

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

32

ANO IX · MAR-JUN 2016

ENTREVISTA COM...

Teresa Fraga, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, responsável pela abertura da primeira Unidade de Cuidados Paliativos Pediátricos.

ANOREXIA-CAQUEXIA, NUTRIÇÃO E QUALIDADE DE VIDA NO DOENTE COM CANCRO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Artigo teórico reflexivo, baseado numa revisão da literatura de natureza diversa (de nutrição, enfermagem, serviço social e medicina), publicada entre 2005 e 2014, bem como na análise e observação no campo da prática.

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EM ONCOLOGIA SEGUNDO AS INTERVENÇÕES COMPLEXAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Artigo de revisão com objetivo de ficar a conhecer a evidência científica sobre as intervenções psicoeducativas destinadas à pessoa adulta com doença oncológica e sua família, de modo a, posteriormente, construir um programa de intervenção psicoeducativo.

CONTROLO DA DISPNEIA NA PESSOA COM CANCRO DO PULMÃO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

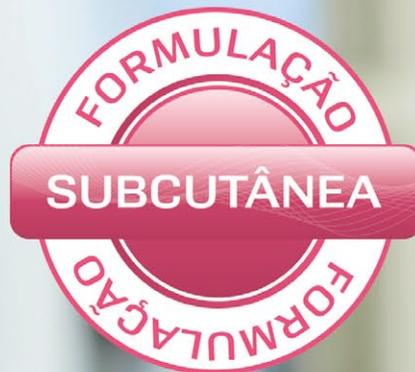
Artigo de revisão integrativa com o objetivo de identificar as estratégias utilizadas para o controlo da dispneia no doente com cancro do pulmão e clarificar as intervenções do enfermeiro no controlo da mesma.



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

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

e uma eficácia consistente em doentes tratados em primeira linha¹

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

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 reações adversas imunitárias, incluindo diarreia e colite, têm de ser avaliadas durante o tratamento com YERVOY (ver RCM completo para informação adicional). A gestão das reações 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 injetável de cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9%) ou solução injetável 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 reações adversas resultantes de actividade imunitária aumentada ou excessiva. A maioria destas, incluindo as reações 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 reações adversas notificadas mais frequentemente ($\geq 10\%$ dos doentes) foram diarreia, erupção cutânea, prurido, fadiga,

náuseas, vômitos, apetite diminuído e dor abdominal. A maioria foram ligeiras a moderadas (grau 1 ou 2). A terapia com ipilimumab foi interrompida devido a reações adversas em 10% dos doentes. Ipilimumab é associado a reações 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 reações adversas cutâneas graves que podem ser imunitárias. A mediana do tempo para o aparecimento de reações 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 reações adversas neurológicas imunitárias graves, endocrinopatia imunitária e outras reações 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 reações adversas inflamatórias resultantes de actividade imunitária aumentada ou excessiva (reações adversas imunitárias), provavelmente relacionadas com o seu mecanismo de acção. As reações 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 reações 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 reações 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 reações adversas através do sistema nacional de notificação.



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

Elisabete Valério, Presidente da AEOP

06 ENTREVISTA COM...

Teresa Fraga, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, responsável pela abertura da 1.ª Unidade de Cuidados Paliativos Pediátricos em Portugal.

ARTIGOS

08 ANOREXIA-CAQUEXIA, NUTRIÇÃO E QUALIDADE DE VIDA NO DOENTE COM CANCRO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Madalena Gonçalves, Manuel Luís Capelas

18 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EM ONCOLOGIA SEGUNDO AS INTERVENÇÕES COMPLEXAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Otília Barreto, Adriana Henriques

24 CONTROLO DA DISPNEIA NA PESSOA COM CANCRO DO PULMÃO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

Ana Fonseca, Bruno Alves, Joana Tobias, Marta Baltazar, Marta Melgão, Miguel Fernandes, Paulo Dias

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

32 AEOP 9: 26 - 28 MAIO 2016, HOTEL TEMPLÁRIOS TOMAR • MELHORES TRABALHOS AEOP 9 • BOLSAS AEOP A REUNIÕES DE ONCOLOGIA • PROGRAMA EDUCACIONAL CANCRO DO PULMÃO • SPO 2016, PROGRAMA DE ENFERMAGEM • LANÇAMENTO LINHAS DE CONSENSO TRASTUZUMAB • PROJECTO LEARN TO TEACH

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

Madalena Gonçalves, Manuel Luís Capelas, Otilia Barreto, Adriana Henriques, Ana Fonseca,
Bruno Alves, Joana Tobias, Marta Baltazar, Marta Melgão, Miguel Fernandes, Paulo Dias

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

Caros Colegas,
Começo por manifestar publicamente o meu agradecimento a todos que estiveram envolvidos na 9.ª Reunião da AEOP em Tomar. O objetivo passou pelo envolvimento do maior número de profissionais da área de oncologia neste evento.

Este ano estiveram 350 enfermeiros oncologistas inscritos. É um marco para a associação, um desafio partilhado com todos, enfermeiros palestrantes, organização e promotores da reunião. Vivemos tempos complicados a nível social e económico, mas não podemos, enquanto responsáveis pelos cuidados de excelência aos doentes oncológicos, deixar de investir no conhecimento de Enfermagem e especificamente na oncologia. A visibilidade da AEOP na sociedade é a vossa visibilidade como enfermeiros oncologistas, temos que ser resilientes e, junto dos órgãos de soberania, manter o desejo da especialização da enfermagem oncológica.

Previsivelmente a doença oncológica vai aumentar mundialmente e em paralelo à esperança de vida das pessoas. Vamos ter mais pessoas doentes com cancro, sendo que algumas são pessoas idosas, mais dependentes de cuidados. O Conselho Europeu considera que cada país da união deve ter um quadro de enfermeiros especialistas na área de oncologia para prevenir eventos catastróficos. Temos uma nova bastonária e um mandato de 4 anos para construir um novo futuro, vamos acreditar.

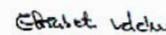
A nossa colega Teresa Fraga acreditou quando um dia desejou uma unidade de cuidados continuados para crianças. Devemos sentir orgulho pela sua grandeza. Publicamos a sua entrevista neste número da Onconews onde ela nos apresenta o projeto, inovador e primeiro em Portugal.

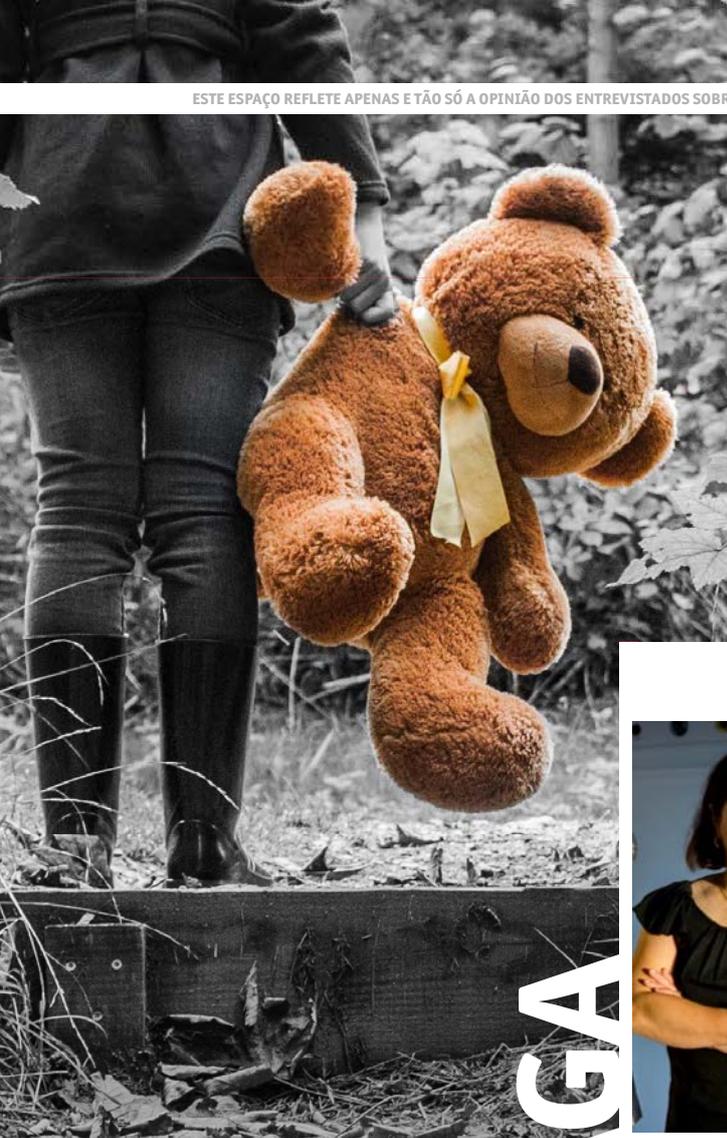
Em termos de artigos, publicamos nesta revista 3 artigos de revisão. Um é sobre Nutrição e Qualidade de Vida no doente com anorexia e caquexia em cuidados paliativos. O outro é sobre o processo de construção de um programa Psicoeducativo em Oncologia após uma revisão sistemática da literatura sobre a matéria. O terceiro incide sobre o controlo da dispneia na pessoa com cancro pulmão.

Informamos ainda que estamos a elaborar o programa de enfermagem para o 12.º Congresso Nacional Cancro Digestivo em Outubro, e para o Simpósio Nacional da Sociedade Portuguesa de Oncologia em Novembro. Participe e esteja connosco contribuindo com a vossa experiência. O nosso sucesso é o sucesso de todos. Estamos também a trabalhar num projeto nacional denominado Learn to Teach, numa parceria com a MSD, na área da gestão da terapêutica imunológica, que envolve 11 Centros Hospitalares.

Entramos no período de Férias, pelo que desejo a todos que as aproveitem na melhor das possibilidades. Continuaremos a inovar e continuamos a contar convosco.

Até sempre e boas leituras.


Presidente AEOP



entrevista a
TERESA FRAGA

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Pós-Graduação em Cuidados Paliativos Pediátricos pela Universidade Católica de Lisboa. Exerce funções no Centro Materno Infantil do Norte, Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos. Responsável pela abertura da 1.ª Unidade de Cuidados Paliativos Pediátricos inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.



Sonhar é dar vida aos dias e concretizar objetivos.

[onco.news] Sendo Enfermeira numa Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital Central, em contacto frequente com crianças em fase paliativa, este projecto surgiu porquê, como e quando?

[Teresa Fraga] Os Cuidados Paliativos Pediátricos são definidos como cuidados ativos, totais e integrais do corpo, mente e espírito da criança, incluindo o apoio à família. O seu objetivo não se prende com a cura, pelo contrário, incide em áreas relacionadas com o alívio do sofrimento. Esta realidade, no contexto nacional, é ainda muito recente, sendo que apenas no séc. XXI se começou a abordar esta que é uma das temáticas mais importantes na Pediatria. A aposta na formação junto dos profissionais de saúde é fulcral para que se iniciem estes cuidados com a maior brevidade após o diagnóstico, independentemente do prognóstico e tratamento. Os Cuidados Paliativos devem andar de mãos dadas com cuidados de foro curativo.

A Associação Nomeiodonada é uma IPSS e foi criada a 15 de Dezembro de 2010, por profissionais de saúde da área da Pediatria. Tem como missão prestar serviços de apoio de natureza moral e material a pessoas e grupos que deles careçam, nomeadamente a pais e familiares com vivências em cuidados intensivos neonatais e pediátricos, promovendo um equilíbrio bio-psico-social e familiar, prossequindo o bem-estar destes através da solidariedade e ajuda que a Associação vai desenvolver e prestar.

Na sequência do trabalho já realizado, entendeu a Associação avançar para um projeto de construção de uma Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos Pediátricos (crianças dos zero aos dezoito anos) denominado Castelo.

Este projeto é o resultado de um sonho de duas Enfermeiras, que diariamente contactam com uma realidade dolorosa e por vezes sem solução. Como profissionais de saúde não poderiam ficar indiferentes a todas estas situações e sonhos dos pais, que por vezes ficam adiados ou interrompidos. O Castelo (primeira Unidade Pediátrica de Cuidados Continuados e Paliativos, inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) vai iniciar uma nova etapa nos cuidados administrados à criança com doença crónica. Os seus objetivos variam entre a promoção da qualidade de vida da criança e de fatores de esperança e a realização de desejos e sonhos. O poder da realização de um sonho transcende qualquer certeza absoluta no alívio do sofrimento e da dor da criança pois, por momentos, a realidade torna-se especial e um herói nasce.

A magnificência desta fase de transição nesta faixa etária traz subjacente um sofrimento permanente para os pais e para quem cuida?

Cuidar é estar disponível para tratar a criança/família na vertente física, psicológica e social. É incluir a família nos cuidados ao seu filho, dando toda a informação adequada, respeitando os valores e as crenças de cada um.

Esta é a missão do Castelo: a criança e o seu bem-estar em primeiro lugar. Tudo foi pensado em prol da criança, desde a mobília, espaços interiores, jardim e parque infantil. Pela primeira vez existe um espaço criado à sua medida e não adaptado a si.

“Vamos dar vida aos dias e não dias à vida”. Este é o nosso lema de trabalho. Vamos transformar um minuto numa hora, uma hora num dia, e cada trata-



Castelo



“*Vamos dar vida aos dias e não dias à vida.*”

mento uma batalha entre o bem e o mal. Deixamos rotinas para trás e focamos os esforços do profissional de saúde nas prioridades da criança. A humanização dos cuidados é essencial.

Claro que nunca poderemos deixar a família de lado. Em todo este processo a família estará numa posição extremamente importante. É ela que melhor conhece o seu filho, mas também a que mais é ignorada. Todo o seu conhecimento será tido em conta, mas pela primeira vez também será integrada quer nas atividades preparadas para o seu filho quer também nas que serão preparadas para si, desde momentos de lazer a apoio psicológico e social.

Neste processo todo, para além da criança e da sua família está o profissional de saúde. Um profissional que entra ao serviço e apenas se preocupa com a criança e o seu bem-estar, que sabe escutar mas sem emitir juízos de valor, educado e com noção de que a felicidade da criança e da família são uma das suas maiores preocupações e objectivos de trabalho.

A equipa multidisciplinar foi sensibilizada e motivada para a missão muito peculiar do Castelo!

De referir que o corpo de voluntariado será uma mais-valia e um dos ícones desta Unidade.

Com tudo isto, esperamos abrir um caminho para um futuro em que teremos crianças com necessidades especiais sem qualquer barreira para a sua felicidade e famílias apoiadas em todas as suas necessidades.

Como está organizada a Unidade em termos de estrutura e em termos de cuidados; a constituição da equipa multidisciplinar e o processo de admissão das crianças à Unidade?

A equipa é constituída por 30 profissionais, desde Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeuta, Assistente Social, Psicólogo e Assistentes Operacionais, Voluntários, entre outros.

Todos os profissionais foram formados nesta área antes da abertura do Castelo. A organização e planeamento dos cuidados é feita pela Diretora Técnica e Diretora Clínica do Castelo.

Os critérios de referência são estabelecidos pelas equipas de coordenação local e ARS Norte. O Castelo não está envolvido na referênciação, apenas recebe.

Como Enfermeira pioneira deste audacioso projecto nacional, que mensagem deixa para os seus colegas da AEOP!

Nunca desista dos seus sonhos. “Sonhar é dar vida aos dias e concretizar objetivos.” Sabendo que, mesmo do “Meiodonada” é possível construir-se Castelos com “Projetos de Vida”!

ANOREXIA-CAQUEXIA, NUTRIÇÃO E QUALIDADE DE VIDA NO DOENTE COM CANCRO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Madalena Gonçalves

Assistente Social
Mestre em Cuidados Continuados e Paliativos, Universidade de Coimbra
madalenafgg@gmail.com

Manuel Luís Capelas

PhD, Instituto de Ciências da Saúde e Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa
manueluis.capelas@gmail.com

RESUMO: O diagnóstico e o prognóstico do cancro determinam e orientam o plano de cuidados em termos nutricionais em cuidados paliativos. Atendendo à prevalência do Cancro em Portugal, que está na origem de 20 a 25% de um total de 60% das mortes resultantes de doenças crónicas evolutivas, deverá atender-se à presença de estados de desnutrição, em doentes com Cancro em Cuidados Paliativos. Embora os dados disponíveis escasseiem, poderemos afirmar que, estatisticamente, a incidência se situa entre os 30 e 50% dos casos. Ainda, 40 a 80% dos doentes oncológicos avaliados nutricionalmente por perda de peso apresentam desnutrição, agudizada no Cancro do trato digestivo e carcinoma de Cabeça e Pescoço.

Apesar da reduzida informação atualizada sobre o estado da arte em Portugal, este artigo de carácter teórico, marcadamente reflexivo, sustenta a sua exposição numa revisão da literatura de natureza diversa em nutrição, enfermagem, serviço social e medicina, publicada entre 2005 e 2014, bem como na análise e observação no campo da praxis.

Preconizam-se como objetivos: (1) Colocar em evidência os desafios que se colocam no âmbito da nutrição em cuidados paliativos, por parte das equipas em saúde; (2) Propor uma abordagem sistémica embora personalizada, multidisciplinar e integrada à pessoa doente e à família; (3) Sugerir práticas reflexivas que permitam transpor modelos meramente biomédicos para modelos ética e deontologicamente exigentes que contribuam para a humanização dos cuidados perante os desafios de gestão em saúde.

Conclui-se que alimentar em oncologia é cuidar, prática que não se firmará sem espaço para alguma controvérsia fundada em princípios éticos. Um plano alimentar nutricional adequadamente definido responderá objetivamente a um universo de multiplicidade de estadios e de complexos enredos culturais, muito valorizados pelas ciências sociais.

As dimensões éticas do cuidar implicam processos relacionais e compromissos morais de proteção, de dignificação e humanização da prestação de cuidados, nomeadamente no domicílio.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida; Cancro; Anorexia-Caquexia; Dor Total; Nutrição.

ABSTRACT: *The diagnosis and prognosis of cancer determine and guide the care plan in terms of nutritional status in palliative care. Given the prevalence of cancer in Portugal, which is at the origin of 20 to 25% of a total of 60% of the deaths resulting from chronic progressive disease, reference should be made in case of malnutrition in patients with cancer in palliative care. Although the available data is in short supply, we can say that statistically, the incidence is between 30%*

and 50% of the cases. 40% to 80% of cancer patients evaluated nutritionally for weight loss, have malnutrition, exacerbated in cancer of the digestive tract and head and neck carcinoma.

Despite the reduced-date information on this subject in Portugal, this theoretical article is also reflexive and supports its exhibition in a revision of the literature of different nature, in areas such as nutrition, nursing, social work and medicine, published between 2005 and 2014 as well as in the analysis and observation in the field of praxis.

This article sets out the following objectives: (1) To highlight the challenges faced in nutrition in palliative care by the health teams; (2) To propose a systemic, though personalized and multidisciplinary, approach to the sick person and its family; (3) To suggest reflexive practices which transpose merely biomedical models, for an ethical practice and contribute to the humanization of care and respond to the challenges of health management.

Then, we may conclude that if nurture in oncology is an act of caring, it shall not be established without space for any necessary debate based on ethical principles. A properly defined nutrition should respond objectively to a universe of multiplicity of stages and complex cultural storylines, highly valued in the social sciences. The ethical dimensions of care processes require relational processes and moral commitments of protection, of dignity and humanization of provision of hospital care and home care.

KEYWORDS: Quality of life; Cancer; Anorexia and cachexia; Total Pain; Nutrition.

Introdução

O conceito de qualidade de vida (QdV) associado aos cuidados em nutrição e hidratação do doente oncológico em cuidados paliativos é subjetivo e frequentemente associado a dilemas éticos de ordem multidimensional tão complexos quanto a natureza humana.

A noção de QdV neste contexto tende a refletir o que, à partida, cada sujeito apreende e/ou evidencia de modo mais ou menos explícito como sendo algo que proporciona ou reflete bem-estar ou conforto. Estas evidências de âmbito mais ou menos lato alteram-se de acordo com nuances circunstanciais, face à sua condição social, económica ou, ainda, de saúde. Embora fundamental em termos de qualidade da prestação e no âmbito também da satisfação do doente, verifica-se que a definição de QdV na maioria dos artigos que apresentam instrumentos para sua avaliação acaba por não ocupar uma posição de destaque.

Ainda assim, o discurso sobre a relação entre a saúde e QdV remonta a uma abordagem aristotélica, identificada então com um estado de espírito, vindo a afirmar-se a partir da década de sessenta, pela sua forte influência na gestão de recursos em saúde, com significativa prevalência das doenças oncológicas, e não apenas como mero objeto de desejo.

A este propósito, Minayo, Hartz, & Buss (2000) fazem

referência a estudos sobre QdV que revelam uma inspiração essencialmente medicalizada, adotando uma visão bioestatística e economicista da saúde. Também a este propósito, acrescentam que os estudos são funcionalistas e focalizados no custo-efetividade.

O termo “qualidade” em função da sua natureza abstrata, ao expressar boa qualidade, viria também a ganhar maior relevância no domínio da gestão de recursos em saúde por via de uma maior ênfase no discurso e na prática médica (Canavarro, M.C.; Pereira, M.; Moreira, H.; Paredes, 2010).

Apesar do dualismo presente neste âmbito, “[...] o cancro poderia considerar-se um problema de saúde pública, com “um aumento das intervenções dirigidas às doenças crónicas em relação às agudas com relevância da avaliação da QdV, [...]” (Nunes, 2006, p. 61). O diagnóstico e o prognóstico na presença do cancro determinam e orientam o plano de cuidados, desafiando e sacudindo a pessoa doente cujos reflexos incidem nos familiares e nos profissionais em saúde.

Os profissionais são conduzidos a uma perceção do próprio existir que exige destes compromissos pessoais e ético-profissionais, perante o desafio de cuidar e dos quais depende a QdV do doente.

Atendendo à prevalência do cancro em Portugal, que de acordo com a Direcção Geral da Saúde (2005) está na origem de 20 a 25% de um total de 60% das mortes resultantes de doenças crónicas evolutivas, deverá atender-se à presença de estados de desnutrição em doentes com cancro em cuidados paliativos. Embora os dados disponíveis escasseiam, poderemos afirmar que a incidência se situa entre os 30 e 50% dos casos (Nunes, 2006, p. 61). Ainda, 40 a 80% dos doentes oncológicos avaliados nutricionalmente por perda de peso apresentavam desnutrição, tendencialmente agudizada no Cancro do trato digestivo e carcinoma de Cabeça e Pescoço (Nunes, 2006, p. 61).

Deste modo, a avaliação da temática associada à garantia e preservação da QdV nestes doentes, associada à nutrição, como prevenção ativa e precoce da anorexia ou da perda espontânea e não intencional de apetite, fica legitimada.

Atende-se deste modo que a localização e a tipologia do cancro influenciam a perda gradual de apetite, e por consequência da falta de ingestão de nutrientes essenciais, assentindo a progressão da doença. Em oncologia, a deterioração nutricional é de origem multifatorial, resultando da presença de comorbilidades de gravidade acentuada frequentemente associadas à idade avançada dos doentes, maioritariamente do sexo masculino. No entanto, está associada também a estilos de vida desadequados e, muitas vezes, a um pior prognóstico. Assiste-se a uma astenia generalizada, ou seja, da caquexia associada a uma progressiva e diminuta eficácia da terapêutica com disfagia, náuseas, vómitos ou diarreia. Deste modo, preconiza-se o alívio do sofrimento de doentes crónicos e terminais e dos seus familiares com base no conhecimento do que determina esse mesmo sofrimento (Circular Informativa nº 29/DSPCS de 07/07/2006).

Se alimentar em oncologia é sinónimo de cuidar, em boa verdade poderá constituir-se como espaço para alguma controvérsia. Por um lado responde adequadamente a um universo, cujo paradigma celular se reveste de uma multiplicidade de estádios, por outro confronta-se com complexos enredos culturais.

As dimensões éticas do cuidar implicam processos relacionais e compromissos morais de proteção, de dignificação e humanização da prestação de cuidados. Deste modo, é transposto um paradigma individual dando lugar a um paradigma relacional personalizado. É colocada em

evidência a potencialização da realização por via de uma vida em relação que busca sustentar a beneficência e não maleficência na justa medida. Concretiza-se na humanidade a humanidade por via da prática profissional (Simões, Mário; Rodrigues, 2011).

1. Nutrição: sua importância no plano de cuidados

A valorização da QdV conduziu a um inestimável e conciso progresso para a crescente humanização dos cuidados prestados aos doentes oncológicos.

Deste modo, os cuidados paliativos vieram possibilitar uma abordagem holística à pessoa cuja doença ameaçadora da vida condiciona a autonomia e viola o acesso ao princípio básico da existência e o direito à vida. Os cuidados paliativos promovem o alívio do sofrimento, no qual a dor se inclui, quase sempre total, reafirmando a vida e a morte como processos naturais (Combinato & Queiroz, 2006).

Neste contexto, a avaliação da QdV relacionada com a saúde, associada à alimentação e hidratação em cuidados paliativos, tende a melhorar substancialmente a prestação de cuidados, permitindo uma monitorização do processo de ajuda com a presença de um diagnóstico mais preciso e uma maior economia de recursos e efetividade no tratamento.

Apesar de persistirem dúvidas relativamente à relação da alimentação com a QdV (Ravasco, Monteiro-Grillo, Vidal, & Camilo, 2005), considera-se irrefutável a integração de cuidados nutricionais, não apenas para a auto percepção de si mesmo, mas também para o sucesso no controlo dos sintomas, da adesão terapêutica, do conforto, da capacidade funcional e da sobrevivência do doente.

Os cuidados de nutrição deverão ter uma base científica e procurar dar respostas às questões que se colocam na relação do ser humano com os alimentos e dos quais depende para preservar a sua existência. A alimentação possui dimensões de alcance fisiológico, social e emocional, com a presença de rituais alimentares, impregnados de fortíssimo simbolismo. Estes, associados à presença de sensações de prazer e convivialidade, quando de satisfação deficitária, podem na presença do cancro e na generalidade dos doentes em cuidados paliativos condicionar a sua QdV e até a sua sobrevivência.

O ato de alimentar assume então uma dimensão mais lata e potencial, quer em âmbito institucional quer domi-

ciliar, com repercussões na autoimagem e possível isolamento social.

Entende-se assim a promoção do auto cuidado em termos alimentares como um fator decisivo para o prolongamento do plano de cuidados holísticos, credibilizando o conceito de QdV também junto dos cuidadores informais ou familiares.

Em rigor, “a má nutrição é comum em pacientes com cancro [e] muitos fatores contribuem para a perda de peso, como a diminuição de ingestão alimentar e as alterações metabólicas resultantes de uma resposta inflamatória” (Reiriz, Motter, Buffon, VScatola, Fay, & Manzini, 2008, p. 151). Face a esta questão, importa assim desenvolver uma breve incursão sobre os principais contornos da síndrome da Anorexia-Caquexia.

2. Síndrome Anorexia-Caquexia

Há mais de 2400 anos, Hipócrates falava já em Caquexia (Nunes, 2006, p. 62) “[...]: a carne é consumida e transforma-se em água [...]. O abdómen enche-se de água, os pés e as pernas incham; os ombros, clavículas, peito e coxas definham [...] essa doença é fatal”.

O Homem sofre quando experimenta qualquer mal, doença ou infortúnio. De acordo com abordagens teológicas e filosóficas, o mal constitui-se como um desafio inigualável para quem dele padece e, fundado em uma experiência dolorosa, faz emergir questionamentos sem fim, objetivando respostas para a sua causa, mas também uma finalidade. A percepção trata-se sempre, afinal, de uma questão de sentido e, mais importante do que discutir esta ou aquela manifestação, será indagar sobre a sua natureza.

A avaliação nutricional revela-se importante já que a anorexia representa um severo estado de má nutrição com uma involuntária perda de peso e massa muscular, normalmente superior a 5-10% do peso pré-morbidez, (Twycross & Wilcock, 2001); (Inui, 2002); (Martignoni, 2003); (Davis, MP; Dickerson, 2000). De acordo com a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2008, valores superiores a 10% do peso normal nos últimos 6 meses, ou superiores a 5% no último mês pode indiciar desnutrição [sugerindo-se uma avaliação para cada caso, não só da perda de massa gorda mas de massa corporal (ponderal), nomeadamente através de medições antropométricas, parâmetros bioquímicos e anamnese alimentar],

assegurando-se a ingestão de suporte apropriado e/ou suplementos que respondam às necessidades individuais.”

Os critérios do diagnóstico desta síndrome resultaram da avaliação feita em um grande número de doentes ao longo de vários estudos desenvolvidos pelo North Central Cancer Treatment Group. Assim, estabeleceram-se como critérios para o diagnóstico: “1) perda de peso de pelo menos 2,2 kg nos 2 meses precedentes e/ou ingestão calórica diária inferior a 20 kcal/kg; 2) o doente expressa o desejo de aumentar o peso, o apetite; 3) a opinião da equipa de saúde é de que o ganho de peso será benéfico para o doente” (Capelas, 2008).

No tocante a esta temática, a anorexia é multifatorial, presente entre 80% a 90% dos doentes terminais. Esta é mais prevalente em doentes com cancro da cavidade oral, do pulmão ou da próstata, e mais raramente nos hematológicos e da mama, sendo a incidência substancialmente superior em doentes com carcinoma gástrico. De referir que esta ocorrência apresenta uma base de incidência de 50%, e 54 a 70% apresentam perdas de peso em fases mais precoces da doença e 15 a 25% dos doentes estão anoréticos no momento do diagnóstico, o que representa uma das principais causas de internamento em cuidados paliativos com uma incidência de 85%, sendo este um fenómeno paraneoplásico, podendo anteceder o diagnóstico clínico. Dos doentes hospitalizados, pelo menos 45% perdem mais de 10% do seu peso e 25% perdem mais de 20% do seu peso inicial, podendo atingir valores superiores a 30%. Este é o maior fator de impacto na morte de 20 a 40% dos doentes em cuidados paliativos (Bruera, E.; Neumann, 1998), (Ripamonti, C.; Bruera, 2004), (Twycross, 2003), (Gonçalves et al; Barbosa & Neto et al, 2010).

A dor, frequentemente associada a xerostomia, mucosite, disfagia, alterações abdominais ou outras, constitui-se como um sintoma que, embora vital, exerce grande impacto sobre a QdV. De acordo com a mesma fonte, a dor assume contornos insidiosos e impactantes “influenciando [o] humor, [a] mobilidade, [o] sono, a ingestão alimentar [com alteração do paladar e as] atividades da vida diária”.

De acordo com um estudo recente sobre o controlo de sintomas em cuidados paliativos, verificou-se junto dos participantes alguma variabilidade e diminuição da frequência total dos sintomas em quatro principais momentos de observação: Na admissão e sete dias após o internamento, em que

os que mais se registaram foram a astenia e a dor; quarenta e oito horas antes da morte, a astenia e a sonolência; e no dia do óbito, os sinais de desconforto” (Sousa, 2012).

Sabe-se que a síndrome anorexia-caquexia é condicionada por se apresentarem dificuldades em distinguir a sua especificidade, aspeto este que aumenta a debilidade generalizada, a dor e o sofrimento.

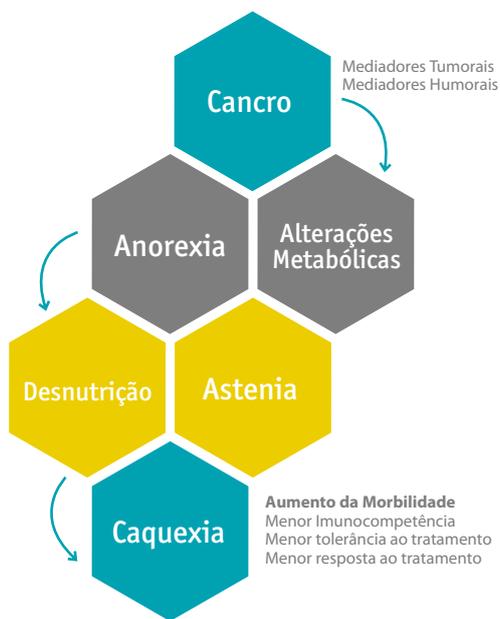


Figura 1: Mediadores do processo caquético

A resposta do doente com cancro, quando caquético, caracteriza-se pela presença de anorexia bem como por profundas alterações metabólicas que precipitam uma acelerada perda de peso e grande debilidade muscular esquelética e cardíaca.

De referir que, de acordo com Argilés, Busquets, López-Soriano, & Figueras (2006, p. 5) “la pérdida de masa muscular afecta no sólo de un 20% al músculo esquelético, sino también al cardíaco, lo que puede ser el origen de disfunciones en este órgano, las cuales pueden llegar a representar más de un 20% do los fallecimientos asociados al cáncer.”

Embora a caquexia de origem neoplásica origine um grande desgaste tecidual como os descritos, afeta também outros órgãos como o fígado, o baço, os rins e glândulas suprarrenais, que podem inclusivamente verem aumentado o seu peso e volume.

Clinicamente a caquexia assume assim uma grande

influência na sobrevida da pessoa doente já que existe uma correlação inversa entre o grau de caquexia e a sobrevivência do doente, de acordo com o tipo de tumor, que pode variar entre os 20% e os 80% (Argilés et al., 2006).

Em rigor, a caquexia deriva de dois aspetos fundamentais. De uma parte, de uma demanda extraordinária de aporte calórico pela presença de um tumor e de uma má nutrição decorrente de uma débil ingestão alimentar, com alterações metabólicas determinantes, como as que se indicam na tabela n.º 1.

Prevalece o ponto de vista que a caquexia neoplásica decorre essencialmente de perturbações metabólicas decorrentes do cancro. De acordo com o descrito por Argilés no seu estudo de 2006 sobre a fisiopatologia da caquexia, pensou-se durante muito tempo que estes desajustes proteicos eram causados por segregações do próprio tumor, ou por interação das células do tumor com as do paciente. Apesar disso, sabe-se hoje que estes fatores procedem fundamentalmente da resposta do paciente ao crescimento tumoral.

Anorexia
Hipofasia;
Náuseas e vômitos;
Obstrução mecânica e má absorção.
Alterações Metabólicas
Intolerância à glucose;
Incremento da gliconeogénese hepática;
Ativação lipolítica adiposa;
Perda de proteínas musculares;
Alteração hormonal;
Quadro inflamatório generalizado.

Tabela 1: Patogénese da síndrome de anorexia-caquexia

Da caquexia resultam recorrentemente prognósticos desfavoráveis e respostas diminutas aos planos terapêuticos, com uma acentuada diminuição da QdV da pessoa doente e fraca adesão ao plano alimentar.

Ainda de acordo com estudos desenvolvidos na área da bioquímica e biologia molecular, poder-se-á considerar que a anorexia é antes uma consequência da caquexia do que uma das suas causas, tendo em conta que esta também se manifesta após uma acentuada perda de peso.

O que se assume de forma clara, é o fato de se verificar um ciclo, poder-se-á dizer de retroalimentação positiva, entre a debilidade progressiva e a falta de apetite, e que estas se agravam mutuamente.

O tumor maligno liberta substâncias nefastas ao mesmo tempo que estimula o sistema imunitário a libertar citoquinas. Este mecanismo origina a decomposição química das gorduras no organismo com elevado gasto proteico, ao qual o doente debilitado não consegue responder, instalando-se a síndrome (Bruera, 1997).

Ainda se pensa que a síndrome de anorexia-caquexia possa ser induzida não apenas pelo cancro mas também pela terapêutica. Os pacientes caquéticos não toleraram facilmente os tratamentos antineoplásicos, como por exemplo a cirurgia, a quimioterapia ou outros, embora, de acordo com estudos realizados, se aceite que a deficiente regulação da leptina, segregada pelo tecido adiposo e com influência na atividade do hipotálamo, e do neuropeptídeo Y, forte estimulador do apetite, possam atuar decisivamente para a instalação desta síndrome. Também na ausência, por fatores tumorais, das melanocortinas reguladoras da memória, do comportamento, do apetite, da imunidade e da temperatura corporal, opera-se a indução de anorexia e caquexia posterior (Inui, 2002), (Capelas, 2008).

Estudos realizados em França por Crenn, Pascal; Bou-teloup, Corinne; Michallet, Mauricette; Senesse (2012) indicam que uma perda de peso superior a 10% em cirurgia e superior a 5% em oncologia médica aumenta o risco de complicações pós operatórias e de toxicidade por quimioterapia e radioterapia, muitas vezes contornada por um maior aporte hídrico.

Sabe-se que os doentes ficam mais sensíveis aos efeitos secundários da terapêutica e apresentam ainda claras manifestações inequivocamente decorrentes de anormalidades metabólicas. Destes fatos decorrem implicações também em termos nutricionais, suscitando-se um cuidadoso e comprometido suporte nutricional já que se sabe que o apetite e a capacidade para comer são descritos como os fatores mais importantes para a QdV do doente. Estes assumem representação tanto em aspetos físicos quanto psicológicos, com claras repercussões na adesão ao plano terapêutico que, como se sabe, não se restringe a prescrições farmacológicas.

Na verdade, Sousa (2012) confirma a necessidade de intervenções não farmacológicas como a de apoio emo-

cional na presença de xerostomia, sede, halitose, ansiedade, fadiga, isolamento, tristeza, disfagia, dor, nomeadamente odinofagia, sono ineficaz, confusão, problemas socioeconómicos ou fálencia da autonomia, por exemplo, confirmando-se a ideia de se estar na presença de uma dor total, conceito introduzido por Cicely Saunders.

3. Suporte nutricional

Do ponto de vista nutricional, o plano de cuidados individualizados deverá obedecer a uma estratégia definida, substancialmente orientada para o bem-estar do doente. Tenderá para uma adaptação a uma redução na ingestão, ao mesmo tempo que procurará manter a sensação de prazer e satisfação na deglutição de alimentos e de líquidos. A ingestão pelos meios tradicionais, em pequenas quantidades, deve ser privilegiada enquanto prática exequível, valorizando-se o reforço pessoal nas pequenas concretizações, mas substanciais ao nível psicossocial, logo para a QdV do doente que, desadaptado, enfrenta o medo e entraves no relacionamento social e familiar (Twycross & Wilcock, 2001), (Twycross & Wilcock, 2001).

Recomenda-se privilegiar e atender às preferências alimentares do doente, bem como aos hábitos de vida associados aos prazeres da comida. Deve também evitar-se alimentos ácidos ou demasiado quentes. Estes procedimentos deverão ser, preferencialmente, supervisionados por profissionais especializados na área da nutrição, que determinarão o valor nutricional de aporte proteico e calórico bem como o número de doses diárias a ministrar.

O uso de ervas aromáticas podem, em caso de aversão a determinado alimento, ou alterações do paladar, melhorar a adesão do doente. O aumento do número de refeições diárias, pobres em lípidos, poderão reduzir as náuseas e vómitos, bem como as de valor proteico e calórico substancialmente superior, poderão ajudar em casos de saciedade precoce.

De realçar que a decisão de fornecer ou não o suporte nutricional ao doente requer o reconhecimento da vontade do mesmo, a apreciação das suas expectativas, bem como das da rede de suporte familiar, cumprindo-se de acordo com a autora deste artigo a “Aritmética da QdV”. Esta fórmula permite, com recurso a uma boa comunicação, alcançar os resultados correspondam a expectativas justamente dimensionadas e a ações de exequibilidade dirigida.

Em rigor, forçar o doente a ingerir alimentos contra a sua vontade, ou sujeitá-lo a uma pesagem diária, não contribui para a melhoria da sua QdV e acentua o sentimento de insucesso por parte deste quanto à adesão terapêutica.

Em alguns casos e na impossibilidade mecânica para consumo e perda de mobilidade do aparelho gastrointestinal [muito frequente], poder-se-á considerar a introdução de metoclopramida, aumentando a sensação de plenitude gástrica, embora os agentes progestagénicos, em oposição aos corticoides, proporcionem um maior bem-estar, uma melhoria no apetite e no peso (Bruera, 1997).

Embora se reconheça que “[...] as alterações metabólicas presentes na Anorexia Caquexia não sejam reversíveis com o aumento de ingestão calórica” (Barbosa & Neto, 2010, p.187), colocam-se por vezes questões complexas de ordem prática, instrumental e de contornos éticos, nomeadamente no tocante à tomada de decisão na manutenção do plano de cuidados nutricionais.

O estudo de Campos et al. (2011) refere que, quer os doentes quer os cuidadores, em algum momento do tratamento, teriam recebido por parte da equipa multidisciplinar alguma explicação sobre a adoção da terapia nutricional enteral, tendo estes reconhecido a sua importância para o seu familiar.

Em rigor, “o enfermeiro é, por excelência, o profissional de saúde que, permanecendo mais tempo junto do doente, estabelece uma relação mais próxima com ele e com a família. É ao profissional que geralmente o doente e família confiam informações de cariz pessoal, familiar, social, cultural e económico” (Lopes, Esteves, & Sapeta, 2012, p.32), revelando-se um forte aliado enquanto referenciador de primeira linha para o assistente social em internamento e no domicílio, bem como na observação de diretivas antecipadas de vontade.

Este mesmo estudo coloca em evidência a importância manifestada, por grande parte dos doentes e seus familiares, em aceder ao direito de escolher o momento de iniciar a dieta enteral. Apesar desta prevalência, um número mais reduzido de doentes viria a delegar essa autoridade ao seu médico, numa clara assimetria relacional reconhecida. Muito embora se registe este canal comunicacional, de uma forma geral, todos admitiram terem recebido informação pouco clara e insuficiente sobre a alimentação por sonda.

Apesar desta proximidade entre agentes facilitadores

para a tomada de decisão e ensino para o auto cuidado, de acordo com Alves (2013, p. 27), “pouco se sabe como os enfermeiros fazem a avaliação da perda de peso e do estado nutricional na prática quotidiana de forma a fornecer o apoio adequado” apesar destes estarem “em situação privilegiada para contribuir [...] para o processo de decisão.”

Cabe no entanto referenciar que, de uma forma geral, “[...] os enfermeiros sentem que o seu papel nem sempre é claramente definido [...] precisando de serem clarificadas as suas responsabilidades [quando da] tomada de decisão.” (idem, p. 23).

Algumas questões são respondidas por Pinto (2012) que apela para o fato de perto de 86% dos enfermeiros inquiridos no seu estudo considerarem que é frequente haver atitudes contraditórias dentro da equipa multidisciplinar na decisão de suspender/continuar a alimentar o doente terminal.

Do seu estudo, conclui-se também que 95% dos enfermeiros defendem que se deve respeitar a vontade do doente terminal, caso este recuse alimentar-se. Também cerca de 85% não considera a suspensão da alimentação nestas circunstâncias uma prática negligente e 100% defende que suspender a alimentação num doente terminal não é sinónimo de suprimir uma vida.

4. Desafios na adequação das terapêuticas na presença da síndrome de anorexia-caquexia

No acompanhamento ao doente com disfagia, preconiza-se a ingestão de líquidos e de alimentos pastosos a baixas temperaturas, acautelando uma ingestão lenta e cuidada, evitando-se alimentos que possam exacerbar a dor e o desconforto. Na presença de xerostomia, o reforço da hidratação é essencial, quer por meio de pequenos goles, quando praticável, placas de gelo, ou mesmo pelo uso de estimulação da saliva.

Ainda, a hipodermoclise é um recurso importante em cuidados paliativos. Esta, pelas suas imensas vantagens que superam as suas possíveis desvantagens, pouco frequentes e ultrapassáveis, representa ganhos notórios em saúde. “A perfusão subcutânea oferece uma série de vantagens frente à perfusão intravenosa. Além da comodidade, tem poucos efeitos adversos, é menos dolorosa e de fácil manejo tanto na conservação quanto na manipulação, favorecendo, assim, o cuidado no domicílio. Ainda melhora a autono-

nia e a qualidade de vida do paciente (Pontalti, Sant, Rodrigues, Stein, & Longaray, 2012). Esta permite agir em caso de desidratação moderada no doente idoso, mas também para a prevenir a desidratação do doente terminal, apesar de, como se sabe, colocarem-se questões éticas, deontológicas e culturais quanto à possibilidade da sua suspensão nestes casos.

A este propósito, Pinto (2012) refere que mais de 87% dos enfermeiros partilha da ideia que a família pensa que se o doente terminal não for alimentado, este irá morrer à fome.

No entanto, Moreira (2010) defende que esta técnica é menos invasiva que a via endovenosa e tida como vantajosa por 51,2% dos doentes em fim de vida no domicílio e que responderam ao seu estudo.

A mesma evita assim o recurso frequente ao serviço de urgências, contribuindo para um menor desgaste, quer dos doentes, quer dos cuidadores informais ou familiares. No entanto, 55% dos cuidadores revelaram dificuldades no seu manuseamento, valorizando o papel das equipas na comunicação e no ensino para o autocuidado. Acrescente-se que, relativamente a este estudo, em 82% dos casos a aplicação era realizada pelos cuidadores, o que representa um forte contributo, entre outros no domínio da QdV, para a manutenção destes doentes no domicílio.

No entanto, “a renitência à mudança, o desconhecimento, a desmotivação e a falta de licenciamento de fármacos são alguns dos entraves com que os profissionais de saúde se deparam no exercício das suas funções, sendo ainda um handicap à utilização da via subcutânea” (Lopes et al., 2012, p.32). Também Pontalti et al. (2012, p. 204) atribuem à sua não utilização a “falta de experiência (41,9%), a falta de recursos humanos (38,7%), a falta de material (19,4%) e à não-aceitação dos pacientes (6,5%).

Com base no estudo de Pombo (2012), 62% dos enfermeiros desconhece a técnica da hipodermóclise, 69% nunca administrou soros por via subcutânea e 62% nunca administrou terapêutica em perfusão por via subcutânea.

Num outro ponto de vista, Pinto (2012) procurou indagar sobre a opinião dos Enfermeiros relativamente à alimentação do doente terminal. Apesar da sua formação em enfermagem, dos 74 profissionais inquiridos, com idades até aos 31 anos, e com uma experiência profissional média de 7 anos, pouco mais de 66% possuía formação em

cuidados paliativos. Quanto à média de horas de formação obtida era de aproximadamente de 73 horas.

Não obstante as limitações apresentadas, Gonçalves (2014) refere que a QdV dos doentes inquiridos no âmbito do seu estudo comparativo era boa, no entanto, a QdV no seu geral apresentou ordem média mais elevada no domicílio com diferenças estatisticamente significativas. Todos os doentes admitiram ter melhorias da sua QdV após a intervenção da equipa de saúde, valorizando a relação de proximidade e o ensino no domicílio por parte dos profissionais visitantes. Apenas 11% escolheria o internamento em Rede para descanso do cuidador. Assim sendo, a formação dos profissionais em cuidados paliativos e a sua integração em equipas prestadoras de cuidados no domicílio transforma-se hoje em imperatividade de um novo paradigma emergente. Profissionais mais preparados respondem de modo mais efetivo aos desafios de gestão em saúde, em contraponto com a necessidade de responder às necessidades dos doentes na sua rede de suporte formal e informal.

Considerações finais

Em termos de considerações finais, conclui-se que a anorexia-caquexia é multifatorial, de difícil controlo e prevalente no doente com cancro em cuidados paliativos. Esta síndrome, cujos critérios de diagnóstico se encontram bem definidos, condiciona fortemente a QdV do doente, influencia a adesão terapêutica e define prognósticos. Apesar de se verificar com frequência a presença de anorexia em fases iniciais, é importante antecipar os efeitos da síndrome, assegurando-se conforto e QdV ao doente, confiança e tranquilidade à família, por meio de controlo sintomático, farmacológico e não farmacológico. Cumpre-se assim por via de uma intervenção de cuidados holísticos fundeada em uma boa comunicação, o propósito primeiro dos cuidados paliativos perante a impossibilidade de cura.

A este propósito colocam-se exigências em paradigmas emergentes cuja definição de papéis no seio das equipas, bem como o licenciamento de fármacos e dificuldades na tomada de decisão definem o desempenho dos profissionais, quer no internamento quer no domicílio.

Conclui-se que os enfermeiros atuam em contexto de grande proximidade, dignificando e humanizando os serviços de saúde com os doentes e seus familiares e que são fortes aliados na mediação e sinalização para o serviço

social a par com outros profissionais, embora se registre que quer a formação quer a produção de estudos sobre o estado da arte ficam aquém do desejável.

Também se observa que, quer no domínio da praxis do serviço social, da enfermagem, da reabilitação, da nutrição ou da medicina se coloca a condição de tratar melhor e gastar adequadamente, representando enormes desafios de gestão em saúde.

Conclui-se sem reservas que o ensino para o auto cuidado, também no âmbito alimentar, nutricional e farmacológico, com recurso à rede formal e informal, determina o sucesso do plano de cuidados, onde se prevê mais autonomia, satisfação com a vida, melhor autoconceito, logo maior QdV.

Cuidar, intervindo em cuidados paliativos, atendendo à dor total, representa um processo vital até ao fim, já que é de vida que aqui tratamos.

Referências bibliográficas

- Alves, P. V. (2013). Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. *Pensar Enfermagem*, 17, 17–30.
- Argilés, J., Busquets, S., López-Soriano, F. J., & Figueras, M. (2006). Fisiopatología de la caquexia. *Medicina Interna de Mexico*, 18(2), 93–101.
- Bruera, E. (1997). ABC of palliative care. Anorexia, cachexia, and nutrition. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 315(7117), 1219–22. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2127742&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Alves, P. V. (2013). Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. *Pensar Enfermagem*, 17, 17–30.
- Argilés, J., Busquets, S., López-Soriano, F. J., & Figueras, M. (2006). Fisiopatología de la caquexia. *Medicina Interna de Mexico*, 18(2), 93–101.
- Bruera, E. (1997). ABC of palliative care. Anorexia, cachexia, and nutrition. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 315(7117), 1219–22. Retirado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2127742&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Bruera, E., Neumann, C. (1998). Management of specific symptom complexes in patients receiving palliative care. *CMAJ*, 158, 1717–26.
- Loyolla, V. C. L., Pessini, L., Bottoni, A., Serrano, S. C., Teodoro, A. L., Bottoni, A. (2011). Terapia nutricional enteral em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos: uma análise da bioética. *Saúde, Ética & Justiça*, 16(1), 47–59.
- Canavaro, M. C.; Pereira, M.; Moreira, H.; Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL. Instituto Politécnico de Lisboa, 1–34. Retirado de <https://estudogeral.sib.ucp.pt>
- Capelas, M. L. (2008). Síndrome Anorexia-Caquexia em Cuidados Paliativos. *Servir*, 56(5), 173–179.
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. D. S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia Da Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte*, 11(2), 209–216. Retirado de <http://docslide.com.br/documents/combinato-e-queiroz-morte-uma-visao-psicossocial.html>
- Crenn, Pascal; Bouteloup, Corinne; Michallet, Mauricette; Senesse, P. (2012). Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : Recommandations professionnelles. *Nutrition Clinique et Métabolisme* (Vol. 26). Retirado de <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0985056212000891>
- Davis, MP; Dickerson, D. (2000). Cachexia and anorexia: cancer's covert killer. *Support Care Cancer: Journal of Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 8(3), 180–187. <http://doi.org/10.1007/s005200050282>
- Direcção-Geral Da Saúde. Programa nacional de cuidados paliativos (2005).
- Gonçalves, M. F. G. (2014). ECCI - potenciação da esfera social, adesão terapêutica e qualidade de vida da pessoa com cuidados continuados e paliativos: operacionalização no âmbito de cuidados de saúde primários. Universidade de Coimbra. Retirado de <http://hdl.handle.net/10316/29134>
- Inui, A. (2002). Cancer Anorexia-Cachexia Syndrome: Current Issues in Research and Management. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 52, 72–91.
- Lopes, A. P., Esteves, R., & Sapeta, P. (2012). Vantagens e desvantagens da terapêutica e hidratação subcutânea, 33. Retirado de https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1615/1/RSL_Vantagens_desvantagens_da_therap%C3%AAAutica_e_hidrata%C3%A7%C3%A3o_subcut%C3%A2nea.pdf
- Martignoni, M. E. . (2003). Cancer cachexia. *Nutritional Therapy and Metabolism*, 24(2), 64–74. <http://doi.org/10.1097/M0G.0b013e3283347e77>
- Minayo, M. C. D. S., Hartz, Z. M. D. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7–18. <http://doi.org/10.1590/S1413-8123200000100002>
- Moreira, L. M. L. (2010). Hipodermoclise- Uma forma de dignificar a vidana prestação de cuidados de saúde no domicílio. Universidade de Lisboa.
- Nunes, M. P. (2006). Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), 59–77. Retirado de http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao3.pdf
- Pinto, F. L. C. (2012). Alimentação em final de vida: A opinião dos enfermeiros. Universidade do Porto. Retrieved from <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1362/1/Pinto-F.pdf>
- Pombo, D. (2012). A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica na Pessoa com Patologia Crónica e/ou Paliativa. Instituto Politécnico de Setúbal. Retirado de http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4357/1/Dissertacao_Mestrado_Delmira_Pombo_Final.pdf
- Pontalti, G., Sant, E., Rodrigues, A., Stein, M. R., & Longaray, V. K. (2012). Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos Subcutaneous route: second option in palliative care. *Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)*, 32(2), 199–207.
- Ravasco, P., Monteiro-grillo, I., Vidal, P. M., & Camilo, M. E. (2005). Qualidade De Vida Em Doentes Com Cancro Gastrintestinal. (Run 437).
- Reiriz, A. B., Motter, C., Buffon, V. R., Scatola, R. P., Fay, A. S., & Manzini, M. (2008). Artigo de Revisão Cuidados paliativos - há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal?, 6(4), 150–155.
- Ripamonti, C.; Bruera, E. (2004). Pain and symptom management in palliative care, 3(3), 204–213. <http://doi.org/10.1007/s00103-006-0070-0>
- Silva Arévalo, E. (2005). Paul Ricoeur y los desplazamientos de la hermenéutica. *Teología Y Vida*, 46(1-2), 167–205. <http://doi.org/10.4067/S0049-34492005000100008>
- Simões, Mário; Rodrigues, M. S. N. (2011). Humanidade, ligação interpeçoal de relação de cuidado. *Revista Portuguesa de Bioética*, no14, 213–225. Retirado de <http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/1019>
- Sousa, A. (2012). Sintomas em cuidados paliativos: da avaliação ao controlo. Universidade do Porto. Retirado de <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/65130>
- Twycross & Wilcock. (2001). *Symptom Management in Advanced Cancer* (3a Edição, Vol. 37). Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical Press, pp.339-357.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores, Ed. (2a Edição). Lisboa.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. *Importância da avaliação nutricional em cuidados continuados* (2008). Retirado de <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/iancc.pdf>

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EM ONCOLOGIA SEGUNDO AS INTERVENÇÕES COMPLEXAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Otília Barreto

Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - Quartos Particulares
Doutoranda em Enfermagem
otiliabarreto@gmail.com

Adriana Henriques

Professora Doutora, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
abenriques@esl.pt

RESUMO: A situação de doença oncológica constitui um acontecimento causador de uma elevada carga emotiva. Tanto a pessoa com doença oncológica como também os membros da família estão sujeitos a um grande stress emocional. Muitos doentes e suas famílias procuram nos enfermeiros conforto, apoio e informação acerca da evolução do seu familiar. A partir da primeira revisão sistemática de literatura que realizamos sobre o contributo dos grupos de apoio para a pessoa adulta com doença oncológica e sua família, sentimos a necessidade de identificar as intervenções psicoeducativas existentes no âmbito do apoio à pessoa/família com doença oncológica.

Tem como objetivo conhecer a evidência científica sobre as intervenções psicoeducativas destinadas à pessoa adulta com doença oncológica e sua família, de modo a construir um programa de intervenção psicoeducativo.

A partir da questão PI[C]O, foram definidos alguns conceitos ou palavras-chave e realizada uma pesquisa de artigos científicos em bases de dados eletrónica. Esta pesquisa foi efectuada nos meses de outubro a dezembro de 2014. Desta pesquisa foram seleccionados quatro artigos que preenchiam os critérios previamente definidos.

Os resultados permitem conhecer a efectividade dos programas de intervenção psicoeducativos e os seus componentes. As intervenções desenvolvidas são maioritariamente de aconselhamento, de terapia cognitivo-comportamental, de suporte emocional e de educação. Os conteúdos dos programas integram a transmissão de informação acerca da doença, a gestão das emoções, a gestão dos sintomas e as relações familiares. Estes resultados vão servir de base ao desenvolvimento de um programa de intervenção psicoeducativo em oncologia no âmbito da tese de doutoramento em enfermagem - *Cuidar da Pessoa Adulta com doença oncológica e a sua família: Avaliação de um programa psicoeducativo*. Como conclusões, os programas identificados e os seus componentes parecem ser pertinentes, já que encontramos ganhos em saúde nas pessoas que deles participaram.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Psicoeducativo; intervenções de enfermagem; enfermagem oncológica.

ABSTRACT: Introduction: *Cancer disease situation is a causative event of a high emotional charge. Both the person with cancer disease, as well as family members are subject to a great emotional stress. Many patients and their families find in the nurses, comfort, support and information about the evolution of their family. From the first systematic literature review we conducted on the contribution of support groups for adult person with oncologic disease and your family, we feel the need to identify existing psychoeducational interventions in support of the person / family with oncological diseases.*

To know the scientific evidence on the psychoeducational intervention to adult person with oncologic disease and his family in order to build a psychoeducational intervention program.

From the PI[C]O question were defined some concepts or keywords and conducted a scientific research articles in electronic databases. This research was carried out from October to December 2014. In this survey were selected, four articles that met the predefined criteria.

Results: *The results allow to know the effectiveness of psychoeducational intervention programs and their components. Developed interventions are mostly counseling, cognitive behavioral therapy, emotional support and education. The contents of the programs are part of the transmission of information about the disease, management of emotions, managing symptoms and family relations. These results will serve as a basis for the development a psychoeducational program in the doctoral thesis in nursing - Caring for Adult Persons with oncological diseases and their family: Evaluation of a psychoeducational program.*

Conclusion, The identified programs and its components appear to be relevant, since we find gains in health in people who took part in them.

KEYWORDS: *Psychoeducational Program; nursing interventions; oncology nursing.*

Introdução

A situação de doença oncológica constitui um acontecimento causador de uma elevada carga emotiva. As emoções despoletadas pelo diagnóstico de doença oncológica provocam um forte impacto emocional na pessoa com doença (Salci e Marcon, 2011).

A maioria das pessoas a quem é diagnosticada uma doença oncológica manifesta grande stress no primeiro ano de diagnóstico. Cerca de 25% - 40% dos doentes a quem é diagnosticado uma doença oncológica desenvolve ansiedade e depressão que prejudicam a sua qualidade de vida e da sua família (Pitceathly et al., 2009). Algumas destas pessoas adaptam-se gradualmente a esta situação de crise, enquanto outras apresentam maiores dificuldades para se ajustarem.

A doença oncológica continua a estar associada à morte e ao que é incurável, refletindo-se nas vivências pessoais, familiares e sociais da pessoa com doença oncológica (Gonçalves, 2010). Tanto a pessoa com doença oncológica, como também o agregado familiar, estão sujeitos a um grande stress emocional. Este stress encontra-se, por um lado, associado, em particular, ao fato de tratar-se de uma doença grave, aos efeitos secundários dos tratamentos, à cronicidade da doença, à deterioração progressiva da pessoa, à incerteza face ao futuro e ao confronto com a possibilidade de morte. Por outro lado, a família vive o stress, associado à necessidade de ser cuidador informal e à responsabilidade de prestar cuidados físicos e emocionais ao seu familiar, com implicações nas rotinas diárias, familiares e profissionais, (Santos, 2003).

Estes fatores stressores são produtores de tensão que provocam na família instabilidade e gasto de energia.

As mudanças na vida e nas relações familiares desencadeiam grande sofrimento.

Os enfermeiros podem na sua prestação de cuidados diminuir algum do sofrimento destas pessoas com doença oncológica e seus familiares através da dinamização de grupos de apoio para os mesmos. A participação em grupos de apoio permite aos seus participantes obter apoio emocional e mais informação acerca da sua doença (Ahlberg e Nordner, 2006).

Depois da realização de uma primeira revisão sistemática de literatura onde conhecemos os efeitos dos grupos de apoio na pessoa com doença oncológica e na sua família, procedeu-se à realização de uma segunda revisão sistemática de literatura, onde pretendeu-se conhecer a evidência científica sobre as intervenções psicoeducativas destinadas à pessoa adulta com doença oncológica e sua família, de modo a construir um programa de intervenção psicoeducativo.

Material e métodos

A procura de evidência sobre as intervenções psicoeducativas dirigidas à pessoa com doença oncológica e sua família constitui o desafio desta revisão sistemática de literatura. Para tal foi utilizado como modelo referencial o Modelo de Referência Metodológica para Revisões Sistemáticas do Instituto Joanna Briggs (2014).

Para a formulação da pergunta de revisão foi utilizado o método PI[C]O (Institute the Joanna Briggs, 2014). Neste estudo, as estratégias formuladas foram as seguintes: (P) população = Pessoa com doença oncológica e sua família; (I) intervenção = Intervenções psicoeducativas; (O) outcomes = Adaptação à doença.

Esta estratégia permitiu delinear a seguinte questão: *Em relação à Pessoa adulta com doença oncológica e sua família quais as intervenções psicoeducativas que influenciam a adaptação à doença?*

De modo a responder a esta questão, procedeu-se à pesquisa de publicações científicas, nos meses de outubro a dezembro de 2014.

Foram definidos critérios de inclusão e exclusão para os estudos primários. No que concerne aos critérios de inclusão, foram consideradas todas as pesquisas científicas de abordagem quantitativa e qualitativa (*Desenho*), publicadas nas disciplinas relacionadas com a saúde e que possuíssem dados acerca das intervenções psicoeducativas (*Intervenção*) na pessoa adulta com doença oncológica e na família (*Participantes*) e no que concerne à adaptação à doença oncológica.

Foram excluídos os estudos em que as intervenções psicoeducativas não possuíam interação pessoal direta com os participantes, como acontecem nos grupos de *website* ou contacto telefónico; os estudos que não se desenrolaram no contexto de oncologia; os estudos em que os participantes possuíam idades inferiores a 19 anos; e em que os participantes eram pais de crianças com doença oncológica e os artigos anteriores ao ano de 2004.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados de MEDLINE e CINAHL. Foram também desenvolvidas pesquisas por título, no acervo documental de dissertações de mestrado e doutoramento de Instituições de Ensino Superior. Efetuaram-se igualmente pesquisas, a partir das referências bibliográficas de estudos publicados, através do motor de busca *Google*.

Para a realização da pesquisa foram selecionados os descritores Medical Subject Headings - MeSH: family; neoplasms; oncology nursing; adaptation, psychologic; adjustment, psychological; family caregivers. E consultados os descritores validados em CINAHL Headings: psychoeducation; family attitudes; nursing interventions.

Com vista à inclusão dos artigos na nossa revisão, primeiramente todos os 306 artigos encontrados foram submetidos a uma avaliação, a qual consistiu na apreciação dos títulos e resumos e posteriormente do texto completo. Foram eliminados os estudos que se repetiam e os que não atendiam aos critérios de inclusão. Desta avaliação resultaram 4 artigos que de certo modo pretendem dar resposta à questão norteadora deste estudo, como mostrado na Figura 1.

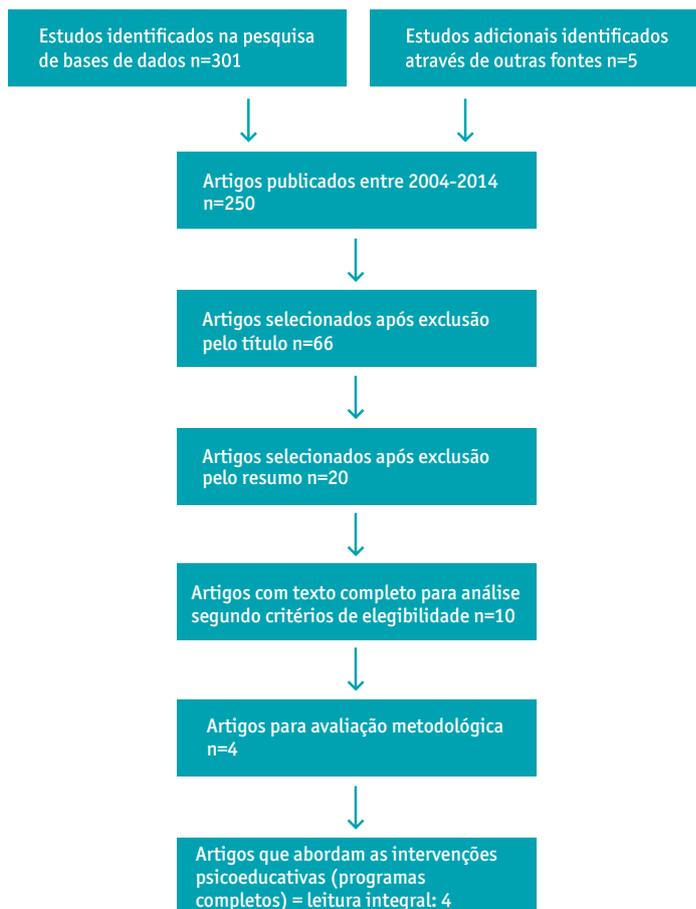


Figura 1 - Processo de pesquisa e seleção dos estudos

Resultados e Discussão

A análise efectuada aos estudos permitiu conhecer os conteúdos que integram as intervenções psicoeducativas de cada um dos programas, dando assim resposta ao objetivo primordial desta RSL. O Quadro n.º 1 permite de forma sucinta conhecer os componentes abordados em cada uma das intervenções psicoeducativas dos respectivos estudos.

No que concerne às dinâmicas utilizadas nos programas de intervenção psicoeducativos, estes visaram em todos os estudos a técnica do aconselhamento e o fornecimento de informação/educação. Já a terapia cognitivo-comportamental e o apoio social foram encontrados em três estudos com a excepção do estudo A1. Por último, a discussão entre pares surge apenas no estudo A1.

A informação dos diferentes estudos foi agregada, de modo a responder à pergunta inicial: *Em relação à Pessoa adulta com*

Estudos	Componentes das intervenções psicoeducativas
A1 - Souza, J.R. (2010)	Compreender o cancro e seus tratamentos; Reacções emocionais e comportamentais; Preocupações e sentimentos; Problemas emocionais e físicos;
A2 - Pitceathly, C. et al (2009)	Impacto do diagnóstico de cancro; Estratégias de coping; Resolução de problemas; Recursos de apoio;
A3 - Sousa, L. (2007)	Informação sobre a doença; Impacto da doença; Gestão das emoções; Instituições de apoio; Comunicação; Gestão do stress; Cuidados em casa; Imprevisibilidade do futuro; Importância das redes de apoio;
A4 - Ahlberg, K. & Nordner, A. (2006)	Impacto do diagnóstico; Dieta e nutrição durante o tratamento; Reacções emocionais; Mudanças físicas causadas pela doença e tratamento; Impacto da doença e tratamento na imagem corporal e sexualidade; Reabilitação.

Quadro 1 - Estudos incluídos na revisão

doença oncológica e sua família quais as intervenções psicoeducativas que influenciam a adaptação à doença? Desta compilação identificámos um conjunto de 6 categorias que constituem os componentes das intervenções psicoeducativas:

- *O impacto do diagnóstico de cancro* – No início de cada programa é realizada uma abordagem ao impacto do diagnóstico da doença, os participantes partilham as suas reacções emocionais e comportamentais resultantes do diagnóstico de doença oncológica. São abordados os aspectos positivos e negativos do diagnóstico de doença e nos aspectos negativos são elaboradas estratégias de modo a permitir um melhor ajustamento à doença, visto que estes participantes encontram-se na fase inicial da sua doença.
- *As estratégias de coping* – As reacções emocionais e comportamentais à doença e seus tratamentos necessitam por vezes de apoio instrumental no sentido do desenvolvimento de estratégias de coping que permitam um melhor ajustamento à situação de doença. Nestas estratégias de coping inclui-se a gestão das emoções e do stress.
- *Recursos de apoio* – Os participantes são elucidados para os apoios sociais existentes na comunidade e dos quais podem beneficiar.
- *Doença e tratamento* – A partilha de experiências pessoais acerca da doença permite esclarecer algumas dúvidas e também perceber que as fases da doença

pelas quais estão a passar são tidas como normais. Esta categoria possui um cariz mais informativo.

- *Comunicação* – A comunicação em grupo, com os seus pares permite colmatar a dificuldade existente em abordar a temática da doença com os seus familiares e amigos.
- *Cuidados no domicílio* – Alguns hábitos de vida necessitam de ser alterados atendendo aos tratamentos a que são submetidos e aos efeitos secundários dos mesmos. Existe uma grande necessidade de informação acerca dos cuidados a adoptar em casa de modo a minimizar os efeitos secundários dos tratamentos.

Em todos os estudos, a participação nos programas de intervenção foi tida pelos participantes como uma oportunidade para partilhar a experiência de possuir cancro e as emoções causadas pelo mesmo. Estes programas também permitiram aos participantes receber apoio emocional e informativo.

No que concerne aos efeitos das intervenções psicoeducativas na adaptação à doença, não foi encontrada evidência científica que faça alusão ao contributo destas directamente na adaptação da pessoa com doença oncológica e da família à doença. No entanto, atendendo ao facto de que o conceito de adaptação é muito amplo e os programas de intervenção produziram ganhos em saúde, logo podemos subentender que estes contribuíram de certa forma para uma melhor adaptação à doença.

Conclusão

Esta revisão sistemática de literatura permitiu aprofundar conhecimentos sobre os componentes dos programas de intervenção psicoeducativa dirigidos à pessoa com doença oncológica e sua família.

Os programas identificados e os seus componentes parecem ser pertinentes, já que encontramos ganhos em saúde nas pessoas que deles participaram.

Estes resultados vão servir de base ao desenvolvimento de um programa de intervenção psicoeducativo no âmbito da tese de doutoramento em enfermagem – *Cuidar da Pessoa Adulta com doença oncológica e a sua família: Avaliação de um programa psicoeducativo*.

Referências bibliográficas

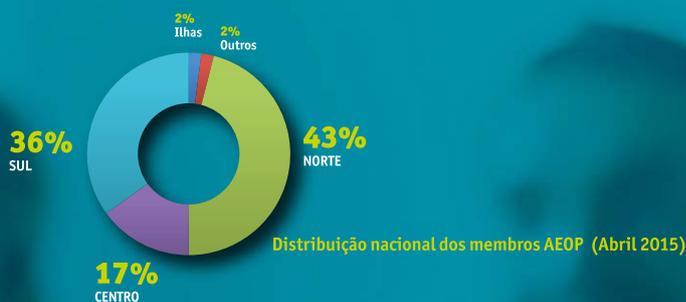
1. Ahlberg, K. & Nordner, A. (2006) - The importance of participation in support groups for women with ovarian cancer. *Oncology Nursing Forum*. Vol 33 (4), 53- 61.
2. Gonçalves, A. C. R. (2010) - A revelação do diagnóstico de cancro e as repercussões na vida quotidiana da pessoa. Contributo para a intervenção de enfermagem. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
3. Pitceathly, C., Maguire, P., Fletcher, I., Parle, M., Tomenson, B. & Creed, F. (janeiro 2009) - Can a brief psychological intervention prevent anxiety or depressive disorders in cancer patients? A randomised controlled trial. *Annals of Oncology* 20, 928-934.
4. Richards, D. & Hallberg, I. (2015) - *Complex Interventions in Health; An overview of reserch methods*. New York: Routledge.
5. Salci, M.; Marcon, S. - *Enfrentamento do Cancer em Família. Texto Contexto Enfermagem*. 20 (2011) 178-186.
6. Santos, C. - *Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família. Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (2003)*.
7. Sousa, L. (2007) - *Sobre... vivendo com cancro: o doente oncológico e a sua família. Cadernos climepsi de saúde*. Lisboa: Climepsi editores.
8. Souza, J. & Araújo, T. (abril/junho 2010) - Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. *Estudos de Psicologia* 27(2), 187-196. Campinas.
9. The Joanne Briggs Institute (2014) – *Joanna Briggs Institute Reviewers ' Manual 2014 Edition*. Austrália.



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

somos

uma associação
representativa da
enfermagem oncológica
portuguesa



estamos

sempre a crescer



Consigo, fazemos a diferença...

CONTROLO DA DISPNEIA NA PESSOA COM CANCRO DO PULMÃO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

Ana Fonseca

Professora Coordenadora,
Universidade de Évora, Escola Superior
de Enfermagem São João de Deus
afonseca@uevora.pt

Bruno Alves

Aluno da Licenciatura em Enfermagem,
Universidade de Évora, Escola Superior
de Enfermagem São João de Deus
bruno-alves5@hotmail.com

Joana Tobias

Aluna da Licenciatura em Enfermagem,
Universidade de Évora, Escola Superior
de Enfermagem São João de Deus
joanatotias@botmail.com

Marta Baltazar

Aluna da Licenciatura em Enfermagem,
Universidade de Évora, Escola Superior
de Enfermagem São João de Deus
pipabaltazar90@gmail.com

Marta Melgão

Aluna da Licenciatura em Enfermagem,
Universidade de Évora, Escola Superior
de Enfermagem São João de Deus
marta.melgao7@gmail.com

Miguel Fernandes

Aluno da Licenciatura em Enfermagem,
Universidade de Évora, Escola Superior
de Enfermagem São João de Deus
miguelduartefernandes@gmail.com

Paulo Dias

Aluno da Licenciatura em Enfermagem,
Universidade de Évora, Escola Superior
de Enfermagem São João de Deus
paulodias10ct1@gmail.com

RESUMO: Na atualidade, o cancro do pulmão apresenta uma elevada incidência na população, correspondendo-lhe igualmente uma grande taxa de mortalidade. Associado a esta patologia, um dos principais sintomas é a dispneia, caracterizada como desconforto respiratório que limita a realização das atividades diárias podendo culminar em isolamento social. A presente revisão integrativa tem como objetivos identificar as estratégias utilizadas para o controlo da dispneia e clarificar as intervenções do enfermeiro no controlo da mesma, no doente com cancro do pulmão. De forma a atingi-los, efetuaram-se pesquisas em bases de dados científicas, das quais, como base nos critérios de inclusão/exclusão definidos, resultaram nove artigos. Segundo informação científica analisada, inferiu-se que as estratégias mais utilizadas são os métodos farmacológicos e não farmacológicos, sendo a intervenção do enfermeiro fundamental na avaliação e controlo da dispneia, conjugando diferentes estratégias que melhorem a qualidade de vida do indivíduo. Desta revisão, evidencia-se a necessidade da realização de estudos que clarifiquem as controvérsias acerca dos métodos farmacológicos e aprofundem o conhecimento acerca das estratégias não farmacológicas e seus benefícios.

PALAVRAS-CHAVE: Dispneia; Neoplasias Pulmonares; Enfermagem.

ABSTRACT: Today, lung cancer has high incidence rates in the population, with a proportionally very high mortality rate. One of its most significant symptoms is dyspnea, which can be described as a respiratory discomfort that limits the daily life habits of a person and, eventually, lead to social isolation. This integrative literature review aims to identify the main strategies used for dyspnea control and management, as well as to clarify the nursing interventions with people who suffer from lung cancer. In order to do this, it has been made research in scientific databases, which, after applying previously established inclusion/exclusion criteria, resulted in nine articles. According to the collected evidence, we have implied that the most used strategies for dyspnea control consist in both pharmacological and non-pharmacological interventions, with the nursing professionals having an important role in assessing and managing dyspnea, in order to improve the patient's quality of life. From this integrative literature review, we can state that there is a lack of evidence that clarifies the controversies surrounding the use of pharmacological methods and it is also important to get deeper knowledge about the benefits of the use of non-pharmacological methods, for dyspnea control.

KEYWORDS: Dyspnea; Lung Neoplasms; Nursing.

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), o cancro é a principal causa de mortalidade e morbidade, constituindo o cancro do pulmão um dos cinco mais diagnosticados em todo o mundo, no ano de 2012. O principal fator de risco para o cancro é o uso do tabaco, sendo responsável por cerca de 70% das mortes causadas pelo cancro do pulmão (Organização Mundial de Saúde, 2015). Em Portugal, este tipo de cancro representa o quarto com maior incidência na população e é aquele que ostenta a maior taxa de mortalidade (Organização Mundial de Saúde, 2012).

É frequente que, associado a esta patologia, sejam comumente vivenciados sintomas respiratórios (Cairns, 2012). De entre estes sintomas, é possível enumerar como mais frequentes a dispneia e a tosse, seguindo-se a hemoptise, sibilos e disфонia (Yorke, Brettle, & Molassiotis, 2012). Os sintomas mencionados podem provocar angústia, ter um impacto negativo na capacidade funcional do indivíduo e consequentemente na sua qualidade de vida (Yorke et al., 2012).

A vivência dos sintomas por parte das pessoas com cancro do pulmão varia significativamente, dependendo não apenas da própria doença, nomeadamente a histologia, comportamento biológico e localização anatómica da neoplasia, mas também da sua progressão e tratamentos (Wallace, 2012; Yorke et al., 2012). No entanto, os doentes com cancro do pulmão relatam mais sintomas angustiantes do que outros tipos de cancro (Wallace, 2012). Apesar de a dispneia ser um sintoma comum entre diferentes populações de doentes, a sua maior prevalência incide sobre aqueles que possuem cancro do pulmão primário ou metástases neste órgão (Bonk, 2012). Particularmente, este sintoma atinge até 90% dos doentes nestas condições, podendo prolongar-se até ao fim da sua vida (Adamsen, Stage, Laursen, Rorth, & Quist, 2012; Wallace, 2012).

A dispneia é definida como uma experiência complexa e subjetiva que provoca uma sensação desconfortável, associada à “falta de ar”, sendo considerada um sintoma gerador de angústia entre os doentes (Yorke et al., 2012). Por outro lado, a dispneia pode também ser originada pela angústia ou ansiedade, o que demonstra a forte ligação existente entre o estado emocional de uma pessoa e a sua respiração (Bonk, 2012). Segundo Buera Schmitz, Pither, Neumann, & Hanson (2000), a abrangência do cancro no pulmão e a saturação de oxigénio não tem uma relação direta com o

nível de dispneia vivenciada, o que fomenta o seu carácter subjetivo (Bonk, 2012).

Independentemente do estadió da doença, a dispneia tende a ser diretamente proporcional à diminuição da qualidade de vida, podendo associar-se ao isolamento do indivíduo. Este acontecimento resulta, por vezes, na diminuição da atividade diária por parte dos doentes que experienciam dispneia como forma de aliviar a mesma, devido ao seu desconhecimento perante a possibilidade de a controlar, o que culmina na diminuição da sua força e da massa muscular (Adamsen et al., 2012; Bonk, 2012; Yorke et al., 2012). Para além da influência nas atividades de vida diárias, a dispneia afeta a dinâmica social do indivíduo, conduzindo à perda de independência e papel sociais, e consequentemente a possíveis sentimentos de angústia, raiva e depressão. Aquando da dificuldade em respirar e consequente pânico, o doente pode ainda experimentar o medo da morte iminente e perda de esperança (Cairns, 2012).

Ainda que em algumas situações a dispneia não possa ser tratada, particularmente aquando de cancro em final de vida, de modo geral, este sintoma é suscetível de ser controlado através de uma avaliação adequada e da combinação entre intervenções farmacológicas e não farmacológicas (Bonk, 2012; Yorke et al., 2012). Os cuidados de enfermagem neste contexto foram referidos pelos doentes que vivenciam a dispneia como uma das maiores necessidades sentidas (Malik, Gysels, & Higginson, 2013).

Deste modo, perante a importância do controlo da dispneia na qualidade de vida dos doentes com cancro do pulmão, surge a questão que orienta a pesquisa: “Quais as intervenções de enfermagem no controlo da dispneia na pessoa com neoplasia do pulmão?”. Com o intuito de dar resposta à questão que orienta a presente revisão integrativa, objetivou-se com este estudo identificar, com base na evidência científica, estratégias utilizadas para o controlo da dispneia e clarificar a intervenção do enfermeiro no controlo da mesma, na pessoa com cancro do pulmão.

Metodologia

De acordo com Mendes, Silveira, & Galvão (2008) e Souza et al. (2010), a concretização de uma revisão integrativa passa por várias etapas. A primeira é a elaboração de objetivos específicos e formulação da pergunta orientadora a que se pretende responder ao longo do estudo. De seguida, é realizada uma pesquisa e colheita de publicações

de interesse acerca da temática, sendo estas expostas a critérios de inclusão e exclusão definidos que reduzirão o seu número. Numa terceira fase, são identificadas informações pertinentes em cada uma das publicações anteriormente selecionadas para análise crítica. Após esta fase, é elaborada uma discussão dos resultados, baseada na interpretação e síntese dos mesmos, na qual se comparam os dados encontrados tendo como referência a teoria. É nesta fase que se identificam lacunas e parâmetros a explorar em estudos futuros. Por último, é apresentada a revisão integrativa, que deve ser clara e íntegra, a fim de possibilitar uma avaliação crítica dos resultados.

Deste modo, inicialmente foi definida a temática a explorar, bem como os objetivos específicos a atingir e a pergunta orientadora que irá definir a nossa pesquisa. Uma vez selecionado o tema, foram destacadas as palavras-chave consideradas importantes para a elaboração da presente revisão integrativa, com base na temática selecionada e correspondentes aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Estabelecidos todos estes pontos, adoptaram-se estratégias de pesquisa, de forma a orientar a mesma, segundo as ambições pretendidas, sendo posteriormente definidos quais os critérios de inclusão e exclusão a serem utilizados, de forma a poderem ser selecionados os artigos mais pertinentes.

Como estratégias de pesquisa optou-se por definir as seguintes: selecção de artigos que se encontrassem em língua portuguesa, espanhola ou inglesa; artigos que abordassem a temática de neoplasias do pulmão, bem como a artigos que referenciassem concretamente a temática da dispneia e ainda restrição da pesquisa a artigos publicados entre Setembro de 2010 e 14 de Setembro de 2015.

Foram utilizados também os seguintes critérios de inclusão e exclusão por forma a podermos objetivar a presente revisão integrativa: inclusão de artigos que abordassem a intervenção do enfermeiro para o controlo da dispneia; inclusão de artigos em que apenas abordassem a idade adulta; exclusão de artigos que não apresentassem texto completo ou acessibilidade gratuita; artigos que se encontravam duplicados nas bases de dados, bem como a exclusão de artigos que apresentassem apenas resumos na sua composição.

A pesquisa bibliográfica realizada decorreu durante em Setembro de 2015, tendo para o devido efeito sido consultadas as bases de dados Academic Search Complete,

CINAHL Plus, MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e MedicLatina, todas elas disponíveis na plataforma de pesquisa EBSCOhost. Aquando das pesquisas optámos por conjugar os seguintes descritores em língua inglesa: “Dispneia”, “Neoplasias Pulmonares” e “Enfermagem” (ou seja, “Dyspnea”, “Lung Neoplasms” e “Nursing”).

Da pesquisa efetuada, resultaram 34 artigos (15 artigos na base de dados Academic Search Complete, 7 artigos na base de dados CINAHL Plus e 12 artigos na base de dados MEDLINE), dos quais, após eliminação dos duplicados, resultaram 23 artigos, aos quais foram aplicados os critérios atrás referidos. Deste modo, de uma primeira análise, após a aplicação de todos os critérios de inclusão e exclusão, resultaram 9 artigos que se enquadram dentro dos termos de pesquisa definidos anteriormente e que serão utilizados ao longo da revisão integrativa, os quais se encontram discriminados na Tabela 1.

Resultados e discussão

Os indivíduos com cancro do pulmão apresentam, frequentemente, diversas comorbilidades e revelam ser aqueles que experienciam maiores níveis de angústia, quando comparados com indivíduos com outros tipos de cancro (Brown, Cooley, Chernecky, & Sarna, 2011; Wallace, 2012). Além disso, a evidência científica demonstra que os doentes com cancro do pulmão são aqueles que experienciam maior intensidade de sintomas e maior diminuição da aptidão física e emocional e da qualidade de vida, analogamente aos resultados verificados para outros tipos de cancro (Adamsen, Stage, Laursen, Rorth, & Quist, 2012).

O cancro do pulmão pode manifestar-se por uma grande variedade de sintomas, inclusive respiratórios, que podem ocorrer concomitantemente (Wallace, 2012; Yorke, Brettle, & Molassiotis, 2012). Dos sintomas respiratórios, a dispneia é o mais recorrente nos doentes com cancro do pulmão (Yorke et al., 2012).

Fisiologicamente, a dispneia pode surgir quando existe uma discrepância entre a quantidade de ar que o organismo necessita para cumprir as suas funções metabólicas e a capacidade do corpo para satisfazer essa mesma necessidade, a qual tende a ser reduzida em consequência do cancro do pulmão (Bonk, 2012).

Atualmente, a dispneia tem vindo a ser abordada em termos dos seus efeitos físicos, emocionais, psicológicos e

	Título dos Artigos	Autores dos Artigos	Ano de Publicação	Tipo de Estudo	População em estudo
Base de Dados CINAHL plus	Management of Dyspnea in a Patient With Lung Cancer	Alison Bonk	2012	Qualitativo	Doentes com cancro do pulmão; Enfermeiros
	Managing breathlessness in patients with lung cancer	Lindsay Cairns	2012	Qualitativo	Doentes com cancro do pulmão
	Palliation of Lung Cancer Symptoms	Elaine Wallace	2012	Qualitativo	Doentes com cancro do pulmão
Base de Dados MEDLINE	Nonpharmacological interventions for managing respiratory symptoms in lung cancer	Janelle Yorke; Alison Brettle; Alex Molassiotis	2012	Qualitativo	Doentes com cancro do pulmão
	Is dyspnea management evidence-based?	Lisa Aiello-Laws	2013	Qualitativo	Doentes com cancro do pulmão; Enfermeiros
	Living with breathlessness: A survey of caregivers of breathless patients with lung cancer or heart failure	Farida Malik; Marjolein Gysels; Irene Higginson	2013	Quantitativo (descritivo)	Doentes com cancro do pulmão; Prestador de cuidados
	Individual experiences and impacts of a physiotherapist-led, non-pharmacological breathlessness programme for patients with intrathoracic malignancy: A qualitative study	Helen Wood; Sonia Connors; Sian Dogan; Tim Peel	2012	Quantitativo (descritivo)	Doentes com cancro do pulmão;
	A Symptom Cluster and Sentinel Symptom Experienced by Women With Lung Cancer	Jean Brown; Mary Cooley; Cynthia Chernecky	2011	Quantitativo (descritivo)	Mulheres com cancro do pulmão
	Exercise and relaxation intervention for patients with advanced lung cancer: a qualitative feasibility study	L. Adamsen; M. Stage; J. Laursen; M. Rorth; M. Quist	2012	Qualitativo	Doentes com cancro do pulmão

Tabela 1 – Artigos utilizados na revisão integrativa

funcionais (Cairns, 2012). No entanto, verifica-se que este é um sintoma multidimensional de difícil controlo, dado que a sua vivência reveste-se de diferentes significados e intensidades para cada pessoa e é causado por um conjunto de fatores, geralmente irreversíveis (Bonk, 2012; Cairns, 2012; Yorke et al., 2012).

Ainda que a dispneia tenha geralmente início de forma episódica, esta pode tornar-se constante em consequência da progressão da doença (Cairns, 2012).

Dos artigos selecionados e analisados, é possível constatar que cinco deles abordam os métodos farmacológicos, dois dos quais os descrevem de forma aprofundada, sendo que os restantes os enumeram sem grande detalhe. Em relação aos métodos não farmacológicos, estes foram abordados em oito dos artigos e, quanto à intervenção do enfermeiro, foi encontrada evidência em cinco destes. Desta forma, foram delineadas duas categorias estruturantes da presente discussão, nomeadamente as estratégias para o

controlo da dispneia na pessoa com cancro do pulmão e a intervenção do enfermeiro no controlo deste sintoma.

Inerente às estratégias para o controlo da dispneia, é essencial considerar que a dispneia crónica pode ter origem em aspetos psicológicos, sendo o doente a única pessoa que consegue avaliar precisamente a severidade deste sintoma (Cairns, 2012). Uma vez que a dispneia pode ser influenciada pela ansiedade e simultaneamente impulsionar a mesma, é evidente que a remoção de certos estímulos ambientais pode diminuir ambos os sintomas (Bonk, 2012). No que se refere ao tabagismo, associado ao aumento da dispneia, a sua cessação pode ser benéfica para o seu controlo pelo doente (Bonk, 2012).

A gestão da dispneia tende a ser associada ao controlo do próprio cancro do pulmão através de tratamentos convencionais, tais como a quimioterapia, radioterapia e drenagem pleural (Cairns, 2012). Quando a etiologia da dispneia se encontra relacionada com derrames pleurais ou edemas

pulmonares, a execução da toracocentese e pleurodese podem minorar este sintoma (Bonk, 2012). Por outro lado, quando o alívio da dispneia não é conseguido através dos tratamentos convencionais referidos, são frequentemente utilizados outros métodos, fundamentalmente farmacológicos (Cairns, 2012).

O tratamento da dispneia deve ocorrer por etapas, sendo que se inicia preferencialmente intervindo na etiologia do sintoma, caso seja possível de identificar (Wallace, 2012). Porém, se a etiologia da dispneia não for conhecida, deve proceder-se à adoção de estratégias farmacológicas e não farmacológicas (Aiello-Laws, 2013; Bonk, 2012; Cairns, 2012; Wallace, 2012; Yorke et al., 2012). Dos métodos farmacológicos, a evidência demonstra que se recorre à utilização de opióides, ansiolíticos, nebulizadores e broncodilatadores e oxigenoterapia (Aiello-Laws, 2013; Bonk, 2012; Cairns, 2012; Yorke et al., 2012).

Os opióides atuam diminuindo o esforço respiratório e o consumo de oxigénio, pelo que o seu uso é mais benéfico em doentes com dispneia em repouso (Cairns, 2012). Relativamente a este método farmacológico, existe evidência científica que referencia o seu uso como frequentemente ineficaz (Bonk, 2012; Cairns, 2012). Ainda assim, existe evidência que menciona resultados consistentes e positivos quanto à utilização de opióides, revelando-se eficaz no controlo da dispneia (Bonk, 2012), o que demonstra alguma controvérsia. De todo modo, não existe evidência que permita afirmar que todos os opióides possuem a mesma eficiência na diminuição da dispneia (Wallace, 2012).

Considerando a relação entre a ansiedade e a dispneia, é possível constatar que a diminuição da ansiedade através do uso de ansiolíticos contribui para o desenvolvimento de estratégias de coping pelos doentes (Cairns, 2012). As benzodiazepinas, por exemplo, podem ser úteis em doentes cuja dispneia é substancialmente agravada pela ansiedade (Bonk, 2012; Cairns, 2012). Todavia, para determinados doentes, as intervenções não farmacológicas podem ser mais eficazes no controlo da ansiedade, devido ao menor tempo que necessitam para surtir efeito, face aos ansiolíticos (Cairns, 2012).

Quanto aos nebulizadores, estes apresentam alguns benefícios na redução da sensação de dispneia (Cairns, 2012). O mesmo autor refere que os broncodilatadores,

como o salbutamol, podem diminuir a dispneia originada pela broncoconstrição. Por outro lado, a furosemida inalatória parece apresentar um efeito preventivo no broncoespasmo, sendo sugerido por alguns autores que pode surtir efeitos positivos na dispneia causada por cancro (Cairns, 2012). Contudo, existem outros estudos que não comprovam estes benefícios em doentes com cancro, pelo que existe alguma controvérsia quanto ao uso da furosemida para redução da dispneia, o que determina necessária evidência adicional que suporte a sua utilização neste contexto (Cairns, 2012).

A resposta de diferentes indivíduos à oxigenoterapia é diversa, uma vez que esta terapia é eficaz somente quando a dispneia se encontra relacionada com a ocorrência de hipoxia, o que nem sempre sucede (Bonk, 2012; Cairns, 2012). Além disto, é recomendado que apenas se recorra ao uso de máscara de venturi em situações agudas, visto que esta pode despoletar a sensação de claustrofobia e exacerbar a dispneia (Bonk, 2012).

A utilização dos métodos farmacológicos apresentados acima para o controlo da dispneia tem sido alvo de diversos debates, concluindo-se que alguns deles, como é o caso das benzodiazepinas e oxigenoterapia, são frequentemente ineficientes no controlo da dispneia (Cairns, 2012).

As intervenções não farmacológicas envolvem abordar não só sinais e sintomas físicos, mas também as dimensões social, psicológica e espirituais inerentes à dispneia (Cairns, 2012).

De entre as intervenções não farmacológicas destacam-se os exercícios respiratórios, posicionamentos e terapias complementares (Cairns, 2012; Wood, Connors, Dogan, & Peel, 2012). O conhecimento das estratégias não farmacológicas permite aos doentes com diagnóstico recente de cancro do pulmão controlar os sintomas, caso estes surjam, complementando as intervenções técnicas (Bonk, 2012). Dado o facto dos cuidadores informais dos doentes estarem frequentemente envolvidos no quotidiano dos mesmos, também eles devem ter conhecimento destas técnicas (Malik, Gysels, & Higginson, 2013).

Perante as dificuldades com as quais as pessoas com dispneia se confrontam, aquando do aconselhamento e informação acerca das intervenções não farmacológicas que podem adotar, devem ser considerados os seus desejos e condições, quando se pretende prepará-los e motivá-los para mudar alguns hábitos (Wood et al., 2012).

É essencial ter em conta que, por vezes, as pessoas podem não conseguir envolver-se no auto-controlo dos sintomas causados pela progressão da doença, por não sentirem determinação ou concentração suficientes. Nestes casos, as estratégias farmacológicas podem ser mais eficazes no aumento imediato do conforto que necessitam. No entanto, é fundamental que os indivíduos percecionem o seu papel ativo no controlo da dispneia (Wood et al., 2012).

A implementação dos exercícios respiratórios é defendida pelo facto de serem fáceis de concretizar e desempenharem um papel positivo nos sentimentos do doente sobre a dispneia (Cairns, 2012). A respiração diafragmática, que melhora efetivamente as trocas gasosas pulmonares quanto maior for a movimentação do abdómen, e a respiração com os lábios “franzidos”, que promove a completa saída do ar dos pulmões aquando da expiração, fazem parte dos exercícios promotores da funcionalidade respiratória e de sentimentos de relaxamento dos doentes (Cairns, 2012). Para que os doentes assumam a importância das técnicas de respiração, é necessário que as suas vantagens sejam explicadas, realçando a importância de uma expansão torácica eficiente para elevar os níveis de oxigénio, num episódio de dispneia (Bonk, 2012).

Relativamente aos posicionamentos, estes incluem o decúbito lateral, a posição sentada com os braços apoiados em almofadas e a inclinação do corpo para a frente, com os braços apoiados numa janela ou parede (Cairns, 2012). De acordo com o mesmo autor, estes métodos permitem que o diafragma não seja pressionado pelo conteúdo abdominal, possibilitando que o primeiro se mova livremente, aumentando a capacidade pulmonar. Os posicionamentos permitem ainda sustentar os músculos acessórios, diminuindo a fadiga dos mesmos (Cairns, 2012).

A quantidade de energia utilizada nas diferentes atividades diárias pode ser reduzida através do planeamento das mesmas, no qual os enfermeiros podem participar aconselhando os doentes. Para além do planeamento, a energia também pode ser economizada através do posicionamento de várias cadeiras pela casa, permitindo que a pessoa repouse no intervalo das diversas atividades e possibilitando que se sente ao preparar alimentos, vestir-se ou lavar-se. Particularmente, a higiene pessoal deve ser feita quando o doente se sentir com mais energia para a fazer, não se devendo impor uma rotina própria para essa atividade. No contexto hospitalar, é difícil operacionalizar a

adoção de dinâmicas que permitam o banho em horário livre, sendo função do enfermeiro flexibilizar os serviços nesse sentido (Cairns, 2012).

De acordo com os estudos em análise, para controlar os sintomas provocados pelo cancro e aumentar a qualidade de vida, os doentes usufruem cada vez mais de terapias complementares. Por exemplo, a massagem é uma delas, não apresentando efeitos adversos, exceto quando direcionada para o local exato do tumor. Esta terapia, tal como a aromaterapia, resultam na redução da ansiedade e da angústia inerentes à doença. A acupuntura é também comumente usada para o controlo dos sintomas, proporcionando benefícios referentes à ansiedade e dispneia (Cairns, 2012). Porém, segundo Yorke et al. (2012), a acupuntura apenas mostra efeitos de curta duração. Assim, segundo a maioria dos pesquisadores, a relação entre as terapias complementares e o controlo dos sintomas requer novos estudos (Cairns, 2012).

Os programas de relaxamento e de exercícios físicos, principalmente quando praticados num grupo de pessoas em situações idênticas, ou seja, com cancro do pulmão, promovem a capacidade física dos indivíduos, a força muscular e o seu bem-estar emocional e social e aumentam a capacidade de gestão da doença pelos mesmos. Ainda que seja sentido um certo nível de fadiga derivado da doença, os doentes que participam nestes programas referem prosseguir as atividades diárias mais equilibradas física e emocionalmente (Adamsen et al., 2012).

O arrefecimento facial com ventiladores também pode reduzir a ansiedade aquando de um episódio de dispneia e é fácil de desenvolver no domicílio, visto que algumas unidades hospitalares não permitem estes equipamentos devido ao maior risco de infeções cruzadas (Cairns, 2012).

No que concerne à intervenção do enfermeiro, este tem a responsabilidade de melhorar o controlo da dispneia junto das pessoas com neoplasias do pulmão (Cairns, 2012). No entanto, o tratamento e o controlo deste sintoma respiratório mostram-se complexos, uma vez que ainda não existe um conhecimento aprofundado das causas que lhe estão subjacentes (Bonk, 2012). Para garantir que são adotadas as melhores estratégias no que diz respeito ao controlo da dispneia, é necessário que o profissional de saúde faça uma avaliação correta do impacto da mesma junto da pessoa (Bonk, 2012). Ademais, Bonk (2012) menciona que a avaliação da dispneia deve ser complementada pela apreciação

dos sinais vitais dos doentes com cancro do pulmão (Bonk, 2012). É importante referir que estas avaliações devem ser regulares e efectuadas por uma equipa multidisciplinar a cada indivíduo (Wallace, 2012).

O conhecimento dos profissionais de saúde acerca da dispneia pode influenciar a forma como é feito o controlo deste sintoma. O défice de conhecimentos sobre o controlo da dispneia pode originar situações de falta de confiança para lidar com esta realidade no contexto clínico (Bonk, 2012). O controlo efetivo da dispneia requer, portanto, que os profissionais de saúde tenham um conhecimento aprofundado sobre a dispneia e sobre as opções terapêuticas disponíveis (Cairns, 2012).

O uso de escalas de avaliação da dispneia é importante no sentido de delinear as intervenções a serem executadas junto da pessoa, uma vez que permitem verificar como ela lida com a dispneia e como é que esta evolui ao longo do tempo. Todavia, a experiência de cada doente faz com que os resultados obtidos estejam dependentes da informação providenciada por cada um (Cairns, 2012).

Embora seja indubitavelmente importante que os enfermeiros tenham um conhecimento vasto sobre o controlo da dispneia, é igualmente importante que seja estabelecida uma relação terapêutica sólida entre o enfermeiro e o doente. Esta relação pode ser estabelecida numa base em que o enfermeiro encoraja o doente a expor a sua história de doença e o impacto da dispneia na sua qualidade de vida e assim, em conjunto, o profissional de saúde pode ajudar o doente a enfrentar os seus receios e a diminuir a ansiedade relativa aos episódios de dispneia (Cairns, 2012).

O enfermeiro é o profissional de saúde que se encontra mais habilitado para usar uma combinação de métodos farmacológicos e não farmacológicos para o controlo da dispneia, com enfoque na melhoria da qualidade da vida do doente. Uma abordagem holística centrada no doente é positiva, na medida em que, além do controlo da dispneia, gera benefícios a nível da qualidade de vida geral do doente (Cairns, 2012). Para além disso, o enfermeiro deve ainda ter em consideração que a dispneia surge frequentemente associada a outros sintomas, como ansiedade ou dor, que requerem uma vigilância constante e o seguimento por outros profissionais da área da oncologia, de modo a alcançar a melhor qualidade de vida possível (Brown et al., 2011).

A educação para a saúde é outra vertente da responsabilidade do enfermeiro usada neste contexto. Este pode

explicar ao utente que a taquipneia (resultante de episódios de dispneia) diminui a oxigenação e a expansão pulmonar, pelo que as técnicas respiratórias podem trazer benefícios para melhorar este aspeto. Ainda, o ensino acerca da cessação tabágica é também relevante, uma vez que o consumo de tabaco se encontra associado a maiores níveis de dispneia (Bonk, 2012).

Os cuidadores informais também têm um papel preponderante e, neste sentido, o enfermeiro pode também intervir junto destes, avaliando as suas necessidades psicossociais e encaminhando-os para espaços em que seja possível obter uma ajuda mais aprofundada. Esta intervenção é fundamental, na medida em que permite reduzir a sobrecarga dos cuidadores informais e, conseqüentemente, melhorar a perceção que estes têm sobre a prestação de cuidados ao doente com dispneia (Malik et al., 2013).

Conclusão

Os doentes com cancro do pulmão são os que apresentam maior sintomatologia e por consequência uma diminuição, mais acentuada, da qualidade de vida associada a um decréscimo das suas capacidades físicas e emocionais (Adamsen, Stage, Laursen, Rorth, & Quist, 2012). Verifica-se que do conjunto de sintomas apresentado pelos doentes com cancro do pulmão, a dispneia é um dos mais recorrentes, que aparece inicialmente de forma esporádica e com o avançar do estadio da doença torna-se uma constante na vida dos doentes (Cairns, 2012; Yorke, Brettle, & Molasiotis, 2012).

A presente revisão integrativa permitiu a identificação de um conjunto de estratégias para o controlo da dispneia, de carácter farmacológico e não farmacológico, sendo que, atualmente, as não farmacológicas são frequentemente utilizadas pelos próprios doentes para o controlo de sintomas e, conseqüentemente, para uma melhor qualidade de vida (Cairns, 2012; Wallace, 2012).

Realça-se que os profissionais de saúde têm a responsabilidade de melhorar o controlo da dispneia nos doentes com cancro do pulmão, através de um conhecimento aprofundado acerca do sintoma e das estratégias de controlo (Bonk, 2012; Cairns, 2012).

De entre os profissionais de saúde, o enfermeiro é um dos que possui competências para atuar no controlo deste sintoma, sendo fundamental enfatizar a importância dos cuidadores informais junto destes doentes. Desta forma, o

enfermeiro deve avaliar as necessidades psicossociais dos cuidadores, de forma a reduzir a sobrecarga a que estão expostos, assim como a melhorar a prestação de cuidados aos doentes com dispneia (Malik, Gysels, & Higginson, 2013). Não obstante a dispneia ser um dos sintomas mais recorrentes nos doentes com cancro do pulmão, o enfermeiro deve ter em conta que este sintoma aparece associado a outros, razão pela qual é necessária uma vigilância constante e o seguimento por outros profissionais da equipa multidisciplinar, a fim de melhorar a qualidade de vida destes doentes (Brown, Cooley, Chernecky, & Sarna, 2011). Ainda que as estratégias não farmacológicas sejam evidenciadas cientificamente, tal como nos artigos pesquisados no contexto deste estudo, é necessário que sejam desenvolvidos mais estudos nesta área, de forma a aprofundar o conhecimento sobre estas estratégias e quais as vantagens da sua utilização em doentes com cancro do pulmão. Por fim, é ainda necessário desenvolver pesquisas, a fim de clarificar as controvérsias existentes em torno da utilização de estratégias farmacológicas.

Referências bibliográficas

1. Organização Mundial de Saúde. (2015). Cancer. Acedido em Setembro 22, 2015, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
2. Organização Mundial de Saúde. (2012). GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Acedido em Setembro 22, 2015, em http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
3. Cairns, L. (2012). Managing breathlessness in patients with lung cancer. *Nursing Standard*, 27, 44-49.
4. Yorke, J., Brettell, A., & Molassiotis, A. (2012). Nonpharmacological interventions for managing respiratory symptoms in lung cancer. *Chronic Respiratory Disease*, 9, 117-129.
5. Wallace, E. (2012). Palliation of lung cancer symptoms. *World of Irish Nursing & Midwifery*, 20, 43-44.
6. Bonk, A. (2012). Management of Dyspnea in a Patient with Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39, 257-260.
7. Adamsen, L., Stage, M., Laursen, J., Rorth, M., & Quist, M. (2012). Exercise and relaxation intervention for patients with advanced lung cancer: a qualitative feasibility study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 22, 804-815.
8. Malik, F., Gysels, M., & Higginson, I. (2013). Living with breathlessness: a survey of caregivers of breathless patients with lung cancer or heart failure. *Palliative Medicine*, 27, 647-656.
9. Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: Métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17, 758-764.
10. Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8 (1 Pt 1), 102-106.
11. Brown, J., Cooley, M., Chernecky, C., & Sarna, L. (2011). A Symptom Cluster and Sentinel Symptom Experienced by Women with Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38, 425-435.
12. Aiello-Laws, L. (2013). Is Dyspnea Management Evidence-Based? *Oncology Nursing Forum*, 40, 533-534.
13. Wood, H., Connors, S., Dogan, S., & Peel, T. (2012). Individual experiences and impacts of a physiotherapist-led, non-pharmacological breathlessness programme for patients with intrathoracic malignancy: a qualitative study. *Palliative Medicine*, 27, 499-507.

**AEOP 9: 26 - 28 Maio 2016,
Hotel dos Templários, Tomar**



Decorreu no passado dia 27 e 28 Maio, no Hotel dos Templários em Tomar, a AEOP 9, este ano com o número record de presenças: 350 congressistas. Tivemos dois cursos pré-Congresso, simpósios temáticos e sessões plenárias, assim como a apresentação de trabalhos em forma de comunicação. As sessões abordaram as temáticas de Cancro Mama, Cancro Digestivos, Linfomas, Cancro Pulmão e Melanomas. Tivemos 5 simpósios temáticos para além do programa social.

Este ano a grande novidade esteve na nova plataforma digital da Reunião e nas novas possibilidades de acesso à informação no dia, antes e no pós-evento, possibilitando uma maior aproximação dos congressistas com os palestrantes e com a Associação. Vamos refazer este projeto e incrementar a sua implementação em 2017 utilizando as novas tecnologias para ganhos em rentabilidade e qualidade da informação.

**MELHORES TRABALHOS
AEOP 9**



Os 4 melhores trabalhos selecionados pela comissão científica da AEOP 9 foram assim atribuídos:

Trabalhos de Investigação

Primeiro Prémio: Especificação dos diagnósticos de enfermagem que tomam por foco a capacidade, associados à pessoa que vive com um estoma - Carla Silva; M. Alice Brito, *ESE Porto*;

Segundo Prémio: Prestador de cuidados do doente oncológico: Revisão integrativa - Nélia Oliveira; Ricardina Costa, *SERERAM Funchal*.

Trabalhos Boas Práticas

Primeiro Prémio: Consulta de enfermagem de controlo sintomático não presencial - Ana Pagueia; Tânia Saraiva, *Centro Hospital Setúbal, Hosp. S. Bernardo*;

Segundo Prémio: Terapêuticas orais no cancro do Pulmão: desafios de enfermagem - Esmeralda Barreira; Aurora Araújo; Inês Ruiz; Luisa Morais, *Clínica Pulmão IPO Porto*.

A todos os participantes nas apresentações e discussões dos trabalhos, pela sua qualidade, os nossos agradecimentos.

**BOLSAS AEOP A REUNIÕES
DE ONCOLOGIA**



Por decisão da Direção, em 2016 abrimos espaço de apoio a colegas a participarem em eventos científicos nacionais e internacionais atribuindo 4 bolsas à participação na AEOP 9 e 2 Bolsas à participação na EONS 10. Este ano foram atribuídas 1 bolsa à participação de uma Enfermeira na Reunião Nacional AEOP de Tomar e as 2 Bolsas aos dois únicos concorrentes para apoio da sua participação na próxima EONS 10, a decorrer em Dublin, em Outubro próximo. Para 2016, as submissões estão encerradas.

PROGRAMA EDUCACIONAL CANCRO PULMÃO



As terapêuticas orais na Oncologia trouxeram novas formas de intervenção dos enfermeiros junto destes doentes, com enfoque principal na Educação destes para minimizar ou eliminar as toxicidades destas terapêuticas.

Com o avanço do conhecimento das mutações genéticas do tumor pulmonar, começamos a ter novas terapêuticas dirigidas a cada mutação encontrada.

AFATINIB está indicado, em monoterapia, para o tratamento de doentes adultos sem exposição prévia a TKI do Recetor do Fator de Crescimento da Epiderme (EGFR) com cancro do pulmão de não pequenas células (CPCNP) localmente avançado ou metastático com mutação(ões) ativadora(s) do EGFR.

VARGATEF é um inibidor da angiokinase que inibe os fatores de crescimento endotelial vascular (VEGFR) e os fatores de crescimento recetores derivados de plaquetas (PDGFR) e vias de sinalização dos fibroblastos (FGFR). Estes três receptores diferentes angiokinase desempenham um papel importante na angiogénese, no crescimento tumoral e metastização.

Novas terapêuticas trazem novas toxicidades. Uma boa gestão dos efeitos adversos faz toda a diferença.

AEOP implementou com sucesso um programa Educacional para Enfermeiros que lidam com estes doentes com Cancro do Pulmão e teve os seguintes objetivos;

1. Formação na área das novas terapêuticas Afatinib e Vargatef;
2. Definição e discussão de estratégias educacionais de gestão toxicidades;

3. Validação e organização de documentos educacionais para doentes submetidos a estas terapêuticas.

Durante a AEOP 9 foram apresentados os resultados deste programa. Brevemente serão disponibilizados os documentos finais.



Myeloma Nurse Learning Programme

Programa Educacional de e-Learnig, é uma iniciativa da Myeloma Academy UK dirigido aos enfermeiros que trabalham em Hematologia e Hemato-oncologia 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 no Link MyelomaAcademy. Fazer o Login e entrar no programa. Bom estudo!

SPO 2016, Programa Enfermagem



Está agendada para dias 17, 18 e 19 de Novembro de 2016 a Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Oncologia, este ano a decorrer no Hotel Eurostars Oasis Plaza, na Figueira Foz. A Associação estará presente com programa científico em paralelo. Está já finalizado e poderá obter informação do evento em <http://www.sponcologia.pt>

Pelo segundo ano consecutivo, a AEOP tem sido convidada a estar presente nestes congressos nacionais da Sociedade. É mais um espaço importante de partilha de conteúdos científicos com a comunidade científica aí presentes.

LANÇAMENTO LC TRASTUZUMAB



À margem da AEOP 9, foi lançado o documento das Linhas de Consenso sobre a utilização do Trastuzumab SC nas doentes com Cancro da Mama Hsr2+.

Este trabalho resulta de uma parceria com a Roche e foi discutido e construído a partir dos contributos dos diferentes profissionais aderentes a este projeto.

Poderá visualizar e imprimir o documento através do nosso site.

PROJECTO LEARN TO TEACH



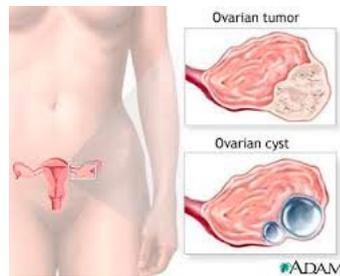
Programa Educacional direcionado para Enfermeiros que trabalham com doentes em tratamento com Imunoterapia.

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 no seguimento destes doentes. O Projeto iniciou-se em Maio de 2016 e prolonga-se para 2017 e tem o apoio da MSD.

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 DO OVÁRIO

Nova estratégia de prevenção?



Investigadores do Reino Unido descobriram alterações precoces nas trompas de Falópio nas mulheres portadoras de mutações no gene BRCA, o que pode conduzir a novas estratégias de prevenção contra o cancro do ovário, revela um estudo publicado na revista “Nature Communications”.

No estudo, os investigadores da Universidade College London, no Reino Unido decidiram averiguar por que motivo as mulheres com mutações nos genes BRCA1/2 desenvolvem cancro do ovário e o que acontece nas células onde o cancro tem origem.

Os investigadores, liderados por Martin Widschwendter, analisaram tecido pós-cirúrgico das trompas de Falópio de 115 mulheres. Cinquenta e seis tinham mutações nos genes BRCA1/2 e as restantes funcionaram como grupo de controlo. Foram analisados os programas epigenéticos das células, que ditam como as células leem instruções que estão codificadas no ADN. As extremidades das trompas de Falópio, a mais próxima

do ovário e a mais próxima do útero, foram comparadas em cada mulher.

O estudo apurou que as células da fímbria (encontradas mais perto do ovário) apresentavam uma atividade subcelular completamente alterada em aproximadamente 60% das mulheres portadoras de mutações no gene BRCA1 ou BRCA2. Estas alterações subcelulares eram similares às encontradas nas células do cancro do ovário. As alterações não foram observadas nas mulheres sem mutações no gene BRCA. Adicionalmente, foi identificada uma enzima que parece desencadear esta reprogramação.

Os cientistas estão a tentar perceber melhor estes achados e a verificar se estes podem beneficiar as mulheres que não têm predisposição genética, facilitando o desenvolvimento de um teste não invasivo que poderá potencialmente prever a ocorrência destes eventos celulares nas células das trompas de Falópio.

“Estes achados colocam-nos mais perto de perceber como os cancros do ovário se desenvolvem nas portadoras de mutações no gene BRCA 1/2, abrindo novas oportunidades de prevenção para o cancro do ovário”, referiu Martin Widschwendter.

Na opinião do investigador, estes achados são importantes, uma vez que o método de prevenção mais eficaz é a cirurgia de redução de risco drástica, que elimina as hormonas e a capacidade de as mulheres darem à luz antes da menopausa.

STUDO PUBLICADO NA REVISTA “NATURE COMMUNICATIONS”, 09 JUNHO 2016, ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

Cancro do ovário: Células imunitárias revertem resistência

Investigadores americanos explicam por que motivo o cancro do ovário se torna resistente à quimioterapia e sugerem que a imunoterapia pode funcionar como opção de tratamento futuro, dá conta um estudo publicado na revista “Cell”.

Os investigadores da Universidade de Michigan, nos EUA, explicam que dentro de cada tumor nos ovários existem células “más”, os fibroblastos que bloqueiam a quimioterapia, e as “boas”, os linfócitos T, que revertem a resistência ao tratamento.

J. Rebecca Liu, uma das autoras do estudo, refere que o cancro do ovário é frequentemente diagnosticado em fases tardias. Desta forma, a quimioterapia é uma parte fundamental do tratamento. Apesar de inicialmente as pacientes responderem ao tratamento, acabam todas por desenvolver quimiorresistência.

“Pensávamos que a resistência era causada por alterações genéticas nas células tumorais. Mas percebemos que o que acontece é algo completamente distinto”, disse a investigadora.

Para o estudo, os investigadores analisaram amostras de tecido de pacientes com cancro do ovário. As células foram separadas por tipo, de maneira a estudar o microambiente tumoral em células e em ratinhos.

O cancro do ovário é habitualmente tratado com uma quimioterapia baseada em platina, a cisplatina. Verificou-se que os fibroblastos bloqueavam a platina, impedindo que esta substância se acumulasse no tumor e protegendo as células tumorais de serem eliminadas pela cisplatina.

O estudo apurou, no entanto, que os linfócitos T anularam a proteção dos fibroblastos. Quando as células imunitárias foram adicionadas aos fibroblastos, as células tumorais começaram a morrer.

“Os linfócitos T são os soldados do sistema imunológico. Já sabíamos que se tivéssemos muitos linfócitos T, tínhamos melhores resultados. Agora verificámos que também têm impacto na resistência à quimioterapia”, referiu o líder do estudo, Weiping Zou.

Ao ativar os linfócitos T, os investigadores foram capazes de ultrapassar a

resistência à quimioterapia nos modelos animais. Foi utilizada uma pequena proteína, o interferão, para manipular as vias envolvidas na cisplatina.

Os investigadores sugerem que a combinação da quimioterapia com a imunoterapia poderá ser eficaz contra o cancro do ovário. O PD-L1 e os bloqueadores da via PD-L1 são tratamentos já aprovados pela FDA (a agência americana do medicamento) para alguns cancros, mas ainda não para o cancro do ovário.

“Esperamos poder reeducar os fibroblastos e as células tumorais com linfócitos T após o desenvolvimento da quimiorresistência. Posteriormente, poderíamos, eventualmente, utilizar a mesma quimioterapia a que o paciente tinha desenvolvido resistência”, conclui.

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

ONCOLOGIA GERAL

O que torna as células mutantes em cancros agressivos?

Investigadores americanos demonstraram como uma mutação genética presente em vários cancros, como leucemia, gliomas e melanoma, promove o crescimento de tumores agressivos, dá conta um estudo publicado na revista “Cell Reports”.

O estudo conduzido pelos investigadores do Instituto de Investigação Scripps, nos EUA, também sugere uma possível forma de eliminar estes tumores ao ter por alvo uma enzima importante.

Os investigadores analisaram as mutações num gene que codifica para a proteína POT1. Esta proteína habitualmente forma uma capa protetora em torno das extremidades dos cromossomas, os telómeros, evitando que a maquinaria celular danifique por engano o ADN e cause mutações nocivas.

A POT1 é tão importante que na sua ausência ou perda de funcionalidade as células morrem. A presença de stress nas células conduz à ativação de uma enzima, a ATR, que desencadeia a morte celular programada. Com base neste conhecimento, os investigadores ficaram surpreendidos ao terem detetado mutações recorrentes que afetam a POT1 em vários cancros humanos, como a leucemia e o melanoma.

“De alguma forma essas células encontraram uma forma de sobreviver. Pensamos que se conseguíssemos perceber como isto ocorre, talvez fôssemos capazes de encontrar uma forma de matar essas células”, referiu, em comunicado de imprensa, Lazzarini Denchi.

Através da utilização de um modelo animal, os investigadores descobriram que as mutações na POT1 conduzem ao cancro, quando combinadas com um gene conhecido por p53. “As células deixam de ter o mecanismo para morrer e os ratinhos desenvolvem linfomas tímicos agressivos”, referiu o investigador.

O p53 é um conhecido gene supressor tumoral que funciona como um cúmplice astuto. Quando este gene está mutado anula a resposta protetora da morte celular iniciada pela ATR. Desta forma, sem a POT1 a criar uma capa protetora, os cromossomas fundem-se e o ADN é reorganizado, conduzindo à acumulação de ainda mais mutações. Estas células mutantes proliferam e convertem-se em tumores agressivos.

Com base nestes achados, a equipa começou a pensar em novas estratégias para eliminar estes tumores. Sabe-se que todas as células, mesmo as cancerígenas, morrem na ausência da ATR. Uma vez que os tumores com a POT1 já têm níveis baixos de ATR, os investigadores acreditam que um fármaco que destrua a restante enzi-

ma poderá matar os tumores sem afetar as células saudáveis.

“Este estudo mostra que ao analisar questões biológicas básicas podemos potencialmente encontrar novas formas de tratar o cancro”, concluiu o investigador.

ESTUDO PUBLICADO NA REVISTA “CELL REPORTS”, 31 MAIO 2016
ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

Desvendado mecanismo de cópia celular

Uma equipa de investigadores do Instituto Gulbenkian de Ciência (IGC Portugal) descobriu o mecanismo através do qual as células fazem uma cópia das estruturas que são transmitidas a cada uma das células filhas, revela um estudo publicado na revista científica “Current Biology”.

Quando uma célula se divide, as suas estruturas têm de ser duplicadas para que cada nova célula receba os componentes certos e se assemelhe à célula inicial. No interior das nossas células existem pequenas estruturas, denominadas centríolos, que controlam tanto a divisão celular como a mobilidade. O número destas estruturas na célula é altamente controlado, sendo que desvios a este estão frequentemente associados a infertilidade, microcefalia e cancro.

Embora já se saiba bastante sobre a regulação da duplicação do material genético, o mecanismo pelo qual a célula garante que os centríolos são copiados apenas uma vez permanecia ainda um mistério.

Nesse âmbito, uma equipa internacional de investigadores liderados por Mónica Bettencourt-Dias focou-se numa proteína recentemente identificada como estando implicada na formação dos centríolos: a PLK4.

De acordo com os investigadores, a PLK4 apenas opera antes da formação dos centríolos – e não noutra momento qualquer – para que o número certo de centríolos seja formado no momento exato.

Os cientistas questionaram então o que estaria a prevenir que a PLK4 atuasse noutras alturas.

“Através de estudos moleculares e bioquímicos, descobrimos que uma proteína-chave do relógio da divisão celular, CDK1, inibe a atividade de PLK4 através do rapto do seu parceiro (stil). Como consequência, PLK4 só pode começar a formar centríolos num período específico do ciclo celular, quando CDK1 não está presente”, explica zitouni sihem, copri-meira autora do estudo, numa nota da IGC Portugal divulgada no seu sítio da internet.

Desta forma, os cientistas perceberam de que forma dois eventos que se sabia estarem sincronizados – o relógio do ciclo celular e a formação de centríolos – comunicam entre si para se coordenarem e garantirem, assim, que as células filhas sejam iguais às células mães.

“Nós sabíamos que o relógio do ciclo celular e a formação de centríolos tinham que estar interligados, caso contrário como é que as células garantiam que se formava o número certo de cópias?”, Revela Mónica Bettencourt-Dias. “Este é o primeiro elo de ligação que mostra a forma como a maquinaria do ciclo celular regula o gatilho da biogénese dos centríolos, garantindo que o número certo de centríolos se forma na altura certa, o que é fundamental para o normal funcionamento da célula”, afirma.

ESTUDO PUBLICADO NA REVISTA “CURRENT BIOLOGY”,
23 MAIO 2016, ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

Exercício físico associado a menor risco de vários tipos de cancro

A prática de atividade física moderada está associada a um menor risco de desenvolvimento de 13 tipos de cancro, revela um estudo publicado no “JAMA Internal Medicine”.

A inatividade física é algo comum. Estima-se que 51% dos adultos nos

EUA e 31% em todo o mundo não façam qualquer exercício recomendado para manter a saúde.

Para o estudo, os investigadores do Instituto Nacional do Cancro, nos EUA, contaram com a participação de 1,44 milhões de indivíduos com idades entre os 19 e os 98 anos. Ao longo dos 11 anos de acompanhamento, foram diagnosticados 186.932 Casos de cancro.

O estudo não só confirmou a relação já comprovada entre um nível sustentado de exercício e um menor risco de cancro colorretal, da mama e do endométrio, mas também de dez outros tipos de tumores.

Os investigadores verificaram que a atividade física diminuía o risco dos seguintes cancros: adenocarcinoma do esófago (em 42%), fígado (em 27%), pulmão (em 26%), rim (em 23%), estômago (em 22%), endométrio (em 21%), leucemia (em 20%), mieloma (em 17%), cólon (em 16%), cabeça e pescoço (em 15%), retal (em 13%), bexiga (em 13%) e mama (em 10%).

Na maioria dos casos, a relação entre atividade física e redução do risco de cancro manteve-se independentemente do peso da pessoa e de se tratar ou não de um fumador. No geral, um maior nível de atividade física foi associado a um risco total de cancro 7% menor.

Por outro lado, as atividades físicas foram relacionadas com um aumento de 5% do risco de cancro da próstata e de 27% do melanoma maligno, uma associação significativa em regiões dos eua com elevados níveis de radiação uv, mas não em regiões com baixos níveis deste tipo de radiações.

Na opinião dos autores do estudo, estes achados apoiam a promoção da atividade física como um componente-chave na prevenção contra o cancro.

Marilie D. Gammon, da universidade da carolina do norte, nos EUA, conclui que estes resultados salien-

tam a importância da atividade física como uma potencial estratégia de redução dos riscos de forma a diminuir o cancro nos EUA, bem como em todo o mundo. Foi demonstrado que níveis elevados, em relação a níveis baixos de atividade física, estão relacionados a uma redução de 13 tipos de cancro, incluindo três dos quatro principais cancros que afetam os homens e mulheres em todo mundo. A aplicação generalizada destes achados é reforçada pela sugestão de que as associações persistem independentemente do índice de massa corporal ou dos hábitos tabágicos.

ESTUDO PUBLICADO NO "JAMA INTERNAL MEDICINE", 20 MAIO 2016, ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.

Fármaco conduz à autodestruição das células cancerígenas

Investigadores americanos desenvolveram um potencial fármaco capaz de diminuir o crescimento de células tumorais no modelo animal de um dos cancros mais difíceis de tratar, o cancro da mama triplo negativo, dá conta um estudo publicado na revista "Proceedings of the National Academy of Sciences".

"O estudo representa um avanço claro na medicina de precisão, uma vez que esta molécula apenas mata as células cancerígenas que expressam o gene que causa o cancro e não as células saudáveis", revelou, em comunicado de imprensa, o primeiro autor do estudo, Matthew Disney.

No estudo, os investigadores do The Scripps Research Institute, nos eua, demonstraram que o composto targaprimir-96 faz com que as células cancerígenas da mama se autodestruam através de um processo conhecido por morte celular programada, tendo por alvo um ARN específico que inicia o cancro.

Para o estudo, os investigadores utilizaram uma abordagem computacional, denominada Inforna, que se foca no desenvolvimento de compostos que

se ligam ao microARN. Este tipo de ARN é constituído por pequenas moléculas que estão presentes em todos as células dos animais e plantas e que funcionam tipicamente como interruptores de um ou mais genes e impedem a produção de proteínas.

Alguns microARN têm sido associados a doenças. O microARN-96, que foi alvo deste estudo, promove o cancro ao impedir a morte celular programada, um processo que pode eliminar as células do organismo que crescem de forma descontrolada.

Os investigadores testaram o candidato a fármaco em modelos animais ao longo de 21 dias de tratamento. Verificou-se que o targaprimir-96 diminuiu a produção do microARN-96 e aumentou a morte celular programada, reduzindo significativamente o crescimento tumoral. Uma vez que o composto é altamente seletivo em relação a células cancerígenas, as células saudáveis não foram afetadas.

Matthew Disney refere que, normalmente, as terapias anticancerígenas matam as células indiscriminadamente, conduzindo frequentemente a efeitos secundários que dificultam a tolerância ao tratamento.

"Esperamos, no futuro, aplicar esta estratégia a outras doenças associadas ao ARN, que incluem desde cancros incuráveis a agentes patogénicos importantes, como o vírus Zika e Ébola", conclui o investigador.

ESTUDO PUBLICADO NA REVISTA "PROCEEDINGS OF THE NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES", 12 MAIO 2016
ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

Imunoterapia com resultados promissores em vários cancros

O melanoma, o cancro do pulmão e do rim e as leucemias estão a ter resultados "muito promissores" perante os tratamentos de imunoterapia, de acordo com o investigador do Instituto de Medicina Molecular de Lisboa, Bruno Silva Santos.

"O objetivo é perceber quais são os cancros que vão ser os bons alvos da imunoterapia, para já o melhor é o melanoma, a seguir temos o cancro do pulmão e do rim, com resultados muito esperançosos, e as leucemias também com resultados muito interessantes", referiu o investigador.

Bruno Santos Silva, que foi distinguido pela Organização Europeia de Biologia Molecular (EMBO) e pelo European Research Council (ERC) pelo seu trabalho de investigação sobre as chamadas células t nas respostas imunitárias a infeções e tumores, falou à agência lusa no congresso internacional da Associação Portuguesa de Investigação em Cancro (ASPIC).

"Achamos que a imunoterapia tem uma grande vantagem que é: as nossas células do sistema imunitário conseguem permanecer no nosso organismo durante muito tempo e, por isso, tem uma perspetiva de ter respostas muito duradouras, ao contrário das outras terapias, que têm de constantemente estar a administrar drogas para conter o desenvolvimento do tumor", explicou.

Os investigadores estão a apostar em "reprogramar o nosso sistema imunitário, as nossas defesas, para respostas duradouras contra o cancro como sabemos que temos contra infeções, por exemplo. Quando nos vacinamos contra o sarampo, por exemplo, sabemos que temos uma resposta protetora duradoura e é isso que estamos a tentar, e achamos que vamos conseguir", disse.

O investigador acrescentou que, "a grande diferença é que as vacinas para infeções são dadas preventivamente para evitar a infeção e, neste caso, só vamos entrar com a imunoterapia num doente que já tem cancro. É a chamada vacina curativa que é mais difícil do que a prevenção porque prevenir uma coisa que ainda não existe é mais fácil do que curar um cancro que já está estabelecido".

Na opinião de Bruno Santos Silva, a grande dificuldade que se coloca é que a imunoterapia é bastante cara, é um grande desafio para o Serviço Nacional da Saúde. “É nisso que temos de trabalhar, temos de garantir a melhor hipótese de tratamento, que, em alguns casos, vai sem dúvida ser a imunoterapia, como já é para o melanoma avançado”, disse.

“O que podemos dizer é que no caso do melanoma, em que há maior historial, doentes tratados há cerca de oito ou dez anos continuam sem recidiva e poderão estar curados, portanto não foi necessário um novo tratamento para esses doentes e o cancro ainda não voltou. Há essa perspectiva de cura”, sublinhou.

No entanto o investigador refere que é cedo para anunciar a cura, por não existir tempo suficiente de acompanhamento, mas, “no caso do melanoma, oito a dez anos já é impressionante ainda não ter havido recidiva do tumor, portanto, esperemos que seja a cura”.

10 MAIO 2016, ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A

Cancro, descoberto potencial tratamento

Investigadores australianos identificaram uma via de fornecimento vital que as células cancerígenas utilizam para obter nutrientes. Esta descoberta, publicada no “Journal of Biological Chemistry”, pode conduzir a novos tratamentos capazes de impedir o crescimento dos tumores.

No estudo, os investigadores da Universidade Nacional Australiana bloquearam as vias através das quais as células cancerígenas obtêm o aminoácido glutamina e verificaram que as células deixaram de crescer quase completamente.

Na opinião de Stefan Bröer, líder do estudo, este método poderá funcionar em vários tipos de cancro, uma vez que que é um mecanismo bastante comum nas células cancerígenas. O

investigador acrescenta que o método poderá também conduzir ao desenvolvimento de quimioterapia com menos efeitos secundários.

Atualmente existem 917 tipos diferentes de cancros identificados. Contudo, muitos tratamentos apenas funcionam para um único tipo de doença ou tornam-se ineficazes à medida que os cancros desenvolvem resistência à quimioterapia.

No entanto, Stefan Bröer acredita que esta nova abordagem poderá ser menos propícia à resistência, uma vez que o bloqueio do mecanismo de transporte da glutamina é um processo externo ao qual será difícil as células cancerígenas escaparem.

Os autores do estudo começaram por tentar bloquear a glutamina através de alterações genéticas que desativavam o principal transportador de glutamina. Contudo, esta abordagem não se mostrou muito eficaz. As células montaram um alarme bioquímico que abriu uma segunda via na célula de forma a conseguirem obter a glutamina necessária.

No entanto, quando esta segunda via foi desativada, desligando o alarme bioquímico com uma técnica conhecida por silenciamento de ARN, o crescimento das células reduziu em 96%.

“É um momento emocionante para a investigação do cancro. Agora temos ferramentas precisas para manipular o genoma das células cancerígenas, o que nos permite resolver os problemas que eram de difícil resolução até à data”, referiu uma das autoras do estudo, Angelika Bröer.

Os investigadores concluíram que agora que as vias da glutamina foram identificadas no cancro, o próximo objetivo é encontrar fármacos capazes de bloquear e eliminar a doença.

10 MAIO 2016, ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

CANCRO DO CÓLON

Novas descobertas sobre colite e cancro do cólon



Cientistas norte-americanos descobriram que determinados açúcares produzidos pelo organismo desempenham um papel relevante no desenvolvimento

da colite e do cancro do cólon, o que pode representar um passo importante na direção de novos tratamentos para essas e outras condições do foro gastrointestinal.

O cancro colorretal constitui um problema de saúde sério e é o terceiro tipo de cancro mais comum entre homens e mulheres nos EUA. “De forma a solucionarmos este problema, temos primeiro de saber a sua causa. Neste caso, consideramos que descobrimos a chave do mesmo”, revela Lijun Xia, cientista da Fundação de Investigação Médica de Oklahoma, nos EUA.

O o-glicano é um tipo de açúcar produzido no organismo e que compõe cerca de 80% de uma camada mucosa que reveste o colón e o trato intestinal. De acordo com Xia, este açúcar “é essencial na prevenção do desenvolvimento da colite e do cancro do cólon”. E passa a explicar: “quando eliminámos o açúcar, a colite desenvolveu-se”.

Para esta investigação, Xia modificou geneticamente ratinhos para que não produzissem açúcares do tipo o-glicano. Os cientistas descobriram, então, que a camada mucosa do trato intestinal desapareceu e que os ratinhos passaram a desenvolver colite, uma condição inflamatória do intestino grosso.

“Ao eliminar este tipo de estruturas de açúcares [O-glicano], os ratinhos passaram a formar colites es-

pontâneas e associadas ao cancro do cólon, que é exatamente da mesma forma que a doença ocorre nos humanos”, aponta xia no comunicado divulgado pela instituição de investigação americana.

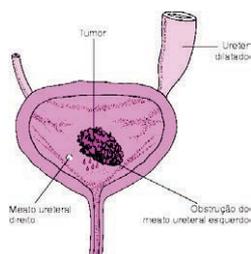
“A nossa descoberta indica que se prevenirmos ou controlarmos a colite, muito provavelmente conseguiremos prevenir o tumor de se formar”, adiantou o investigador, “o que é significativo”.

Os cientistas encontram-se agora a tentar desenvolver terapias com o objetivo de reparar a camada mucosa intestinal, assim como os açúcares aí presentes para tratar a colite e evitar o desenvolvimento de tumores nessa área.

INVESTIGAÇÃO PUBLICADA NA “GASTROENTEROLOGY” E “MUCOSAL IMMUNOLOGY”, 17 MAIO 2016, ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

CANCRO DA BEXIGA

Novo fármaco mostra-se eficaz



Um novo fármaco que ajuda o sistema imunitário a atacar os tumores é altamente eficaz contra o cancro da bexiga avançado, dá conta um estudo recentemente apresentado no encontro anual da Sociedade Americana de Oncologia Clínica.

Os investigadores da Universidade de Nova Iorque, nos EUA, constataram que as injeções do agente experimental atezolizumab diminuíram o tumor em pelo menos 30% e impediram o crescimento de um novo tumor em 28 dos 119 pacientes.

Arjun Balar, um dos autores do estudo, referiu que o atezolizumab é

a primeira terapia a ser aprovada em mais de três décadas para esta doença, e é o novo tratamento standard para os pacientes cuja terapia inicial com fármacos quimioterápicos à base de platina falharam. “Pode ser a única terapia que alguns pacientes necessitam”, referiu, em comunicado de imprensa.

O tratamento atual de primeira linha para o cancro da bexiga é a cisplatina, um fármaco que mata as células tumorais ao impedir que estas reparem danos no seu ADN. Este fármaco, que começou a ser utilizado desde 1970, aumenta a sobrevivência dos pacientes para pouco mais de um ano. No entanto, cerca de metade dos pacientes, a maioria dos quais são mulheres idosas com outros problemas de saúde graves, não podem tomar este fármaco devido aos seus efeitos tóxicos na função nervosa, renal e na audição. Adicionalmente, muitos pacientes desenvolvem resistência à cisplatina e a outros agentes quimioterápicos similares ao longo do tempo.

O estudo que foi conduzido em centros médicos dos EUA, Canadá e Europa apurou que o atezolizumab foi bem tolerado por todos os pacientes envolvidos. Os participantes relataram casos relativamente leves de fadiga, prurido, diarreia. Estes sintomas descritos são em menor número e menos graves que os associados à cisplatina ou alternativas similares.

Os investigadores verificaram também que metade dos pacientes respondeu à nova terapia em 15 semanas, quase todos (75%) sem sinais detetáveis de crescimento do cancro, com uma dose de 1.200 Miligramas a cada três semanas. Os 21 pacientes que responderam ao tratamento continuam a ser monitorizados, sendo que alguns deles continuam a ser tratados com atezolizumab desde do início do estudo, em maio de 2014.

Sete dos pacientes que inicialmente responderam à terapia tiveram uma

recidiva e foram submetidos a outras terapias, juntamente com aqueles que não responderam inicialmente à atezolizumab.

Nos pacientes que responderam à terapia, os tumores reduziram ou desapareceram como parte de uma resposta imunológica sustentada.

O investigador refere que os “inibidores de ponto de controlo”, como o é o caso do atezolizumab, são concebidos para treinar o sistema imunitário para atacar as células tumorais ao bloquear a ação das proteínas que ajudam as células cancerígenas a evitar o reconhecimento do sistema imunitário.

Apesar de o mecanismo exato de ação ainda não estar esclarecido, os investigadores referem que o novo medicamento bloqueia a interação da proteína PD-L1 com o seu recetor, o PD-1. Esta ligação do tipo “chave e fechadura” é essencial para a deteção das células tumorais pelos linfócitos T.

ESTUDO DA UNIVERSIDADE DE NOVA IORQUE, 08 JUNHO 2016
ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

MELANOMA

Desenvolvidos novos fármacos

Investigadores franceses sintetizaram e desenvolveram novos fármacos contra o melanoma. Um deles, o HA15, reduz a viabilidade das células do melanoma sem afetar as células saudáveis, dá conta um estudo publicado na revista “Cancer Cell”.

O melanoma é uma forma altamente agressiva do cancro da pele que afeta os melanócitos, as células responsáveis pela síntese da melanina. Existem três fases da progressão do tumor: crescimento radial, na qual as células proliferam de forma desordenada na epiderme; a fase de crescimento vertical, que envolve a invasão da derme; e a fase metastática, que corresponde à difusão das células cancerígenas nos tecidos periféricos.

Apesar de se terem obtidos resultados promissores no tratamento da

fase metastática, utilizando para tal terapias dirigidas ou imunoterapias, a maioria dos pacientes necessita de tratamentos adicionais para impedir a recidiva do tumor e também para impedir que se desenvolvam mais metástases.

Desta forma a identificação de um novo candidato a fármaco é um elemento inevitável para o estabelecimento de terapias eficazes contra este tipo de cancro, no qual a incidência está a aumentar a cada 10 anos.

Foi neste contexto que os investigadores do Inserm Unit 1065, centro mediterrânico para a Medicina Molecular, em França, descobriram uma nova classe de fármacos, a TZB, que apresentam propriedades anticancerígenas benéficas.

Stéphane Rocchi, a líder do estudo, refere que inicialmente esta família de fármacos foi identificada na diabetes tipo 2, uma vez que aumentava a sensibilidade das células à insulina. Desta forma, para a ser utilizado contra o cancro, os investigadores tiveram que alterar a sua estrutura para eliminar a atividade pró-insulina.

Após várias tentativas, os investigadores conseguiram, em colaboração com o instituto de química de nice, modificar extensivamente a estrutura inicial da TZB. A formulação mais promissora foi denominada HA15.

ESTUDO PUBLICADO NA REVISTA "CANCER CELL", 01 JUNHO 2016
ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

CANCRO DA PRÓSTATA

Radioterapia ou quimioterapia?

A radioterapia é mais eficaz que a quimioterapia para os pacientes com cancro da próstata em estadios IIa, onde um ou mais gânglios linfáticos regionais contêm células cancerosas, mas têm menos de 2 cm de diâmetro, revela um estudo publicado na revista "Clinical Oncology".

Na opinião dos investigadores da Universidade de Pittsburgh, nos EUA,

estes achados são importantes, uma vez que existem poucas evidências sobre qual dos tratamentos contra o seminoma testicular é mais eficaz. Adicionalmente, tem havido uma tendência para escolher a quimioterapia, em detrimento da radioterapia, para o tratamento dos pacientes que se encontram no estadios IIa-b.

O estudo apresentado recentemente na Sociedade Europeia para a Radioterapia e Oncologia (estro) 35 contou com a participação de 2.337 Pacientes com seminoma testicular em estadios II, que tinham sido tratados com radioterapia ou quimioterapia após remoção do testículo canceroso. No total, 960 encontrava-se no estadios IIa da doença, 78% foi tratado com radioterapia e 22 com quimioterapia; 812 encontrava-se no estadios IIb da doença, 54% e 46% foi tratado com radioterapia e quimioterapia, respetivamente. Os restantes pacientes encontravam-se no estadios IIc, com 4% e 96% a terem sido tratados através da radioterapia e quimioterapia, respetivamente.

O estudo, liderado por Sushil Beriwal, apurou que 99% dos pacientes em estadios IIa da doença que foram tratados com radioterapia encontravam-se vivos cinco anos após o diagnóstico, comparativamente com 93% dos que foram submetidos à quimioterapia. Para os pacientes em estadios IIb da doença, a taxa de sobrevivência ao fim de cinco anos foi de 95%, no grupo de radioterapia, e 92%, no de quimioterapia.

Os investigadores verificaram que, para os pacientes com seminoma testicular em estadios IIa, estes resultados mantiveram-se inalterados após terem sido feitos ajustes que poderiam influenciar os resultados. Para pacientes com doença fase IIb, foram observadas taxas de sobrevivência semelhantes independentemente do tratamento quimioterápico ou radio-terápico, o que sugere que para estes pacientes não é necessário um tratamento individualizado.

Um dos autores do estudo, Scott Glaser, refere que o seminoma testicular é uma doença rara, para a qual existem poucos dados capazes de orientar o tratamento adequado e muitos estudos com amostras pequenas. Desta forma, tem sido difícil encontrar pequenas diferenças entre a eficácia da radioterapia e quimioterapia.

Na opinião do investigador, a tendência para abandonar a radioterapia poderá estar relacionada com a falsa percepção de que este tratamento é mais tóxico que três ou quatro ciclos de quimioterapia com agentes múltiplos. No entanto, verificou-se que a radioterapia é, de facto, uma melhor opção de tratamento, apesar de não se saber ao certo o motivo.

Relativamente aos pacientes em estadios IIc da doença, ainda não é claro se a quimioterapia é preferível, uma vez que o risco de progressão distante é elevado. Adicionalmente, como 96% destes pacientes foram submetidos à quimioterapia é difícil fazer uma comparação com outros tratamentos.

Scott Glaser acrescentou que os resultados destes estudo apoiam a recomendação de que a radioterapia é a opção de eleição para os pacientes no estadios IIa da doença. O investigador conclui que o estadios IIb é encarado como um espectro, onde pacientes com tumores de menor volume (2-3 cm num único nódulo linfático) assemelham-se àqueles que se encontram no estadios IIa da doença e, por isso, beneficiam mais da radioterapia. Por outro lado, aqueles que têm tumores de maiores dimensões (4-5 cm, que se disseminaram para múltiplos nódulos linfáticos) assemelham-se mais aos que estão no estadios IIc e, por isso, é mais benéfico serem tratados através da quimioterapia.

ESTUDO PUBLICADO NA REVISTA "CLINICAL ONCOLOGY", 16
MAIO 2016, ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.



Ensaios clínicos – Informação

Nesta secção publicamos os ensaios clínicos ativos, por patologias oncológicas

Acedido em 20 Junho 2016

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

■ *Olaparib Treatment in Relapsed Germline Breast Cancer Susceptibility Gene (BRCA) Mutated Ovarian Cancer Patients Who Have Progressed at Least 6 Months After Last Platinum Treatment and Have Received at Least 2 Prior Platinum Treatments*

STATUS: Active
PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over

■ *A Study of BBI608 Administered With Paclitaxel in Adult Patients With Advanced Malignancies*

STATUS: Active
PHASE: Phase II, Phase I
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over

■ *HuMax[®]-TF-ADC Safety Study in Patients With Solid Tumors*

STATUS: Active
PHASE: Phase II, Phase I
TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment
AGE: 18 and over

■ *Phase 1-2 Study of Onapristone in Patients With Progesterone Receptor Expressing Cancers*

STATUS: Active
PHASE: Phase II, Phase I
TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment
AGE: 18 and over

■ *A Phase 1/2 Study Exploring the Safety, Tolerability, and Efficacy of Pembrolizumab (MK-3475) in Combination With Epacadostat (INCB024360) in Subjects With Selected Cancers (INCB 24360-202 / MK-3475-037 / KEYNOTE-037)*

STATUS: Active
PHASE: Phase II, Phase I
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over

■ *Open-Label, Dose-Escalation Study of INCB054828 in Subjects With Advanced Malignancies*

STATUS: Active
PHASE: Phase II, Phase I
TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment
AGE: 18 and over

■ *A Phase 1/2a Evaluation of the Safety, Pharmacokinetics and Efficacy of AL3818 in Subjects With Recurrent or Metastatic Endometrial, Ovarian or Cervical Cancer (AL3818-US-001)*

STATUS: Active
PHASE: Phase II, Phase I
TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment
AGE: 18 and over

■ *Phase 1b/2 Trial of Lenvatinib (E7080) Plus Pembrolizumab in Subjects With Selected Solid Tumors*

STATUS: Active
PHASE: Phase II, Phase I
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over

■ *Radiation Therapy with or without Cisplatin in Treating Patients with Recurrent Endometrial Cancer*

STATUS: Active
PHASE: Phase II
TYPE: Treatment
AGE: Not specified

■ *High Dose Rate Brachytherapy in Treating Patients with Endometrial, Cervical, Lung, Breast, or Prostate Cancer*

STATUS: Active
PHASE: Phase II
TYPE: Natural history/Epidemiology, Treatment
AGE: 18 to 90

■ *Radiation Therapy, Paclitaxel, and Carboplatin in Treating Patients with High-Risk Endometrial Cancer*

STATUS: Active
PHASE: Phase II
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over

■ *Carboplatin and Paclitaxel With or Without Trastuzumab in Treating Patients With HER2-Positive Stage III-IV or Recurrent Uterine Cancer*

STATUS: Active
PHASE: Phase II
TYPE: Treatment
AGE: Not specified

■ *Everolimus, Letrozole, and Metformin Hydrochloride in Treating Patients with Advanced or Recurrent Endometrial Cancer*

STATUS: Active
PHASE: Phase II
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over

■ *An Open-label, Phase 2 Study of Neratinib in Patients With Solid Tumors With Somatic Human Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR, HER2, HER3) Mutations or EGFR Gene Amplification*

STATUS: Active
PHASE: Phase II
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over

■ *Dasatinib in Treating Patients with Recurrent or Persistent Ovarian, Fallopian Tube, Endometrial or Peritoneal Cancer*

STATUS: Active
PHASE: Phase II
TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment
AGE: 18 and over

■ *Virexxa (Sodium Cridaninod) w/Progesterin Therapy in Pts w/ Recurrent/Persistent Endometrial CA*

STATUS: Active
PHASE: Phase II
TYPE: Treatment
AGE: 18 and over

■ *Paclitaxel and Intraperitoneal Carboplatin Followed by Radiation Therapy in Treating Patients with Stage III-IV Uterine Cancer*

STATUS: Active

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ *Everolimus and Letrozole or Hormonal Therapy to Treat Endometrial Cancer*

STATUS: Active

PHASE: Phase II,

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

■ *Clinical Trial of Lurbinectedin (PM01183) in Selected Advanced Solid Tumors*

STATUS: Active

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

■ *Stereotactic Radiosurgery in Treating Patients with Oligometastatic Disease*

STATUS: Active

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

■ *Stereotactic Radiosurgery in Treating Patients with Oligo-Recurrent Disease*

STATUS: Active

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

■ *Cabozantinib-S-Malate in Treating Patients with Recurrent or Metastatic Endometrial Cancer*

STATUS: Active

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ *PI3K/mTOR Inhibitor LY3023414 in Treating Patients with Recurrent or Persistent Endometrial Cancer*

STATUS: Active

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ *Study of Pembrolizumab (MK-3475) in Participants With Advanced Solid Tumors (MK-3475-158/KEYNOTE-158)*

STATUS: Active

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ *Ribociclib and Letrozole in Treating Patients with Relapsed ER Positive Ovarian, Fallopian Tube, Primary Peritoneal or Endometrial Cancer*

STATUS: Not yet active

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ *Nanoparticle Albumin-Bound Rapamycin in Treating Patients with Advanced Cancer with mTOR Mutations*

STATUS: Active

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ *Copanlisib in Treating Patients with Persistent or Recurrent Endometrial Cancer*

STATUS: Not yet active

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ *Enzalutamide, Carboplatin, and Paclitaxel in Treating Patients with Stage III-IV or Recurrent Endometrioid Endometrial Cancer*

STATUS: Not yet active

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

Para doentes com melanoma avançado

COMEÇAR COM KEYTRUDA® (pembrolizumab):

Superioridade vs ipilimumab para SG, SLP e TRG¹

KEYTRUDA® (pembrolizumab) cada 3 semanas

Taxa de Sobrevivência Global a 1 ano

68%

Versus **58%**
com ipilimumab

(HR=0,69; IC 95% 0,53-0,90;
p= 0,00358)

Taxa de Sobrevivência
Livres de Progressão a 6 meses

46%

Versus **27%**
com ipilimumab

(HR= 0,58; IC 95% 0,47-0,72;
p< 0,00001)

Taxa de Resposta Global

33%

(n=91/277;
IC 95%, 27-39;
p<0,001)

Versus **12%**
com ipilimumab

(n=33/278; IC 95%, 8-16)

• A Taxa de SG a 1 ano de Pembrolizumab cada 2 semanas foi 74% (HR=0,63; IC 95%, 0,47-0,83; p=0,00052), e a Taxa de SLP a 6 meses foi 47% (HR=0,58; IC 95%, 0,46-0,72; p<0,00001).

• A maioria dos eventos adversos reportados foram de grau 1 ou 2 de gravidade.

Posologia:

KEYTRUDA® (pembrolizumab) 2 mg/kg administrado por perfusão intravenosa

30 minutos

cada

3 semanas

...até progressão da doença ou toxicidade inaceitável

NOME DO MEDICAMENTO KEYTRUDA® 50 mg 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 solução contém 25 mg de pembrolizumab. Pembrolizumab é um anticorpo monoclonal humanizado, antirreceptor PD-1. **INDICAÇÕES TERAPEUTICAS** KEYTRUDA em monoterapia está indicado para o tratamento do melanoma avançado (irressecável ou metastático) em adultos. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** 2 mg/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. **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 1012 doentes sendo as reações adversas mais frequentes diarreia (16%), náuseas (12%), prurido (25%), erupção cutânea (25%), artralgia (13%) e fadiga (33%), com maioria Grau 1-2 e reações adversas mais graves imunitárias ou relacionados 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 $> 1,5 \times 3 \times$ 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 ≥ 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 $> 3 \times 5 \times$ LSN ou bilirrubina total $> 1,5 \times 3 \times$ 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 medicamentosa com pembrolizumab, não sendo esperadas quaisquer interações medicamentosas metabólicas por pembrolizumab ser eliminado por catabolismo. Evitar o uso de corticosteroides sistémicos ou outros imunossuppressores antes de iniciar pembrolizumab; podem ser usados corticosteroides sistémicos ou outros imunossuppressores após início de pembrolizumab para tratar reações adversas imunitárias. 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:** 07/2015.

Referência: 1. Robert C, Schachter J, Long GV, et al. Pembrolizumab versus ipilimumab in advanced melanoma, *N Engl J Med*. 2015 Jun 25;372(26):2521-32.

SG = Sobrevivência Global; SLP = Sobrevivência Livres de Progressão; TRG = Taxa de Resposta Global

Antes de receitar KEYTRUDA, leia o Resumo de Características do Medicamento. | Para mais informação deverá contactar o titular da AIM. | Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados.



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 da Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, U.S.A.
Todos os direitos reservados. ONCO-1163900-0000 02/16

KEYTRUDA®
(pembrolizumab) injetável para perfusão 50 mg

A TRABALHAR PARA QUE CADA DOENTE ONCOLÓGICO TENHA O TRATAMENTO CERTO.

O Cancro continua a ser um dos maiores e mais duradouros desafios da Indústria Farmacêutica. É por esta razão que o nosso compromisso de continuar a avançar na luta contra o Cancro é mais forte do que nunca. A Pfizer está a trabalhar para desenvolver terapêuticas alvo tendo por base o conhecimento biológico da doença. Isto ajudar-nos-á a direccionar o tratamento certo para a pessoa certa, no momento certo, e a melhorar a vida daqueles que vivem com cancro.



EM CONJUNTO ESTAREMOS MAIS PERTO DA CURA.

Colaboramos hoje com múltiplos parceiros públicos e privados, incluindo Universidades, Fundações e Agências Governamentais e contamos com mais de 1000 cientistas para nos ajudarem a encontrar uma resposta. Saiba mais em pfizer.pt



A trabalhar em conjunto para um mundo mais saudável™

Copyright © 2010 Pfizer Inc. Direitos reservados. A Wyeth foi adquirida pela Pfizer Inc. A integração da Wyeth e da Pfizer a nível local depende ainda do cumprimento de requisitos legais e regulamentares