

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

31

ANO IX · NOV-FEV 2016

ENTREVISTA COM...

Professor Luís Capelas, Enfermeiro, Docente no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, Cooordenador do Observatório Português dos Cuidados Paliativos e Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

SURVEY WORKGROUP DOR AEOP: CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ENFERMEIROS PERANTE A DOR

O Workgroup Dor da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa fez um estudo sobre os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros que fazem parte desta associação, sobre a dor. Fica aqui os resultados do Survey.

REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A EFICÁCIA DO MÉTODO EDUCACIONAL TRADICIONAL E DA TELENURSING NO ENSINO À PESSOA PARA O AUTOCUIDADO AO ESTOMA

Trabalho de investigação com o objetivo de comparar a eficácia entre a utilização conjunta do método educacional tradicional com a telenursing e a utilização isolada do método educacional tradicional no ensino à pessoa para o autocuidado ao estoma.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE AOS OPIÓIDES FORTES

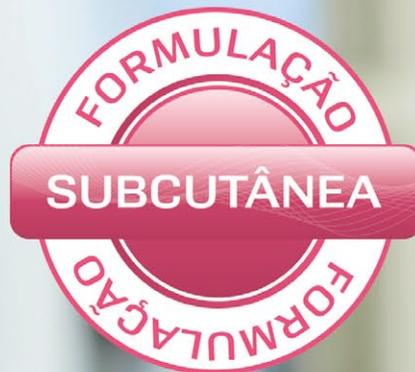
O presente estudo do tipo metodológico teve por objetivo construir um instrumento de avaliação destinado a avaliar as crenças e as representações sociais dos profissionais de saúde associadas ao uso de opióides fortes em contexto de doença incurável, avançada e progressiva.



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 antraciclina 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 antraciclina e ciclofosfamida, devem ter avaliação da função cardíaca antes, durante e até 24 meses após a interrupção do tratamento. Doentes tratados com antraciclina 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 antraciclina 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 eritrodigestesia 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. Hodí 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 de 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 bolus. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **Efeitos indesejáveis:** Ipilimumab é mais frequentemente associado com reacções adversas resultantes de actividade imunitária aumentada ou excessiva. A maioria destas, incluindo as reacções graves, tiveram resolução após o início de terapia médica adequada ou após ipilimumab ser retirado. Em doentes que receberam 3 mg/kg de ipilimumab em monoterapia no estudo MDX010-20, as reacções adversas notificadas mais frequentemente ($\geq 10\%$ dos doentes) foram diarreia, erupção cutânea, prurido, fadiga,

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

ou de outros sistemas de órgãos. Apesar da maioria das reacções adversas imunitárias ocorrer durante o período de indução, foi também notificado o aparecimento meses após a última dose de ipilimumab. Caso não tenha sido identificada uma etiologia alternativa, a diarreia, frequência de defecação aumentada, e 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 metabólito 5-aminoimidazol-4-carboxamida. A utilização de corticosteróides sistémicos no basal, antes do início de ipilimumab, deve ser evitada. No entanto, os corticosteróides sistémicos ou outros imunossuppressores podem ser utilizados após o início de ipilimumab para tratar as reacções adversas imunitárias. Uma vez que a hemorragia gastrointestinal é uma reacção adversa com ipilimumab, os doentes que requerem terapia anticoagulante concomitante devem ser monitorizados cuidadosamente. Fonte: RCM aprovado em 18 de Dezembro de 2013. Medicamento de receita médica restrita. Nome e morada do representante do titular da autorização de introdução no mercado: Bristol-Myers Squibb Farmacéutica Portuguesa, S.A. Quinta da Fonte, 2774-523 Paço de Arcos. Para mais informações deverá contactar o representante do Titular da Autorização de Introdução no Mercado.

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



© 2013 Bristol-Myers Squibb Company. Todos os direitos reservados. P1P-139743 Data de preparação 01/14 731PT13PR12059-01

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 poderá 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...

Professor Luis Capelas, Enfermeiro, Docente no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, Cooordenador do Observatório Português dos Cuidados Paliativos e Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

ARTIGOS

08 SURVEY WORKGROUP DOR AEOP: CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ENFERMEIROS PERANTE A DOR

Carina Raposo, António Oliveira, Juliana Santos, Ana Ribeiro, Célia Santos, Jorge Freitas, Isabel Correia

14 REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A EFICÁCIA DO MÉTODO EDUCACIONAL TRADICIONAL E DA TELENURSING NO ENSINO À PESSOA PARA O AUTOCUIDADO AO ESTOMA

Carla Silva

20 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE AOS OPIÓIDES FORTES

Célia Queirós, Teresa Martins

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

- 27 EUROPEAN ONCOLOGY NURSING SOCIETY: YOUNG CANCER NURSES WORKSHOP • BOLSAS AEOP A REUNIÕES ONCOLOGIA • AEOP 9: 26-28 MAIO 2016, HOTEL TEMPLÁRIOS TOMAR • PROGRAMA EDUCACIONAL CANCRO PULMÃO • AEOP ESTABELECE PARCERIA COM UICC • REUNIÃO PRIMAVERA, 7-9 ABRIL 2016, ÉVORA • PROGRAMA IMUNO-ONCOLOGIA PARA ENFERMEIROS

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

39 NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO

Também disponível em www.aeop.net

46 ENSAIOS CLÍNICOS DE FASE III E IV – 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

DIRECTOR 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 Hospitals
castrom3@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 Ravara
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

Nuno Matos, Luís Rocha, Carlos Varandas, Sílvia Rosado, David D'Oliveira, Rita Santos, Ana Fonseca, Ana Frias, Ana Pedreirinho, Hélder Godinho, Paula Correia, Ana Fonseca, Cristina Crilo, Luís Rosa, Sandra Santos, Nélia Oliveira, Eva Sousa, Marisa Matos

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

Começo por saudar todos os enfermeiros neste ano de 2016, com muito sucesso pessoal e colectivo. A AEOP está com todos os enfermeiros e pretendemos continuar a dar visibilidade á Enfermagem Oncológica, mostrando a enfermagem que fazemos todos os dias nos nossos locais de trabalho e no Orgulho que somos enquanto Enfermeiros Portugueses. Quero deixar a mensagem de que do sonho e das convicções partilhadas, nasce a força e a certeza de que só em conjunto será possível encarar o futuro. A Enfermagem oncológica deve rejeitar o compromisso e a indiferença e ter a capacidade de continuar a construir um caminho para o qual temos que estar atentos e preparados sempre às novas tendências de evolução científica. O nosso objectivo comum é o doente oncológico e os Enfermeiros oncologistas são confrontados diariamente com olhos mais críticos e mais exigentes, com uma grande diversidade de perspectivas, de sistemas de informação e de linguagens nos contextos de saúde.

Devemos manter a nossa dignidade enquanto profissionais e não permitir que Saberes da Enfermagem sejam utilizados por outros, temos um código deontológico que nos diferencia e pelo qual marcamos a diferença. O Parlamento Europeu exige que em todos os países da União Europeia haja especialização em Enfermagem Oncológica, porque o cancro é uma importante causa de morbilidade e mortalidade. Dos enfermeiros são esperados cuidados de elevada qualidade, de natureza e complexidade diversa, alargando assim o âmbito da sua intervenção. Na revista científica Onco news são publicados muitos trabalhos de boas práticas clínicas e artigos de revisão. Nesta revista ON 31, vamos publicar 3 artigos: 2 de Investigação e um de Revisão.

O primeiro artigo é sobre um estudo Survey organizado e trabalhado pelos colegas do Grupo de Trabalho Dor. O segundo artigo é uma revisão Sistemática sobre a eficácia da aplicação do método educacional tradicional e da tele-nursing no ensino à pessoa para o autocuidado ao Estoma, trabalho premiado na última reunião da AEOP. O terceiro Artigo descreve a avaliação das crenças e representações sociais dos profissionais face aos opióides.

A entrevista desta revista recai sobre o Prof. Luís Capelas que nos fala sobre a realidade atual dos cuidados paliativos em Portugal, os contextos e o que tem evoluído para os nossos doentes.

Uma nota final para apelar á vossa participação nos eventos científicos da AEOP, aumentando assim a nossa capacidade crítica e todos ficaremos a ganhar com isso. Em Abril de 7-9, como em reuniões anteriores, vamos estar na Reunião de Oncologia da Primavera na cidade de Évora com um programa de Enfermagem. Este programa tem o envolvimento dos grupos de trabalho da AEOP, como o Grupo sarcomas, Grupo pulmão, Grupo cabeça e pescoço e a Dor. A 9ª Reunião Magna da AEOP, vai ser em Maio na cidade de Tomar, com um programa científico que pensamos Inovador e com surpresas na área da Comunicação e Informação. Acompanhem a evolução deste evento através dos nossos meios e espero encontra-los por lá.

Até sempre e boas leituras.



Presidente AEOP



LUÍS CAPELAS

entrevista a

Enfermeiro, Mestre em Cuidados Paliativos, Doutor em Ciências da Saúde-Cuidados Paliativos, Docente no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, Cooordenador do Observatório Português dos Cuidados Paliativos, Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

[onco.news] Como evoluíram os cuidados paliativos a nível mundial e em Portugal?

[Prof. Luis Capelas] A Medicina e os Cuidados de Saúde à medida que foram tendo a capacidade de controlar a doença, de curar o que até aí era incurável, de prolongar a vida das pessoas, foram perdendo a sua essência nuclear: cuidar o doente e não a doença, o micróbio ou o uso da tecnologia.

Dame Cicely Saunders (médica, enfermeira e assistente social) no início da 2ª metade do século passado, refletindo sobre os cuidados prestados aos doentes

que se encontravam em fase final da sua vida e focalizando o seu trabalho nos seus doentes, constatou que seria necessário muito mais do que estava a ser feito, para que estes doentes vissem as suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais verdadeiramente satisfeitas. Surgiram assim os cuidados paliativos modernos.

Modernos porque deixaram de assentar apenas no conforto físico, ambiental e na caridade, mas numa prática simultaneamente científica e criativa, onde o foco dos cuidados passou a ser o doente e sua família, com a procura de uma melhor qualidade de vida e de dignidade da mesma.

Atrevo-me a dizer que por tudo o que fez e pelo movimento que gerou à volta do Mundo, Dame Cicely Saunders merecia ter ganho o Prémio Nobel da Medicina. Não por ter descoberto uma molécula X, ou um tratamento Y, ou um mecanismo fisiológico Z, mas por ter feito com que se repensassem os cuidados de saúde, reivindicando a sua humanização, individualização, a focalização no doente e sua família, promovendo a qualidade de vida, a busca de sentido e a promoção da dignidade da mesma.

É a partir deste movimento, que os cuidados ao doente em fim de vida começam o seu desenvolvimento exponencial, ao longo de todo o globo, procurando abranger todos os povos. Assim, nos anos 60 foi fundada a primeira unidade de cuidados paliativos (UCP) na Coreia, no “Calvary Hospice of Kangnung” em 1965, pelas irmãs católicas da “Little Company of Mary”. Dois anos mais tarde, foi fundado

em Londres, o St Christopher's Hospice, que seria a referência dos cuidados paliativos modernos. Hoje em dia, mais de 115 países dos 234 existentes têm um ou mais serviços de cuidados paliativos, com uma grande diversidade de programas, de tipologias, assim como de objetivos dos programas, especialmente no que respeita ao público-alvo.

No que respeita ao nosso país, a história dos cuidados paliativos tem cerca de 20 anos, embora já desde o século XVI estes cuidados estejam já referidos em alguns textos médicos.

Pode dizer-se que, no nosso país, os cuidados paliativos iniciaram-se em 1992, com a inauguração da Unidade de Dor do Hospital do Fundão, com grande empenho do Dr. Lourenço Marques que quase de imediato se transformou no Serviço de Medicina Paliativa do mesmo hospital.

Dois anos mais tarde, surge a primeira Unidade de Cuidados Paliativos, também com valência de consultoria intra-hospitalar e apoio domiciliário, num hospital oncológico, no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto em 1994, a que se seguiu mais tarde, em 2001, a do IPO de Coimbra. Neste período intercalar foi fundada, pelo Prof. Doutor Ferraz Gonçalves a Associação Nacional de Cuidados Paliativos, em 1995, e que hoje se designa de Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP). Surgiu, também, primeira equipa de cuidados paliativos domiciliários, do país, no Centro de Saúde de Odiveelas, em 1996, dirigida pela Dr.ª Isabel Galriça Neto.

Como foi o percurso da evolução académica e científico dos Cuidados Paliativos em Portugal? Já se consegue afirmar como uma especialidade autónoma?

Tem sido um percurso de cerca de 12 anos, com a criação do 1º mestrado em Cuidados Paliativos, na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, a que se seguiram outras instituições. Importa também ressaltar que cuidados paliativos não se destinam só para adultos, e que nesse sentido de há 3 anos para cá, existe no Instituto de Ciências da Saúde da Universi-

dade Católica Portuguesa uma Pós-Graduação em Cuidados Paliativos Pediátricos e este ano foi iniciada uma Pós-graduação em cuidados Paliativos para Doentes Não Oncológicos. Tem sido um bom percurso mas ainda insuficiente, pois a formação pré-graduada é ainda muito insuficiente. Ao nível médico já existe a competência em Medicina Paliativa conferida pela ordem dos Médicos. No que respeita à enfermagem, já foi aprovada a especialidade, já saiu em Diário da República, mas falta a total operacionalização por parte da Ordem dos Enfermeiros. Tal é lamentável, pois sabemos que seria um motor muito importante do desenvolvimento e rigor destes cuidados.



(...) Só assim poderemos chegar a cuidados humanizados, que na minha opinião, são aqueles que respondem na íntegra às necessidades dos doentes e sua família.

No âmbito da prática clínica de Enfermagem, os Cuidados Paliativos demarcam-se especificamente da Oncologia pela dimensão integral e “sui generis” do “Cuidar”. Que contributo pode a AEOP, como organização representativa da Enfermagem Oncológica em Portugal, dar para o contexto científico e implementação dessa praxis, assim como da sua visibilidade?

Considero que deveria ser enfatizada a importância da integração cuidados paliativos/cuidados dirigidos à doença, pois hoje mais do que nunca e, em específico no doente oncológico, é o “gold standard” da abordagem dos doentes. Os cuidados paliativos não são só para os doentes que não respondem ao tratamento curativo,

mas dirigem-se e são adequados para todos os que tenham doença grave e /ou fatal, com ênfase na prevenção e alívio do sofrimento, qualquer que seja a sua origem.

Existem pontos comuns entre estas duas organizações que possam potenciar os “Cuidados Paliativos”?

Existem. O doente e a família. Se focarmos a nossa atuação no que é realmente importante: as necessidades do doente e sua família, e nos descentramos da doença, então não só a AEOP e APCP têm muito em comum, mas todas as organizações profissionais que se preocupam com a melhoria dos cuidados de saúde. Só assim poderemos chegar a cuidados humanizados, que na minha opinião, são aqueles que respondem na íntegra às necessidades dos doentes e sua família, e também só assim poderemos afirmar de forma clara que prestamos cuidados holísticos, tantas vezes chamados à discussão mas que na realidade ainda não estão totalmente desenvolvidos.

Como vê o futuro dos Cuidados Paliativos em Portugal e no nosso Sistema de Saúde?

Vejo com um misto de apreensão e esperança. Apreensão porque ainda não vimos nestes anos todos e na atual posição dos nosso governantes, mas também dos gestores das instituições de saúde, uma verdadeira aposta nesta área do cuidar, como sendo aquela que é a mais adequada técnica e cientificamente para estes doentes. Com esperança, pois vou vendo crescer a massa crítica nos doentes e profissionais que julgo a médio prazo vir a dar frutos por pressão da sociedade e dos profissionais.

SURVEY WORKGROUP DOR AEOP: CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ENFERMEIROS PERANTE A DOR

Carina Raposo

Enfermeira graduada
Centro Hospitalar do Porto, EPE
karyraposo@gmail.com

António Oliveira

Staff nurse
Harley Street at University College
Hospital, UK
migueloliveira.nurse@gmail.com

Juliana Santos

Enfermeira graduada
Instituto Português de Oncologia do
Porto Francisco Gentil, EPE
enfjuliana.santos@gmail.com

Ana Ribeiro

Professora Coordenadora
Escola Superior de Enfermagem
do Porto
ana@esenf.pt

Célia Santos

Professora Coordenadora
Escola Superior de Enfermagem
do Porto
celiasantos@esenf.pt

Jorge Freitas

Enfermeiro chefe
Instituto Português de Oncologia do
Porto Francisco Gentil, EPE
mjorgefreitas@sapo.pt

Isabel Correia

Professora Adjunta
Escola Superior de Enfermagem S. João
de Deus – Universidade de Évora
icorreia@uevora.pt

RESUMO: Os enfermeiros têm um papel fundamental na gestão eficaz da dor. A avaliação da dor, a intervenção imediata e a apreciação dos resultados clínicos obtidos com a intervenção são necessários para uma gestão eficaz. Muitos enfermeiros podem não estar preparados para assumir uma atitude crítica quer por falta de conhecimentos, quer por atitudes individuais negativas perante a dor. Desta forma, o Workgroup Dor da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), decidiu pesquisar quais os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros que fazem parte desta associação, sobre a dor. Para tal, foi utilizado o questionário (versão adaptada) “*Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain*” (KASRP), já validado em vários estudos semelhantes internacionais. Os resultados obtidos dos 87 questionários respondidos foram satisfatórios, já que cerca de 79,5% das questões relacionadas com os conhecimentos e atitudes foram corretamente respondidas. No entanto, alguns destes resultados demonstraram haver ainda algumas lacunas, como por exemplo, na área de conhecimentos relativos à farmacologia. Assim, o Workgroup Dor já se encontra a trabalhar em estratégias de educação e formação na área da dor, pretendendo dar respostas a algumas das lacunas identificadas. Pretende também, proceder à tradução, adaptação linguística e cultural do KASRP para a língua portuguesa e, posteriormente, alargar esta pesquisa a uma amostra maior de enfermeiros. Este artigo é o resultado de um poster apresentado nas Jornadas da Primavera em Évora em Março de 2015 e de uma comunicação livre apresentada na AEOP7, ambos premiados.

PALAVRAS-CHAVE: *Conhecimentos; atitudes; Dor; Enfermeiros.*

ABSTRACT: *Nurses have a key role in pain management. Pain assessment, immediate intervention and evaluation of the clinical results are essential for an effective pain management. Many nurses may not be prepared to take a critical role due to lack of knowledge and individual attitudes towards pain. In this way, the Workgroup Dor from AEOP (Associação Portuguesa de Enfermagem Oncológica - Portuguese Cancer Nurses Association), decided to research what knowledge and attitudes towards pain are possessed by nurse members of this association. To accomplish this, we applied the questionnaire (adapted version) “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” (KASRP), already validated in several similar international studies. The of the 87 questionnaires were satisfactory,*

since about 79.5% of the questions related to the knowledge and attitudes were correctly answered. However, some of these results shown there are still some shortcomings, for example in the field of pharmacology. Thus, the Workgroup Dor is already working on education strategies and training in the area of pain, intended to give answers to some of these gaps. It also intends to proceed to translation, linguistic and cultural adaptation of KASRP into Portuguese, and later extend this research to a larger sample of nurses. This article is the result of a Poster communication presented at the “Jornadas da Primavera in Évora” in March 2015 and an oral communication at AEOP7, both works awarded 1st prize.

KEYWORDS: *knowledge; attitudes; pain; nurses.*

Introdução

Ajudar a pessoa gerir a dor é um desafio para os profissionais de saúde¹ sendo uma intervenção de enfermagem. Os conhecimentos e as atitudes adotadas perante a pessoa com dor influenciam a forma como esta é gerida.² Uma das responsabilidades dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, é assegurar o alívio da dor e do sofrimento dos doentes.⁵

O tratamento inadequado da dor é um problema clínico nos doentes internados, resultando em consequências psicológicas, físicas e financeiras. Algumas barreiras têm sido atribuídas nos profissionais de saúde no que concerne ao tratamento inadequado da dor.³ A gestão eficaz da dor requer conhecimentos, atitudes, habilidades e competências específicas.⁵ Os enfermeiros que possuem uma base sólida de conhecimentos em dor e uma atitude adequada face ao controlo da dor oferecem melhores cuidados na gestão e tratamento da dor.⁶

O questionário “*Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain*” (KASRP), desenvolvido em 1987, por Betty Ferrel e Margo McCaffery, é um instrumento que permite avaliar os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros e outros profissionais de saúde perante a dor e tem sido extensamente utilizado desde o seu desenvolvimento. A ferramenta foi revista ao longo dos anos no sentido de refletir as mudanças nas práticas de gestão da dor. A validade do conteúdo foi determinada pela revisão de vários especialistas em dor. O conteúdo do questionário teve origem nos padrões atuais de gestão da dor, como a American Pain Society, a Organização Mundial de Saúde e as diretrizes nacionais da National Comprehensive Cancer Network Pain Guidelines.⁴

Métodos

Este trabalho resulta de um estudo preliminar exploratório descritivo, cujo objetivo foi avaliar o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) perante a dor. No sentido de identificar quais os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros perante a dor, foi elaborado um questionário adaptado do “*Knowledge And Attitudes Survey Regarding Pain*” (KASRP, 2012), e submetido, via Plataforma Google Docs a 520 membros inscritos na AEOP para preenchimento *online* entre Junho e Julho de 2014. Os questionários eram anónimos pelo que foi assegurado a confidencialidade das respostas.

O KASRP é um instrumento de auto preenchimento tipo questionário com 37 itens. É composto por 21 perguntas de resposta verdadeira ou falso e de 16 perguntas de escolha múltipla. A sua finalidade é avaliar as atitudes e os conhecimentos sobre o tema da dor. Este instrumento pode ser particularmente útil, como por exemplo, na avaliação dos resultados da aprendizagem em programas educacionais sobre a dor.⁴

O questionário aplicado para este estudo, que denominámos de “Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros perante a dor” (CAED) consta de uma versão adaptada do KASRP⁴, como já anteriormente referido. Não foi incluída a totalidade das questões do instrumento original, mas em contrapartida foram introduzidas outras consideradas úteis para o presente estudo. Na parte do questionário que foca os conhecimentos na área, foram acrescentadas questões ao instrumento original com o objetivo de obter uma melhor descrição da atitude dos enfermeiros perante a avaliação da dor.

O questionário aplicado (CAED) foi assim construído por 38 itens e dividido em duas partes:

- A primeira parte foi desenvolvida para obtenção de dados sociodemográficos e relativos à formação em enfermagem e em dor;

- A segunda parte do questionário incidiu em questões sobre o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros perante a dor (versão adaptada do KASPR) composto por 30 perguntas de resposta verdadeiro ou falso e oito perguntas de respostas múltiplas).

A análise estatística dos dados foi realizada em excel para windows, versão 2010. A percentagem de respostas corretas foi calculada em cada item do instrumento de medida.

Resultados e Discussão

A taxa de resposta ao questionário foi de 16,7%, ou seja, 87 respondentes em 520 questionários enviados pelo que em estudos futuros, serão equacionadas estratégias para incrementar a adesão.

As características sociodemográficas, profissionais e formativas dos enfermeiros que responderam ao questionário são apresentadas nas tabelas 1 e 2.

	Caraterísticas	n	%
Idade	21-29	14	16,1
	30-39	37	42,5
	40-49	22	25,3
	50-59	14	16,1
Género	Masculino	12	14
	Feminino	75	86
Categoria profissional	Enfermeiro	53	61
	Enf. Especialista	17	20
	Enf. Chefe	7	8
	Enf. Supervisor	3	3
Habilitações académicas	Enf. Docente	7	8
	Licenciatura	29	33
	Especialidade e/ou Pós-graduação	30	34
	Mestrado	27	31
	Doutoramento	1	1

Tabela 1 - Características sociodemográficas e profissionais

	Caraterísticas	n	%
Formação em Dor	Sim	55	63
	Não	32	37
Tipo de Formação	Pré-graduada	8	7
	Pós-graduada	17	16
	Formação em Serviço	38	35
	Eventos científicos	46	42
Temáticas	Dor crónica oncológica	48	34
	Dor crónica não oncológica	20	14
	Dor aguda	29	20
	Dor em pediatria	4	3
	Dor em cuidados paliativos	39	27
	Outros	3	2

Tabela 2 - Características da formação em dor

Verifica-se que a maioria da amostra é composta por mulheres (86%), com idades compreendidas entre 30-39 (42,5%) e 40-49 (25,3%) anos, maioritariamente com o grau académico de licenciatura (33%) ou mestrado (31%). De salientar ainda que 34% da amostra era detentora de um curso de especialização ou de uma pós-graduação. Da amostra de enfermeiros que responderam ao questionário, 63% tinham formação na área da dor, maioritariamente adquirida em eventos científicos (em 42% dos inquiridos), seguido de formações realizadas em serviço (35%), sendo as temáticas mais focadas na dor oncológica (34%) e na dor em cuidados paliativos (27%).

Os resultados da segunda parte do questionário indicam que, cerca de 79,5% das questões relacionadas com os conhecimentos e atitudes foram respondidas corretamente.

Com as respostas às questões, verificámos que 94% dos enfermeiros avaliam a dor dos doentes com recurso a uma escala de avaliação, embora somente 86% afirmasse registar a sua avaliação no processo clínico, sendo a escala mais utilizada a numérica. A figura 1 ilustra os instrumentos utilizados pela amostra.

Quais os instrumentos de avaliação que utiliza?

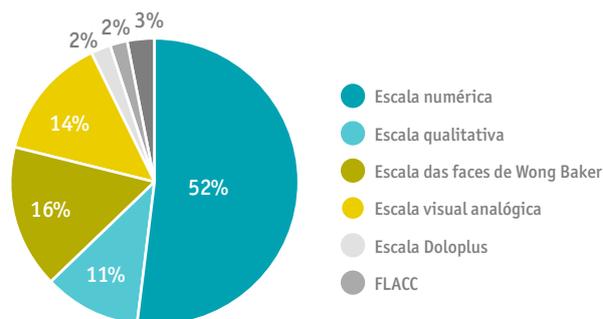


Figura 1 - Respostas à questão “Quais os instrumentos de avaliação que utiliza?”

A tabela 3 ilustra as respostas corretas obtidas na segunda parte do questionário. Destas, podemos constatar que 67% dos enfermeiros reconhecem a dor como sendo o 5º sinal vital e como um sintoma, estando esta resposta em conformidade com a norma da Direção Geral da Saúde.¹

Considerando que a depressão respiratória é um dos principais medos dos profissionais de saúde, no que concerne à prescrição dos opioides, constatámos que os participantes da amostra estavam esclarecidos, uma vez que 94% dos enfermeiros responderam corretamente à afirmação 9 sobre questão nº 9 (“A depressão respiratória raramente ocorre em doentes medicados com doses estáveis de opioides administrados de forma crónica”).

As percentagens de respostas corretas às questões 8, 16, 18, 21, 28 e 29, ainda que com resultados positivos (superiores a 50%, com exceção da questão 29), parecem demonstrar que existem algumas lacunas no conhecimento relativo aos fármacos utilizados para o tratamento da dor crónica oncológica. No entanto, as percentagens altas de respostas corretas às questões 11, 12, 13 e 14 (quase na totalidade corretas) demonstram que os enfermeiros têm conhecimentos sobre os mitos mais comuns que interferem na avaliação da dor.

De notar, no entanto, que 24% dos enfermeiros participantes na amostra em estudo, admitiram a injeção de água bidestilada como útil para determinar se a dor é real (questão 16). Partindo do pressuposto que a dor do doente é uma experiência individual, subjetiva e multidimensional, questionamos a dimensão ética da administração de água bidestilada, indicando conhecimentos deficitários sobre gestão da dor nesse domínio por parte dos enfermeiros.

Item	Conteúdo do item (Resposta correta)	Respostas corretas	
		n	%
V: Resposta verdadeira; F: Resposta falsa			
1	A dor é: o 5º sinal vital e um sintoma (V)	58	67
5	Os sinais vitais são sempre indicadores fiáveis da intensidade da dor dos doentes. (F)	63	72
6	Os doentes, que podem ser distraídos da dor, geralmente não têm dor intensa. (F)	71	82
7	Os doentes podem dormir, apesar da dor intensa. (V)	40	46
8	O paracetamol e os anti-inflamatórios não esteroides não são analgésicos eficazes para as metástases ósseas. (F)	48	55
9	A depressão respiratória raramente ocorre em doentes medicados com doses estáveis de opioides administrados de forma crónica. (V)	82	94
10	Combinar analgésicos que atuam por diferentes mecanismos (por exemplo, a combinação de um AINE com um opioide) pode resultar num melhor controlo da dor e com menos efeitos secundários do que com um único analgésico. (V)	82	94
11	Os idosos não toleram opioides para alívio da dor. (F)	86	99
12	Os doentes devem ser encorajados a suportar a dor tanto quanto possível antes de utilizar um opioide. (F)	87	100
13	As crianças com menos de 11 anos não podem relatar a dor. A informação clínica deve basear-se unicamente na avaliação que os pais fazem acerca da dor da criança. (F)	87	100
14	As crenças espirituais dos doentes podem levá-los a pensar que a dor e o sofrimento são necessários. (V)	86	99
15	Após a administração de uma dose inicial de analgésico opioide, as doses subsequentes devem ser ajustadas de acordo com a resposta individual do doente. (V)	86	99
16	A injeção de água bidestilada (placebo) é um ensaio útil para determinar se a dor é real. (F)	66	76
17	Uma dose única de anticonvulsivantes, como a gabapentina e a pregabalina, alivia a dor de forma significativa. (F)	68	78
18	As benzodiazepinas não são analgésicos eficazes a menos que a dor seja causada por um espasmo muscular. (V)	47	54
19	Os opioides não devem ser administrados em doentes com história de abuso de substâncias. (F)	78	87
20	Se a causa da dor é desconhecida, os opioides não devem ser administrados durante a fase de avaliação, uma vez que pode mascarar o correto diagnóstico da causa da dor. (F)	55	63
21	A via de administração recomendada para os analgésicos opioides nos doentes com dor crónica oncológica é a via: (oral)	55	63

Item	Conteúdo do item (Resposta correta)	Respostas corretas	
		n	%
V: Resposta verdadeira; F: Resposta falsa			
22	A via de administração recomendada para os analgésicos opioides nos doentes com dor pós-operatória ou dor relacionada com trauma é a via: (intravenosa)	77	89
23	Qual dos seguintes medicamentos analgésicos é considerado o fármaco de eleição para o tratamento prolongado da dor moderada a intensa em doentes oncológicos? (morfina)	70	80
24	A razão mais provável para um doente com dor solicitar mais medicação analgésica é: (o doente apresenta um aumento da intensidade da dor)	84	97
25	Qual dos seguintes fármacos é útil para o tratamento da dor oncológica? (todos os itens acima)	71	82
26	A pessoa que melhor avalia a intensidade da dor do doente é: (o doente)	68	78
27	O pico do efeito máximo da morfina administrada por via intravenosa é aos: (15 minutos)	70	80
28	O pico do efeito máximo da morfina administrada por via oral é: (1-2 horas)	55	63
29	Após a interrupção abrupta de um opioide, a dependência física manifesta-se da seguinte forma: (sudorese, bocejos, diarreia e agitação do doente)	20	23
30	Na dor pós-operatória, os analgésicos devem ser administrados: (num horário fixo)	78	90

Tabela 3 - Tabela das questões respondidas corretamente

Considerando que 79,5% das questões relacionadas com os conhecimentos e as atitudes face à dor foram respondidas corretamente pelos enfermeiros, consideramos os resultados como satisfatórios, nomeadamente quando comparados com outros estudos.^{3,5,6} No entanto, parece necessário reforçar, esclarecer e validar esses conhecimentos através de acções de sensibilização e formação.

Conclusão

O tratamento da dor pressupõe que o enfermeiro possua um conhecimento adequado, permitindo analisar o fenómeno, implementar estratégias terapêuticas e avaliar corretamente os resultados. Apesar de, no presente estudo, termos obtido uma percentagem elevada de respostas corretamente respondidas, persistem lacunas em alguns domínios do conhecimento, das atitudes e das concepções de cuidados relacionados com a dor.

Não devemos deixar de referir que o presente estudo tem limitações, nomeadamente relacionadas com o diminuto tamanho da amostra e por ser constituída por profissionais que trabalham maioritariamente com doentes oncológicos. Estudos mais abrangentes terão de ser elaborados para se extrapolar para outros contextos clínicos fora do âmbito da oncologia.

As estratégias de educação, formação e ensino são essenciais para o desenvolvimento de boas práticas nos diversos contextos de intervenção profissional². Apesar das limitações do estudo, este oferece dados sobre o conhecimento relacionado com a gestão da dor por parte dos enfermeiros inquiridos. O *Workgroup* Dor da AEOP pretende, com base na avaliação das necessidades de formação dos enfermeiros, elaborar um plano de formação no âmbito da dor e proceder à tradução, adaptação linguística e cultural do questionário KASRP para a língua portuguesa.

Referências bibliográficas

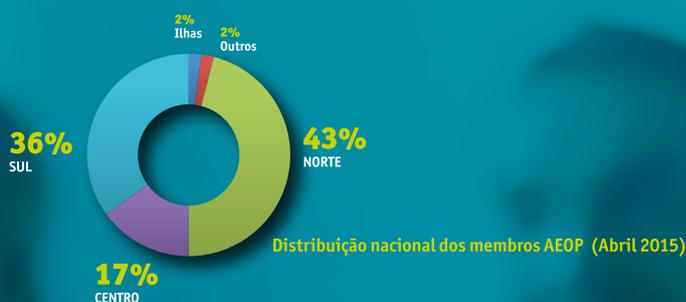
1. Direção-Geral da Saúde - A Dor como 5º Sinal Vital: Registo Sistemático da Intensidade da dor. Circular Normativa N.º 9/DGCG de 14/06/2003. Lisboa; 2003.
2. Ordem dos Enfermeiros - DOR: Guia Orientador de Boa Prática, Lisboa, 2008.
3. Zhang, Chun-Hua, RN, MSN et AL - Effects of a Pain Education Program on Nurses' Pain Knowledge, Attitudes and Pain Assessment Practices in China, *Journal of Pain and Symptom Management*, December, 2008. Volume 36, Issue 6. Pages 616-627. (accessed 30.09.15).
4. Ferrell, B., McCaffery, M. - The Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP). 2012. City of Hope Pain & Palliative Care Resource Center. Available from: (<http://prc.coh.org>) (accessed 30.09.15.)
5. Albaqawi, Hamdan - Nurses' knowledge regarding pain management in hail region hospitals, Saudi Arabia. WEI International European October 14-17, 2012 Academic Conference Proceedings Zagreb, Croatia (accessed 30.09.15)
6. Yava, Ayla Et AL. - Knowledge and Attitudes of Nurses about Pain Management in Turkey - *International Journal of Caring Sciences* September-December 2013 Vol 6 Issue 3 - 494-505 (accessed 30.09.15)



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

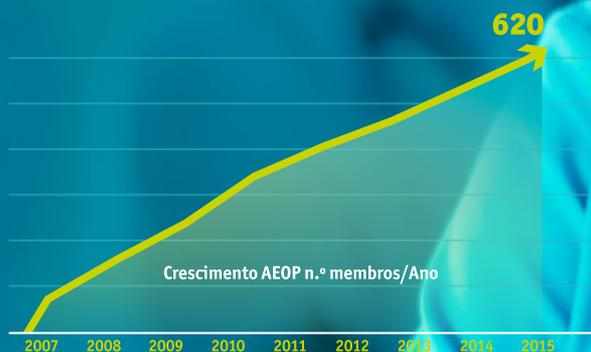
somos

uma associação
representativa da
enfermagem oncológica
portuguesa



estamos

sempre a crescer



Consigo, fazemos a diferença...

REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A EFICÁCIA DO MÉTODO EDUCACIONAL TRADICIONAL E DA *TELENURSING* NO ENSINO À PESSOA PARA O AUTOCUIDADO AO ESTOMA

Carla Silva

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
Universidade Católica Portuguesa
enf_carlasilva@hotmail.com

RESUMO: A construção de um estoma determina na pessoa a vivência de um processo de transição saúde/doença, ao serem-lhe exigidos novos conhecimentos e habilidades fundamentais para a gestão do autocuidado ao estoma. O papel do enfermeiro é fundamental neste sentido, por ser o responsável na equipa de saúde pelo ensino e instrução da pessoa para o autocuidado ao estoma.

O objetivo deste estudo foi comparar a eficácia entre a utilização conjunta do método educacional tradicional com a telenursing e a utilização isolada do método educacional tradicional no ensino à pessoa para o autocuidado ao estoma. A pesquisa eletrónica foi realizada nas bases de dados referenciais para a pesquisa científica em enfermagem CINAHL, Scopus e Web of Science de 1 a 27 de Abril de 2015 com o termo de pesquisa limitado ao título, resumo e palavras-chave: (ostom* OR stoma) AND ("teaching method*" OR "teaching strateg*" OR "teaching alternative*" OR "stoma education*" OR "ostom* education*" OR telenurs*) AND (nursing OR nurse*). De 73 artigos identificados foram selecionados quatro, conforme os critérios de inclusão, nomeadamente, estudos de investigação desenvolvidos na área de enfermagem que comparassem o método educacional tradicional associado à telenursing com o método educacional tradicional isolado em adultos com estoma sem défices cognitivos, motores ou sensoriais, disponíveis em formato integral e publicados desde 1995. Três estudos referem que a pessoa com estoma apresenta mais conhecimento e melhores atitudes e comportamentos de autocuidado quando existe uma associação entre os métodos, no entanto, um estudo concluiu não existirem diferenças significativas quando comparada a eficácia entre a utilização isolada do método educacional tradicional e a utilização conjunta do método educacional tradicional com a telenursing. A divergência dos resultados obtidos poder-se-á dever ao facto de as estratégias incluídas no método educacional que contempla a telenursing diferirem entre os estudos, sendo esta uma limitação.

Concluiu-se que a utilização conjunta do método educacional tradicional e da telenursing no ensino à pessoa com estoma parece ser mais eficaz que a utilização isolada do método educacional tradicional, contudo, são necessários novos estudos que comparem e comprovem a eficácia destes métodos educacionais, assim como das diferentes estratégias utilizadas na telenursing no desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa ao estoma.

PALAVRAS-CHAVE: Estoma, autocuidado, métodos educacionais, telenursing.

ABSTRACT: *The performance of a stoma imposes the experience of a health/disease transition process, as it requires the person to acquire new knowledge and fundamental skills in order to manage stoma self-care. The nurse's role is crucial in this regard, because he/she is the health team member in charge of*

teaching and preparing the person for stoma self-care.

The aim of this study was to compare the effectiveness of the joint use of the traditional educational method with telenursing and the isolated use of the traditional educational method in teaching the person for stoma self-care. The electronic survey was conducted in the CINAHL, Scopus and Web of Science reference databases for scientific research on nursing, from 1 to 27 April 2015, with the search term limited to the title, abstract and keywords: (ostom OR stoma) AND ("teaching method*" OR "teaching strateg*" OR "teaching alternative*" OR "stoma education*" OR "ostom* education*" OR telenurs*) AND (nursing OR nurse*). 4 articles were selected out of the 73 that were identified, according to the inclusion criteria, namely research studies developed in the nursing field that compared the traditional educational method associated with telenursing with the isolated traditional educational method in adults with stoma without cognitive, motor or sensory impairment available in full and published since 1995. Three studies report that a person with stoma has more knowledge and better self-care attitudes and behaviors when there is an association between the methods, however, one study found no significant differences when comparing the effectiveness between the isolated use of the traditional educational method and the joint use of the traditional educational method with telenursing. The different results that were obtained may be due to the fact that the strategies included in the educational method integrating telenursing differ between studies, and that is a limitation.*

It was concluded that the joint use of the traditional educational method and telenursing in teaching the person with stoma seems to be more effective than the isolated use of the traditional educational method. However, further studies are needed to compare and prove the effectiveness of these educational methods, as well as the different telenursing strategies used in the development of self-care competence of the person with stoma.

KEYWORDS: *Stoma, self-care, educational methods, telenursing.*

Introdução

A pessoa com estoma vivencia um processo de transição do tipo saúde/doença, sendo-lhe exigidos conhecimentos e habilidades de autogestão que promovam a sua autonomia face ao autocuidado ao estoma e, assim, a adaptação à nova condição (RNAO, 2009). O sucesso e a qualidade deste processo de aprendizagem (cognitiva e de capacidades) repercutir-se-á no processo de adaptação da pessoa ao estoma. O desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa ao estoma é descrito por Fulham (2008) como um fator relevante no processo de adaptação. No estudo clássico de Pivonka e Merino (1999), o domínio de habilidades relativas ao estoma foi descrito como uma variável significativa e preditora da adaptação ao estoma. Simmons e colaboradores (2007) concluíram, igualmente, no seu estudo que as pessoas que melhor se adaptam à condição de ostomizado são aquelas que expressam menor receio de constrangimento público, menor nível de limitação funcional e maior controlo sobre os cuidados ao estoma. Ora, o enfermeiro assume um papel fundamental neste processo na equipa de saúde porque além de cuidador é, também, um educador (Reveles & Takahashi, 2007).

A tecnologia da informação e comunicação tem descoberto, a par do referido, novos métodos educacionais que permitem aos enfermeiros maximizar a eficiência, equidade e

qualidade dos cuidados de saúde (Abbott & Coenen, 2008). A *telenursing* surge, assim, como a utilização da tecnologia na prestação de cuidados de enfermagem (Peck, 2005), permitindo que conhecimento e experiência estejam disponíveis àqueles que necessitem de cuidados de enfermagem. A *telenursing* engloba diferentes formas de transmissão da informação (voz, som, vídeo e texto), tecnologias de comunicação (telefone, rádio, internet) e agentes de software como o computador, videofone, fax (Miller, 2007) enquanto que no método educacional tradicional a informação é entregue na sua forma final e acabada. Restringe-se, geralmente, à teoria ou atividades práticas diretamente no local (presencialmente) (Souza, Iglesias & Pazin-filho, 2014).

Sendo conhecidas as vantagens da educação à pessoa com estoma, tais como a redução do tempo de internamento, das complicações após a cirurgia e das readmissões hospitalares (Simmons et al., 2007), importa comparar a eficácia dos métodos educacionais utilizados pelos enfermeiros no atendimento a este grupo populacional.

Metodologia

A revisão sistemática da literatura utiliza métodos sistemáticos explícitos para identificar, apreciar e sistematizar a informação obtida na revisão (Newman & Roberts,

2004). No presente estudo pretendeu-se obter informação acerca dos métodos educacionais utilizados pelos enfermeiros no ensino/instrução da pessoa para o autocuidado ao estoma e comparar a eficácia destes. Assim, o objetivo foi comparar a eficácia entre a utilização conjunta do método educacional tradicional (*face-to-face*) com a *telenursing* e a utilização isolada do método educacional tradicional (*face-to-face*) no ensino à pessoa para o autocuidado ao estoma.

Como forma de se formular uma questão mais focalizada recorreu-se ao esquema de referência PICO com quatro partes (população, intervenção, comparação da intervenção e resultados). Assim, a pergunta que norteou este estudo foi: Em pessoas adultas com estoma, o uso do método educacional tradicional associado à *telenursing* é mais eficaz do que o uso exclusivo do método educacional tradicional no ensino sobre o autocuidado ao estoma?

Para responder a esta questão realizou-se pesquisa eletrónica nas bases de dados referenciais para a pesquisa científica em enfermagem CINAHL, Scopus e Web of Science (Vieira, 2013) de 1 a 27 de Abril de 2015 com o termo de pesquisa limitado ao título, resumo e palavras-chave: (ostom* OR stoma) AND (“teaching method*” OR “teaching strateg*” OR “teaching alternative*” OR “stoma education*” OR “ostom* education*” OR telenurs*) AND (nursing OR nurse*).

A amostra dos artigos selecionados atendeu aos seguintes critérios de inclusão: estudos de investigação desenvolvidos na área de enfermagem que comparassem o método educacional tradicional associado à *telenursing* com o método educacional tradicional isolado em adultos com estoma sem défices cognitivos, motores ou sensoriais, disponíveis em formato integral e publicados desde 1995, uma vez que o grande avanço nas tecnologias da informação e da comunicação teve lugar nas duas últimas décadas.

Foram identificados 73 artigos, dos quais 37 artigos foram excluídos por serem duplicados. Após a leitura do título e do resumo dos 36 restantes artigos, excluíram-se 32 artigos porque 13 artigos apenas descreviam a utilização isolada de métodos educacionais sem comparação entre estes, 12 artigos apenas abordavam aspetos teóricos afetos à experiência de ser ostomizado e suas implicações, quatro artigos referiam-se a estratégias educacionais utilizadas por professores, estudantes de enfermagem ou enfermeiros no seu processo de aprendizagem, um artigo era dirigido

a pessoas com défices sensoriais e outro artigo referia-se à utilização de instrumentos que permitiam avaliar o resultado da aplicação dos métodos educacionais. Da leitura minuciosa dos artigos culminou uma amostra de quatro artigos que cumpriam os critérios de inclusão e que foram integrados neste estudo (figura 1). De seguida, foram recuperados os artigos originais na íntegra, constituindo-se o corpus que delimitou o material de análise. Para cada artigo foi efetuada uma leitura completa do estudo, o que permitiu identificar as ideias chave, assim como hierarquizar e sintetizar os principais resultados.

Os estudos obtidos foram classificados tendo por base sete níveis de evidência (Stillwell et. al, 2010). São classificados como estudos de nível I os estudos de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados, de nível II os estudos de ensaio clínico randomizado controlado bem delineado, de nível III os estudos de ensaios clínicos bem delineados sem randomização, de nível IV os estudos de coorte e de caso-controle bem delineados (não experimental), de nível V os estudos de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos, de nível VI as evidências de um único estudo descritivo ou qualitativo e nível VII as evidências provenientes da opinião/relatórios de especialistas/peritos (Stillwell et. al, 2010).

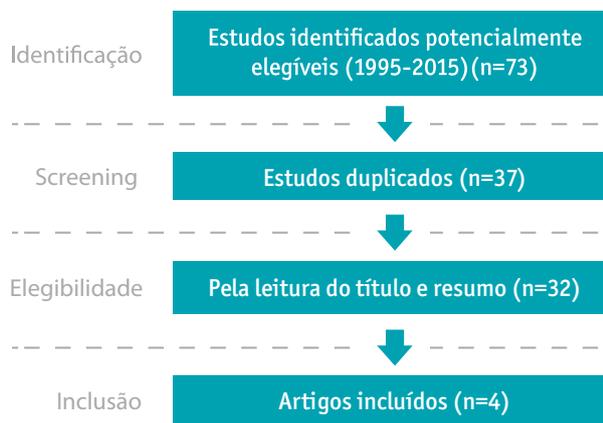


Figura 1 - Prisma: processo de seleção dos artigos

Resultados

Dos quatro artigos obtidos que compõem a amostra final (tabela 1), três estudos, publicados em 2009, 2010 e 2012, são de nível II e um estudo, publicado em 2004, é de nível III.

(Autor, ano)	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
Estudo 1 (Bohnenkamp et. al, 2004)	Medir o impacto da <i>telenursing</i> em pessoas com ostomia resultante de cancro com alta clínica	Estudo quase-experimental	As pessoas que foram alvo de <i>telenursing</i> mostraram-se mais satisfeitas e necessitaram de menos uma visita dos enfermeiros. Estas usaram, em média, menos 4 sacos de ostomia. Referiram um aumento da compreensão dos seus problemas e maior acessibilidade aos cuidados. No entanto, acreditavam que a consulta face-to-face era melhor.
Estudo 2 (Lo et. al, 2009)	Comparar os custos e a eficácia de um programa educacional que usa a multimédia e um programa educacional tradicional no ensino à pessoa com ostomia.	Estudo experimental randomizado	As pessoas do grupo que foi alvo de um programa educacional com multimédia demonstrou resultados significativamente melhores a nível do conhecimento sobre o auto-cuidado e da atitude e do comportamento de autocuidado. O total de custos sociais foi inferior no programa educacional com uso da multimédia
Estudo 3 (Lo et. AL, 2010)	Avaliar a eficácia de um programa educacional com multimédia no que se refere ao conhecimento, atitude e comportamento de autocuidado de pessoas com ostomia no pós-operatório.	Estudo experimental randomizado	As pessoas que receberam no pós-operatório um programa educacional com utilização da multimédia melhoraram os seus conhecimentos e as suas atitudes e seus comportamentos de autocuidado face à ostomia quando comparados com as pessoas que receberam o plano educacional convencional.
Estudo 4 (Crawford et. al, 2012)	Comparar 2 métodos de instrução sobre os cuidados com a ostomia para determinar o seu efeito sobre o conhecimento, a habilidades e a confiança no pós-operatório.	Estudo experimental randomizado	Não se verificaram diferenças significativas entre as pessoas com ostomia dos dois grupos no que se refere ao conhecimento, habilidades e confiança no cuidado à ostomia.

Tabela 1 – Descrição do objetivo, metodologia e principais resultados dos estudos selecionados

O estudo 1 (nível de evidência III) mediu o impacto da *telenursing* após a alta clínica em pessoas com estoma resultante de cancro. Após a alta hospitalar, 28 pessoas com estoma foram divididas em dois grupos de 14 elementos, sendo que ao primeiro grupo foi disponibilizado atendimento domiciliar e ao segundo grupo foi disponibilizado atendimento domiciliar e *telenursing* (utilização de TV). As pessoas que foram alvo de *telenursing* mostraram-se mais satisfeitas e necessitaram de menos uma visita dos enfermeiros. Estas usaram, em média, menos quatro sacos de estoma. Referiram, ainda, um aumento da compreensão dos seus problemas e maior acessibilidade aos cuidados, no entanto, acreditavam que a consulta face-to-face era melhor.

O estudo 2 (nível de evidência II) comparou os custos e a eficácia de um programa educacional que usava multimédia e um programa educacional tradicional no ensino à pessoa sobre o autocuidado ao estoma. As 54 pessoas que

participaram no estudo foram divididas em dois grupos de 27 elementos, sendo que ao primeiro grupo foi disponibilizado um programa educacional tradicional e ao segundo grupo foi disponibilizado um programa educacional com multimédia (utilização de TV). As pessoas do grupo que foi alvo de um programa educacional com multimédia demonstrou resultados significativamente melhores a nível do conhecimento sobre o autocuidado, da atitude e do comportamento de autocuidado. De referir, também, que o total de custos sociais foi inferior no programa educacional com uso da multimédia.

O estudo 3 (nível de evidência II) avaliou a eficácia de um programa educacional com multimédia no que se refere ao conhecimento, atitude e comportamento de autocuidado de pessoas com estoma no pós-operatório. As 102 pessoas que participaram no estudo foram divididas em dois grupos, sendo que 46 foram alvo de um programa educacional com uso de multimédia (utilização de TV e de

imagens) e 56 pessoas foram alvo de um programa educacional convencional. As pessoas que receberam no pós-operatório um programa educacional com utilização da multimídia melhoraram os seus conhecimentos, as suas atitudes e os seus comportamentos de autocuidado face ao estoma quando comparados com as pessoas que receberam o plano educacional convencional. Este estudo demonstrou que, a longo prazo, a utilização conjunta da multimídia pode melhorar o envolvimento e a competência de autocuidado da pessoa ao estoma.

O estudo 4 (nível de evidência II) comparou dois métodos de instrução sobre os cuidados com o estoma para determinar o seu efeito sobre o conhecimento, as habilidades e a confiança no pós-operatório. As 68 pessoas que participaram no estudo foram divididas em dois grupos de 34 elementos, sendo que um grupo foi alvo de um programa educacional convencional e outro foi alvo, também, de um programa educacional convencional mas com recurso conjunto à *telenursing* (utilização de DVD). Neste estudo não se verificaram diferenças significativas entre as pessoas com estoma dos dois grupos, no que se refere ao conhecimento, às habilidades e à confiança no cuidado ao estoma.

Discussão

A pessoa com estoma carece de adaptação física e psicológica à nova condição (Honkala & Bertero, 2009), devendo ser capaz de reiniciar a sua vida, ultrapassando as suas preocupações sobre aspetos considerados anteriormente básicos e tidos como seguros, tais como a possibilidade de realizar o autocuidado e de manter as atividades sociais, interpessoais e de lazer (Barbane & Dell'Acqua, 2008).

Sendo a capacidade para o autocuidado algo aprendido e não inato (Martins, 2005) torna-se fundamental ensinar e instruir a pessoa com estoma para o autocuidado. Os enfermeiros são responsáveis por orientar a pessoa no que concerne aos cuidados com o estoma, a alimentação e os cuidados de higiene, preparando-a para o autocuidado e para o regresso às atividades de vida diária (Maurício, Souza & Lisboa, 2013).

Os enfermeiros devem traçar, junto da pessoa com estoma, objetivos realistas, exequíveis e aceitáveis (O'Shea, 2001). O processo de aprendizagem apenas tem significado e importância para a pessoa com estoma se contribuir para aumentar o seu conhecimento e, conseqüentemente, o seu

controlo/poder sobre a nova condição, ao invés de satisfazer unicamente a necessidade de o enfermeiro cumprir o seu papel de orientador/educador (Santos, 2000).

Este processo de aprendizagem enquadra-se num contexto atual caracterizado pela evolução das técnicas cirúrgicas e, portanto, pela diminuição do tempo de internamento, o que exige que este processo de aprendizagem se inicie o mais precocemente possível, nomeadamente na fase pré-operatória. No entanto, a informação trabalhada com a pessoa na fase pré-operatória pode ser perdida ou mal interpretada porque a maior preocupação da pessoa nesse momento é a cirurgia propriamente dita (Taylor & Morgan, 2010). Deste modo, o processo de desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa ao estoma deve continuar na fase pós-operatória e na comunidade (Noone, 2010; Taylor & Morgan, 2010).

A questão de partida que norteou este estudo prendeu-se, precisamente, com as contingências que envolvem, na atualidade, todo o processo de ensino e instrução da pessoa para o autocuidado ao estoma e que se encontram mencionadas no parágrafo anterior.

Os estudos em análise parecem demonstrar ser benéfico integrar as tecnologias da informação e da comunicação aquando do ensino e instrução da pessoa com o estoma para o autocuidado. Numa sociedade progressivamente mais evoluída na área das tecnologias da informação e da comunicação urge considerar esta tónica no momento de decidir sobre que método(s) educacional(is) utilizar no processo de aprendizagem da pessoa com estoma.

A par dos avanços tecnológicos a nível dos dispositivos utilizados no cuidado ao estoma, como foi o desenvolvimento do saco coletor descartável em 1950, parece fundamental que os avanços na forma de se fazer chegar a informação à pessoa com estoma também evolua, em resposta, também, às mudanças verificadas no perfil epidemiológico das pessoas ostomizadas, que segundo Maurício, Souza e Lisboa (2013), se caracteriza por acometer pessoas em idades cada vez mais novas.

A abordagem da pessoa com estoma deve ser planeada, de forma a garantir que o tempo disponível na sua assistência seja gerido oportunamente (O'Connor, 2005), no entanto, a busca pela sistematização não significa o traçar de fórmulas ou rotinas no processo de aprendizagem da pessoa com estoma para o autocuidado (Santos, 2000). Quer isto dizer que os métodos educacionais utilizados

numa pessoa com estoma podem ser adequados mas desajustados para outra.

Abordar o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com estoma implica reconhecer a existência de três tipos de aprendizagem, nomeadamente as aprendizagens cognitiva, afetiva e psicomotora (O'Shea, 2001). Reconhecê-las é aceitar que nem todas as pessoas com estoma as possam desenvolver, dada a sua dependência com características sociodemográficas e clínicas da pessoa. Da mesma forma, poderá nem sempre ser viável o recurso à *telenursing* no processo de aprendizagem da pessoa com estoma, na medida em que nem todas as pessoas com estoma têm conhecimento, familiaridade e acesso aos recursos tecnológicos exigidos.

Conclusão

Analisando a amostra final dos quatro artigos incluídos neste estudo, constata-se que, quanto ao nível de evidência, o estudo 1 é de nível III e os estudos 2, 3 e 4 são de nível II, ou seja, 25% dos estudos são de nível III e 75% são de nível II.

Os resultados obtidos da análise destes quatro estudos não são consensuais quando se comparam o método educacional tradicional associado à *telenursing* com o uso exclusivo do método educacional tradicional no ensino à pessoa com ostomia. Três estudos referem-se ao primeiro método como o mais eficaz, referindo que a pessoa com estoma apresenta, nestes casos, mais conhecimento e melhores atitudes e comportamentos de autocuidado. Em contrapartida, um estudo concluiu não existirem diferenças significativas quando comparada a eficácia entre os dois métodos educacionais. A divergência dos resultados obtidos poder-se-á dever ao facto de as estratégias incluídas no método educacional que contempla a *telenursing* diferir entre os estudos, sendo esta, assim, uma limitação.

Importa considerar, ainda, os aspetos socioeconómicos e culturais das pessoas com estoma quando se equaciona a utilização de métodos educacionais que contemplem a utilização da *telenursing*. Apesar do atual domínio e evolução das tecnologias da informação e da comunicação é necessário que aspetos como as habilitações literárias, o acesso aos recursos e a familiaridade da pessoa com estoma perante esses recursos sejam tidas em consideração no momento de optar pelo método educacional a utilizar no ensino sobre o autocuidado ao estoma.

Referências bibliográficas

1. Abbott, P. A. & Coenen, A. (2008). Globalization and advances in information and communication technologies: the impact on nursing and health. *Nurs Outlook*, 56 (5), 238-246.
2. Barbane, N. C. & Dell'Acqua, M. C. Q. (2008). Coping strategies of ostomized individuals. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 16 (14), 712-719.
3. Bohnenkamp, S. [et. al] (2004). Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with new ostomies. *Oncology Nursing Forum*, 31 (5), 1005-1010.
4. Crawford [et. al] (2012). Traditional nurse instruction versus 2 session nurse instruction plus DVD for teaching ostomy care – a multisite randomized controlled trial. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 39 (5), 529-537.
5. Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing*, 8 (6), 14-23.
6. Honkala, S. & Bertero, C. (2009). Living with an ostomy: Women's long term experiences. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies, Vard I Norden*, 29 (92), 19-22.
7. Lo, S. [et. al] (2009). A cost effectiveness analysis of a multimedia learning education program for stoma patients. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1844-1854.
8. LO, S. [et. al] (2010). Multimedia education programme for patients with a stoma – effectiveness evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 68-76.
9. Martins, M. L. (2005). Princípios do cuidar da pessoa ostomizada. In V. L. C. G. Santos & I. U. R. Cesaretti, *Assistência em Estomatopatia: Cuidando do ostomizado* (103-112). São Paulo: Editora Atheneu.
10. Maurício, V. C.; Souza, N. V. D. O. & Lisboa, M. T. L. (2013). O enfermeiro e sua participação no processo de reabilitação da pessoa com estoma. *Esc Anna Nery*, 17 (3), 416-422.
11. Miller, E. A. (2007). Solving the disjuncture between research and practice: telehealth trends in the 21st century. *Health Policy*, 82, 133-141.
12. Newman, M. & Roberts, T. (2004). Apreciação crítica I: É a qualidade do estudo suficientemente boa para utilizar os resultados? In J. V. Craig & R. L. Smyth, *Prática Baseada na Evidência: Manual para enfermeiros* (86-113). Loures: Lusociência.
13. Noone, P. (2010). Pre and postoperative steps to improve body image following stoma surgery. *Gastrointestinal Nursing*, 8 (2), 34-39.
14. O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal of Nursing*, 14 (6), 320-324.
15. O'Shea, H. S. (2001). Teaching the adult ostomy patient. *JWOCN*, 28, 47-54.
16. Peck, A. (2005). Changing the face of standard nursing practice through telehealth and telenursing. *Nurs admin Q*, 29 (4), 339-343.
17. Piwonka, M. A. & Merino, J. M. (1999). A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 16, 298-305.
18. Reveles, A. G. & Takahashi, R. T. (2007). Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. *Esc. Enferm. USP*, 41 (2), 245-250.
19. RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario (2009). *Nursing Best Practice: Ostomy Care and Management*. Ontário em <http://rnao.ca/bpg/guidelines/ostomy-care-management>.
20. Santos, V. L. C. G. (2000). Fundamentos teóricos-metodológicos da assistência aos ostomizados na área da saúde do adulto. *Revista Escola Enfermagem USP*, 34 (1), 52-58.
21. Simmons, K. L. (et al.) (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (6), 627-635.
22. Souza, C.; Iglesias, A. & Pazin-filho, A. (2014). Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais – aspetos gerais. *Medicina*, 47 (3), 284-292.
23. Stillwell, S. B. Et al. (2010). Asking the clinical question: a key step in Evidence-Based Practice. *Am J Nurs*, 110 (3), 58-61.
24. Taylor, C. & Morgan, L. (2010). Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment. *European Journal Of Oncology Nursing*, 1-8.
25. Vieira, F. (2013). *Pesquisa científica em enfermagem: guia prático*. Novas Edições Académicas. ISBN 978-3-639-61067-3, 119p.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE AOS OPIÓIDES FORTES

Célia Queirós

Enfermeira, Centro Hospitalar S. João
cqueiros38@gmail.com

Teresa Martins

Professora coordenadora,
Escola Superior de Enfermagem do Porto
teresam@esenf.pt

RESUMO: O presente estudo, pretendeu construir e validar um instrumento para avaliar crenças e representações sociais dos profissionais de saúde na prescrição e administração de opióides fortes a pessoas com doença incurável, avançada e progressiva.

Recorreu-se a um painel de peritos na área para a construção do instrumento.

A versão experimental foi aplicada a 301 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). A proposta de matriz encontrada através de análise fatorial exploratória identificou 4 componentes, ficando uma dimensão com um item único. O instrumento mostrou ter bons índices de consistência interna avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach. A análise fatorial confirmatória comprovou a existência de 3 dimensões, revelando indicadores de qualidade de ajustamento do modelo à amostra.

Os resultados revelam que a presença de crenças constitui barreiras efetivas à utilização de opióides no controlo sintomático. A formação na área dos cuidados paliativos mostrou ter influência positiva nas crenças e atitudes de resistência na utilização de opióides fortes.

Conclusão: o instrumento em estudo mostrou ter boas propriedades métricas de fidelidade e validade para ser usado na prática clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Crenças e Representações Sociais, Analgésicos Opióides.

ABSTRACT: *This study aimed to construct and validate an instrument to measure beliefs and social representations of health professionals in the prescription and administration of strong opioids to people with incurable, advanced and progressive disease.*

We used a panel of experts in the area of palliative care to construct the instrument.

The experimental version was applied to 301 health professionals (doctors and nurses). The matrix proposal found through exploratory factor analysis identified four components, getting a dimension with a single item. The instrument was shown to have good internal consistency indices assessed by Cronbach's alpha. Confirmatory factor analysis confirmed the existence of three dimensions, revealing the sample model fitting quality indicators.

The results show that the presence of beliefs are effective barriers to the use of opioids in symptomatic control. Training in the area of palliative care was shown to have positive influence on the beliefs and

attitudes of resistance to the use of strong opioids.

Conclusion: the version showed to have good psychometric properties of reliability and validity for use in clinical practice.

KEYWORDS: *Beliefs and Social Perception, Analgesics Opioid.*

Introdução

O receio da utilização de opióides fortes, por parte de alguns profissionais de saúde, está associado a crenças (Auret K, Schug S., 2005), determinando uma não utilização adequada destes fármacos, mesmo face a doenças incuráveis, avançadas e progressivas (Bernardi M, Gianluca C, Lambert A, Tridello G. Luzzani M., 2007). A percentagem de médicos que prescreve morfina para tratamento de dor oncológica severa é baixa e destes a grande maioria apenas a usa numa fase avançada da doença (Yun YH, Park SM, Lee K, Chang YJ, Heo DS, Kim SY, Hong YS, Huh BY, 2005).

Os opióides são fármacos cujas substâncias possuem a característica comum de atuar nos recetores opióides e são antagonizados pela naloxona (Fallon M, Cherny N, Hanks G., 2010). Estes recetores encontram-se no sistema nervoso central e periférico. O mu-MOP domina na mediação do controlo da dor. A morfina, por sua vez, tem uma grande afinidade com os recetores um, daí que seja considerada de primeira linha no tratamento da dor oncológica, sendo designada por “padrão de ouro internacional” (Pereira JL., 2006). Os opióides são classificados de acordo com a interação que têm com os recetores em agonista (e.g., morfina, codeína, meperidina, metadona, fentanilo, sufentanilo, remifentanilo, oxicodeona, hidromorfona); agonista parcial (e.g., buprenorfina); agonista-antagonista (e.g., pentazocina) e antagonista (e.g., naloxona), sendo classificados de acordo com a sua potência, em fracos ou fortes (Solimando D., 2008). A codeína aparece como referência dos opióides fracos e a morfina dos opióides fortes. No entanto, esta divisão de fraco e forte é apontada como apenas discricionária uma vez que, por exemplo, uma dose alta de codeína, em termos práticos, corresponderá a uma dose baixa de morfina (Twycross R, Wilcock A., 2009). Os opióides fracos (e.g. codeína e tramadol) estão limitados por doses-teto, condição que não se verifica nos opióides fortes (e.g. morfina) (Pereira JL., 2006). Estes fármacos constituem o grupo mais usado no tratamento da dor oncológica (Fallon M, Cherny N, Hanks G., 2010).

Como todos os fármacos, os opióides têm, naturalmente, efeitos secundários. Os mais frequentes incluem: obstipação, náuseas e vômitos e sonolência e confusão (Pereira JL., 2006). As náuseas, vômitos e sonolência, são geralmente transitórios e passam ao fim de alguns dias de tratamento. A obstipação é o efeito secundário que persiste ao longo do tratamento, o que requer terapêutica continuada de laxantes (Pereira JL., 2006). Os efeitos menos frequentes incluem xerostomia, sudorese, retenção urinária, prurido, neurotoxicidade. Esta última pode incluir quadros de confusão mental, mioclonias, convulsões, alucinações, défices cognitivos e hiperalgesia (Solimando D., 2008). A depressão respiratória não é comum, mas é considerada como o potencial efeito secundário mais sério e, por isso, mais temido (Cicala, R., 2004). A depressão respiratória como consequência do tratamento com opióides, em contexto de cuidados paliativos, é rara se os opióides forem iniciados em doses apropriadas e a titulação adequada por incrementos apropriados Smith HS.(2008); (Twycross R, Wilcock A. (2009).

Não obstante, o desenvolvimento técnico e científico, particularmente no âmbito da farmacologia, os estudos revelam existir um elevado número de profissionais, que ainda resistem a familiarizar-se com os opióides enfatizando os possíveis efeitos secundários em detrimento dos seus benefícios, dando lugar a “falsas crenças” que se traduzem em barreiras (Kulkamp I, Barbosa C, Bianchini K., 2008); (Murnion B, Gnjidic D, Hilmer S., 2010). De entre as razões mais frequentemente apontadas como impeditivo de manusear os opióides, temos a adição, a depressão respiratória, a falta de conhecimento e habilidades para manusear os opióides fortes, a sedação e alterações cognitivas (Kulkamp I, Barbosa C, Bianchini K., 2008); (Murnion B, Gnjidic D, Hilmer S., 2010). Com menor relevância temos a elevada burocracia necessária à obtenção destes fármacos, a tolerância e a obstipação. A dependência física e as eventuais repercussões legais por uma eventual antecipação da morte também são apontadas ainda que em menor

escala(Kulkamp I, Barbosa C, Bianchini K., 2008); (Murnion B, Gnjidic D, Hilmer S., 2010).

O presente estudo do tipo metodológico teve por objetivo construir um instrumento de avaliação destinado a avaliar as crenças e as representações sociais dos profissionais de saúde associadas ao uso de opióides fortes em contexto de doença incurável, avançada e progressiva.

Material e métodos

Os participantes em estudo foram selecionados segundo uma amostra sequencial e temporal. Os locais de recrutamento dos participantes foram seis serviços de um hospital geral do norte do país, onde anualmente são internadas pessoas com sintomas com indicação para opióides fortes. Os critérios de inclusão, aplicados, contemplavam o ser médico ou enfermeiro dos serviços selecionados e que voluntariamente quisessem colaborar.

Dos 158 questionários distribuídos aos médicos obtivemos uma taxa de adesão de 55,1%. Dos 293 questionários distribuídos aos enfermeiros a taxa foi de 72,7%, contabilizando uma adesão geral de 66,3%. Assim, obteve-se uma amostra de 301 participantes.

As questões endereçadas aos médicos centravam-se na prescrição de opióides e aos enfermeiros na sua administração.

Os médicos tinham em média 34,27 (DP=10,32) anos de idade, tendo esta variado entre 24 e 68 anos. Os enfermeiros tinham uma média de idade de 32,60 (DP=7,48), tendo variado entre 22 e 58 anos. Não se registaram diferenças estatísticas significativas entre estes dois grupos profissionais quanto à idade e sexo.

Quanto aos anos de experiência profissional, esta variou entre 1 e 40, tendo sido a média para a classe médica de 9,36 (DP=9,83) e para o grupo profissional dos enfermeiros de 9,58 (DP=7,33), também aqui sem diferenças significativas.

Comparando as horas de formação específica na área da dor ou cuidados paliativos verificou-se que o grupo dos médicos apresentava uma menor média de horas de formação específica em cuidados paliativos (M=18,67; DP=9,71), comparativamente com o grupo dos enfermeiros (M=81,84; DP=155,84), sendo estas diferenças significativas do ponto de vista estatístico ($t(47)=2,45$; $p=0,019$).

Foi construído um questionário para avaliar as crenças e representações sociais associadas ao uso de opióides

(QCRSO) dos profissionais de saúde. Para a sua construção e validade de conteúdo recorreu-se a peritos na área dos Cuidados Paliativos, seguindo-se as recomendações de Streiner e Norman.¹⁴ No estudo da validade facial recorreu-se a 4 médicos e 8 enfermeiros.

O QCRSO, na sua versão experimental, continha 18 questões avaliadas através de uma escala de 5 pontos de concordância que variava de concordo completamente a discordo completamente.

O questionário não solicitava a identificação pessoal. O seu preenchimento demorou em média 5 minutos. O estudo teve apreciação favorável e anuência da comissão de ética da instituição hospitalar e autorização dos responsáveis dos serviços.

Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o programa SPSS e estatística paramétrica. Numa primeira etapa, os dados foram explorados através de estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e de dispersão.

Foram utilizadas medidas de correlação para estudar a força de associação entre variáveis contínuas, nomeadamente a correlação de Pearson. Na comparação de médias entre amostras independentes utilizou-se o teste t de Student, tendo sido previamente verificado os pressupostos para a sua utilização.

Para a redução do número de variáveis foi utilizada a Análise de Componentes Principais com rotação ortogonal segundo o método Varimax. Para a seleção do número de fatores foram fixados os critérios: (1) valores próprios ou específicos (eigenvalues) >1; (2) exclusão de cargas fatoriais inferiores a 0,30; (3) cada fator deverá explicar no mínimo 5% de variância; (4) e a aplicação do princípio da descontinuidade. A consistência interna foi determinada pelo valor alfa de Cronbach.

A validade fatorial do QCRSO foi avaliada através da análise fatorial confirmatória com recursos ao AMOS (versão 21, SPSS-IBM). A existência de outliers foi avaliada pela distância quadrada de Mahalonobis e a normalidade avaliada pelo coeficiente de assimetria e curtose uni e multivariadas. A qualidade do ajustamento do modelo foi efetuada de acordo com os índices e respetivos valores de referência.¹⁵ O ajustamento local foi avaliado pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens. O ajustamento do modelo teve para além dos índices de modificação as considerações teóricas subjacentes.

Resultados

Os resultados da análise fatorial exploratória (tabela 1) sugeriram quatro componentes. O primeiro componente, com uma variância explicada de 29,5%, foi constituído por seis questões que se referem a um conjunto de eventuais incertezas e dúvidas, relacionadas com a tomada de decisão de avançar, ou não, com a prescrição/administração dos opióides fortes (insegurança por falta de prática, medo na utilização de opióides, necessidade de mais formação e dificuldade em controlar os possíveis efeitos secundários dos opióides) e foi designado de insegurança/receios. O segundo componente, denominado por crenças, integra cinco questões e explica 10,8% da variância dos resultados. O terceiro componente, com uma variância explicada de 6,9% foi constituído por seis perguntas e designado de atitudes de resistência. A questão 11 ficou isolada num único componente, a que designamos de vigilância e explica 5,9% da variância. Esta avalia o grau de vigilância que os respondentes atribuem aos fármacos opióides fortes. O item 18 mostrou não ter validade convergente discriminante, contudo, optou-se pela sua manutenção na primeira componente porque nos parece útil atendendo ao seu conteúdo.

A componente insegurança apresentou um coeficiente alfa de Crobach de 0,78; a componente atitudes de resistência, um coeficiente de 0,72 e as crenças um coeficiente de 0,73, indicativos de aceitável consistência interna.

Enfermeiros e médicos diferiram substancialmente quanto a insegurança/receios, ($t(290)=4,81$; $p=0,0001$). Os enfermeiros revelaram-se menos inseguros nas suas práticas.

Também se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos em estudo no que se refere a crenças sobre a utilização dos opióides ($t(289)=2,95$; $p=0,003$), manifestando os enfermeiros mais crenças.

Os médicos mostraram atitudes de maior resistência à utilização de opióides ou procuravam utilizá-los numa fase o mais posterior possível ($t(290)=3,40$; $p=0,001$).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na posição dos profissionais perante a componente vigilância.

Apenas no grupo profissional dos médicos, a componente insegurança apresentou uma correlação estatística com a idade ($r=0,37$; $n=86$; $p=0,0001$), mostrando os profissionais mais velhos mais seguros em lidar com estes fár-

	Componentes			
	1	2	3	4
10. Mais informação para prescrever/administrar opióides fortes	0,80			
4. Inseguro a prescrever/administrar opióides fortes por falta de prática	0,79			
12. Medo de prescrever/administrar opióides fortes	0,74			
15. Mais fácil opióides via transdérmica do que endovenosa ou subcutânea	0,54			
18. Evito prescrever/administrar o que requer elevado nível de vigilância	0,50		0,45	
9. Difícil controlar efeitos secundários dos opióides	0,39	0,37		
14. Morfina só em doentes terminais		0,78		
16. Efeitos secundários dos opióides são superiores aos benefícios		0,75		
13. Prescrição de opióides só por especialistas da Dor ou de Cuidados Paliativos		0,68		
8. Morfina antecipa a morte		0,61		
7. Opióides fortes estão contra-indicados no tratamento da dispneia		0,54		
1. Evito prescrever/administrar opióides			0,64	0,39
5. Prescrevo/administro mais facilmente tramadol que morfina	0,42		0,60	
6. Opióides fortes devem ser reservados para a fase mais avançada da doença		0,34	0,59	
3. Prescrevo/administro mais facilmente petidina que morfina	0,36		0,55	
17. SOS de morfina significa não administrar		0,34	0,53	
2. Toxicod dependência é altamente provável no tratamento prolongado com opióides			0,52	0,48
11. Opióides requerem elevado nível de vigilância				0,75

Legenda:
 Componente 1- Insegurança;
 Componente 2- Crenças;
 Componente 3- Atitudes de resistência;
 Componente 4 - vigilância.

Tabela 1 – Componentes principais do questionário das crenças e representações sociais associadas ao uso dos opióides fortes

macos. Também esta mesma componente correlacionou-se com os anos de experiência profissional ($r=0,38$; $n=86$; $p=0,0001$).

Analisamos as diferenças entre os profissionais em estudo relativamente à formação específica em cuidados paliativos ou dor nas quatro componentes extraídas através da análise fatorial. As crenças dos profissionais foram substancialmente diferentes quando comparados profissionais com e sem formação em cuidados paliativos/dor ($t(288)=3,87$; $p=0,0001$), apresentando os profissionais com formação menos crenças. O mesmo se passou em relação às atitudes de resistência ($t(289)=3,57$; $p=0,0001$).

Para testar até que ponto o modelo teórico se adapta ao modelo empírico recorreu-se à análise fatorial confirmatória. Uma vez que a solução fatorial encontrada pela

análise fatorial exploratória apontava para uma estrutura tri-fatorial e um item único, deixou-se cair o item relativo à vigilância. Os resultados encontrados revelaram uma qualidade de ajustamento sofrível ($X^2/df=2,54$; $CFI=0,87$; $PCFI=0,74$; $RMSEA=0,07$; $PClose=0,0001$; $MECVI=1,37$; $SRMR=0,07$). Depois de se eliminar o item 5 (Prescrevo/administro mais facilmente tramadol que morfina) sugerido pelos índices de modificação e correlacionados os erros dos itens 4 e 9 da dimensão insegurança/receios, 14 e 7 das crenças e 1 e 2 das atitudes de resistência obteve-se uma qualidade de ajustamento adequado ($X^2/df=2,04$; $CFI=0,92$; $PCFI=0,75$; $RMSEA=0,06$; $PClose=0,10$; $MECVI=1,05$; $SRMR=0,06$). Os itens encontram-se moderados a fortemente saturados nos respectivos fatores, como se pode ver na figura 1.

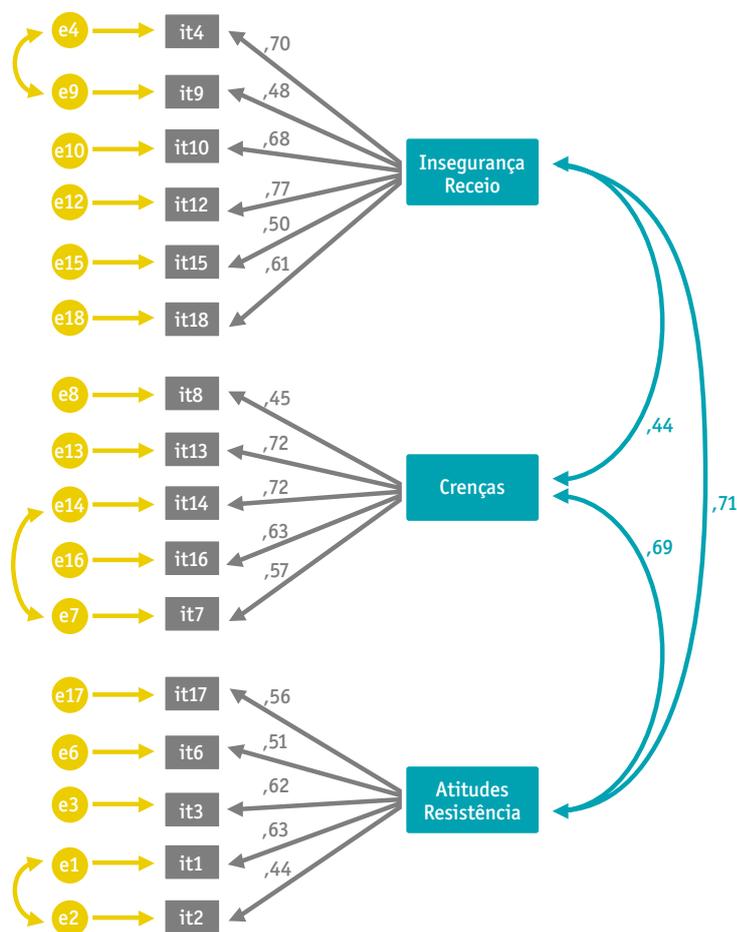


Figura 1 – Estrutura do questionário das crenças e representações sociais associadas ao uso dos opióides fortes - pesos fatoriais estandardizados e fiabilidade de cada item no modelo final

Discussão

A análise fatorial exploratória associada à análise fatorial confirmatória confirma a estrutura tridimensional do QCRSO. Insegurança, crenças e atitudes de resistência são as componentes mais representativas associadas à baixa adesão na prescrição/administração de opióides que poderão interferir negativamente no tratamento de pessoas com doença incurável, progressiva e em estágio avançado. O QCRSO mostrou boa consistência interna e sensibilidade face ao estudo dos dois grupos profissionais envolvidos.

A insegurança surge associada à pouca experiência. Quanto mais jovens ou com menos anos de experiência, mais os médicos manifestam insegurança na sua prática (insegurança por falta de prática, medo na utilização de opióides, necessidade de mais formação e dificuldade em controlar os possíveis efeitos secundários dos opióides). Este facto também pode ser justificado pelo pouco domínio da área específica dos opióides fortes (Roth C, Burgess D., 2008). Os enfermeiros mostraram menos insegurança e receios, talvez porque na sua prática clínica tenham mais contacto com os opióides, ou porque o peso da responsabilidade da prescrição seja essencialmente dos médicos. É preciso treino e contacto na prática do dia-a-dia, para determinar alterações positivas na relação com estes fármacos (Verloo H, Mpinga EK, Ferreira M, Rapin CH, Chastonay P (2010); (Wells, M. Dryden H, Guild P, Levack P, Farrer K & Mowat P, 2001).

Os profissionais com formação em cuidados paliativos apresentam menos crenças desadequadas em relação aos opióides e menos atitudes de resistência. De facto, os estudos realizados, no sentido de perceber a influência da formação na relação com os opióides fortes, revelaram alterações positivas e muito significativas nos profissionais envolvidos (Wells, M. Dryden H, Guild P, Levack P, Farrer K & Mowat P, 2001); (Oldenmenger, WH, Sillevs Smitt PA, van Dooren S, Stoter G, van der Rijt CC, 2009).

Ter ou não formação específica em cuidados paliativos parece não influenciar os receios e a insegurança na prescrição/administração destes fármacos. Este achado vem de encontro ao facto de que a formação teórica, por si só, não é suficiente para alterar radicalmente a relação com os opióides fortes, é necessário testemunhar e praticar (Verloo H, Mpinga EK, Ferreira M, Rapin CH, Chastonay P (2010); (Wells, M. Dryden H, Guild P, Levack P, Farrer K & Mowat P, 2001). Alguns autores insistem na necessidade

de treino para os profissionais de saúde, no sentido de uma mudança mais consistente e efetiva (Verloo H, Mpinga EK, Ferreira M, Rapin CH, Chastonay P (2010); Wells, M. Dryden H, Guild P, Levack P, Farrer K & Mowat P, 2001).

Os enfermeiros mostraram-se menos inseguros em lidar com os opióides, mas por outro lado mostram ter mais crenças na sua administração. A interpretação para estes resultados poderá estar no facto de os enfermeiros possuírem uma menor formação específica na área da farmacologia e farmacocinética, o que, poderá ser decisivo para a construção de crenças. Vários estudos apontam medos aos enfermeiros relacionados com a administração de morfina, nomeadamente o de uma antecipação da morte, que segundo alguns autores, em parte deve-se à resistência que veem nos médicos (Zerwekh J, Riddell S, Richard J, 2002).

Perante a dor não controlada, os profissionais vão protelando o início de medicação mais forte, dando ênfase aos eventuais efeitos secundários. Esta situação é geradora de atitudes menos positivas, em torno dos opióides, e põem em causa o efetivo controlo dos sintomas como a dor (Kulkamp I, Barbosa C, Bianchini K., 2008); Murnion B, Gnjidic D, Hilmer S., 2010).

Os médicos demonstraram maior resistência ao uso de opióides do que os enfermeiros. Uma das razões que estará na base destes resultados é o tempo que os enfermeiros passam junto dos doentes e a consequente visualização do sofrimento provocado pelo descontrolo sintomático. Os enfermeiros mostravam-se mais comprometidos em promover o alívio da dor (Kulkamp I, Barbosa C, Bianchini K., 2008).

Conclusão

Em conclusão o QCRSO mostra ser um instrumento adequado para avaliar crenças e representações sociais no uso de opióides fortes. As suas componentes vão de encontro aos conceitos descritos pela bibliografia como causa de uma subutilização destes fármacos, nomeadamente em doentes com doença incurável, avançada e progressiva.

Este estudo revelou, no geral, o que a bibliografia também espelha, os obstáculos estão intimamente ligados à falta de conhecimento, no que aos opióides diz respeito. Diferentes autores sugerem a formação e o treino como a via de excelência para desconstruir estas barreiras. Os resultados sugerem que a formação reduz as crenças e atitudes de resistência, mas não altera a postura no que diz respeito às questões de insegurança e receios.

Sintomas, como dor ou dispneia, não controlados conduzem a um maior sofrimento, que poderá ser minimizado e/ou eliminado com o desenvolvimento da “alta tecnologia do manuseamento de opióides” especialmente da morfina. O QCRSO mostrou ter boas propriedades métricas de fidelidade e validade, podendo ser útil na prática clínica e na investigação em cuidados paliativos.

Referências bibliográficas

1. Auret K, Schug S. (2005). Underutilization of opioids in elderly patients with chronic pain: approaches to correcting the problem. *Drug Aging*, 22, 641-654.
2. Rhodin A. (2006). The Rise of Opiophobia: is History a barrier to prescribing? *Journal of Pain Palliative Care Pharmacotherapy*, 20(3),31-32. DOI: 10.1080/J354v20n03_07
3. Bernardi M, Gianluca C, Lambert A, Tridello G, Luzzani M. (2007). Knowledge and attitudes about cancer pain management: A national survey of Italian oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 272-279.
4. Portenoy RK, Sibirceva U, Smout R, Horn S, Connor S, Blum RH, Spence C, Fine P. (2006). Opioid use and Survival at the end of life: a survey of a hospice population. *Journal of Pain Symptom Management*, 32, 532-540.
5. Yun YH, Park SM, Lee K, Chang YJ, Heo DS, Kim SY, Hong YS, Huh BY(205). Predictors of prescription of morphine for severe cancer pain by physicians in Korea. *Annals of Oncology*, 16,966-971.
6. Fallon M, Cherny N, Hanks G. Opioid analgesic therapy (2010). In Hanks G, Cherny N, Christakis N, Fallon M [et al.] (Eds.). *Oxford textbook of palliative medicine*. 4th.ed. Oxford: Oxford University Press. p. 661-662.
7. Pereira JL. Gestão da dor oncológica (2006). In Barbosa A, Neto IG (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. p. 61-113.
8. Solimando D. (2008). *Drug information: Handbook for oncology: a complete guide to combination chemotherapy regimens*. 5th ed. Hudson, Ohio: Lexi-comp Editor.
9. Twycross R, Wilcock A. (2009). *Symptom management in advanced cancer*. 4th ed. United Kingdom: Palliativebooks.com Ltd.
10. Cicala, R. (2004). *Myths and misconceptions surrounding opioids in pain management*. London: Royal Society of Medicine Press Limited.
11. Smith HS.(2008). *Opioid therapy in the 21st century*. New York: Oxford University Press.
12. Kulkamp I, Barbosa C, Bianchini K. (2008). Percepção de profissionais da saúde sobre aspectos relacionados à dor e utilização de opióides: um estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (sup),721-731.
13. Murnion B, Gnjidic D, Hilmer S.(2010). Prescription and administration of opioids to hospital in patients, and barriers to effective use. *Pain Medicine*, 11,58-66.
14. Streiner D, Norman G.(2008). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. 4th ed. New York: Oxford University Press.
15. Maroco J. (2010). *Análises de equações estruturais. Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Report Number: Pêro Pinheiro.
16. Roth C, Burgess D. (2008). Changing residents' beliefs and concerns about treating chronic non cancer pain with opioids: evaluation of a pilot workshop. *Pain Medicine*; 9(7), 890-902.
17. Verloo H, Mpinga EK, Ferreira M, Rapin CH, Chastonay P (2010).Morphinofobia: the situation among the general population and health care professionals in north-eastern Portugal. *BMC Palliative Care*, 9-15.
18. Wells, M, Dryden H, Guild P, Levack P, Farrer K & Mowat P (2001). The knowledge and attitudes of surgical staff towards the use of opioids in cancer pain management: can the hospital palliative care team make a difference? *European Journal of Cancer Care*, 10(3), 201-211. doi.org/10.1046/j.1365-2354.2001.00259.x
19. Oldenmenger, WH, Sillevs Smitt PA, van Dooren S, Stoter G, van der Rijt CC (2009). A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: A critical appraisal. *European Journal of Cancer Care*, 45(8),1370-1380. doi: 10.1016/j.ejca.2009.01.007
20. Zerwekh J, Riddell S, Richard J (2002).Fearing to comfort: a grounded theory of constraints to opioid use in hospice care. *Journal of Hospice & Palliative nursing*, 4(2), 83-90.

EUROPEAN ONCOLOGY NURSING SOCIETY: Young cancer nurses workshop



Jovens Oncologistas Europeus vindos de vários países. A nossa representante Sara Torcato esteve lá e conta-nos o que se passou. No final de Novembro de 2015, tive a oportunidade de participar num workshop, organizado pela European Oncology Nursing Society, em Atenas, destinado a jovens enfermeiros, com menos de 30 anos, que trabalham na área oncológica.

A EONS tem como missão promover a excelência da prática de enfermagem em oncologia, dando suporte aos enfermeiros oncológicos, no sentido de contribuir para uma profissão mais competente e para um melhor cuidado às pessoas com doença oncológica. De acordo com os seus valores e a sua missão, a EONS preocupa-se com o estado da enfermagem por toda a Europa e procura criar/desenvolver estratégias que ajudem a evitar ou melhorar eventuais necessidades/problemas.

O propósito deste evento estava, precisamente, relacionado com a preocupação da EONS com os jovens enfermeiros em oncologia. A maioria das sociedades nacionais europeias, que enquadram a EONS, sentia que existia alguma ausência e pouca motivação dos jovens enfermeiros em aderir como membros e em participar em atividades fora do contexto de trabalho, bem como alguma distância,

na prática de trabalho, entre os jovens enfermeiros e os mais velhos. A EONS decidiu, por isso, organizar um workshop com vários jovens enfermeiros da Europa, com o intuito de perceber quais as suas necessidades e problemas, e definir estratégias para os melhorar/colmatar.

Os países presentes foram: Portugal, Estónia, Grécia, Chipre e Islândia. Foi interessante verificar que, apesar de serem culturas diferentes, os problemas identificados foram muito semelhantes (talvez porque a maioria dos países sofre uma crise económica...). Chegou-se à conclusão que, possivelmente, a distância existente nas equipas entre membros mais jovens e mais velhos poderá estar mais associada com as próprias condições de trabalho (falta de recursos humanos/material, sobrecarga de trabalho, inexistência de progressão na carreira ou baixos ordenados), o que, nos mais velhos, pode levar ao burn-out e, nos mais novos, à desmotivação para com a sua profissão e pouco interesse em participar nas sociedades e suas atividades. Ficou certo que os membros mais velhos são indispensáveis para um bom funcionamento de um serviço e para ajudarem no desenvolvimento de habilidades e competências dos mais novos, pelo que o trabalho em equipa é fundamental. No entanto, há que focar alguma atenção nestes jovens enfermeiros pouco participativos e desmotivados. É verdade que as conjunturas atuais (e parece não ser só a Portuguesa) não são facilitadoras nem motivantes, daí o grande número de enfermeiros migrantes, mas são estes jovens enfermeiros (nós) o futuro da enfermagem oncológica. O facto da grande parte das atividades (estudos, encontros, congressos) ter de ser feita no tempo livre dos enfermeiros, na maioria das vezes com o dinheiro dos próprios, também não é propício à participação. Para além disso, os jovens enfermeiros em oncologia também enfrentam outras dificuldades, sobretudo relacionadas com o saber específico da área oncológica e a gestão das próprias emoções e das dos doentes. Foi, então, sugerida a criação de um website destinado a jovens enfermeiros em oncologia (enquadrado no site da EONS), a atribuição de bolsas ou redução de tarifas para jovens enfermeiros frequentarem encontros nacionais e internacionais e uma maior disseminação

das atividades das sociedades nacionais e da EONS nos grupos sociais/multimédia.

Para além de frequentar o workshop foi-nos dada a possibilidade de assistir à reunião anual do Advisory Council da EONS. Foi extremamente interessante verificar a organização da EONS e a preocupação que a mesma tem face às sociedades nacionais e ao papel do enfermeiro oncológico na Europa, bem como perceber o modo de funcionamento dos grupos de trabalho que integram o CARE (Communication, Advocacy, Research, Education). Todo o trabalho é voluntário mas percebe-se que a recompensa surge na melhoria dos próprios, enquanto pessoas e profissionais, com um maior conhecimento e abertura de pensamentos, e que culmina num maior suporte à enfermagem oncológica e aos seus enfermeiros, permitindo o nosso desenvolvimento e da nossa profissão. Apesar do suporte dado pela EONS às sociedades nacionais, estas trabalham autonomamente no seu próprio país e necessitam do apoio e motivação dos seus enfermeiros para desenvolverem, com sucesso, os seus objetivos, permitindo dar mais suporte aos seus enfermeiros e melhorar a enfermagem oncológica. Cabe, também, a cada um de nós, participar e dar o contributo possível para que este desenvolvimento se mantenha e cresça no nosso país.

Sara Torcato Parreira, Hospital de Dia de Oncologia, Hospital Fernando Fonseca

BOLSAS AEOP A REUNIÕES ONCOLOGIA

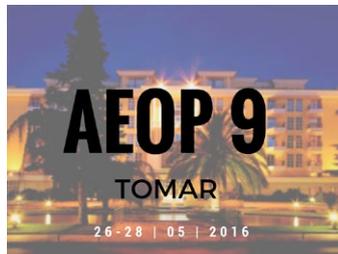


Em conformidade com o plano de atividades de 2016 e com a finalidade de promover aos membros da AEOP a participarem em conferências e eventos científicos internacionais relevantes para a Enfermagem Oncológica, a direção da

AEOP decide criar o 6 Bolsas, 4 Nacionais e 2 Internacionais, dando oportunidade de os nossos membros poderem concorrer.

Informação dos regulamentos podem ser encontrados no nosso Site.

AEOP 9: 26 - 28 maio 2016, hotel templários Tomar



Estamos a planear a próxima Reunião Nacional, a decorrer em 2016, no Hotel dos Templários, em Tomar, na última Sexta-Feira e Sábado de Maio. Contamos com um excelente programa científico que responda aos novos desenvolvimento científicos na Oncologia.

Já confirmamos a presença de 2 colegas Internacionais. Teremos uma Sessão científica sobre Cancro mama, Cancro Digestivos, Linfomas, Cancro pulmão e Melanomas. Teremos 5 simpósios Temáticos e um aliciante programa social.

Este ano a grande novidade é a digitalização da Reunião e as 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.



Aberto a submissão de Trabalhos à Reunião Nacional nas áreas de BOAS PRÁTICAS Clínicas e de INVESTIGAÇÃO. Toda a informação de Regulamentos e de Submissão pode ser encontrado no nosso site.

Contamos consigo. Programe na sua agenda, 27 e 28 Maio, todos em Tomar!

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

Com o apoio da Boeinger Ingelheim, organizaram-se 3 Sessões a nível do País. Durante a AEOP 9 serão apresentados os resultados deste programa.

AEOP ESTABELECE PARCERIA COM UICC



Union for International Cancer Control (UICC)
is pleased to acknowledge the contribution of the

AEOP - Portuguese Association Oncology Nurse
Portugal

to the global fight against cancer

Member of UICC

UICC é uma organização líder mundial que agrega 875 membros de 155 países. As suas atividades centram-se na Declaração mundial do Cancro que estabelece 9 metas na redução do cancro até 2025.

AEOP estabelece parceria com esta importante organização.

REUNIÃO PRIMAVERA, 7-9 ABRIL 2016, ÉVORA

ENCONTROS DA PRIMAVERA ONCOLOGY SPRING MEETING 2016
ÉVORAHOTEL, 07 A 10 DE ABRIL
www.encontrosda primavera.com

STEERING COMMITTEE

- Alex Castro
- Ana Pais
- Maria Madalena
- Joana Augusta
- Margarida Bernardino
- Miguel Barbosa
- Mariana Almeida
- Sandra Bento

SCIENTIFIC COMMITTEE

- Ana Moraes
- Anabela Barros
- Antonia Andre
- António Moreira Paes
- Carolina Duarte
- Carlos Neiva
- Carlos Quintana
- Esau Viana
- Helena Gonçalves
- Helena Martins
- João Coimbra
- Jorge Coimbra
- Jorge Quintanilla Sorro
- Jorge Furtado
- José Costa Maia
- João Luís Barata
- Luísa Barata
- Manuel Sacramento Simões
- Maria José Passos
- Mariana Gomes
- Paula Brandão
- Paulo Costa
- Paulo Melo
- Pedro Oliveira
- Rui Dias

Mais uma vez a AEOP organiza o Programa científico de Enfermagem em parceria com o programa Médico, na próxima Reunião da Primavera a decorrer no início de Abril em Évora.

Este ano teremos 5 Sessões científicas: Discussão e lançamento de Linha de

Consenso Mucosite em doentes a fazerem radioterapia; uma Sessão sobre Cancro Pulmão, uma Sessão sobre Sarcomas, Cabeça e Pescoço e a Sessão de Sábado, sobre Dor.

Contaremos com um número significativo de enfermeiros que á luz dos anos anteriores, fazem desta Reunião o segundo momento com mais participação de enfermeiros em eventos Científicos de Enfermagem Oncológica.

Este evento decorre mais uma vez no Évora Hotel.

O Programa científico pode ser visualizado no nosso site em www.aeop.net



Myeloma Nurse Learning Programme

Programa Educacional de e-Learnig sobre Melanomas é uma iniciativa da Myeloma Academy UK dirigido aos enfermeiros que trabalham em Hematologia e Hemato-oncologia que se interessam particularmente em 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. Para os interessados, pode entrar neste programa através da nossa página web www.aeop.net. Bom estudo!!

PROGRAMA IMUNO-ONCOLOGIA PARA ENFERMEIROS

A Univadis lança um programa de Formação em Oncologia, Especificamente em Imuno-Oncologia.

Programa Gratuito. Basta entrar em <http://www.univadis.pt/oncology> e entrar em Formação em Oncologia.

Encontra aqui 7 Módulos em Português. Com apoio e tradução da AEOP:

- Módulo Imuno-Oncologia
- Módulo Atividade Física e Cancro
- Módulo Nutrição e Cancro
- Módulo Risco e Cancro
- Módulo Qualidade Vida
- Módulo Psico-Oncologia

· Módulo Utilização Imuno-Oncologia
Mais uma parceria da AEOP com entidades Internacionais ligadas à Oncologia. Poderá entrar neste programa utilizando a nossa plataforma web: www.aeop.net

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>

ONCOGENÉTICA

Biópsia poderá ser insuficiente para identificar mutações oncológicas resistentes

A biópsia a uma única lesão metastática para a identificação de novas mutações poderá não ser suficiente para reconhecer outras que surjam em diferentes metástases, revela um estudo internacional publicado no periódico científico "Cancer Discovery". De acordo com cientistas norte-americanos e italianos, a análise de fragmentos de ADN no sangue poderá dar um importante contributo relativamente à base molecular do cancro de um paciente.

Um estudo levado a cabo por cientistas do Centro Oncológico do Hospital Geral de Massachusetts, nos EUA, e da Universidade de Torino, em Itália, descobriu que "o mecanismo molecular de resistência que emerge numa lesão metastática durante uma determinada terapêutica pode ser totalmente diferente do mecanismo de resistência de outra lesão no mesmo paciente". Segundo o comunicado emitido pela universidade americana, os cientistas concluem que "a prática habitual de realizar análises moleculares à biópsia de uma única lesão metastática poderá ser inadequada" e propõem que a análise ao ADN tumoral circulante poderá ser uma forma mais eficaz de identificar a diversidade molecular tumoral de um paciente, permitindo, dessa forma, seleccionar as melhores terapias para ultrapassar a resistência aos tratamentos.

O estudo relata o caso de um paciente com cancro colorrectal metastizado para o fígado que respondeu positivamente ao tratamento com anticorpos contra o EGFR, mas que, passados 15 meses, desenvolveu resistência aos mesmos. De forma a identificar as mutações responsáveis por essa resistência, foi analisada a amostra de uma biópsia à metástase no fígado. Esta análise identificou uma mutação na proteína MEK1, responsável pela resistência aos anticorpos contra o EGFR, tendo o paciente sido tratado com um fármaco inibidor da MEK e com outros anticorpos contra o EGFR.

Três meses após o início da terapia combinada, uma TAC abdominal revelou que a lesão metastática no fígado tinha reduzido, contudo, outras lesões metastáticas continuavam a desenvolver-se.

Os cientistas analisaram então amostras de sangue retiradas antes e durante o tratamento com terapêutica combinada. A análise ao ADN tumoral circulante revelou a presença de uma mutação na proteína KRAS que não tinha sido detetada anteriormente através da biópsia. Embora os níveis da mutação MEK1 tivessem diminuído na amostra do sangue retirado durante o tratamento combinado, os níveis da mutação KRAS tinham aumentado consideravelmente.

Ainda que a mutação KRAS não tivesse sido detetada na lesão com a mutação MEK1, esta foi identificada numa das lesões que tinham continuado a desenvolver-se durante a terapia combinada. Isto significa que duas mutações resistentes se tinham desenvolvido em paralelo e estavam na base das diferenças de crescimento de metástases distintas.

"No geral o nosso estudo demonstra de que forma mecanismos

de resistência distintos, que se desenvolvem em diferentes metástases no mesmo paciente, podem orientar respostas diferenciadas a terapêuticas subsequentes entre metástases tumorais individuais”, refere Ryan Corcoran, um dos autores do estudo.

Além de chamar a atenção para os potenciais perigos de, no caso de desenvolvimento de resistência, selecionar a terapêutica tendo por base apenas a análise molecular a uma biópsia tumoral, este estudo demonstra ainda o potencial da integração da biópsia líquida na tomada de decisão.

No entanto, apesar do grande desenvolvimento nas técnicas de análise do ADN tumoral circulante, os autores consideram que ainda não é possível que as biópsias líquidas substituam por completo as biópsias tumorais.

“Precisamos de aprender de que forma podemos explorar melhor as biópsias líquidas de maneira a permitir uma monitorização do tumor do paciente em tempo real”, permitindo, dessa forma, antecipar possíveis resistências e alterar os tratamentos em conformidade, revela Corcoran.

11 FEVEREIRO 2016, ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

Tumores: apenas uma pequena minoria das células contribui para o crescimento

Investigadores suecos demonstraram que uma pequena minoria de células nos tumores neuroendócrinos do pâncreas contribui para o crescimento e metastização do tumor, dá conta um estudo publicado nos “Proceedings of the National Academy of Sciences”

O cancro aparece quando as mutações e outras alterações genéticas “desligam” o sistema de controlo do crescimento que habitualmente está presente nas células. Acreditava-se que todas as células cancerígenas de

um tumor tinham o mesmo potencial para crescerem e metastizarem. Contudo, estudos recentes demonstraram que os tumores são compostos por vários tipos de células cancerígenas com diferentes alterações genéticas.

De acordo com o líder do estudo, Kristian Pietras, o facto de existirem tantos tipos diferentes de células num único tumor pode explicar por que motivo apenas algumas células são capazes de metastizar, e porque alguns pacientes sofrem recidivas apesar de serem expostos a tratamentos prolongados.

Tumores neuroendócrinos é um nome genérico dado a um tipo de tumor que são produtores de hormonas. No estudo os investigadores do Instituto de Karolinska e da Universidade de Lund, na Suécia, verificaram que nos tumores neuroendócrinos do pâncreas, uma pequena minoria de células contribui significativamente para o crescimento do tumor.

“Estas células representam menos de um por cento do total das células do tumor, essencialmente controlam a capacidade do tumor crescer e de metastizar”, revelou, em comunicado de imprensa, uma outra autora do estudo, Eliane Cortez.

A PDGFD é um tipo de proteína secretada pelos vasos sanguíneos do tumor que envia sinais para o recetor, o PDGFR β , que se encontra localizado na superfície de uma pequena percentagem de células cancerígenas. Por sua vez, esta minoria de células cancerígenas secretam fatores de crescimento para outras células no tumor, o que resulta no crescimento de todo o tumor.

Através de estudos realizados em animais, os investigadores desativaram a PDGFD, o que fez com que o crescimento de todo o tumor dimi-

nuísse significativamente, apesar desta medida apenas ter tido um impacto direto numa percentagem muito pequena de células tumorais. A sinalização da PDGFD via o PDGFR β já tinha sido descrita noutros tecidos e tumores, mas nunca neste tipo de cancro.

Esta descoberta é muito importante uma vez que aumenta a compreensão de como um tumor é composto por diferentes tipos de células cancerígenas com diferentes funções. De forma a compreender o nível de agressividade de um tumor, é importante descrever com precisão a sua estrutura, bem como a existência de pequenas populações de células cancerígenas que podem ter um grande impacto no crescimento global do tumor.

JANEIRO, ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A

Cancro poderá no futuro ser tratado como uma doença crónica

O cancro poderá um dia ser tratado como uma doença crónica, defende Tomas Lindahl, um dos três investigadores distinguidos com o Nobel da Química pelos estudos dos mecanismos que permitem a reparação de ADN.

Segundo a notícia avançada pelo Jornal de Notícias, os investigadores foram capazes de mapear a nível molecular a forma como reparar as células danificadas, permitindo também salvaguardar a informação genética. “O trabalho desenvolvido forneceu conhecimento fundamental sobre como funciona uma célula viva e pode ser usada, por exemplo, no desenvolvimento de novas terapias contra o cancro”, justificou o Comité Nobel, num comunicado divulgado a 07 de outubro.

O especialista na área do cancro refere que mais do que falar da

cura do cancro, prefere olhar para o problema como se se tratasse da diabetes. “Não se pretende curar a diabetes. Bem, pode tentar-se, apesar de ser muito difícil, mas pode viver-se com a doença, com uma boa medicação pode levar-se uma vida normal, sem estar o tempo todo assustado”, explicou Tomas Lindahl.

A ideia “é conseguir o mesmo” com o cancro, “que se possa viver como ele, mas sem pensar nisso, e com uma medicação diária, conseguir ter uma vida normal”, acrescentou.

Contudo, Tomas Lindahl não se atreve em estabelecer um prazo para atingir esse objetivo, uma vez que existem diferentes tipos de cancro. “Há alguns que podemos curar ou regredir, mas há outros, como o cancro do pâncreas, que ainda não entendemos e que ainda é uma doença muito perigosa”.

Os investigadores esperam um dia entender por que motivo alguns tipos de cancro não respondem bem aos tratamentos. Se conseguirem responder a esta questão poderão encontrar novos medicamentos e melhores tratamentos para os doentes.

DEZEMBRO 2016, ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

Investigação lança novas luzes sobre disseminação do cancro

Uma investigação levada a cabo por cientistas do Brigham Women's Hospital (BWH), nos EUA, e publicada no “Nature Communications” revela novos dados sobre a disseminação do cancro. O cancro dissemina-se pelo organismo através de um processo denominado metastização e que é responsável por 90% das mortes associadas ao cancro.

“As metástases permanecem como a derradeira fronteira na investigação para a cura do cancro”, refere,

em comunicado de imprensa, uma das autoras do estudo, Shiladitya Sengupta.

Os investigadores construíram em laboratório uma matriz tridimensional de um tumor, com células endoteliais e células de cancro da mama metastático. Através deste modelo, os cientistas observaram que, em vez de as células metastizadas se aglomerarem para formar uma esfera, estas disseminaram-se através dos vasos sanguíneos. Os investigadores usaram um microscópio eletrónico de varrimento e detetaram então tubos finos e compridos que se estendem para fora das células, constituindo pontes em nanoescala que ligavam as células cancerígenas ao tecido saudável.

Além disso, descobriram ainda que os perfis moleculares de algumas células endoteliais normais tinham sido alterados. Os cientistas colocaram a hipótese de microARN serem transferidos através das pontes para as células endoteliais. Através de uma análise mais aprofundada, os cientistas descobriram que as células endoteliais possuíam dois microARN que já tinham sido implicados na metástase.

Os investigadores utilizaram de seguida modelos animais para testar compostos químicos que evitassem a formação de nanopontes e impedissem a comunicação entre as células tumorais e o endotélio. Através desta experiência, os cientistas descobriram que determinados agentes farmacológicos, como o docetaxel, que é utilizado no tratamento do cancro da mama metastático, reduzem a formação de nanopontes entre as células. Os ratinhos que receberam um tratamento precoce com estes agentes farmacológicos apresentaram menos metástases.

“O nosso estudo abre novas avenidas para exploração e sugere que estas pontes entre membranas em na-

noescala podem representar uma nova terapêutica na gestão do cancro da mama metastático”, adianta Sengupta.

No futuro, os cientistas pretendem verificar se os inibidores ATPase – fármacos estudados para o tratamento da sida – poderão ser também eficazes na prevenção da formação de pontes e consequente inibição de metástases.

JANEIRO 2016, ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

CANCRO DIGESTIVO

Cancro colo-retal: descoberto novo potencial tratamento



Investigadores de Singapura descobriram que a combinação de uma pequena molécula com a quimioterapia pode produzir um efeito sinérgico benéfico para os pacientes com cancro colo-retal, dá conta um estudo publicado na revista “Oncotarget”.

No estudo os investigadores da Universidade Nacional de Singapura demonstraram a eficácia de uma pequena molécula, o PRIMA-1met, na inibição do crescimento das células do cancro colo-retal.

Estudos anteriores já tinham demonstrado que o PRIMA-1met ativava o p53 mutado, um gene supressor tumoral, e promovia a morte das células cancerígenas. O composto demonstrou ter uma atividade pré-clínica promissora em vários tipos de cancros e um bom perfil de segurança.

“O cancro colo-retal é conhecido pela baixa taxa de sobrevivência a longo prazo nos adultos. Tendo em conta o excelente perfil de segurança do PRIMA-1met, juntamente com os seus efeitos secundários mínimos e totalmente reversíveis, estamos otimistas que o desenvolvimento deste fármaco como uma abordagem terapêutica direcionada contra o cancro colo-retal, conjuntamente com a quimioterapia, tem potencial para os pacientes”, revelou, em comunicado de imprensa, um dos autores do estudo, Chng Wee Joo.

O gene p53 é também conhecido como “guardião do genoma” uma vez que codifica para uma proteína importante que ajuda a estabilizar e a reparar o genoma. Quando ocorrem mutações no gene p53, as células tornam-se mais suscetíveis a danos e ficam consequentemente cancerosas. Cerca de metade dos pacientes com cancro colo-retal apresentam mutações neste gene. No estudo, os investigadores constataram que o PRIMA-1met era mais eficaz a matar as células cancerígenas do cancro colo-retal que continham o gene p53 mutado.

Os investigadores explicaram que, contrariamente a outros fármacos anticancerígenos que induzem danos no ADN e frequentemente têm efeitos secundários graves, o PRIMA-1met é mais favorável uma vez que restaura a estrutura e a função do p53 mutado, promovendo consequentemente a morte das células cancerígenas.

Atualmente, o PRIMA-1met encontra-se em ensaios clínicos de fase I/II de doenças malignas hematológicas e cancro da próstata. Neste tipo de ensaios, o fármaco em causa é administrado a um grupo de pacientes com câncros hematológicos e sólidos para testar a sua segurança, eficácia, dose adequada e potenciais efeitos secundários.

Os investigadores, liderados por Chng Wee Joo, estão a planear testar se a combinação do PRIMA-1met, com fármacos anticancerígenos, como o fluorouracil e a oxaliplatina que são comumente utilizados no tratamento de cancro colo-retal, poderá otimizar os resultados da quimioterapia.

JANEIRO 2016, ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

Plataforma multisectorial europeia sobre cancro do pâncreas

A Plataforma Multisectorial Europeia sobre Cancro do Pâncreas, desenvolvida para chamar a atenção sobre este tumor maligno, foi apresentada na semana passada a propósito do Dia Mundial do Cancro do Pâncreas, no Instituto de Patologia e Imunologia Molecular (Ipatimup), no Porto.

A plataforma, desenvolvida há cerca de um ano, é composta por um grupo de fundações, universidades, centros nacionais de registos, investigadores, cirurgiões, epidemiologistas, oncologistas, médicos de família, representantes dos doentes, membros do Parlamento Europeu do Movimento Contra o Cancro e membros da direção-geral da saúde da União Europeia, de gastroenterologistas e da indústria farmacêutica, explicou à agência Lusa Vítor Neves, da Europacoln, uma das associações que pertence a este movimento mundial.

A Plataforma Multisectorial Europeia sobre Cancro do Pâncreas foi apresentada no auditório do Ipatimup, no Porto, durante a conferência denominada “Perspetivas futuras, a atualidade e áreas de incerteza no cancro do pâncreas”, uma iniciativa do Ipatimup e da Europacoln para assinalar o Dia Mundial do Cancro do Pâncreas em Portugal.

A plataforma tem como objetivo “aumentar os níveis de prevenção, elaborar um registo oncológico relativamente ao cancro do pâncreas, identificar entidades onde existam ensaios clínicos e identificar os centros de tratamento”, explicou Vítor Neves, sublinhando que, se houver um maior controlo através dos médicos de família no sentido de reduzir o tempo entre os exames de rotina, aumenta-se a prevenção, que é o meio ideal para controlar a doença.

O registo de cancro do pâncreas em Portugal está a aumentar, com 1.400 novos casos por ano, e a taxa de sobrevivência global aos cinco anos deste tumor maligno é de apenas 5%, indica a Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia.

A predisposição familiar para o cancro do pâncreas é um fator de risco, assim como o tabagismo crónico, que aumenta duas a três vezes a probabilidade de haver cancro do pâncreas, a ingestão de gorduras, a obesidade e o sedentarismo.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, a dor ou desconforto abdominal, falta de apetite, emagrecimento e cansaço são também indicadores a ter em atenção.

O cancro do pâncreas é, de todos os câncros, o que tem a taxa de sobrevivência mais baixa e, sem melhorias no diagnóstico, prevê-se que venha a tornar-se a segunda principal causa de morte por cancro em 2030.

NOVEMBRO 2015, ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

Gene supressor do cancro pode promover a disseminação do cancro colo-retal



Um gene conhecido por suprimir o crescimento e a disseminação de vários tipos de cancro exerce um efeito oposto em algumas formas do cancro colo-retal, atesta um estudo publicado na revista “Oncogene”.

De acordo o líder do estudo, Sharad Khare, já tinha sido previamente demonstrado que o gene conhecido por Sprouty2 protegia contra a disseminação do cancro da mama, da próstata e do fígado para outros órgãos. Contudo, através de estudos moleculares os investigadores da Escola de Medicina da Universidade de Missouri, nos EUA, descobriram que este gene pode de facto promover as metástases em vez de as suprimir.

Ao longo de mais de três anos, os investigadores estudaram o papel do Sprouty2 em modelos celulares, de rato e em amostras de biópsias humanas. Através da utilização de diferentes métodos moleculares, os autores do estudo verificaram que este gene funcionava de um modo diferente no cancro colo-retal.

O gene Sprouty2 é conhecido por bloquear circuitos moleculares de forma a impedir que as células cancerígenas cresçam e se disseminem para outras partes do organismo. Contudo, foi verificado que o Sprouty2 pode de facto aumentar a capacidade de metastização das células cancerígenas. O investigador acredita que isto ocorre quando a expressão do gene está aumentada.

As mortes por cancro atribuídas ao cancro colo-retal são principalmente devido à recidiva do tumor e à disseminação do cancro para outros órgãos. De acordo com a Sociedade Americana do Cancro, excluindo o cancro da pele, o cancro colo-retal é o terceiro tipo de cancro mais comumente diagnosticado nos homens e mulheres nos EUA. Estima-se que o risco de desenvolver este tipo de cancro é cerca de um em 20.

Na opinião de Sharad Khare, esta descoberta é um passo muito significativo na compreensão da ocorrência de metástase no cancro colo-retal. Contudo, o investigador refere que este fenómeno pode apenas ocorrer num subtipo de pacientes com cancro colo-retal.

“Ainda não sabemos por que motivo isto ocorre, mas esperamos determinar se existe uma correlação entre a expressão aumentada deste gene e a expectativa de vida dos pacientes com cancro colo-retal. A realização de mais estudos poderão ajudar-nos a entender quem está em risco, e, em última análise, averiguar se os tratamentos personalizados podem ser planeados para atingir este gene”, concluiu Sharad Khare.

JANEIRO 2016, ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

CANCRO PULMÃO

Cancro do pulmão: identificado novo biomarcador



Investigadores chineses identificaram um biomarcador que deteta o cancro do pulmão mais comum nos estadios precoces. Este estudo publi-

cado no “American Journal of Respiratory and Critical Medicine” pode um dia alterar a forma como os pacientes com cancro do pulmão vivem.

O cancro do pulmão de não pequenas células, que representa 85% de todos os cancros do pulmão, se for detetado precocemente os pacientes têm 70% de sobrevivência após cinco anos. Contudo, quando este tipo de cancro é detetado no estadio avançado, a sobrevivência após cinco anos desce para 10%.

Neste estudo os investigadores da Universidade de Cheng-Kung, na China, testaram a proteína associada à huntingtina 1 (HAP1) como um potencial marcador. Foi também investigado o papel desta proteína na progressão do cancro do pulmão e desenvolvimento de metástases, a causa da maioria das mortes por este cancro.

Através de estudos realizados in vitro e in vivo, os investigadores constataram que para além de funcionar como um biomarcador, a HAP1 reprime a mobilidade das células cancerígenas do pulmão e das metástases.

Para o estudo os investigadores, liderados por Pei-Jung Lu, analisaram o tecido pulmonar de 121 pacientes. Verificou-se que aqueles que se encontravam nos estadios iniciais da doença expressavam níveis mais elevados de HAP1, comparativamente com aqueles que se encontravam em estadios mais tardios.

Os investigadores também analisaram a correlação entre a expressão de HAP1 nos estadios iniciais da doença (estadio I e II), e constataram que havia uma correlação significativa entre os pacientes que expressavam níveis mais elevados da proteína e uma maior sobrevivência. Estes resultados sugerem que a HAP1 pode funcionar como um biomarcador de prognóstico da doença.

O estudo também avaliou a correlação entre a HAP1 e a mobilidade celular em experiências in vitro e em modelos de ratinho do adenocarcinoma, o tipo mais comum do cancro do pulmão de não pequenas células. Verificou-se que a expressão da HAP1 estava inversamente associada à mobilidade das células cancerígenas. Níveis mais elevados de expressão da HAP1 estavam significativamente associados a poucas metástases das células tumorais.

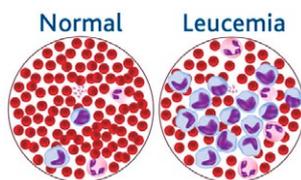
Adicionalmente, os investigadores analisaram os mecanismos responsáveis pela capacidade da HAP1 suprimir a mobilidade celular e o processo de metastização. Observou-se que a HAP1 modelava a Akt, uma proteína cinase que regula a transição epitelial-mesenquimal, que por sua vez facilita a invasão celular e o início das metástases.

“Se formos capazes de restaurar os níveis e funções da HAP1, talvez consigamos impedir ou prevenir as metástases do cancro do pulmão humano nos estadios iniciais”, conclui Pei-Jung Lu.

DEZEMBRO 2015 ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

HEMATO-ONCOLOGIA

Identificados genes que impedem o desenvolvimento da leucemia



Investigadores do Reino Unido identificaram os genes que atuam como travões no desenvolvimento de uma forma agressiva da leucemia. O estudo publicado no “Journal of Experimental Medicine” fornece novas

informações sobre a doença e poderá conduzir a novas terapias para prevenção de recidivas.

Os investigadores da Universidade de Edinburgh, no Reino Unido, descobriram que as moléculas Hif-1alfa e Hif-2alfa funcionam conjuntamente para impedirem a formação de células estaminais leucémicas no tipo agressivo de cancro do sangue conhecido por leucemia mieloide aguda.

Este tipo de cancro ocorre quando a produção de novas células sanguíneas pela medula óssea fica afetada, o que conduz à formação de células estaminais leucémicas, que alimentam a doença e fornecem um fluxo constante de células leucémicas anormais.

No estudo, os investigadores, liderados por Kamil R Kranc, verificaram que o bloqueio da Hif-2alfa ou da Hif-1alfa e da Hif-2alfa acelerava o desenvolvimento da leucemia. Estes resultados são surpreendentes uma vez que estudos anteriores tinham sugerido que o bloqueio destas duas moléculas poderia parar a progressão da doença.

Contudo, estes novos resultados sugerem que as terapias desenvolvidas para bloquear a Hif-1alfa e a Hif-2alfa podem não ter impacto ou até piorar a doença. Por outro lado, o desenvolvimento de terapias com capacidade para promover a atividades destas duas moléculas poderá ajudar a tratar a leucemia mieloide aguda ou impedir a recidiva da doença após a quimioterapia.

Os fármacos quimioterápicos podem ajudar a eliminar as células da leucemia, mas não têm efeito nas células estaminais leucémicas que causam a doença. Desta forma os pacientes com este tipo de cancro apresentam por vezes recidivas.

“A descoberta de que a Hif-1alfa e a Hif-2alfa atuam conjunta-

mente para parar o desenvolvimento da leucemia é um marco importante nos nossos esforços para combater a leucemia. Agora, queremos aproveitar este conhecimento para desenvolver terapias curativas que eliminem as células estaminais leucémicas, que são a causa subjacente da leucemia mieloide aguda”, disse, em comunicado de imprensa, Kamil R Kranc.

De acordo com o primeiro autor do estudo, Milica Vukovic, a leucemia é um termo que abarca um número vasto de doenças diferentes e complicadas. Tendo em conta o papel da Hif-1alfa e da Hif-2alfa na supressão da leucemia mieloide aguda será, na opinião do investigador, muito interessante analisar a sua função noutras leucemias.

DEZEMBRO 2016, ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

CANCRO MAMA

Densidade mamária não está associada ao risco de cancro da mama

A densidade mamária pode não ser um forte fator de risco independente do cancro da mama, sugere um estudo apresentado no encontro anual da Sociedade de Radiologia Norte-americana.

Estudos anteriores já tinham demonstrado que havia uma associação entre a densidade mamária e o cancro da mama. Adicionalmente, os cancros nos tecidos da mama mais densos são mais difíceis de detetar nas mamografias. Desta forma, muitas mulheres com mamas densas são aconselhadas a um rastreio suplementar, nomeadamente através da realização de uma ressonância magnética.

Para o estudo os investigadores do Centro Médico de Osijek, na Croácia, analisaram os dados de 52.962 mamografias realizadas, ao longo de mais de cinco anos e em locais distin-

tos, a mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos.

Os investigadores tinham como objetivo perceber se as pacientes com cancro da mama tinham um tecido mamário mais denso relativamente às mulheres saudáveis. Adicionalmente, queriam também apurar qual a percentagem das mulheres que se encontrava na pós-menopausa tinha um tecido mamário denso.

Os resultados das mamografias foram analisados por dois radiologistas independentes e a densidade mamária foi determinada de acordo com os critérios standard. Foram comparados os dados das pacientes incluídas no grupo de densidade mamária baixa e alta.

O estudo apurou que a maioria das mulheres submetidas ao rastreio tinham uma baixa densidade mamária. Dos 230 casos de cancro da mama, quase cerca de metade foram detetados no grupo das mulheres com a menor densidade mamária, e pouco mais de 3% foi detetado nas mulheres com a densidade mamária mais elevada.

Quando os investigadores emparelharam as pacientes com cancro, com as mulheres da mesma idade e sem a doença constataram que não havia diferenças significativas na densidade mamária. As mulheres com densidade mamária baixa representavam 83% das pacientes com cancro, comparativamente com 89% do grupo de controlo. Por outro lado, uma densidade mamária elevada foi encontrada em 17% das pacientes com cancro da mama e em 11% das mulheres incluídas no grupo de controlo.

De acordo com Natasa Katavic, não foi encontrada uma associação forte entre densidades mamárias elevadas e um risco elevado de cancro da mama nas mulheres pós-menopáusicas.

“O nosso estudo sugere que a densidade mamária sozinha pode não ser um forte fator de risco inde-

pendente do cancro da mama. Na avaliação de risco, todos os fatores de risco devem ser considerados antes de se tomarem decisões relativamente à realização de exames adicionais”, conclui a investigadora.

DEZEMBRO 2015, ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.

Células cancerígenas envenenam células saudáveis

Tal como as bactérias e os vírus, as células cancerígenas têm o potencial de infetar as células saudáveis e promover a progressão do cancro, sugere um estudo publicado no “Journal of Cell Science”.

As células cancerígenas estão continuamente a ser produzidas no nosso organismo, onde maior parte delas são reconhecidas pelo sistema imunológico e destruídas. Contudo, algumas escapam a este sistema de vigilância inato e encontram um local para sobreviver e crescer.

Alguns fatores expelidos pelas células tumorais ficam concentrados na área em volta do tumor, o chamado microambiente tumoral. Apesar de estar perfeitamente estabelecido que estes fatores apoiam e aumentam o crescimento, bem como a multiplicação do cancro, não se sabia se estes fatores influenciavam as células saudáveis da vizinhança.

Neste estudo os investigadores da Universidade de Delaware, nos EUA, constataram que, de facto, as células cancerígenas podem fazer com que as células saudáveis da vizinhança se tornem cancerosas. Para o estudo os investigadores utilizaram um sistema de co-cultura tridimensional onde colocaram a crescer células saudáveis e cancerígenas juntas, de forma a mimetizar o que se passa no organismo.

O estudo apurou que as células cancerígenas produzem uma enzima, a protease, que separa uma molécula

de adesão celular denominada por caderina-E das células saudáveis. A ação das proteases liberta o segmento da caderina-E que se projeta para fora das células. Este segmento, designado por caderina-E solúvel (sE-cad, sigla em inglês), associa-se posteriormente a uma molécula sinalizadora e converte-as em células cancerígenas.

“O soro de um adulto com cancro tem níveis elevados de sE-cad. Os nossos achados mostram que as células tumorais modificam as células epiteliais saudáveis, alteram a sua arquitetura, e utilizam-nas como cúmplices para produzir o sE-cad, conhecido por facilitar a progressão do tumor”, revelou, em comunicado de imprensa, um dos autores do estudo, Pratima Patil.

Na opinião dos investigadores, esta é a primeira vez que se demonstrou que as células cancerígenas podem sequencialmente induzir estadios precoces e tardios do desenvolvimento do cancro, nas células saudáveis da vizinhança.

Esta descoberta abre novas áreas de investigação do cancro, incluindo a determinação de como as células cancerígenas interagem com células normais da vizinhança e promovem o desenvolvimento do cancro.

Do ponto de vista clínico, é necessário perceber se a redução dos níveis sE-cad em pacientes com cancro vai desacelerar a sua progressão e melhorar as opções de tratamento, concluem os investigadores.

DEZEMBRO 2015, ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.



Ensaios clínicos fase III e II – Informação

Nesta secção publicamos os ensaios clínicos ativos, em fase III e II, por patologias oncológicas

Acedido em 22 Fevereiro 2016

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

■ Aspirin for Dukes C and High Risk Dukes B Colorectal Cancers

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

■ Hydroxychloroquine, Fluorouracil, Leucovorin Calcium, Oxaliplatin, and Bevacizumab in Treating Patients With Advanced or Metastatic Colorectal Cancer

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ A Phase Ib Study of MEK162 Plus BYL719 in Adult Patients With Selected Advanced Solid Tumors

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

■ GSK2141795, Dabrafenib, and Trametinib in Treating Patients with Stage IIIC-IV Cancer

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: Not specified

■ Trametinib and Navitoclax in Treating Patients with Advanced or Metastatic Solid Tumors

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ Pembrolizumab, Combination Chemotherapy, and Celecoxib in Treating Patients with Advanced Colorectal, Appendix, Gastroesophageal, Pancreatic, or Biliary Tract Cancer That Cannot Be Removed by Surgery

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ A Dose Escalation and Cohort Expansion Study of Anti-CD27 (Varlilumab) and Anti-PD-1 (Nivolumab) in Advanced Refractory Solid Tumors

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

■ Phase I/II Study of PDR001 in Patients With Advanced Malignancies

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ A Study of PLX8394 as a Single Agent in Patients With Advanced, Unresectable Solid Tumors

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ Safety and Efficacy of LAG525 Single Agent and in Combination With PDR001 in Patients With Advanced Malignancies

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ Open-Label Phase 2 Efficacy Trial of Cancer Macrobeads in Patients With Treatment-Resistant Pancreatic or Colorectal Cancer

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

■ Irinotecan Hydrochloride and Cetuximab with or without Ramucirumab in Treating Patients with Advanced Colorectal Cancer with Progressive Disease after Treatment with Bevacizumab-Containing Chemotherapy

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

■ Biological Therapy in Improving Immune Reconstitution after Chemotherapy in Older Patients with Stage I-III Breast, Stage II Bladder, or Stage II-III Colorectal Cancer

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 60 and over

■ Exercise and Metformin Hydrochloride in Lowering Insulin Levels in Colorectal or Breast Cancer Survivors

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Educational/Counseling/Training, Treatment

AGE: 18 and over

■ Combination Chemotherapy, Bevacizumab, and Cholecalciferol in Treating Patients with Previously Untreated Locally Advanced or Metastatic Colorectal Cancer That Cannot Be Removed by Surgery

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ Gemcitabine Hydrochloride and Docetaxel in Treating Patients with Relapsed or Refractory Colorectal Cancer That Is Metastatic or Cannot Be Removed by Surgery

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: Over 18

■ Ziv-Aflibercept and Combination Chemotherapy in Treating Patients with Previously Untreated Colorectal Cancer That is Metastatic or Locally Advanced and Cannot Be Removed by Surgery

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ *BRAF/MEK/EGFR Inhibitor Combination Study in Colorectal Cancer (CRC)*

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ *A Study of BBI608 in Adult Patients With Advanced Colorectal Cancer*

PHASE: Phase II,

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ *Pembrolizumab in Treating Patients with Metastatic or Locally Advanced Microsatellite Unstable Solid Tumors*

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ *Neuromodulation with Interstim Device in Reducing Bowel Dysfunction after Surgery in Patients with Rectal Cancer*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

■ *S1406 Irinotecan Hydrochloride and Cetuximab with or without Vemurafenib in Treating Patients with Colorectal Cancer That Is Metastatic or Locally Advanced and Cannot Be Removed by Surgery*

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ *Anti-B7H1 Monoclonal Antibody MEDI4736 in Treating Patients with Locally Advanced or Metastatic Colorectal Cancer*

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ *Phase II Trial of Irinotecan, Cetuximab, and Bevacizumab Compared With Irinotecan, Cetuximab, and Placebo in KRAS-Wildtype, Irinotecan-Refractory, Metastatic Colorectal Cancer*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

■ *Study of Colorectal Cancer Patients (Stage IIIC) With Either Regorafenib or Standard of Care (No Treatment) After Adjuvant FOLFOX*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

■ *Study of Pembrolizumab (MK-3475) as Monotherapy in Participants With Previously-Treated Locally Advanced Unresectable or Metastatic Colorectal Cancer (MK-3475-164/KEYNOTE-164)*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

■ *Cytoreductive Surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Mitomycin C Followed by Standard Chemotherapy in Treating Patients With Peritoneal Carcinomatosis*

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

■ *Basket Study of Entrectinib (RXDX-101) for the Treatment of Patients With Solid Tumors Harboring NTRK1/2/3, ROS1, or ALK Gene Rearrangements (Fusions)*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

■ *Study of LOXO-101 in Subjects With NTRK Fusion Positive Solid Tumors*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

MSD Oncologia

CIÊNCIA
PAIXÃO
TRANSFORMAÇÃO

www.msd.pt www.univadis.pt Tel.: 214 465 700

Merck Sharp & Dohme, Lda. Quinta da Fonte, Edifício Vasco da Gama, 19- Porto Salvo 2770-192 Paço de Arcos. NIPC 500 191 360.

Copyright ©2014 Merck Sharp & Dohme Corp., é uma subsidiária de Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, EUA.

Todos os direitos reservados. ONCO-1132570-0000



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