget, ISBN 978-989-659-077-2, p.296.
11. Krouse, R. S., Grant, M., McCorkle, R., Wendel, C. S., Cobb, M. D., Tallman, M. J., Ercolano, E., Sun, V., Hibbard, J. H. & Hornbrook, M. C. (2016). A chronic care Ostomy self-management program for cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 25, 574-581;
12. Martins, L.M., Sonobe, H. M., Vieira, F. S., Oliveira, M. S. Lenza, N. F. B. & Teles, A. A. S. (2015). Rehabilitation of individuals with intestinal ostomy. *British Journal of Nursing*, 24(22), S4-S11;
13. Minkes, R. K. (2015). Stomas of the small and large intestine treatment and management. Retirado de <http://emedicine.medscape.com/article/939455-treatment#showall>;
14. Noone, P. (2010). Pre- and postoperative steps to improve body image following stoma surgery. *Gastrointestinal Nursing*, 8(2), 34-39.
15. O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal of Nursing*, 14(6), 320-324.
16. O'Connor, G., Coates, V., & O'Neill, S. (2010). Exploring the information needs of patients with cancer of the rectum. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 271-277.
17. Pinto, I. E. S., Santos, C. S. V. B., Brito, M. A. C., Queirós, S. M. M. (2016). Propriedades Psicométricas do Formulário Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal. *Revista Referência*, 4(8), 75-84.
18. Pittman, J. (2011). Characteristics of the patient with an ostomy. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 38(3), 1-9.
19. Polit, D. F. & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, Métodos, avaliação e utilização*. 7.ª ed. Porto Alegre: Artmed, ISBN 9788536325453, 670p.
20. Readding, L. (2016). Practical guidance for nurses caring for stoma patients with long-term conditions. *British Journal of Community Nursing*, 21(2), 90-98;
21. Schreiber, M. L. (2016). Ostomies: Nursing Care and Management. *MEDSURG Nursing*, 25 (2), 127-130;
22. Simmons, K.; Smith, J.; Bobb, K.-A., & Liles, L. (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 627-635.
23. Sinha, A., Goyal, H., Singh, S. & Rana, S. P. S. (2009). Quality of Life of Ostomates with the Selected Factors in a Selected Hospital of Delhi with a View to Develop Guidelines for the Health Professionals. *Indian Journal of Palliative Care*, 15(2), 111-114.
24. Slater, R. C. (2010). Managing quality of life in the older person with a stoma. *British Journal of Community Nursing*. 15(10), 480-484.
25. Tao, H., Songwathana, P., Isaramalai, S.-A., & Zhang, Y. (2013). Personal awareness and behavioural choices on having a stoma: a qualitative metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1186-1200;
26. Taylor, C. & Morgan, L. (2010). Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 59-66;
27. Treacy, J. T. & Mayer, D. K. (2000). Perspectives on Cancer Patient Education. *Seminars in Oncology Nursing*, 16(1), 47-56.
28. Tseng, H.-C., Wang H.-H., Hsu, Y.-Y. & Weng, W.-C. (2004). Factors Related to Stress in Outpatients with Permanent Colostomies. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 20(2), 70-76.
29. Vonk-Klaassen, S., Vocht, H., Ouden, M., Eddes, E., & Schuurmans (2016). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Quality of Life Research*, 25, 125-133.

AEOP 10: 2 e 3 de Junho de 2017, Hotel Montebelo, Viseu



Estamos a planear a próxima Reunião Nacional AEOP 10, a decorrer no Hotel Montebelo, Viseu, nos dias 2 e 3 de Junho de 2017. Um dos momentos altos da Reunião são as apresentações de trabalhos, projetos e atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na área investigação e das boas práticas clínicas. Contamos com o envio dos vossos Abstracts, sendo que todos já podem começar a pensar em trabalhos que estejam a desenvolver ou a planear para os vossos serviços, para que os possam partilhar com os colegas. A Reunião Nacional da AEOP é sempre um bom momento de partilha de ideias e perspectivas. Ficam aqui algumas datas:

Programa Estrutural
Dezembro 2016

Programa Provisório
Janeiro 2017

Regulamento dos Abstracts
02 Janeiro 2017

Marque já na sua agenda.
Contamos consigo!

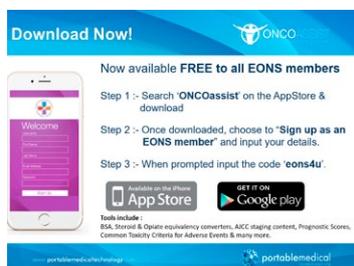
12º CONGRESSO NACIONAL CANCRO DIGESTIVO



Decorreu nos passados dias 21 e 22 Outubro o 12.º Congresso Nacional Cancro Digestivo, em Albufeira. Mais uma vez estivemos presentes com um programa

de Enfermagem paralelo com o programa Médico, onde estiveram em debate assuntos ligados ao papel da enfermagem nesta patologia. Estiveram presentes cerca de 60 enfermeiros, contribuindo para o bom nível do evento.

ONCOASSIST: Aplicação móvel para enfermeiros



Download Now!

Now available FREE to all EONS members

Step 1 -> Search 'ONCOassist' on the AppStore & download

Step 2 -> Once downloaded, choose to 'Sign up as an EONS member' and input your details.

Step 3 -> When prompted input the code 'eons4u'.

Available on the App Store | GET IT ON Google play

Tools include: IMA, Staged & Opatic evaluation converters, AJCC staging content, Prognostic Scores, Common Toxicity Criteria for Adverse Events & more more.

portablemedical

A EONS desenvolveu uma nova ferramenta para a gestão clínica do dia-dia dos enfermeiros oncologistas. Aplicação para telemóveis e tablets. É gratuito para os colegas membros da EONS. É de fácil acesso, intuitiva e possui um conjunto de ferramentas úteis no dia-a-dia da atividade clínica.

Esta aplicação é disponibilizada para android e para IOS, podendo fazer o seu descarregamento utilizando um código de membro.

MYELOMA NURSE



Myeloma Nurse Learning Programme

Programa Educacional de e-Learning sobre Melanoma, é uma iniciativa da Myeloma Academy UK dirigido aos enfermeiros que trabalham em Hematologia e Hemato-oncologia e que se interessam particularmente por Mielomas.

Constituído por 10 módulos, com avaliação. Programa acreditado pela Edinburg Napier University com 20 créditos no caso de curso finalizado com sucesso.

Para fazerem o curso, entrar em MyelomaAcademy (<https://academy.myeloma.org.uk/>), fazer o Login e entrar no programa. Bom Estudo!

SPO 2016: Programa Enfermagem



Decorreu nos dias 17, 18 e 19 de Novembro de 2016 a Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO), este ano no Hotel Eurostars Oasis Plaza, na Figueira Foz. A AEOP esteve presente com programa científico em paralelo.

Tivemos 5 Sessões científicas com convidados internacionais e a apresentação de Trabalhos em forma de comunicação.

Foi mais um excelente evento científico onde a partilha de experiências e atividades entre centros foi importante, tendo correspondido às nossas expectativas.

PROJECTO LEARN TO TEACH



Programa Educacional direcionado para Enfermeiros que trabalham com doentes em tratamento com Imunoterapia.

Este projeto tem como objetivo discutir e implementar as boas práticas clínicas no seguimento dos doentes em tratamento.

A Imunoterapia é considerada a 4.^a arma terapêutica na área do tratamento do cancro. Os novos desenvolvimentos da investigação apontam para que os novos fármacos, em combinação, têm um papel importante na ativação do Sistema Imunológico seletivo e dirigido para a célula neoplásica.

Estes novos medicamentos trazerem novas toxicidades e novos desafios para os profissionais.

Este Programa Educacional vem dar a oportunidade dos enfermeiros discutirem e implementarem procedimentos de Boas Práticas Clínicas nos seguimentos destes doentes.

O projeto iniciou-se em Maio de 2016 e prolonga-se para 2017, e tem o apoio da MSD.

No próximo dia 3 Dezembro, temos a segunda fase do projecto, em evento planeado para Coimbra.

REUNIÃO DO CONSELHO CONSULTIVO: 16 e 17 de dezembro de 2016, Coimbra

Está já programada a Reunião Interna da AEOP, concretamente a Reunião do Conselho Consultivo, este ano em Coimbra, nos dias 16 e 17 dezembro.

Teremos o jantar de Natal entre os colegas que fazem parte dos corpos sociais e os colegas dos Grupos de Trabalho específicos. Este ano teremos um formato diferente, privilegiando o contacto entre as pessoas na definição e discussão das atividades a desenvolver pela AEOP em 2017.

SESSÕES E-LEARNING EM PORTUGUÊS



A EONS, em conjunto com a ESO, disponibiliza 3 formações em língua Portuguesa em 3 áreas:

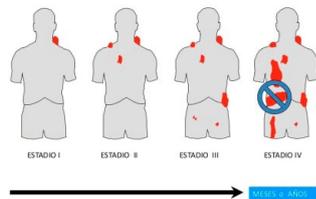
- . Reações Adversas em Radioterapia
- . Ferida Maligna
- . Jovem Adulto com Cancro

Poderá ter acesso a estas formações em <http://www.cancernurse.eu/education/translatsessions.html>

Este é um espaço dedicado à divulgação de notícias recentes de interesse científico. As mesmas podem ser encontradas também na página web da AEOP, em <http://www.aeop.net>

CANCRO HEMATO-ONCOLÓGICO

Linfoma não-hodgkin
Imunoterapia mostra-se promissora



As células imunitárias modificadas parecem ser capazes de erradicar o linfoma não-Hodgkin quando conjugadas com uma quimioterapia eficaz, sugere um estudo publicado na revista “Science Translational Medicine”.

Neste tipo de terapia, um tipo de leucócitos, conhecidos por linfócitos T, são removidos da corrente sanguínea e geneticamente modificados de forma a serem capazes de atacar os linfócitos B cancerígenos. Habitualmente, o linfoma não-Hodgkin surge nos linfócitos B, um outro tipo de leucócitos que estão envolvidos na produção de anticorpos.

Neste estudo, os investigadores do Centro de Investigação Oncológica Fred Hutchinson, nos EUA, focaram-se em dois tipos de linfócitos T: os linfócitos T auxiliares CD4 e os linfócitos T citotóxicos CD8. Enquanto os linfócitos T CD4 coordenam e regulam a resposta imunológica, os linfócitos T CD8 atacam e destroem diretamente as células tumorais.

Em tentativas anteriores, os investigadores recolheram o máximo de linfócitos T possível de um paciente e

posteriormente modificaram-nos geneticamente antes de os reintroduzir no organismo. Neste estudo, os investigadores, liderados por Cameron Turtle, decidiram adotar uma abordagem diferente, tendo controlado a proporção das células CD4 e CD8.

Os investigadores verificaram que um terço dos 32 pacientes tratados com a mistura (numa proporção 1:1) de linfócitos T modificados entraram em remissão completa. Adicionalmente, observou-se que dez dos 20 pacientes que foram pré-tratados com quimioterápicos, que ajudam os linfócitos T a multiplicarem-se mais e a sobreviverem durante mais tempo, entraram em remissão completa.

Os pacientes que são alvo deste tipo de imunoterapia enfrentam dois tipos de efeitos secundários graves: uma resposta inflamatória sistémica grave que causa febres elevadas ou podem sofrer de problemas neurológicos que resultam em tremores, perturbações na fala e outros sintomas.

Neste ensaio clínico, os investigadores acreditam também ter encontrado um conjunto de biomarcadores sanguíneos que indicam se um paciente é mais propenso a desenvolver este tipo de efeitos secundários. Estes marcadores podem assim ser utilizados para modificar a dose de linfócitos administrada aos pacientes.

“Este é um avanço fantástico. Tem sido difícil obter grandes progressos no linfoma, especialmente no linfoma não-Hodgkin”, concluiu Susanna Greer, diretora de investigação clínica e imunologia da Sociedade Americana do Cancro.

ESTUDO PUBLICADO NA REVISTA “SCIENCE TRANSLATIONAL MEDICINE”, 13 SETEMBRO 2016
ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A

Identificada nova via de sinalização para morte celular programada na leucemia

Cientistas da Universidade Técnica de Munique, na Alemanha, identificaram uma nova via de sinalização para a autodestruição celular que se

encontra suprimida nas células da leucemia, dá conta um estudo publicado na revista científica “Cancer Cell”.

A leucemia mieloide aguda é um tipo de cancro do sangue desencadeado por alterações patológicas nas células da medula óssea. Num organismo normal, diferentes células sanguíneas desempenham funções distintas. Estas células têm origem em células estaminais e em células progenitoras derivadas da medula óssea. Contudo, uma mutação genética pode levar estas células a transformarem-se em células precursoras que iniciam a leucemia (conhecidas em inglês pela sigla LIC). Nestes casos, as células perdem a sua função e são incapazes de se desenvolver em células sanguíneas maduras.

As alterações genéticas mais frequentes na leucemia mieloide incluem mutações no gene FLT3. De acordo com a investigação da equipa liderada por Philipp Jost, da Universidade Técnica de Munique, na Alemanha, esta mutação genética provoca a ativação permanente do gene FLT3, o que desencadeia estímulos semelhantes à inflamação nas células, sujeitando-as a stress permanente.

Em condições normais, este estímulo inflamatório permanente deveria dar origem a uma morte celular programada com o intuito de substituir as células danificadas. Contudo, as LIC conseguem desenvolver-se e proliferar, apesar da inflamação e dos danos celulares.

No estudo levado a cabo pela universidade alemã, os cientistas procuraram perceber quais as causas moleculares subjacentes a essa resistência.

O primeiro foco da investigação centrou-se num processo denominado apoptose, no sentido de tentar perceber por que algumas células cancerígenas sobrevivem mais tempo do que o devido. Contudo, o facto de os processos inflamatórios ocorrerem nas LIC levou Jost e seus colegas a seguirem outra direção. Uma outra forma de iniciar a morte celular é através de um processo

denominado necroptose. Enquanto na apoptose a célula diminui de tamanho de forma coordenada, na necroptose ocorre uma destruição súbita da célula, em que esta liberta o seu conteúdo, desencadeando um forte estímulo inflamatório nas proximidades da célula. A necroptose é desencadeada pela proteína RIPK3, que inicia o processo que leva à morte celular.

Nesta investigação, os cientistas descobriram, através de experiências em culturas de células, que o RIPK3 é bloqueado no interior das LIC, o que faz com que as células da leucemia sobrevivam muito mais tempo. Isto é acompanhado por uma forte divisão celular e por uma conversão para células sanguíneas não funcionais (blastos).

“Concluimos, a partir dos nossos achados, que as células cancerígenas particularmente agressivas possuem a capacidade de bloquear o RIPK3”, revelou um dos autores do estudo, Ulrike Höckendorf, em comunicado reproduzido no sítio da universidade alemã. Contudo, “como isto acontece ao certo é algo que, no entanto, permanece por ser investigado”, concluiu.

A necroptose das LIC tem repercussões que afetam também as células da leucemia circundantes. Os estímulos inflamatórios provocados durante a necroptose são significativamente mais intensos do que os processos provocados pela mutação no gene FLT3 numa LIC. Esta inflamação tem efeitos positivos na área circundante da célula: induzidas pelas substâncias mensageiras libertadas, as células da leucemia vizinhas começam a maturar de forma semelhante a células saudáveis, conduzindo a uma progressão menos agressiva da doença.

Com a morte celular bloqueada (visto que a apoptose também é neutralizada em muitas células cancerígenas), as LIC individuais conseguem sobreviver e proliferar mesmo após quimioterapia e radioterapia.

“Os novos achados sobre o impacto da via sinalizadora da RIPK3 e as substâncias mensageiras libertadas

podem abrir novas possibilidades de tratamento para a leucemia”, afirma Philipp Jost.

INVESTIGAÇÃO DIVULGADA EM “CANCER CELL”, 03 AGOSTO 2016
ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

CANCRO MAMA

Melatonina pode ajudar a travar cancro da mama?



A melatonina, uma hormona produzida no cérebro humano, parece suprimir o crescimento dos tumores do cancro da mama, sugere um estudo publicado na revista “Genes and Cancer”.

De acordo com os investigadores da Universidade do Estado de Michigan, nos EUA, apesar de os possíveis tratamentos baseados nesta descoberta estarem a muitos anos de distância, estes resultados dão aos cientistas uma base para investigações futuras.

O cérebro produz melatonina apenas à noite para regular os ciclos de sono. Os cientistas têm especulado que a falta de melatonina, em parte devido à privação de sono característica da vida moderna, aumenta o risco de as mulheres desenvolverem cancro da mama.

No estudo, os investigadores, liderados por Juliana Lopes, apuraram que a melatonina suprime o crescimento das células estaminais do cancro da mama, fornecendo provas científicas que apoiam o crescente corpo de evidências sobre a privação do sono.

Antes de provarem a sua teoria, os investigadores fizeram crescer tumores a partir de células estaminais, conhecidas por mamoesferas.

O crescimento destas mamoeferas foi aumentado através da utilização de substâncias conhecidas por favorecer o crescimento do tumor, incluindo estrogénio natural e bisfenol A semelhante ao estrogénio (BPA), que pode ser encontrado nas embalagens de plástico alimentares.

Os investigadores verificaram que o tratamento com melatonina diminuiu o número e tamanho das mamoeferas, comparativamente com o grupo de controlo. Verificou-se também que quando as células eram estimuladas com estrogénio ou BPA e tratadas simultaneamente com melatonina, ocorria uma maior redução do número e tamanho das mamoeferas.

James Trosko, um dos autores do estudo, conclui que este estudo estabelece o princípio através do qual as células estaminais cancerígenas podem ser reguladas por hormonas naturais e fornece uma técnica importante para detetar substâncias químicas com efeitos promotores no cancro, identificando ainda novos e potenciais fármacos.

ESTUDO PUBLICADO NA REVISTA "GENES AND CANCER", 29 AGOSTO 2016
ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

Cancro da Mama

Tratamento conjugado mostra-se promissor

Investigadores americanos descobriram por que motivo algumas pacientes com cancro da mama positivo para o recetor do estrogénio não respondem ao fármaco tamoxifeno, dá conta um estudo publicado na revista "Molecular Endocrinology".

Os cientistas da Universidade de Illinois, nos EUA, descobriram que os pacientes que têm níveis mais elevados de vários genes transportadores nucleares, particularmente a proteína XPO1, são mais propensos a resistir ao tamoxifeno, resultando no desenvolvimento de cancro metastático incurável.

Contudo, a combinação do tamoxifeno como o fármaco selinexor, que

inibe a atividade da XPO1, aumenta a sensibilidade ao tamoxifeno e impede que os tumores da mama reapareçam.

Os cancros da mama positivos para o recetor do estrogénio são responsáveis por cerca de 70% de todos os casos clínicos do cancro da mama. Neste tipo de cancro, o núcleo das células cancerígenas produz uma proteína em excesso que se liga e cresce em resposta ao estrogénio. O tamoxifeno, que tem sido amplamente utilizado desde os anos 70, bloqueia este processo restringindo o crescimento e disseminação das células cancerígenas.

No entanto, até um terço dos pacientes com cancro da mama hormono-insensível não respondem de forma eficaz ou, eventualmente, param de responder ao tamoxifeno, o que constitui uma condição conhecida como resistência endócrina.

Estudos anteriores já tinham identificado que a hormona ERA era capaz de ativar e regular a cinase ERK5, uma proteína que retransmite os sinais de fora das células para os seus núcleos, desencadeando o aumento da proliferação celular ou a metástase.

Com base nestes achados, os investigadores, liderados por Zeynep Madak-Erdogan, colocaram a hipótese de os genes transportadores nucleares, particularmente o XPO1, estarem envolvidos na exportação da ERK5 do núcleo das células, promovendo tumores invasivos e agressivos.

Através da análise de genes que eram expressos de forma diferente nos tumores positivos e negativos para a Era, os investigadores identificaram 13 genes que se encontravam excessivamente expressos nos tumores da mama mais agressivos e mais difíceis de tratar.

O estudo apurou que a expressão aumentada da XPO1 diminuía o tempo de sobrevivência, acelerava o aparecimento de metástases e as células tumorais endócrino-resistentes proliferavam mais rapidamente quando tratadas com tamoxifeno.

De forma a mimetizarem a resistência endócrina, os investigadores colocaram a crescer células sensíveis ao tamoxifeno de 33 pacientes numa solução de tamoxifeno ao longo de 100 semanas. Após terem analisado a atividade da ERK5, constataram que o transporte desta proteína para o núcleo diminuía à medida que a resistência endócrina progredia.

Contudo, quando trataram os tumores resistentes ao tamoxifeno com um inibidor do XPO1, o selinexor, conjuntamente com o tamoxifeno, foi possível bloquear completamente a progressão do tumor. "Mesmo semanas após o tratamento não observamos qualquer recidiva no tumor", revelou, em comunicado de imprensa, o investigador.

"Se utilizarmos esta combinação, atingindo os recetores de estrogénio com o tamoxifeno, e XPO1 com o inibidor selinexor, podemos retardar o desenvolvimento da resistência do sistema endócrino, matando eficazmente as células tumorais e, ao mesmo tempo, reduzindo a dose de tamoxifeno necessária", concluiu Zeynep Madak-Erdogan.

ESTUDO PUBLICADO NA REVISTA "MOLECULAR ENDOCRINOLOGY", 12 SETEMBRO 2016
ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.

CANCRO DIGESTIVO

Cancro Colorretal

Ambiente tumoral envolvido na resistência ao tratamento



Investigadores espanhóis descobriram a importância do ambiente tumoral no âmbito da resistência ao tratamento do cancro colorretal, o quarto cancro mais comum e a prin-

principal causa de morte por cancro em todo o mundo, dá conta um estudo publicado na revista “Oncotarget”.

O estudo, levado a cabo pelos investigadores do Instituto de Investigação Biomédica Bellvitge, em Espanha, refere como a presença de determinadas moléculas no ambiente tumoral desencadeia processos que protegem as células tumorais da ação da quimioterapia.

Uma vez que a resistência é um dos maiores obstáculos que os pacientes enfrentam durante o curso da doença, a compreensão dos mecanismos através dos quais esta se desenvolve é essencial para melhorar o prognóstico.

O estudo, liderado por David G. Molleví, demonstra que determinadas citoquinas, quimoquinas e outros fatores solúveis secretados pelos fibroblastos associados ao carcinoma (CAF em inglês), um tipo de célula normal associada às células tumorais primárias, induzem um processo que abranda o ciclo celular, afetando a proliferação das células tumorais.

De acordo com os investigadores, na presença de quimioterapia, estes fatores permitem a estabilização e ativação de determinadas proteínas que minimizam a eficácia do tratamento. Contudo, tem-se verificado que a inibição da via de sinalização JAK/STAT pode reverter este processo.

A importância do ambiente tumoral como um fator relevante na progressão do cancro e o seu papel no desenvolvimento da resistência às terapias tem-se tornado particularmente evidente para a comunidade científica.

David G. Molleví refere que, apesar de a investigação atual sobre o cancro se focar principalmente nas terapias contra alvos específicos, a maioria dos tumores são ainda tratados com terapias citotóxicas convencionais. Assim, a resistência aos fármacos são o principal obstáculo.

O cientista adianta que, do ponto de vista clínico, a identificação dos fatores solúveis que medeiam o microambiente associado à resistência aos fármacos é uma informação bastante útil.

A inibição das células responsáveis pela produção destes fatores pode ser uma abordagem interessante para evitar o efeito protetor exercido pelas moléculas e pode também tornar as células tumorais mais sensíveis à quimioterapia.

ESTUDO PUBLICADO NA REVISTA “ONCOTARGET”,
09 SETEMBRO 2016
ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

Cancro do Esófago

A caminho de tratamentos mais direcionados

Investigadores do Reino Unido descobriram que o cancro do esófago pode ser classificado em três subtipos distintos. O estudo publicado na revista “Nature Genetics” pode ajudar a encontrar fármacos que tenham por alvo um ponto fraco específico de cada subtipo, o que pode tornar o tratamento mais eficaz e aumentar a sobrevivência.

Para o estudo, os investigadores da Universidade de Cambridge, no Reino Unido, analisaram a composição genética de 129 cancros do esófago, tendo dividido a doença em três tipos distintos, tendo por base os padrões de ADN detetados nas células cancerígenas, conhecidas por assinaturas.

Os investigadores, liderados por Rebecca Fitzgerald, verificaram que o primeiro subtipo identificado tinha erro nas vias de reparação do ADN. Os danos nesta via são conhecidos por aumentar o risco do cancro da mama, ovário e próstata. Os pacientes com este subtipo podem beneficiar de uma nova família de fármacos de PARP que matam as células cancerígenas, pois exploram esta fraqueza na sua capacidade de reparar o ADN.

O segundo subtipo tem um número mais elevado de alterações no

ADN e mais células imunitárias nos tumores, o que sugere que estes pacientes podem beneficiar de fármacos imunoterápicos que já se mostraram promissores em vários tipos de cancro, como o cancro da pele.

O terceiro subtipo tem uma assinatura de ADN que está principalmente associada ao processo de envelhecimento celular, o que significa que este grupo pode beneficiar de fármacos que tenham por alvo proteínas presentes na superfície de células cancerígenas que estão envolvidas na divisão celular.

A investigadora refere que estes resultados sugerem que podem ser feitas alterações à forma como o cancro do esófago é tratado. Até à data, os tratamentos direcionados não têm tido sucesso, o que pode ser justificado pela falta de meios para determinar quais os doentes que podem beneficiar de diferentes tratamentos.

“Estes novos resultados dão-nos uma maior compreensão das assinaturas de ADN que estão envolvidas nos diferentes subtipos da doença e significa que podemos adequar melhor o tratamento”, referiu Rebecca Fitzgerald, em comunicado de imprensa.

Peter Johnson, responsável clínico da Investigação ao Cancro no Reino Unido, refere ainda que apesar de as taxas de sobrevivência do cancro do esófago estarem a aumentar lentamente nos últimos anos, continuam a ser ainda muito baixas. Esta investigação sugere um novo caminho para compreender e combater a doença.

ESTUDO PUBLICADO EM “NATURE GENETICS”,
07 SETEMBRO 2016
ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

MELANOMA

Como se dissemina para outros órgãos?



Investigadores israelitas descobriram o mecanismo metastático do melanoma, o mais agressivo de todos os cânceros da pele. O estudo publicado na revista “Nature Cell Biology” sugere que a ameaça de melanoma não está no tumor inicial, mas sim na sua metástase, nas células tumorais enviadas para colonizar órgãos vitais, como o cérebro, pulmões, fígado e ossos.

Segundo dados do Skin Cancer Foundation, o melanoma é responsável pela morte de uma pessoa a cada 52 minutos. Nas últimas três décadas o número de casos diagnosticados tem vindo a aumentar. Apesar de terem sido desenvolvidas várias terapias, ao longo dos anos, ainda não existe um tratamento eficaz. O estudo conduzido pelos investigadores da Universidade de Tel Aviv, em Israel, propõe métodos novos e eficazes para diagnosticar e prevenir este tipo de cancro.

No estudo, os investigadores, liderados por Carmit Levy, começaram por analisar amostras patológicas retiradas de pacientes com melanoma, antes da fase invasiva. Os investigadores ficaram surpreendidos ao terem observado mudanças na morfologia da derme (a camada interna da pele) que nunca tinham sido relatadas. Posteriormente, propuseram-se a descobrir que alterações eram essas e de que formas estavam associadas ao melanoma.

A comunidade científica há muito que sabe que o melanoma se forma na camada exterior da pele, a epiderme. Nesta fase inicial, o cancro não é capaz de enviar células cancerosas colonizadoras, uma vez que não tem acesso aos vasos sanguíneos. Na ausência de vasos sanguíneos na epiderme, o tumor necessita primeiro de entrar em contacto com os vasos sanguíneos presentes na derme.

Assim, os investigadores descobriram que, antes de se disseminar para outros órgãos, um tumor de melanoma envia pequenas vesículas que contêm moléculas de microARN. Estas induzem alterações morfológicas na derme de forma a preparar o acolhimento das células cancerígenas. “Ficou por isso claro que com o bloqueio destas vesículas poderemos ser capazes de impedir a doença”, referiu, em comunicado de imprensa, Carmit Levy.

Os cientistas começaram, posteriormente, a procurar substâncias que pudessem intervir e bloquear este processo nos estádios iniciais. Foram identificadas duas destas substâncias químicas. A SB202190, que inibe o transporte de vesículas do tumor de melanoma para a derme, e a U0126, que impede a ocorrência de alterações morfológicas na derme mesmo após a chegada das vesículas.

Ambas as substâncias foram testadas com sucesso em laboratório e podem funcionar como promissores candidatos para futuros medicamentos. Além disso, as alterações na derme, bem como as próprias vesículas, podem ser utilizadas como indicadores do diagnóstico precoce de melanoma.

“O nosso estudo é um passo importante para o tratamento completo do cancro mais mortal da pele. Esperamos que os nossos resultados ajudem a transformar o melanoma numa doença não ameaçadora e de fácil cura”, concluiu a investigadora.

ESTUDO PUBLICADO NA REVISTA “NATURE CELL BIOLOGY”,
25 AGOSTO 2016
ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

Melanoma

Fármaco experimental mostra-se eficaz

Um fármaco anticancerígeno experimental mostrou-se eficaz na batalha contra o melanoma, bem como contra outro tipo de cânceros, revela um estudo publicado na revista “EBioMedicine”.

Até à data, a comunidade científica ainda não sabia ao certo como o fármaco pevonedistat, que está já a ser testado em seres humanos, era capaz de matar as células cancerígenas. Neste estudo, os investigadores da Universidade da Virgínia, nos EUA, constataram que o fármaco atua numa proteína que o melanoma e outros tipos de cancro necessitam para se replicarem rapidamente. Ao impedir o acesso a este ingrediente essencial, os profissionais de saúde poderão ser capazes de parar o melanoma e outras formas da doença.

A proteína bloqueada pelo pevonedistat é codificada pelo gene CDT2 e desempenha um papel muito importante na sobrevivência das células cancerígenas malignas. Na sua ausência, as células deixam de se replicar e começam a morrer.

Tarek Abbas, o líder do estudo, refere que agora sabem ao certo como o fármaco funciona. “Acreditamos que o fármaco funciona não porque atinge o seu alvo, mas porque afeta uma via a jusante da proteína CDT2”, referiu, em comunicado de imprensa, o investigador.

As células do melanoma produzem quantidades excessivas da proteína, e os pacientes com níveis elevados de CDT2 apresentam uma menor probabilidade de sobreviverem. O cientista explica que estes tumores, e não necessariamente apenas o melanoma, estão dependentes deste gene, o que os torna muito suscetíveis ao fármaco. Aliás, o estudo demonstrou que as células do melanoma que apre-

sentam níveis de expressão elevados de CDT2 são muito mais suscetíveis aos efeitos do fármaco.

A proteína CDT2 também se encontra em níveis elevados em vários tumores, incluindo tumores do cérebro, da mama e fígado. No futuro os médicos poderão utilizar os níveis desta proteína para avaliar o prognóstico da doença.

A segurança e a eficácia do pevonedistat nos seres humanos ainda estão a ser testadas, não estando, por isso, disponível como tratamento. Contudo, Tarek Abbas refere que há esperança que este fármaco tenha um impacto bastante significativo no melanoma em geral.

Na verdade, o pevonedistat mostrou ser bastante eficaz em todos os melanomas, mesmo naqueles para os quais ainda não existe tratamento. Verificou-se que o fármaco é capaz de funcionar no melanoma resistente ao tratamento, que é um dos principais desafios da terapia contra o melanoma.

ESTUDO PUBLICADO NA REVISTA "EBIOMEDICINE",
12 SETEMBRO 2016
ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

Melanoma

Identificado possível novo alvo terapêutico

Um estudo brasileiro publicado na revista científica "Oncotarget" mostrou que a inibição de um RNA conhecido como RMEL3 pode reduzir em até 95% a viabilidade de células de melanoma em cultura. Embora seja um RNA do tipo não codificador, ou seja, que não contém informações para a síntese de uma proteína, o RMEL3 parece modular – de forma ainda não totalmente compreendida – as principais vias de sinalização relacionadas à proliferação e à sobrevivência celular.

“Os nossos estudos sugerem que o RMEL3 está expresso na maioria dos casos de melanoma. Por outro lado, este RNA é raramente encontrado

noutros tipos de tumores ou mesmo em células saudáveis. Constitui, portanto um alvo terapêutico e diagnóstico bastante específico e promissor a ser explorado”, referiu Enilza Espreafico, professora da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e coordenadora da investigação.

A existência do RMEL3 e sua relação com o melanoma já tinham sido identificados em estudos anteriores.

Para silenciar o RMEL3 nas células em cultura, os investigadores utilizaram um método conhecido como RNA de interferência, que consiste na utilização de pequenas moléculas de RNA não codificadoras de proteínas capazes de se ligar ao RNA transcrito do gene-alvo (no caso o RMEL3) e induzir a degradação.

O efeito desse procedimento foi comparado em cinco linhas celulares diferentes. As três primeiras eram compostas por células de melanoma que apresentam uma mutação associada ao cancro num gene chamado BRAF. A quarta linha celular, também de melanoma, não tinha a mutação em BRAF. Já a terceira, considerada uma espécie de controlo, era uma linha celular de cancro do ovário que não expressava RMEL3 e nem apresentava a mutação em BRAF.

“O BRAF é o principal proto-oncogene relacionado com o desenvolvimento de melanoma. Cerca de 60% dos casos desse tipo de cancro apresentam uma mutação no gene BRAF, que codifica uma proteína quinase iniciadora da via de sinalização MAPK – importante para ativar a proliferação celular” explicou a investigadora em comunicado.

“Essa mutação altera apenas um código genético do gene BRAF, acarretando a troca de um aminoácido na cadeia polipeptídica. Isso é suficiente para criar a proteína oncogénica, conhecida como BRAF V600E. Na sua

forma mutada, essa enzima é por si só ativa, o que faz com que a célula entre no ciclo de replicação mesmo sem receber qualquer sinal externo para proliferação”, acrescentou.

O estudo apurou que nas culturas de melanoma com a mutação BRAF V600E foi onde a inibição de RMEL3 apresentou o efeito mais dramático, reduzindo em até 95% a sobrevivência e a proliferação celular. Na outra linha celular de melanoma, sem a mutação, a diminuição de viabilidade da cultura foi de aproximadamente 40%. Já na linha controlo, o procedimento feito com o RNA de interferência não teve efeito algum, ou seja, as células continuaram a proliferar normalmente.

Os investigadores ainda não sabem ao certo qual é o papel desse RNA na célula ou por que ele está frequentemente presente nas células de melanoma. No entanto, já há indícios do que acontece na célula quando sua expressão é interrompida.

“Quando silenciamos o RMEL3, caem os níveis da proteína oncogénica BRAF e da quinase Akt/pAkt – proteína-chave da via de sinalização pró-sobrevivência celular conhecida como PI3K. O efeito oposto foi observado sobre a proteína PTEN, principal inibidor desta via”, referiu Espreafico.

Ainda segundo a investigadora, foi observado aumento nos níveis de ACC-pS79, um substrato da enzima AMPK. Esta proteína, por sua vez, é um sensor da privação de nutrientes.

“Isso sugere que a falta de RMEL3 induz a um estado que mimetiza a privação de nutrientes, semelhante ao já reportado para a inibição farmacológica de BRAF V600E”, concluiu a investigadora, Espreafico.

ESTUDO PUBLICADO EM "ONCOTARGET", 17 AGOSTO 2016

MISCELÂNEA

Identificados novos alvos terapêuticos para **câncer de pulmão** de pequenas células



Cientistas norte-americanos identificaram uma proteína, ASCL1, que desempenha um papel relevante no desenvolvimento do câncer do pulmão de pequenas células e que, quando eliminada, evitou a formação de câncer em modelo animal, revela um estudo divulgado na publicação científica “Cell Reports”.

O câncer do pulmão de pequenas células é um tipo de câncer agressivo que se espalha rapidamente pelo organismo e para o qual não têm havido desenvolvimentos terapêuticos relevantes nas últimas décadas, segundo os autores do estudo. Os sinais e sintomas associados a esta doença incluem, entre outros, tosse, dispnéia e dor no peito, sendo o tabagismo o principal fator de risco.

“O nosso trabalho demonstra a possibilidade de desenvolver novos tipos de alvos terapêuticos para o câncer do pulmão de pequenas células ao centrar-se na ASCL1”, revela John D. Minna, cientista do UT Southwestern Medical Center, nos EUA, e um dos autores da investigação, em declarações reproduzidas no sítio da Internet da instituição americana.

Uma equipa de cientistas norte-americanos determinou que a proteína ASCL1, que se encontra presente na maioria dos tumores do câncer do pulmão de pequenas células, desempenha um papel importante na doença. Através de modelos de rato geneticamente modificados para

desenvolver este tipo de câncer, os investigadores descobriram que quando a ASCL1 era eliminada do organismo dos ratinhos, estes não desenvolviam o câncer.

Além disso, os cientistas conseguiram distinguir a função promotora do câncer do pulmão de pequenas células desempenhada pela ASCL1 e por outra proteína relacionada, a NEUROD1. Enquanto alguns cânceres do pulmão de pequenas células expressavam a ASCL1, outros expressavam o NEUROD1. Apesar de ambos os genes regularem diferentes processos nas células, ambos pareciam controlar os genes associados ao desenvolvimento deste tipo de câncer.

De acordo com Jane E. Johnson, autora sênior do estudo, esta investigação permitiu, dessa forma, identificar duas vias reguladoras que revelam vulnerabilidades neste tipo de câncer, podendo revelar-se alvos terapêuticos importantes e abrindo a possibilidade de desenvolvimento de novas terapêuticas.

ESTUDO PUBLICADO EM “CELL REPORTS”,
05 AGOSTO 2016
ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

Câncer

Identificado novo alvo terapêutico

Investigadores americanos identificaram uma proteína que pode funcionar como um novo alvo terapêutico contra o câncer, sugere um estudo publicado na revista “Nature”.

A proteína, conhecida por cinase supressora da Ras (ou KSR) é uma pseudoenzima que desempenha um papel importante na transmissão de sinais na célula que determina se a célula cresce, se divide ou morre.

Os investigadores da Escola de Medicina de Iahn, nos EUA, demonstraram que ter por alvo a KSR pode ter implicações terapêuticas importantes, aumentando potencialmente o resultado de muitos cânceres agressivos, como o do pulmão ou do pâncreas.

O Ras é o gene associado ao câncer humano mais frequentemente mutado. Apesar dos recentes avanços, as opções terapêuticas que têm por alvo os cânceres dependentes do Ras ainda são limitadas. Estudos anteriores já tinham sugerido a possibilidade de atingir as formas oncogénicas do Ras via KSR, contudo até à data ainda não tinham sido reportadas abordagens farmacológicas.

Arvin Dar, o líder do estudo, refere que há muito que se pensa em fármacos que tivessem por alvo os cânceres dependentes do Ras. Neste estudo, os investigadores utilizaram variantes genéticas conhecidas na KSR que impedem a sinalização via Ras mutada para guiar o desenvolvimento de compostos.

O estudo apurou que o composto APS-2-79 era capaz de modular a sinalização via Ras e aumentar a potência de outros fármacos anticancerígenos em linhas celulares com o Ras mutado.

O cientista explicou que a KSR pertence a uma grande família de proteínas que não estão apenas envolvidas no desenvolvimento do câncer, mas também noutras doenças.

“Ainda ninguém tinha percebido como explorar estes alvos terapêuticos importantes. O nosso estudo abre a possibilidade de modular a KSR como uma nova terapia anticancerígena e também como uma nova classe de intervenções completamente nova”, concluiu Arvin Dar.

ESTUDO PUBLICADO NA REVISTA “NATURE”,
14 SETEMBRO 2016
ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

Câncer do rim

Novo tratamento mostra-se mais eficaz do que o atual

Uma nova classe de fármacos, os inibidores HIF-2, é mais eficaz e mais bem tolerada que o tratamento padrão utilizado no câncer do rim, dá conta um estudo publicado na revista “Nature”.

Neste estudo, os investigadores do Centro Oncológico Harold C. Simmons, nos EUA, realizaram um ensaio pré-clínico em ratinhos nos quais foram transplantadas células de cancro do rim de mais de 20 pacientes. Verificou-se que o inibidor HIF-2 PT2399 era capaz de controlar o cancro em metade dos tumores.

Estudos anteriores realizados pela mesma equipa de investigadores já tinham apurado que os inibidores HIF-2 eram seguros em pacientes e tinham atividade mesmo nos pacientes pré-tratados. Agora, neste estudo, verificou-se que a inibição HIF-2 foi capaz de controlar o cancro do rim metastático mesmo após estes já terem sido alvo de tratamento.

Os HIF, como é o caso do HIF-2, permitem que as células do organismo se ajustem a ambientes com baixos níveis de oxigénio. Os HIF ativam programas que promovem o desenvolvimento de vasos sanguíneos, facilitam a entrega de oxigénio e promovem a utilização eficaz dos nutrientes. As células do cancro do rim sequestram o mesmo sistema para crescerem.

Os inibidores HIF-2 suprimem os efeitos do HIF-2, que incluem a diminuição dos níveis de uma proteína, a VEGF, que promove a formação de vasos sanguíneos necessários para o crescimento tumoral.

James Brugarolas, diretor do Centro do Cancro do Rim, explica que contrariamente aos inibidores da VEGF existentes, os inibidores HIF-2 bloqueiam a proteína apenas no cancro, não provocando, por isso, toxicidade cardíaca ou hipertensão.

Após terem comparado os dois fármacos, os investigadores verificaram que o inibidor HIF-2 era mais ativo que o sunitinib e que este tinha efeitos contra a progressão dos tumores que já estavam a ser tratados com sunitinib. Adicionalmente, observou-se que o inibidor HIF-2 era bem tolerado.

O estudo apurou ainda que um sub-tipo dos tumores não respondia aos fármacos, mas foi possível identificar biomarcadores que poderiam ajudar a determinar que pacientes são mais propensos a beneficiar da terapia com HIF-2.

O investigador refere que se acredita que o HIF-2 seja o impulsor mais importante do cancro do rim. Contudo, proteínas como a HIF-2 foram rejeitadas como alvos terapêuticos, uma vez que a sua forma dificultava bastante o desenvolvimento de fármacos.

O HIF-2 também parece estar envolvido noutros tipos de cancros, como os cancros do cérebro mortais, glioblastomas, e cancro de pulmão de células não-pequenas, o tipo mais comum de neoplasia do pulmão.

ESTUDO PUBLICADO NA REVISTA "NATURE",
08 SETEMBRO 2016
ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.



Ensaio clínico – Informação

Nesta secção publicamos os ensaios clínicos ativos, por patologias oncológicas

Acesso em <http://www.cancer.gov>, a 20 Junho 2016

CANCRO PRÓSTATA (Fase IV, Fase III e Fase II)

■ *Safety and Efficacy Study of Enzalutamide in Patients With Nonmetastatic Castration-Resistant Prostate Cancer*

STATUS: Active
PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over
TRIAL IDS: MDV3100-14, NCI-2013-02393, NCT02003924

■ *A Study of Apalutamide (ARN-509) in Men With Non-Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer*

STATUS: Active
PHASE: Phase III
TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment
AGE: 18 and over
TRIAL IDS: CR102931, NCI-2013-02187, 2012-004322-24, ARN-509-003, NCT01946204

■ *Safety and Efficacy Study of Enzalutamide Plus Leuprolide in Patients With Nonmetastatic Prostate Cancer (EMBARC)*

STATUS: Active
PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over
TRIAL IDS: MDV3100-13, NCI-2015-00824, NCT02319837

■ *A Study of Enzalutamide Plus Androgen Deprivation Therapy (ADT) Versus Placebo Plus ADT in Patients With Metastatic Hormone Sensitive Prostate Cancer (mHSPC)*

STATUS: Active
PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over
TRIAL IDS: 9785-CL-0335, NCI-2016-00640, 2015-003869-28, NCT02677896

■ *Proton Beam or Intensity-Modulated Radiation Therapy in Treating Patients with Low or Low-Intermediate Risk Prostate Cancer*

STATUS: Active
PHASE: Phase III
TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Supportive care, Treatment
AGE: 18 and over
TRIAL IDS: 11-497, NCI-2012-01144, NCT01617161

■ *Efficacy and Safety Study of BAY1841788 (ODM-201) in Men With High-risk Non-metastatic Castration-resistant Prostate Cancer (ARAMIS)*

STATUS: Active
PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over
TRIAL IDS: 17712, NCI-2015-00347, 2013-003820-36, NCT02200614

■ *Androgen-Deprivation Therapy and Radiation Therapy in Treating Patients with Prostate Cancer*

STATUS: Active
PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over
TRIAL IDS: RTOG 0924, NCI-2011-02674, CDR0000701128, PRTOG-0924_A03PAMDREVV01, NCT01368588

■ *Phase III Study of DCVAC Added to Standard Chemotherapy for Men With Metastatic Castration Resistant Prostate Cancer*

STATUS: Active
PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over
TRIAL IDS: SP005, NCI-2014-02085, 2012-002814-38, NCT02111577

■ *A Study of Enzalutamide Re-treatment in Metastatic Castration-resistant Prostate Cancer After Docetaxel Treatment in Patients Who Have Previously Received Enzalutamide*

STATUS: Active
PHASE: Phase IV
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over
TRIAL IDS: 9785-MA-1008, NCI-2015-01197, NCT02441517

■ *A Study of Apalutamide (JNJ-56021927, ARN-509) Plus Androgen Deprivation Therapy (ADT) Versus ADT in Participants With mHSPC*

STATUS: Active
PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over
TRIAL IDS: CR107614, NCI-2016-00191, 2015-000735-32, 56021927PCR3002, NCT02489318

■ *Phase 3 Study of ProstAtak™ Immunotherapy With Standard Radiation Therapy for Localized Prostate Cancer*

STATUS: Active
PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over
TRIAL IDS: PrTK03, NCI-2012-01912, NCT01436968

■ *Enzalutamide in Androgen Deprivation Therapy With Radiation Therapy for High Risk, Clinically Localised, Prostate Cancer*

STATUS: Active
PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over
TRIAL IDS: ANZUP1303, NCI-2015-01658, ACTRN12614000126617, NCT02446444

■ *An Efficacy and Safety Study of JNJ-56021927 (ARN-509) in High-risk Prostate Cancer Subjects Receiving Primary Radiation Therapy: ATLAS*

STATUS: Active
PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over
TRIAL IDS: CR106935, NCI-2016-00117, 2015-003007-38, 56021927PCR3003, NCT02531516

■ *Modifications to Radical Prostatectomy in Improving Outcomes in Patients with Prostate Cancer*

STATUS: Active
PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
AGE: 21 and over
TRIAL IDS: 11-096, NCI-2011-02377, NCT01407263

■ *Androgen Deprivation Therapy and Orteronel or Bicalutamide in Treating Patients with Newly Diagnosed Metastatic Prostate Cancer*

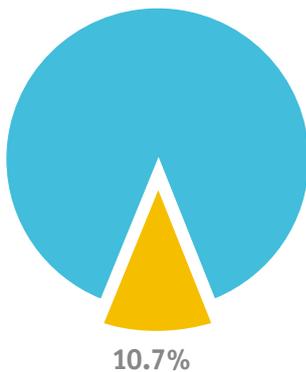
STATUS: Active
PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over
TRIAL IDS: S1216, NCI-2012-02876, SWOG-S1216, NCT01809691

Estatísticas:

Compared to other cancers, prostate cancer is fairly common.

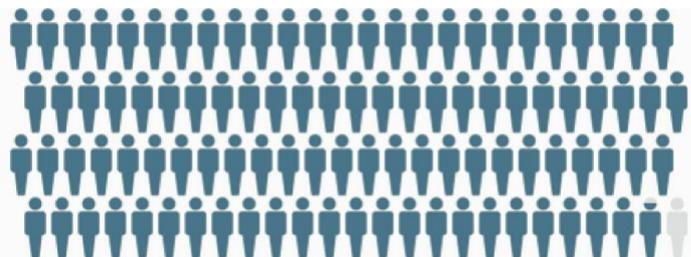
Common Types of Cancer	Estimated New Cases 2016	Estimated Deaths 2016
1. Breast Cancer (Female)	246,660	40,450
2. Lung and Bronchus Cancer	224,390	158,080
3. Prostate Cancer	180,890	26,120
4. Colon and Rectum Cancer	134,490	49,190
5. Bladder Cancer	76,960	16,390
6. Melanoma of the Skin	76,380	10,130
7. Non-Hodgkin Lymphoma	72,580	20,150
8. Thyroid Cancer	64,300	1,980
9. Kidney and Renal Pelvis Cancer	62,700	14,240
10. Leukemia	60,140	24,400

Prostate cancer represents 10.7% of all new cancer cases in the U.S.



In 2016, it is estimated that there will be 180,890 new cases of prostate cancer and an estimated 26,120 people will die of this disease.

Percent Surviving 5 Years



98.9%

Based on data from SEER 18 2006-2012. Gray figures represent those who have died from prostate cancer. Green figures represent those who have survived 5 years or more.



AEOP 10

Conferência Nacional de Enfermagem Oncológica

2-3 JUNHO, 2017 | VISEU, PORTUGAL | **HOTEL MONTEBELO VISEU**



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

KEYTRUDA®: COMECE INFORMADO COM A EXPRESSÃO DE PD-L1

TESTAR a expressão de PD-L1, juntamente com outros biomarcadores, no momento de diagnóstico de CPCNP avançado^{1,2}

IDENTIFICAR doentes com CPCNP avançado, com histologia escamosa ou não escamosa adequados

TRATAR doentes com CPCNP avançado PD-L1 positivo previamente tratados

- A determinação de PD-L1 foi realizada em biópsias recentes e de arquivo, fixadas em formol e incluídas em parafina (FFPE), no ensaio KEYNOTE-010.³
- 2 em cada 3 doentes eram PD-L1 positivos (PD-L1 $\geq 1\%$) entre os doentes avaliados no estudo KEYNOTE 10 com tecido tumoral disponível.^{4,a}
- A determinação de PD-L1 demonstrou valor preditivo no CPCNP avançado.

^aA expressão de PD-L1 $\geq 1\%$ foi critério de inclusão no ensaio KEYNOTE-010. Dos 2222 doentes com amostras de tecido tumoral avaliáveis para determinação de PD-L1, 1475 (66%) apresentaram expressão de PD-L1 $\geq 1\%$ das células tumorais. Adicionalmente, 633 (28%) destes doentes tinham expressão de PD-L1 $\geq 50\%$ das células tumorais.⁴

KEYTRUDA® está indicado para o tratamento do cancro do pulmão de células não-pequenas (CPCNP) localmente avançado ou metastático em adultos cujos tumores expressam PD-L1 e que receberam pelo menos um esquema de tratamento prévio com quimioterapia. Doentes com mutações tumorais positivas EGFR ou ALK devem também ter recebido a terapêutica aprovada para essas mutações antes do tratamento com KEYTRUDA®.

PD-L1 = ligando da proteína da morte celular programada; EGFR = recetor do fator de crescimento; ALK = cinase linfoma anaplástico.

Referências: 1. Referenced with permission from The NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Non-Small Cell Lung Cancer V.4.2016. ©2016 National Comprehensive Cancer Network, Inc. All rights reserved. Accessed 13 January 2016. To view the most recent and complete version of the guidelines, go online to NCCN.org. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®, NCCN®, NCCN GUIDELINES®, and all other NCCN® content are trademarks owned by the National Comprehensive Cancer Network, Inc. 2. Reck M, Popat S, Reinmuth N, et al. Metastatic non-small-cell lung cancer (NSCLC): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2014;25(suppl 3):iii27–iii39. 3. Supplementary Appendix to: Herbst RS, Baas P, Kim D-W, et al. Pembrolizumab versus docetaxel for previously treated, PD-L1-positive, advanced non-small-cell lung cancer (KEYNOTE-010): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015; published online Dec 19. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01281-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01281-7). Accessed 21 December 2015. 4. Herbst RS, Baas P, Kim D-W, et al. Pembrolizumab versus docetaxel for previously treated, PD-L1-positive, advanced non-small-cell lung cancer (KEYNOTE-010): a randomised controlled trial. *Lancet* 2016;387(10027):1540–1550.

Nome do medicamento KEYTRUDA® 50mg pó para concentrado para solução para perfusão. **Composição quantitativa e qualitativa** Um frasco para injetáveis de pó contém 50 mg de pembrolizumab. Após reconstituição, 1 ml de concentrado contém 25mg de pembrolizumab. Pembrolizumab é um anticorpo monoclonal humanizado, antirrecetor PD-1. **Indicações terapêuticas** KEYTRUDA® em monoterapia está indicado para o tratamento do melanoma avançado (irressecável ou metastático) em adultos. KEYTRUDA® está indicado para o tratamento do cancro do pulmão de células não-pequenas (CPCNP) localmente avançado ou metastático em adultos cujos tumores expressam PD-L1 e que receberam pelo menos um esquema de tratamento prévio com quimioterapia. Doentes com mutações tumorais positivas EGFR ou ALK devem também ter recebido a terapêutica aprovada para essas mutações antes do tratamento com KEYTRUDA®. **Posologia e modo de administração** 2mg/kg, administrada por via intravenosa, durante um período de 30 minutos a cada 3 semanas. Os doentes devem ser tratados com KEYTRUDA® até progressão da doença ou toxicidade inaceitável. Doentes com CPCNP devem ser selecionados para o tratamento com base na expressão de PD-L1 no tumor, confirmada por um teste validado. **Contraindicações** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **Efeitos indesejáveis - Advertências e precauções especiais de utilização** Pembrolizumab é mais frequentemente associado com reações adversas relacionadas com o sistema imunitário; segurança avaliada em 2.799 doentes com melanoma avançado ou CPCNP sendo as reações adversas mais frequentes fadiga (24%), erupção cutânea (19%), prurido (18%), diarreia (12%), náuseas (11%) e artralgia (10%), maioria Grau 1 – 2 e reações adversas mais graves imunitárias ou relacionadas com perfusão. KEYTRUDA® deve ser interrompido definitivamente se toxicidade de Grau 4, exceto para endocrinopatias controladas com hormonas de substituição, dose de corticosteroides não puder ser reduzida para ≤ 10 mg de prednisona dia ou equivalente em 12 semanas, toxicidade relacionada com o tratamento não diminuir para Grau 0-1 em 12 semanas após última dose ou ocorrer segunda vez acontecimento de Grau ≥ 3 . Pneumonite: Grau 2 suspender; Grau 3 – 4, ou recorrente, interromper definitivamente; Colite, Grau 2 ou 3 suspender, Grau 4 interromper definitivamente; Nefrite Grau 2 com creatinina $>1,5 - 3 \times$ LSN suspender, Grau ≥ 3 com creatinina ≥ 3 vezes o LSN interromper definitivamente; Endocrinopatias, Hipofisite sintomática, Diabetes tipo 1 com hiperglicemia Grau >3 ou cetoacidose, Hipertiroidismo de Grau $\geq 3 -$ suspender; endocrinopatia de Grau 3 ou Grau 4 interromper tratamento os se melhorar para Grau 2 ou inferior, controlada com substituição hormonal, pode ser considerada continuação com pembrolizumab após redução de corticosteroides; Hipotiroidismo gerido com terapêutica de substituição sem interrupção do tratamento. Hepatite: suspender se AST ou ALT $>3 - 5 \times$ LSN ou bilirrubina total $>1,5 - 3 \times$ LSN (Grau 2); interromper definitivamente AST ou ALT $>5 \times$ LSN ou bilirrubina total >3 vezes o LSN (Grau ≥ 3), metástases hepáticas com aumento Grau 2 de AST ou ALT, hepatite com aumentos da AST ou da ALT $\geq 50\%$ durante ≥ 1 semana; Reações relacionadas com a perfusão: Grau 3 ou 4 interromper definitivamente. KEYTRUDA® sem ajuste posológico para doentes idosos, compromisso renal ligeiro ou moderado ou compromisso hepático ligeiro; não estudado em doentes pediátricos, compromisso renal grave, compromisso hepático moderado ou grave. Dados limitados de segurança e eficácia em doentes com melanoma ocular. **Interações medicamentosas e outras formas de interação** Não foram realizados estudos de interação medicamentosas com pembrolizumab, não sendo esperadas quaisquer interações medicamentosas metabólicas por pembrolizumab ser eliminado por catabolismo. Evitar o uso de corticosteroides sistémicos ou outros imunossupressores antes de iniciar pembrolizumab; podem ser usados corticosteroides sistémicos ou outros imunossupressores após início de pembrolizumab para tratar reações adversas imunitárias. Não existem dados sobre a utilização de pembrolizumab em mulheres grávidas ou excreção no leite materno. Pembrolizumab não deve ser utilizado durante a gravidez. **Data da Revisão do texto:** 07/2016. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM. Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados.

Antes de prescrever KEYTRUDA®, consulte o Resumo das Características do Medicamento



MSD Oncologia

Merck Sharp & Dohme, Lda. | www.msd.pt | Tel. 214 465 700
Quinta da Fonte, 19 - Edifício Vasco da Gama, 2770-192 Paço de Arcos | NIPC 500 191 360
Copyright © 2016 Merck Sharp & Dohme Corp., uma subsidiária de Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, EUA.
Todos os direitos reservados. ONCO-1193979-0000 09/2016

KEYTRUDA®
(pembrolizumab) injetável para perfusão 50 mg



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

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

Aqui, ao seu lado.



A TRABALHAR EM CONJUNTO PARA UM MUNDO MAIS SAUDÁVEL®

Pfizer Biofarmacêutica, Sociedade Unipessoal, Lda.

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