

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

29

ANO VIII · MAR-JUN 2015

ENTREVISTA COM....

Vanda Ribeiro, especialista em cancro da mama no Royal Marsden Hospital (Londres, Reino Unido), fala da organização da atividade de Enfermagem nesta área.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DO TRÍGONO RETOMOLAR

As alterações associadas podem ser minimizadas com o tratamento adequado e respetivo acompanhamento nas fases do pré, intra e pós-operatório. Os cuidados de enfermagem ao utente submetido a cirurgia do trígono retomolar são fundamentados pela teoria, pelos estudos efetuados e pela experiência profissional neste âmbito. Artigo teórico que aborda esta área clínica.

A MULHER MASTECTOMIZADA: ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PRODUÇÃO DO AUTOCUIDADO

Resultados de um estudo de investigação qualitativo, exploratório e descritivo com nove enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que prestam cuidados à mulher mastectomizada em contexto de internamento numa instituição especializada de oncologia do Porto.

VIVÊNCIAS DE ANSIEDADE E STRESSE DOS DOENTES COM TUMOR CEREBRAL, NO PRÉ-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA

As vivências de ansiedade e stresse são frequentemente identificadas em doentes com tumor cerebral, em especial quando estes vão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica. Com este estudo pretendeu-se conhecer essas vivências em indivíduos com diagnóstico de tumor cerebral, no período pré-operatório.



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa



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/5 ml solução injetável.** 1 frasco para injetáveis 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 trastuzumab emtansina e que é usada a formulação correta. **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/5 ml solução injetável:** 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 e 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 e instruções utilização, 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. insu-



Herceptin® SC
trastuzumab
subcutâneo



EVOLUÇÃO CONTÍNUA NO TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA HER2+

ficiência cardíaca, hipertensão ou doença coronária arterial, FEVE \leq 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 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 pneumonia, em especial em doentes que estejam a ser tratados com taxanos. Registrar o nome de marca 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. A administração concomitante de anastrozol não pareceu influenciar a farmacocinética do trastuzumab. **Efeitos indesejáveis: Reações adversas (RA) mais graves e/ou frequentes:** Disfunção cardíaca, reações associadas à administração, toxicidade hematológica (em particular neutropenia), infeções e reações adversas pulmonares.

res. **RA muito frequentes:** nasofaringite, neutropenia febril, anemia, neutropenia, leucopenia, trombocitopenia, diminuição do peso, anorexia, insónia tremor, tonturas, cefaleia, parestesia, disgeusia, conjuntivite, hipersecreção lacrimal, hipotensão/hipertensão arterial, batimento cardíaco irregular, palpitações, flutter cardíaco, fração de ejeção diminuída, afrontamentos, sibilos, dispneia, tosse, epistaxis, rinorreia, diarreia, vômitos, náuseas, tumefação labial, dor abdominal, dispepsia, obstipação, estomatite, eritema, erupção cutânea, edema facial, alopecia, alterações ungueais, síndrome de eritrodismestesia palmoplantar, artralgia, tensão muscular, mialgia, astenia, dor torácica, arrepios, fadiga, síndrome gripal, reações associadas à perfusão, dor, pirexia, inflamação da mucosa e edema periférico. **Importante:** Observaram-se outras RA graves, potencialmente fatais, incluindo reações à perfusão, reações de hipersensibilidade e do tipo alérgico, acontecimentos do foro pulmonar e toxicidade cardíaca. *Por favor consulte o RCM para informação detalhada sobre estas e outras RAs. Data da revisão do texto:* junho 2014. **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda. Estrada Nacional 249-1, 2720-413 Amadora. NC 500233810.**

Referência: 1. Resumo das Características do Medicamento Herceptin® acedido a 17 de outubro de 2014.

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

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



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

— YERVOY® (ipilimumab)
— gp100

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

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

e uma eficácia consistente em doentes tratados em primeira linha¹

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

Indicação

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

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

Referências:

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

YERVOY (IPILIMUMAB) Informações essenciais compatíveis com o RCM
Nome do medicamento: YERVOY® 5 mg/ml concentrado para solução para perfusão (ipilimumab). **Indicações terapêuticas:** YERVOY® é indicado para o tratamento do melanoma avançado (irressecável ou metastático) em adultos. **Posologia e modo de administração:** 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 substituição 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 MDX10-20, 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, 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

M. Jorge Freitas, Coordenador Editorial da Onco.news

06 ENTREVISTA COM...

Vanda Ribeiro, especialista em cancro da mama no Royal Marsden Hospital (Londres) fala da organização da atividade de Enfermagem nesta área

ARTIGOS

08 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DO TRÍGONO RETROMOLAR

Luciana Esteves, Rita Nunes

14 A MULHER MASTECTOMIZADA: ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOUIDADO

Maria João Camões, Bárbara Gomes, Cândida Pinto

24 VIVÊNCIAS DE ANSIEDADE E STRESSE DOS DOENTES COM TUMOR CEREBRAL, NO PRÉ-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA

Maria Celeste Almeida, Lígia Lima, Ana Guerreiro

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

- 32 ACONTECEU AEOP 8: PALACE HOTEL MONTE REAL, 21 - 23 MAIO 2015 • PROJETO PEDNEPER: LANÇAMENTO DO LIVRO SOBRE NEUROPATIA PERIFÉRICA • ESTUDO SOCIAL SUPPORT SARCOMA: APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS • AEOP RADIOTERAPIA: NOVO GRUPO DE TRABALHO • LANÇAMENTO DE LINHA DE CONSENSO "RADIODERMITE" • APRESENTAÇÃO DO ESTUDO "QUANTOS SOMOS?" • NOVOS CORPOS SOCIAIS PARA O BIÊNIO 2015-2017

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

34 NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO

Também disponível em www.aeop.net

49 ENSAIOS CLÍNICOS 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
Unidade de Investigação Clínica - Instituto Português de Oncologia, Porto
mjorgefreitas@sapo.pt

COORDENADOR EDITORIAL

Mónica Alexandra Castro Pereira, RN
Department of Oncohematology
University College London Hospitals
castrom3@sapo.pt

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 GIÊSEL, 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
Doutor em Enfermagem. Professor na Escola Superior de Enfermagem do Porto
paulomarques@esenf.pt

CONSELHO EDITORIAL

Maria João, Barbara Gomes; Cândida Pinto; Eva Sousa; Luciana Esteves; Rita Nunes; M. Celeste Almeida; Lígia Lima e Ana Guerreiro

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:** Elisabete Valério, MsC, RN - evalerio@ipoporto.min-saude.pt
- **DOENTE COM CANCRO PULMÃO:** Esmeralda Barreira, MsC, RN - merbarreira@gmail.com
- **DOENTE COM SARCOMA:** Rui Santos, RN - rmrsg60@gmail.com
- **DOENTE HEMATO-ONCOLÓGICO:** Helena Fernandes, RN - helenafernandes@buc.min-saude.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

Em 2015 realizamos a 8.^a Reunião Nacional, tantas quantos anos tem a nossa Associação. Mais uma vez tivemos perto de 300 congressistas, um número que se tem vindo a manter de outros anos e que tem feito deste evento um ótimo local de encontro entre gerações de enfermeiros oncologistas e de partilha de experiências profissionais diferentes.

Alguns momentos altos nesta Reunião: apresentamos o estudo sobre a nossa representatividade nacional – quantos somos e onde estamos. Foi um estudo importante, de caracterização dos enfermeiros oncologistas em Portugal, continente e ilhas, hospitais públicos e privados, que vai ser uma ferramenta muito útil para a AEOP planear a sua atividade; foram apresentados e oferecidos dois livros educacionais para doentes – um na área da Dor e outro na área da Neuropatia Periférica. É mais uma prova que as organizações podem e devem desenvolver documentos e estratégias educacionais para os seus doentes; tivemos a apresentação dos documentos PEP “Dispneia” e “Neuropatia Periférica”, traduzidos a partir dos documentos originais de Sociedade Americana e Europeia de Enfermagem Oncológica. Todos estes documentos foram distribuídos pelos congressistas respondendo a um dos objetivos da Associação: desenvolver atividade educacional para profissionais e para doentes; tivemos dois cursos temáticos com boa participação e, este ano, pela primeira vez, incluímos a apresentação dos trabalhos selecionados dos Abstracts no próprio programa. Pensamos que foi uma boa opção, pela maior capacidade e qualidade de discussão dos mesmos. Uma alteração dos programas anteriores e cuja continuidade terá de ser avaliada para 2016.

Terminada a nossa Reunião e fechada as contas, estamos já a pensar em 2016, a AEOP 9, a decorrer em Tomar, no Hotel dos Templários, nos dias 27 e 28 maio. Todos os contributos e sugestões que nos chegarem relativamente à organização do programa científico serão bem-vindos. Pode marcar já na sua agenda este evento. Mais pormenores irão sendo publicados no espaço próprio da nossa página web.

Uma nota importante para a mudança dos corpos sociais e entraram 6 novos elementos, alguns estreantes nestas questões associativas, outros já com experiência, sendo que é importante a renovação e a capacidade da AEOP gerar

mudanças sem fraturas. A nova Presidente vem da área do Cancro da Mama, é a nossa conhecida colega Elisabete Valério, passando a Cristina Lacerda para Vice-Presidente. Serão os próximos 2 anos organizados na continuidade das atividades já planeadas e certamente virão novidades, sempre direcionadas para a missão da Associação: levar aos Enfermeiros e aos nossos doentes a melhor formação e informação sobre o que melhor se faz na Oncologia nacional e internacional. Aos novos colegas e à nova Presidente, as maiores felicidades!

Uma outra nota importante e positiva para a nossa colega Cristina Lacerda, que recentemente foi nomeada para coordenar o próximo masterclasse de Oncologia, em 2016, da responsabilidade da EONS. Importante este posicionamento da AEOP junto da sua congénere Europeia.

Para este ano, temos ainda em preparação o Congresso Nacional de Cancro Digestivo, a decorrer em outubro, a Reunião Anual da SPH, em novembro, e a reunião interna do Conselho Consultivo da AEOP, planeada para 12 de dezembro. Será lançado brevemente um Programa Educacional na área do pulmão, a ser implementado no Norte, Centro e Sul do país. O Programa será apresentado e divulgado nas nossas plataformas comunicacionais. Será pois mais um trimestre final de muito trabalho.

Finalmente, um apontamento para o alinhamento desta Revista 29: publicamos dois artigos de investigação e um artigo teórico. Da área da investigação, temos dois artigos de muito interesse: um na área da reabilitação da doente submetida a mastectomia e outro relativo à ansiedade e stress vivenciados pelo doente no pré-operatório nos tumores cerebrais.

O artigo teórico faz uma abordagem da cirurgia do trigono retromolar.

Aproveito para desejar boas férias a todos os colegas membros da comunidade científica da AEOP.



M. Jorge Freitas
Coordenador Editorial da revista ON



Vanda Ribeiro Breast Cancer Nurse Specialist, Royal Marsden Hospital, Londres



Vanda Ribeiro - Enfermeira especialista em cancro da mama há 15 anos.

[onco.news] Como foi a integração na atividade clínica do Royal Marsden?

Vanda Ribeiro O papel da enfermeira especialista em oncologia nas diferentes especialidades está bem implementado e reconhecido dentro da equipa multidisciplinar no UK. Sou enfermeira especialista em cancro da mama há 15 anos e quando comecei a trabalhar no Royal Marsden (RM) juntei-me a uma equipa que se estava a organizar.

A minha integração foi um desafio porque foi a primeira vez que fui trabalhar para um centro de oncologia. Eu trouxe para a equipa e para o serviço a minha experiência e conhecimentos específicos dentro da especialidade. Tive a oportunidade de influenciar a forma como o serviço foi organizado, incluindo o serviço alargado (à doente, aos familiares), forma de trabalhar com a equipa multidisciplinar, com o médico de família e outros profissionais de saúde. Também me apercebi que houve uma transição da equipa médica em relação à de enfermagem, no sentido de haver um maior reconhecimento do papel da enfermeira especialista. A avaliação holística da doente feita pela enfermeira pode influenciar a decisão em termos de

tratamento, é a ‘voz’ do doente.

Para mim, trabalhar no Marsden tem sido a melhor e a mais gratificante experiência profissional que já tive. Sinto que trabalhar numa equipa com os melhores ‘experts’ em oncologia é uma oportunidade única, mas também te ajuda a aspirares a seres um dos melhores na tua especialidade.

Como se faz formação em oncologia no RM? Como defines o teu percurso académico e de formação? O hospital apoia? Como?

A formação em oncologia no hospital é essencialmente feita na Marsden School of Nursing, em termos de fazeres módulos específicos. Mas também tem ligação com uma das universidades, se te inscreveres num programa de mestrado ou doutoramento.

O meu percurso académico tem sido específico e direcionado a desenvolver as minhas competências dentro da especialidade. Por exemplo, quando comecei, fiz um módulo de cancro da mama, depois outro em “counselling skills” e em “lymphoedema management”. Para progredir para enfermeira especialista é essencial ter um “degree”. Mais recentemente, também pedem que estejas inscrito ou tenhas completado um mestrado. Eu fiz o mestrado em Advanced Cancer Nursing Practice, o que envolveu módulos específicos em *management, leadership* e oncologia.

O hospital apoia o desenvolvimento profissional e académico, participando 50% em termos de tempo e ajuda financeira. É reconhecida a importância de ter enfermeiros especialistas com um nível de conhecimento específico e mais avançado. Isto influencia os cuidados de saúde e a satisfação das doentes que utilizam os

nossos serviços, sendo o hospital reconhecido nacional e internacionalmente por ser um centro de excelência.

Como estão organizados os cuidados de oncologia no RM? Como é o circuito da doente desde a admissão até à alta?

As mulheres são encaminhadas para o hospital pelo médico de família, vêm a uma consulta de ‘one-stop’ em que fazem todos os testes que necessitam para se fazer o diagnóstico. O médico de família é informado que a doente tem cancro da mama dentro de 24 horas.

As doentes também podem ser admitidas no RM quando são diagnosticadas pelo serviço nacional de rastreio do cancro da mama ou quando são diagnosticadas noutros hospitais.

A enfermeira especialista está sempre presente nas consultas de diagnóstico, o médico não observa a doente sem a enfermeira, para que esta possa dar apoio à doente e à família. A avaliação holística feita pela enfermeira começa nesta primeira consulta, incluindo os diferentes componentes relevantes para a doente. Esta avaliação incorpora aspetos físicos, psicológicos, familiares, sociais, de trabalho, e financeiros.

A maioria das doentes começa por fazer cirurgia, mas também existem muitas outras que começam por fazer quimioterapia. A enfermeira acompanha a doente pelo percurso todo do tratamento. Dando apoio através de informação relevante acerca do tratamento que está a fazer, informação prática de como melhor coordenar a sua vida pessoal e o trabalho com o tratamento, como lidar e apoiar a família, principalmente se tem filhos pequenos. A avaliação psicológica é essencial para perceber como a doente vai lidar e enfrentar os desafios que tem



“Sinto que trabalhar numa equipa com alguns dos melhores ‘experts’ em oncologia é uma oportunidade única, mas também te ajuda a aspirares a seres um dos melhores na tua especialidade.”

de enfrentar, na altura do diagnóstico e depois em termos do tratamento.

A enfermeira apoia a doente e ajuda-a a compreender o impacto da cirurgia, os possíveis efeitos secundários da quimioterapia, radioterapia, hormono e targeterapia, em termos físicos, de autoimagem e autoestima, menopausa precoce, sexualidade, etc.

A maioria das doentes são internadas como *day case* ou *23-hour stay*. As que fazem cirurgia reconstrutiva ficam cerca de 3 a 5 dias. A alta é dada com um sumário do processo de internamento e da cirurgia para o médico de família. As doentes recebem informação escrita em como se cuidarem e têm acesso pelo telefone a enfermeira especialista.

Em relação à quimioterapia, esta é feita como *day attendance* no serviço de quimioterapia e as doentes têm também acesso pelo telefone a este serviço, à enfermeira especialista ou a outra colega, “on-call” 24 horas por dia.

A enfermeira especialista também acompanha a doente durante a radioterapia. Esta fase é uma boa oportunidade para ajudar a doente a perceber o tratamento hormonal e como lidar com os possíveis efeitos secundários. Outro aspeto a focar nesta fase é o planeamento que fazemos para a recuperação e como regressar às atividades normais do dia a dia.

Durante todo este processo que a doente segue é essencial integrar o marido ou companheiro, bem como os filhos e a entidade empregadora. É muito importante que a doente se sinta apoiada e compreendida por todos à sua volta. O diagnóstico e o tratamento não são fáceis e se todos estiverem informados acerca dos componentes associados com estes, todos se adaptam melhor.

Sei que existe a figura de enfermeira gestora do doente. Como é feita essa atividade? Quantos doentes têm mensalmente e como é feita a gestão da doença? Como fazem a ligação entre o hospital e a casa do doente?

Acho que acabei por descrever os componentes essenciais da atividade da enfermeira especialista nas respostas acima. A enfermeira também contacta outros profissionais de saúde, pode ser em relação a consultas para clínicas de fertilidade e/ou genética, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico de família, enfermeiras de cuidados de domicílio, psicólogo, entre outros. Cada enfermeira especialista pode ter cerca de 25 a 30 doentes diagnosticadas por mês em que fazemos o apoio inicial. O apoio dado é contínuo nas diferentes fases do tratamento, e o número total de doentes mensais varia conforme a fase em que se encontram. Acho que temos mais doentes a fazer quimioterapia como primeiro tratamento, o que significa um apoio mais intenso pois a mudança é mais radical desde o início.

As doentes enfrentam cada vez mais um processo complexo em termos de decisão quanto ao tratamento. As opções são discutidas em detalhe e com tempo, estas podem incorporar os componentes de fertilidade, de genética, o que pode influenciar o tipo de cirurgia e de quimioterapia. As doentes estão muito mais bem informadas com o acesso a investigação mais recente, o que as leva a participar de uma forma mais ativa na decisão sobre o tratamento que devem fazer.

A enfermeira especialista é a profissional que está disponível para responder a perguntas e ajudar a doente a compreender a informação que recebeu. A enfer-

meira faz este apoio pelo telefone ou em consulta individual com a doente, através de informação escrita e também a orienta para fontes de informação seguras na internet.

A equipa multidisciplinar está sempre em contacto com o médico de família através de informação escrita sobre o tratamento da doente. A enfermeira especialista é o ponto de contacto do médico para esclarecer qualquer dúvida ou para aconselhamento dos cuidados à doente.

Existe a figura de enfermeiro especialista. Quais as competências e como se chega a especialista?

O percurso que a maioria das enfermeiras especialistas faz começa normalmente por se trabalhar numa enfermaria/serviço dedicada(o) a cuidar de doentes dentro da especialidade. De modo que muitas colegas têm experiência de cirurgia e outras de quimioterapia.

No início, um enfermeiro geral pode fazer módulos formativos na área da oncologia ou módulos específicos, como o do cancro da mama, de ginecologia, de cuidados paliativos, entre outros. A partir daqui o percurso da prática clínica será feito em paralelo e de modo complementar com o escolar.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DO TRÍGONO RETROMOLAR

Luciana Esteves

Cirurgia Cabeça e Pescoço e
Otorrinolaringologia, IPO Lisboa
lucianasteves@gmail.com

Rita Nunes

Cirurgia Cabeça e Pescoço e
Otorrinolaringologia, IPO Lisboa
rita_iv_nunes@hotmail.com

RESUMO: O carcinoma do trígono retromolar tem uma baixa incidência na população, contudo quando surge acarreta diversas alterações visuais e funcionais. Estas alterações podem ser minimizadas com o tratamento adequado e respetivo acompanhamento nas fases do pré, intra e pós-operatório imediato, mediato e tardio. Os cuidados de enfermagem ao utente submetido a cirurgia do trígono retromolar são fundamentados pela teoria, pelos estudos efetuados e pela experiência profissional neste âmbito.

PALAVRAS-CHAVE: Trígono retromolar, cirurgia cabeça e pescoço, pelviglossomandibulectomia, osteoradionecrose.

ABSTRACT: *The retromolar trigone cancer has a low incidence on population. However, when it occurs it can lead to several visual and functional changes.*

These changes can be minimized by using the appropriate treatment and by doing a follow-up on pre, intra and post surgery phases during the immediate and late period.

Nursing care given to a patient that has been submitted to retromolar trigone cancer surgery is supported by theory, research and by professional experience in the area.

KEYWORDS: *Retromolar trigone, head and neck Cirgury, pelviglossomandibulectomy, osteoradionecrosis.*

I. Introdução

Os tumores a nível do trígono retromolar são comumente abordados nos serviços de cirurgia oncológica de cabeça e pescoço, pelo que surge a necessidade de pesquisa acerca dos cuidados de enfermagem implicados na referida área, dada a sua especificidade. Deste modo, foi elaborada uma revisão da bibliografia sobre o tema com o objetivo de reunir informação, partindo desta estrutura do ponto de vista anátomo-fisiológico, passando pelas alterações das necessidades humanas fundamentais e as referidas intervenções de enfermagem, com o intuito de conseguirmos prestar os cuidados de enfermagem adequados. A necessidade de elaborar este artigo adveio da falta de informação

sintetizada acerca do tema, após pesquisa sobre o mesmo.

O trígono retromolar é uma região triangular cuja base se estende através dos alvéolos posteriores da mandíbula, cobrindo o ramo ascendente, desde a face distal dos últimos molares até à apófise coronoideia¹.

A evolução do carcinoma neste local atinge as estruturas adjacentes à mandíbula, essenciais à inervação sensitiva cutânea da face, mastigação, fala/dicção, expressão facial e paladar. Assim, é de grande importância o acompanhamento dos utentes no percurso de diagnóstico, tratamento e recuperação. Trata-se de um processo complexo, pois, seja um tratamento cirúrgico ou não, é preciso que o utente dê resposta a várias necessidades e tenha cuidados específicos para além

do programa de ensinos necessário e de todo o acompanhamento individualizado realizado pela equipa multidisciplinar, com base nas alterações físicas e psicossociais.

II. Considerações gerais

O trígono retromolar está adjacente à mandíbula, que por sua vez se encontra interligada a várias estruturas com funções diversas importantes. As principais estruturas musculares que se inserem na mandíbula e essenciais à mastigação são os músculos masseter, temporal e pterigoi-deus externos e internos. Há outras estruturas importantes adjacentes à mandíbula que passam no buraco mentoneano; são elas, a artéria dentária inferior e o nervo alveolar inferior, ramo do nervo mandibular (V3), que por sua vez é o terceiro ramo do nervo trigêmeo (V par craniano). O ramo mandibular é responsável pela inervação sensitiva aos dentes mandibulares, língua, gengiva e lábio inferior. A lesão/secção do mesmo poderá comprometer a mastigação². Para além do nervo já mencionado, outros há que estão em relação com algumas complicações das cirurgias efetuadas em cirurgia de cabeça e pescoço, o nervo facial (VII par craniano) e o nervo grande hipoglosso (XII par craniano). O nervo facial é um nervo motor, sensitivo e parassimpático, controla todos os músculos da expressão facial, sendo que no ramo junto à mandíbula tem uma função motora para os músculos bucinador e lábio inferior; é sensitivo para o paladar nos dois terços anteriores da língua. É responsável igualmente pela inervação parassimpática às glândulas salivares submandibulares e sublinguais. O nervo grande hipoglosso tem função motora para os músculos intrínsecos e extrínsecos da língua e os músculos tiro-hioideu e génio-hioideu. (Idem)

É de salientar que a maioria dos tumores malignos da cavidade oral são carcinomas de células escamosas. O carcinoma espino-celular tem origem numa mucosa alterada com fenómenos de leucoplasia, eritroplasia ou eritroleucoplasia. O carcinoma pavimento-celular propaga-se localmente quer em superfície, quer em profundidade, ao longo das vias anatómicas pré-existentes de menor resistência, dos músculos e dos planos fasciais, dos vasos, do perinervo, do periósteo e do osso^{1,3}.

Portugal e Espanha estão, a nível europeu, na linha da frente da incidência do cancro oral. Segundo os dados de 2008, estima-se que tenham surgido 1025 novos casos de cancro da cavidade oral em Portugal⁴, existindo uma evo-

lução desde então. Segundo o grupo de Estudos de Cancro de Cabeça e Pescoço⁵, existem cerca de 2500 novos casos por ano em Portugal.

Este cancro tem uma elevada taxa de mortalidade. Cerca de 95% dos casos de cancro da cabeça e pescoço são carcinomas das células escamosas, mais comumente na cavidade oral. Trata-se de uma neoplasia com grande agressividade, sendo o sexto mais comum atualmente⁶. A percentagem de sobrevida aos 5 anos é de 80% quando diagnosticados precocemente, no entanto quando diagnosticado em estado avançado é de apenas 19%. A taxa de aparecimento de segundos tumores primários é de 3% a 7% por ano, a maior taxa de todas as doenças malignas. Essa observação levou ao desenvolvimento do conceito de “field cancerization”, neste caso ao longo do aparelho aerodigestivo, devido à exposição crónica da mucosa, durante anos, a agentes carcinogénicos. (Idem)

O carcinoma do trígono retromolar é a quarta neoplasia maligna mais comum da cavidade oral e da orofaringe (6% dos casos)⁷. Na altura do diagnóstico, 95% das pessoas têm mais de 40 anos, sendo a idade média 60 anos. Utentes curados que continuam a fumar têm 40% de probabilidade de ter uma recidiva ou um segundo carcinoma de cabeça e pescoço¹.

Nos casos de carcinoma do trígono retromolar, apenas entre 15,5% e 26,3% dos casos se cinge ao trígono retromolar. Em 80% a 84,5% dos casos propaga-se até ao pilar amigdalino anterior, sendo que a maioria se estende por três ou mais estruturas da cavidade oral e orofaringe. Este carcinoma tem uma grande taxa de invasão óssea devido à proximidade com a mandíbula e maxilar⁸.

Os principais fatores de risco relacionados com o cancro da cavidade oral são hábitos tabágicos e hábitos alcoólicos excessivos, sendo que a incidência varia significativamente com o género, geografia e diferentes etnias¹. O carcinoma do trígono retromolar tem igualmente os mesmos fatores etiológicos, sendo que o efeito sinérgico entre o álcool e a nicotina aumenta em 2,5 vezes o risco de cancro de cada um dos hábitos. Outros fatores etiológicos conhecidos são o traumatismo crónico da cavidade oral (peças dentárias e próteses), higiene da cavidade oral inadequada, infeções, carências nutricionais, fatores genéticos, o Vírus Papiloma Humano (HPV) sendo tipo 16 o mais comum, estimando-se estar presente em 15% a 25% dos carcinomas das células escamosas da cabeça e pescoço. (Idem)

Os primeiros sinais de carcinoma do trígono retromolar são pequenas lesões que os utentes tendem a associar a aftas e a desvalorizar, dado tratarem-se de lesões indolores e que evoluem sem grande sintomatologia. A dor local ou irradiada para o ouvido, hemorragias e desconforto da cavidade oral, como odinofagia e disfagia, são reveladores da invasão de outras estruturas importantes, como nervos, sendo por isso sinais mais tardios. No entanto, é nesta fase que os utentes recorrem ao médico. Outros sinais tardios são a perda inexplicável de dentes, redução do movimento das estruturas da cavidade oral e trismus, este último significando que já existe invasão de músculos mastigadores¹.

Perante a sintomatologia apresentada na consulta, é realizada uma biópsia. Caso seja uma lesão abaulada é realizada uma citologia de aspiração de agulha fina (CAAF); no caso de existir já uma lesão ulcerada, é feita uma biópsia incisional. Posteriormente, são realizados exames complementares de diagnóstico, tais como a Ecografia, a Tomografia Axial Computorizada (TAC) e Ressonância Magnética (RM). Neste ponto, a classificação internacional TNM (tumor - node - metastasis) permite decidir o tratamento mais adequado a realizar perante um caso de carcinoma do trígono retromolar.

O tratamento é multidisciplinar, embora perante este tipo de tumor seja sempre preferencialmente cirúrgico. Em relação à intervenção cirúrgica, pode ser feita excisão do tumor, com ou sem, mandibulectomia. Deverá ser efetuada de forma a existirem margens de segurança na excisão do mesmo. As margens de segurança não devem ser apenas a nível ósseo mas também devem ser tidos em conta os tecidos moles. Atendendo à classificação TNM, a partir de T2 sem metastização é realizado um esvaziamento ganglionar cervical pois, mesmo que não exista invasão linfática, há uma grande probabilidade de a mesma surgir¹. Em geral, no caso de lesões T1 da cavidade oral o tratamento realizado é radioterapia (RT) ou intervenção cirúrgica. A RT permite uma melhor funcionalidade na fala e na deglutição, mas apresenta desvantagens significativas como diminuição do paladar, xerostomia e um longo período de tratamento. No caso de lesões T2, a ressecção da lesão pode incluir também a excisão de parte do palato mole, podendo provocar alguma alteração na deglutição. Nos casos de T1 e T2, a RT pode ser o tratamento proposto, sendo que em T3 e T4 é necessário combinar a cirurgia com RT pré ou pós operatória.

As cirurgias possíveis no caso de carcinoma do trígono retromolar, e dependendo das estruturas lesadas e atingidas, são hemimandibulectomia, mandibulectomia segmentar ou marginal, pelvimandibulectomia e pelviglossomandibulectomia, com esvaziamentos ganglionares cervicais. A quantidade de estruturas dissecadas depende da quantidade de tecido lesado, ocorrendo na maioria das vezes excisão da fossa amigdalina, pavimento da boca, língua, palato mole e mucosa jugal. Em pequenos defeitos podem ser colocados pequenos enxertos de pele; no caso de ressecções extensas, para correção de defeitos cutâneos, são utilizados retalhos osteocutâneos do perónio ou região antebraqual, ou retalhos miocutâneos do músculo grande peitoral ou temporal. Posteriormente, 90% dos utentes faz RT complementar, sendo a sobrevida ao fim de 3 anos é de 65,5%^{9,10}.

Seja qual for o tratamento, podem surgir complicações ou efeitos secundários, seja o paciente submetido a cirurgia ou a RT, respetivamente. Dependendo do tipo de esvaziamento ganglionar e do tipo de incisão feitas na cirurgia, poderão existir complicações como hemorragia, infeções, lesão/secção do nervo mandibular marginal (que poderá provocar diminuição da mobilidade e sensibilidade da comissura labial), lesão/secção do nervo hipoglosso (provocando paralisia da língua), lesão/secção do nervo frénico (que irradia diafragma), lesão do plexo braquial (raramente).

Em caso de retalhos, podem surgir atrasos na cicatrização, surgindo fistulas, exposição da artéria carótida, ou provocar um atraso na terapia adjuvante devido à necessidade de colocar um novo retalho. O facto de um retalho não viabilizar pode expor a carótida, sendo necessário protegê-la com outro retalho miocutâneo à distância. Poderá também provocar a exposição da mandíbula, podendo esta perder a sua viabilidade. Se ocorrer necrose da mesma terá então de ser feita mandibulectomia. A principal consequência desta cirurgia, alteração na deglutição e na comunicação verbal, será maior quanto maior a estrutura excisada¹.

Verifica-se maior taxa de sucesso no tratamento cirúrgico com RT complementar do que no tratamento com RT apenas. Esta tem vários efeitos secundários imediatos e tardios. Os efeitos secundários imediatos são xerostomia, infeções secundárias, trismos e disfagia. Dentro dos tardios destaca-se a disgeusia, mucosites, cáries por radiação (estes dois consequência da xerostomia) e a osteorradiationecrose,

que constitui uma das maiores complicações¹¹. Esta última surge entre o 4.º/6.º mês após o tratamento de RT até ao 18.º/24.º mês. Existe uma incidência semelhante de osteorradionecrose em pessoas submetidas apenas a RT ou a cirurgia mais RT complementar⁸. A osteorradionecrose define-se pela exposição de osso em campo irradiado que não cicatriza num período de três meses. O surgimento tardio é, geralmente, consequência de trauma ou difícil cicatrização do tecido comprometido. A radiação danifica os tecidos da cavidade oral causando xerostomia e mucosites. Estes fatores, combinados com a diminuição dos cuidados orais e existência de próteses mal ajustadas, podem dar origem a infeções periodontais, aumentando assim o risco de osteorradionecroses. A realização de cirurgia após o tratamento com RT aumenta também o risco de osteorradionecrose visto que a vascularização mandibular está comprometida. O facto de, nestes casos, a irradiação incidir sobre a mandíbula é agravado pela diminuição da vascularização local e pela frequente exposição ao ambiente externo proveniente da inserção dentária na mandíbula. A osteorradionecrose da mandíbula também pode causar dor persistente, podendo, em última análise, necessitar de tratamento com oxigénio hiperbárico ou mandibulectomia parcial. (Idem)

III. Intervenções de Enfermagem

Ao longo de todo o percurso do utente, o enfermeiro tem um papel fundamental na sua reabilitação após a cirurgia e durante o percurso do tratamento. No caso destes utentes, o nosso papel inicia-se com uma compreensão das suas capacidades. É importante que percebamos em que estado está o avanço do carcinoma de forma a não lhe pedirmos para fazer algo que o mesmo não consegue. É crucial fornecer a informação necessária à pessoa significativa/família, quando e quanto esta se sinta preparada para receber, respeitando o tempo de assimilação de cada um, com vista a promover um ensino estruturado e uma consistente adaptação às alterações vivenciadas por todos.

Seguem-se alguns diagnósticos mais comuns nestas situações e as respetivas intervenções.

- Comunicação verbal prejudicada, caso já exista alguma disartria e incapacidade de se expressar claramente. Deve ser facilitada a comunicação de outra forma, no pré-operatório, através da escrita e pedindo ao familiar ou acompanhante que esteja presente na admissão,

de forma a diminuir a sua ansiedade. No pós-operatório, prestar atenção ao fâcies e gestos do utente e fornecer quadro mágico ou papel e caneta. Esta alteração pode manter-se no pós-operatório^{12,13}.

- Deglutição e mastigação alterada, pela localização do tumor e possível invasão de estruturas adjacentes. Deve iniciar-se dieta líquida ou pastosa de forma a substituir a mastigação, fornecer material como uma seringa na existência de trismus e, em último caso, proceder à entubação nasogástrica^{12,13}.

- Dor aguda no pré-operatório pela incapacidade de deglutir a analgesia. É importante instruir o utente e família sobre a possibilidade de triturar os comprimidos, ou a passagem da terapêutica para soluções orais. Devem ser informados de algumas medidas físicas não invasivas como massagem ligeira da região, aplicação de frio ou calor, distração e relaxamento^{12,13}.

- Conhecimento deficiente relativamente ao processo cirúrgico a que vai ser submetido. “O enfermeiro deverá comprovar que o doente falou com o médico sobre os riscos e os benefícios da cirurgia e as alternativas (...) Também deverá proceder a uma avaliação do que é do entendimento do doente relativamente ao que se vai passar durante a cirurgia e depois dela” (Marek et al, 2003). Posto isto, o utente deverá ser informado e esclarecidas todas as dúvidas que possam surgir acerca da necessidade de uma possível traqueotomia, de ser entubado nasogastricamente e da presença de sistemas de drenagem, não esquecendo de referir o fator temporário implícito^{12,13}.

- Risco de infeção inerente à cirurgia. O papel do enfermeiro é instruir e incentivar o utente a realizar uma correta e cuidada higiene oral com clorhexidina ou outro antisséptico. Pode ser efetuada com bochechos, no entanto pode existir lesão do nervo hipoglosso provocando paralisia da língua ou do ramo do trigémio, com consequente diminuição da sensibilidade da comissura labial, sendo importante fornecer material (esponjas) que permitam na mesma a realização dos cuidados orais. É importante reforçar que durante uns tempos a ingestão quer de alimentos quer de água será feita pela sonda nasogástrica (SNG). No tratamento da ferida cirúrgica deve ser utilizada técnica asséptica e garantir que a mesma permaneça limpa, seca e íntegra. É importante o registo frequente das características e ao mínimo sinal de complicação deve ser feita comunicação ao cirurgião^{12,14}.

- Risco de hemorragia no pós-operatório. O enfermeiro deve vigiar as suturas operatórias e o sistema de drenagem e sua permeabilidade. Caso estejam protegidas com penso e existir algum repasse, este deve ser limitado e vigiado em intervalos de 10 a 15 minutos. É importante que o ambiente não esteja muito aquecido, para diminuir o risco de hemorragia, e manter uma monitorização dos sinais vitais¹⁴.

- Risco de integridade cutânea alterada relacionado com esvaziamento ganglionar cervical, pela possível presença de edema e compromisso neurocirculatório. O enfermeiro deve informar o utente da importância de dormir e repousar com a cabeceira elevada, de forma a prevenir o edema acentuado e alteração da sua imagem, devendo estar atento à alteração da temperatura cutânea. A prevenção ou vigilância do edema previne em parte também o aparecimento de deiscências das suturas operatórias e possibilita uma boa vascularização do local, essencial à correta cicatrização. Deve estar atento também à presença de seroma, enfisema subcutâneo ou fluido leitoso, esta última sugestiva de formação de fistula no canal torácico^{12,14}.

- Risco de perfusão tecidual ineficaz, quando são submetidos a aplicação de retalho. No pós operatório é imprescindível que este fique visível de forma a podermos vigiar a temperatura, a coloração e o preenchimento do mesmo, fatores que nos indicam a viabilidade do retalho. É importante não só vigiar as características do retalho como a cicatrização das suturas de forma a prevenir deiscências e vigiar o aparecimento de fistulas. Caso o retalho se torne inviável ou surjam deiscências é fundamental vigiarmos o aparecimento da exposição de algumas estruturas vitais^{12,14}.

- Défice no autocuidado na preparação para a alta. Estes utentes têm alta clínica com SNG e, algumas vezes, com traqueotomia, sendo importante que estejam predispostos ao autocuidado. Cabe ao enfermeiro certificar-se de que tanto o utente como o prestador de cuidados informais sabem realizar os cuidados à traqueotomia corretamente (no caso do utente ter alta com a mesma), e a alimentação/administração de medicação pela SNG. “Assim, a avaliação das necessidades do doente, e o ensino programado antes da alta baseada nessa avaliação, são responsabilidades essenciais dos enfermeiros que cuidam desses doentes” (Boehnlein et al, 2003) em todo o peri-operatório^{12,14}.

Em utentes que vão ser submetidos a RT é imprescindível que o enfermeiro lhes forneça algumas orientações

de forma a prevenir efeitos adversos do tratamento.

- Risco de integridade cutânea alterada pela exposição à radiação. O enfermeiro deve realizar ensinamentos ao utente e família/prestador de cuidados informais sobre a importância de lavar o local irradiado com água e sabão neutro; manter a pele e pregas cutâneas secas; evitar soluções perfumadas, sabões ou desodorizantes na região irradiada; evitar a fricção da roupa ou uso de vestuário que provoque irritação (ex. golas altas); não aplicar muito calor ou muito frio no local; usar proteção solar ou evitar a exposição ao sol; utilizar máquina de barbear elétrica no local irradiado; aplicar apenas pomadas barreira com efeito de epitelização recomendadas pelos médicos/radiologistas/enfermeiros após o tratamento e até 6 horas antes da nova sessão^{12,15}.

- Mucosa oral prejudicada pela exposição à radiação. O enfermeiro deve incentivar o utente, desde o início do tratamento, a ter uma higiene oral cuidada e regular de forma a prevenir mucosites, disfagia ou infeções secundárias. Essa higiene oral deve ser executada com clorhexidina e aplicações de flúor. O enfermeiro deve sublinhar a importância de ser seguido por um estomatologista mesmo após o tratamento cessado, incluindo utentes com múltiplas exodontias, de forma a vigiar possíveis cáries dentárias e o estado de todas as estruturas da cavidade oral, incluindo a mandíbula. A existência de xerostomia pode ser diminuída com os cuidados orais e com aplicação de saliva artificial, prevenindo em parte as mucosites e as cáries dentárias. Este procedimento pode estar comprometido pela existência de trismus, sendo necessário que o enfermeiro ofereça hipóteses ao utente de realizar o procedimento mesmo com uma pequena abertura da boca^{12,15,16}.

- Risco de nutrição desequilibrada. Esta deve ser rica em proteínas, hidratos de carbono e calorias de forma a realizar uma boa cicatrização e regeneração dos tecidos lesados, assim como fornecer a energia necessária às atividades diárias. A alimentação deve também ser pobre em alimentos facilitadores de cáries dentárias, como o caso dos açúcares refinados. Uma forma de diminuir a agressão da mucosa oral e mandíbula é diminuindo a lesão causada por próteses dentárias, sendo essencial que exista um ajuste adequado da mesma à cavidade oral do utente^{12,15,16}.

É imprescindível que estas ou outras intervenções de enfermagem, consoante o utente e o estado do mesmo, sejam elaboradas e planeadas com o utente. Desta forma é possível constatar a importância do enfermeiro em todo o

percurso do utente, tanto para o utente como para a família do mesmo.

IV. Conclusão

Embora não muito mencionado, o carcinoma do trigono retromolar é um carcinoma com grande expressividade em oncologia, na área da cavidade oral, pelo que é importante que os enfermeiros estejam preparados para dar as respostas às questões e dúvidas dos utentes.

Ao longo de todo o percurso do utente com carcinoma do trigono retromolar o enfermeiro assume um papel de grande relevância, garantindo a satisfação das necessidades do utente e família decorrentes de todo o processo que envolve a cirurgia oncológica de cabeça e pescoço. No período pré-operatório é realizado o acolhimento e a avaliação inicial das necessidades do utente, tentando colmatá-las. No pós-operatório o papel do enfermeiro deve passar pela vigilância apertada e pela monitorização de complicações não só do local operado como pelos ensinamentos programados, pelo respetivo planeamento da alta, assim como alertar para a prevenção de possíveis complicações de futuros tratamentos complementares.

Estas intervenções devem ser sustentadas e fundamentadas pela respetiva bibliografia, dado o carácter de especificidade que estas situações clínicas acarretam. Tratando-se de um tumor que abrange muitas estruturas que condicionam a qualidade de vida da pessoa, pelo que há que ter em conta o indivíduo e família que se encontram perante esta situação e abordá-la de forma diferenciada. Devemos realçar a importância das intervenções de Enfermagem adequadas e direcionadas à especificidade em causa, as quais devem envolver uma abordagem multidisciplinar, assim como seguir uma avaliação inicial, um diagnóstico, planeamento, implementação/execução e avaliação final numa vertente holística.

Referências bibliográficas

1. Jameson, M. J.; Levine, P. A. (2006). Neoplasms of the Oral Cavity. Por: Bailey, B. J.; Johnson, J. T. Head & Neck Surgery – Otolaryngology. 4ª ed, Texas: Lippincott Williams & Wilkins a Walters Kluwer Business. ISBN 0-7817-5561-1.
2. Seeley, R. R.; Stephens, T. D.; Tate, P. (2005). Anatomia & Fisiologia. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-07-0.
3. Santos, J. (1999). Patologia da Cavidade Oral. Por: Pereira, C. Alves. Cirurgia - Patologia Clínica. Lisboa: MC Graw Hill. ISBN 972-8298-89-7.
4. Saúde, Alto Comissariado. Doenças Oncológicas em Portugal. 2009. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogsdir/1/files/2009/05/pnsemfoco4.pdf> - consultado a 16 de Julho de 2011
5. Grupo de estudos de cancro de cabeça e pescoço. Disponível em <http://lifestyle.sapo.pt/saude/saude-e-medicina/artigos/mais-um-passo-na-luta-contra-o-cancro-de-cabeça-e-pescoço?> - consultado em 7 de Outubro de 2014.
6. Kumar, V.; [et al] (2010). Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease. Philadelphia: Saunders Elsevier. ISBN 978-1-4160-3121-5.
7. Cagley, J. (2010). Retromolar Trigone Squamous Cell Carcinoma. Visto em <https://wiki.uiowa.edu/display/protocols/Retromolar%2BTrigone%2BSCCa%2B-%2BRads>.
8. Mendenhall, W. M. (2005). Squamous Cell Carcinoma of the Retromolar Trigone. Disponível em http://www.aboutcancer.com/retromolar_trigone.htm - consultado a 7 de Agosto de 2011.
9. Boyle, J. O.; et al (2001). Oral Cavity Cancer. In: Shah, J. P. Cancer of the Head and Neck. London: BC Decker Inc. ISBN 1-55009-084-4.
10. Shah, J.; Patel, S.; Singh, B. (2012). Head and Neck Surgery and Oncology. 4ªed, Philadelphia: Elsevier Mosby. ISBN 978-0-323-05589-5.
11. Lobo, A. L. G.; Martins, G. B. (2009). Consequências da Radioterapia na Região de Cabeça e Pescoço: Uma Revisão da Literatura. Por: Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. ISSN 1646-2890. Volume 50, N.º 4. P. 251-254.
12. North American Nursing Diagnosis Association (2005-2006). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-363-0676-9.
13. Marek, J. F.; Boehnlein, M. J. Enfermagem pré-operatório. Por: Phipps, W.; Sands, J.; Marek, J. (2003). Enfermagem Médico-cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica. Loures: Lusociência, Volume I. ISBN 972-8383-65-7.
14. Boehnlein, M. J.; Marek, J. F. Enfermagem pós-operatória. Por: Phipps, W.; Sands, J.; Marek, J. (2003). Enfermagem Médico-cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica. Loures: Lusociência, Volume I. ISBN 972-8383-65-7.
15. Deters, G. E. Cancro. Por: Phipps, W.; Sands, J.; Marek, J. (2003). Enfermagem Médico-cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica. Loures: Lusociência, Volume I. ISBN 972-8383-65-7.
16. Rayatt, S. S.; Mureau, M. M.; Hofer, S. P. (2007). Osteoradionecrosis of the mandible: Etiology, prevention, diagnosis and treatment. Por: Indian J. Plast Surg. Rotterdam, volume 40.
17. Boyle, J. O.; Reid, V. (2009). Complications of Surgery of the Oral Cavity. In: Eisele, D. W.; Smith, R. V. Complications in Head and Neck Surgery. 2ª ed.: Elsevier Mosby. ISBN 978-1-4160-4220-4.
18. Gonçalves, A. J.; Antonio, J. K.; Bertelli, A. A. T. (2005). Cancer da Cavidade Oral. In Gonçalves, A. J.; Alcadipani, F. A. M. C. (2005). Clínica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. São Paulo: Tecmedd. ISBN 85-8665-321-7.
19. Haggood, A. (2000). Cancro da Cabeça e Pescoço. In: Otto, S. E. Enfermagem em Oncologia. 3ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-12-6.
20. Hirose, H. M. U.; Santos, V. W.; Balbino, D. B. (2005). Assistência de Enfermagem aos Pacientes Submetidos à Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Por: Gonçalves, A. J.; Alcadipani, F. A. M. C. - Clínica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. São Paulo: Tecmedd. ISBN 85-8665-321-7.
21. Jorge, D. (2005). Retalhos à Distância (Não Microcirúrgicos) nas Reparações e Reconstruções em Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Por: Gonçalves, A. J.; Alcadipani, F. A. M. C. Clínica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. São Paulo: Tecmedd. ISBN 85-8665-321-7.
22. Santos, D. A. (2005). Avaliação e Cuidados Psicológicos no Pré e Pós-operatório. Por: Gonçalves, A. J.; Alcadipani, F. A. M. C. Clínica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. São Paulo: Tecmedd. ISBN 85-8665-321-7.
23. Shah, J. P.; Zelefsky, M. J. (2004). Cancer of the Oral Cavity. Por: Harrison, L. B.; Sessions, R. B.; Hong, W. Head and Neck Cancer – A Multidisciplinary Approach. 2ª ed.: Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. ISBN: 0-7817-3369-3.

A MULHER MASTECTOMIZADA: ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO

Maria João Camões

Mestre em Enfermagem de Reabilitação
Instituto Português de Oncologia do Porto
Mariajoao.camoes@gmail.com

Bárbara Gomes

Doutor em Ciências de Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem do Porto
bgomes@esenf.pt

Cândida Pinto

Doutor em Psicologia da Saúde
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Candidapinto@esenf.pt

RESUMO: O cancro da mama e os tratamentos que lhe estão associados afetam a condição de saúde física, psicológica e social da mulher, com compromisso do autocuidado. No âmbito do seu exercício profissional compete aos profissionais de enfermagem, e particularmente aos da área de enfermagem de reabilitação, a promoção do autocuidado no sentido de promover o bem-estar e qualidade de vida. Objetivos do trabalho: conhecer as intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas à mulher submetida a mastectomia; identificar as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros na sua implementação; analisar as sugestões dos enfermeiros de reabilitação relativamente às intervenções implementadas e refletir sobre o papel da enfermagem de reabilitação como meio de promoção da independência da mulher após cirurgia à mama por doença oncológica.

Realizou-se um estudo qualitativo, exploratório e descritivo com nove enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que prestam cuidados à mulher mastectomizada em contexto de internamento numa instituição especializada de oncologia do Porto. Os dados foram colhidos por meio de uma entrevista semiestruturada e submetidos à análise de conteúdo descrita por Bardin e da qual emergiram quatro categorias: identificação das necessidades; fatores dificultadores no processo do autocuidado; intervenções promotoras do autocuidado e avaliação das intervenções.

Os enfermeiros implementam intervenções que visam potenciar a capacidade de adaptação, prevenir complicações cirúrgicas, maximizar a funcionalidade, capacitar a doente para que consiga manter, recuperar ou promover as capacidades funcionais e a prevenir complicações. Infere-se que neste processo os profissionais capacitam a mulher no domínio cognitivo, físico, emocional ou psicossocial e comportamental contribuindo para a sua autonomia, independência e melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção do autocuidado; mulher mastectomizada; enfermagem de reabilitação.

ABSTRACT: *Breast cancer and the associated treatments affect the physic, psychological and social woman health condition, with the commitment of self-care. In the context of their professional exercise, belongs to nursing professionals, and particularly to the rehabilitation nursing area, the promotion of self-care, in order to promote the well-being and quality of life.*

Work objectives: to know the rehabilitation nursing interventions implemented to mastectomized woman; to identify the main difficulty found by nurses in its implementation; to analyse the suggestions made by the rehabilitation nurses concerning the implemented interventions and to reflect about the rehabilitation nursing role as a means to promote the woman independence after breast surgery for oncologic disease.

We performed a qualitative, exploratory and descriptive study with nine specialist nurses in rehabilitation nursing who provide care to women with mastectomies in hospitalization context in a specialized

institution in oncology in Oporto. Data were collected through a semi-structured interviews, submitted to content analysis as described by Bardin and from which emerged four categories: needs identification; hindering factors in the self-care process; interventions promoting self-care and interventions evaluation.

Nurses implement interventions to enhance the adaptive capacity, prevent surgical complications, maximize functionality, enabling the patient to be able to maintain, restore or promote the functional capabilities and prevent complications. It is inferred that with this process professionals empower women in the cognitive, physical, emotional or psychosocial and behavioral domain contributing to their autonomy, independence and quality of life.

KEYWORDS: *Promotion of self-care; mastectomized woman; rehabilitation nursing.*

I. Introdução

O cancro é um termo genérico que designa um conjunto de mais de cem doenças causadas pelo crescimento desordenado das células passível de ocorrer em qualquer parte do organismo humano. Em Portugal e para o género feminino, o cancro da mama é o que tem maior incidência correspondendo a uma taxa de 29,4% de todos os casos de doença oncológica que atingem as mulheres (GLOCOBAN, 2012).

A possibilidade de diagnosticar a doença em estadios precoces, o uso da técnica de pesquisa de gânglio sentinela e os progressos verificados nas diferentes modalidades terapêuticas resultam numa maior esperança de vida para as mulheres vítimas desta patologia. Estão preconizadas como modalidades terapêuticas para o seu tratamento a cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia e a terapia dirigida, implementadas de forma isolada ou em simultâneo.

As sobreviventes de cancro de mama poderão experimentar efeitos agudos e tardios da doença e dos seus tratamentos, entre os quais alteração da imagem corporal, da percepção da sexualidade e autestima; fadiga; dor crónica; diminuição da sensibilidade e da força muscular do membro homolateral; diminuição da amplitude de movimentos do membro; linfedema; osteoporose, imunossupressão ou cardiopatias (Petito e Guitiérrez, 2008; Bregagnol e Dias, 2010; American Cancer Society, 2014).

Estas complicações, pela sua prevalência, gravidade ou duração podem comprometer a reabilitação física, psíquica e social das doentes e constituírem um obstáculo à realização independente do autocuidado, em particular na satisfação das atividades de vida diária e perda de autonomia, condicionando a qualidade de vida da doente e da sua família (International Council of Nurses, 2010).

Face às complicações decorrentes, a mulher tem que aprender a gerir as comorbilidades. Inerente a este processo está implícito a necessidade de se promover o autocuidado, no sentido de capacitar a mulher para autogestão da sua condição de cronicidade, sendo que o enfermeiro, em particular o enfermeiro de reabilitação, deve assumir particular relevância na maximização da independência no autocuidado.

Considerado parte integral da gestão das doenças crónicas e da preservação de um nível de funcionalidade, o autocuidado engloba a capacidade da pessoa cuidar de si própria e de desempenhar ações indispensáveis para recuperar a saúde física, psicossocial e a sua condição global. No caso do cancro da mama, pela vulnerabilidade subjacente, o autocuidado assume particular relevância devido às limitações decorrentes da doença e dos tratamentos.

Para tal é necessário que seja fornecida informação/ apoio/aconselhamento por parte dos profissionais de saúde, sobre os compromissos inerentes ao processo de saúde/doença que as mulheres enfrentam. É através dos processos de informar/instruir/educar que se desenvolverão competências cognitivas e sociais para obter, processar e compreender a informação para que promovam e mantenham a boa saúde (Galvão e Janeiro, 2013).

É pela educação ou *empowerment* que é possível ajudar as doentes a adquirirem novas competências, atitudes e autoconhecimento necessários para que assumam a responsabilidade das decisões que tomam sobre a sua saúde. A educação capacita a pessoa com doença crónica a definir os seus problemas e necessidades e a entender como resolver esses problemas de acordo com os seus recursos ou recorrendo a apoios externos e subsequentemente desenvolver comportamentos saudáveis e promotores de bem-estar (Taddeo et al., 2012).

Neste âmbito, os cuidados às doentes mastectomizadas devem ser prestados conjugando “*técnica, ciência e humanização, tendo como objetivo capacitá-las para o autocuidado*” (Mendes et al., 2013).

Neste sentido e dada a relevância que os profissionais de enfermagem de reabilitação podem assumir na promoção do autocuidado das mulheres mastectomizadas, procurou-se perceber como é que os enfermeiros de reabilitação que prestam cuidados em contexto de internamento promovem o autocuidado da mulher submetida a mastectomia..

II. Metodologia

Norteados pela questão de investigação “que intervenções de enfermagem são implementadas pelos enfermeiros de reabilitação que são promotoras do autocuidado das mulheres submetidas a mastectomia?” desenvolvemos uma investigação assente numa abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Esta investigação foi norteadada pelos seguintes objetivos: conhecer as intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas à mulher submetida a mastectomia; identificar as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros na sua implementação; analisar as sugestões dos enfermeiros de reabilitação relativamente às intervenções implementadas e refletir sobre o papel da enfermagem de reabilitação como meio de promoção da independência da mulher após cirurgia à mama por doença oncológica.

A amostra intencional foi constituída por nove enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que prestam cuidados à mulher mastectomizada em contexto de internamento numa unidade especializada.

Procedeu-se à colheita de dados através de uma entrevista semiestruturada sendo o guião constituído por cinco perguntas fechadas que permitiram a caracterização da amostra e sete perguntas abertas elaboradas com o objetivo de se obter informação relacionada com a experiência e perspetiva dos entrevistados em relação à temática em estudo.

Efetuada presencialmente pela investigadora e de forma individual, as entrevistas ocorreram na Instituição onde se desenvolveu o estudo, em ambiente privado e de acordo com a disponibilidade e conveniência dos participantes. Com uma duração média de cerca de vinte minutos, as entrevistas foram gravadas em suporte magnético,

transcritas na íntegra imediatamente após a sua realização e posteriormente validadas pelo respetivo participante. A colheita de informação decorreu até se atingir a saturação de dados.

Todos os procedimentos éticos (autorização institucional, consentimento informado, confidencialidade e anonimato) foram cumpridos, conforme a Declaração de Helsínquia. Assim, e a fim de preservar a identidade dos participantes, foi utilizado, em substituição dos respetivos nomes, a letra “E” seguida de um número para identificar cada entrevista.

Procedeu-se à análise dos dados tendo por base a análise de conteúdo segundo Bardin (2013). Depois de empreendidas várias leituras flutuantes das entrevistas, foi constituído um *corpus* de análise único e feita uma leitura interpretativa das categorias e subcategorias que emergiram, as quais serão apresentadas e analisadas a seguir.

Da análise emergiram as seguintes categorias: identificação das necessidades; fatores dificultadores no processo do autocuidado; intervenções promotoras do autocuidado e avaliação das intervenções. As categorias foram estabelecidas *a posteriori* e de modo a dar resposta à questão de investigação e aos objetivos do estudo.

III. Apresentação e discussão dos resultados

Caraterização dos participantes

Os profissionais de enfermagem entrevistados apresentam uma média de quatro anos de serviço sendo sobreponível o mesmo horizonte temporal no que se reporta à prestação de cuidados de enfermagem à mulher mastectomizada. Quatro anos é também o tempo médio de formação na área especializada de enfermagem de reabilitação.

Tendo por base a categorização que emergiu, procederemos à sua apresentação e discussão.

Identificação das necessidades

A doença oncológica e os tratamentos adjuvantes são vivenciados como uma experiência perturbadora permeada pelo sofrimento físico e psicológico. Interferem negativamente com a imagem corporal, autoestima, com a capacidade funcional e por conseguinte com a capacidade de desempenhar as atividades de vida diária.

Para que seja possível planear e implementar intervenções promotoras do autocuidado é necessário que os profissionais procedam à identificação das necessidades das

doentes, pois só assim se conseguirá uma prática orientada para as suas necessidades efetivas numa abordagem que se pretende singular e holística. A identificação das necessidades é feita por anamnese e recorrendo a um instrumento básico da enfermagem que é a observação conforme referido pelos entrevistados:

“... ao fazer a colheita de dados...” (E5)

“Portanto pela observação da doente... o ver que ela tem dificuldades...” (E2; E4; E7; E9).

As afirmações dos participantes demonstram que para obtenção da informação necessária para o estabelecimento do(s) diagnóstico(s) de enfermagem e planeamento dos cuidados de enfermagem os profissionais recorrem a dois métodos que sendo distintos são também complementares. Estes devem ter subjacente uma interação pelo que o processo de comunicação pode ser facilitador ou dificultador dessa relação. A comunicação terapêutica, instrumento básico do cuidar, complementa a identificação das necessidades, otimiza a assistência de enfermagem e beneficia a doente (Pontes, Leitão e Ramos, 2008) como ilustram os seguintes discursos:

“...às vezes é sentar um bocadinho... e o fundamental é deixá-las falar” (E6) *“...estando e acompanhando a doente.”* (E7).

Na opinião dos inquiridos a proximidade, os diálogos e as conversas que estabelecem com as doentes auxiliam na identificação das necessidades uma vez que aqueles constituem momentos privilegiados para as doentes expressarem os seus problemas. Este processo, que se enquadra no âmbito da comunicação terapêutica, permite o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico que por sua vez pode favorecer o desenvolvimento da capacidade para o autocuidado e um interesse participativo do doente no seu processo de saúde e doença que passa a ser independente e responsável pela sua recuperação (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Um dos elementos importante face ao bem-estar e ao autocuidado é, entre outros, a identificação o mais precoce possível dos potenciais ou reais problemas da cliente e relativamente aos quais o enfermeiro de reabilitação tem conhecimentos para prescrever, implementar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Da narrativa dos participantes sobressai que o contexto da identificação das necessidades processa-se em diferen-

tes ocasiões, nomeadamente no momento da admissão e durante o internamento. A avaliação inicial das necessidades é feita aquando do acolhimento da doente ao serviço, conforme mencionado pelos participantes:

“Em qualquer doente admitido no serviço... a primeira avaliação é feita logo nesse momento...” (E1; E2; E3; E4).

Por sua vez os dados colhidos posteriormente permitem identificar problemas adicionais que poderão surgir como resultado da hospitalização, do processo de doença ou das modalidades terapêuticas (Iyer, Taptich e Bernocchi, 1993) assim como, por comparação com os dados colhidos inicialmente os profissionais podem alterar, acrescentar ou dar termo às intervenções previamente planeadas. Tal é evidenciado nos seguintes excertos:

“...sempre que estou com a doente... a avaliação é feita de forma contínua...” (E4; E5; E6; E7).

A doente, os familiares e os profissionais de saúde (pela informação transmitida oralmente ou de forma escrita) sobressaem como sendo as fontes partir dos quais os profissionais obtêm as informações necessárias:

“... é pela informação que a doente dá das dificuldades que apresenta.” (E1; E3; E8)

“... com os familiares que a acompanham é que faço essa avaliação.” (E1; E5)

“A informação disponibilizada no diário clínico pelo médico ou pelos médicos...” (E1; E5).

Fatores dificultadores no processo do autocuidado

Os cuidados de enfermagem de reabilitação têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades. Neste processo de cuidar devem ser identificados os fatores facilitadores e inibidores para a realização do autocuidado de forma independente no contexto de vida da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Qualquer doença crónica caracteriza-se por períodos de remissão ou exacerbação das suas manifestações clínicas e períodos com evolução para graus variáveis de incapacidade ou mesmo para a morte (Marques e Pierin, 2008).

Assim, também no caso de doença oncológica, quanto mais avançado for o estadió da doença, maiores são as perdas físicas e psicológicas e os riscos de comorbilidades, havendo um declínio gradual e irreversível da capacidade funcional. Neste prosseguimento, as dificuldades para enfrentar a doença e as suas complicações vão-se intensificando.

A progressão da doença emerge das palavras dos inquiridos como um fator obstaculizador:

“As que têm dificuldades, por norma são doentes já em estado avançado da doença com metastização óssea, com muita degradação do estado geral... subsequente à evolução da própria doença.” (E6).

Depois da intervenção cirúrgica, as mulheres poderão apresentar vários tipos de dor ou desconforto, incluindo dor neuropática, dor fantasma ou dor local (Nascimento et al., 2012). A dor na região mamária ou membro superior é, segundo o mesmo autor, uma das queixas mais frequentes no pós-operatório, podendo estar presente durante a realização das atividades de vida diária ou dos exercícios, mas também em repouso. Por este motivo influencia negativamente o bem-estar físico e psicológico e a capacidade de desempenho de atividades como o vestir e despir, pentear-se, a higiene ou as atividades de vida doméstica, como referem os participantes:

“... a dificuldade tem a ver com a dor que ela sente ao mexer o braço...” (E4).

Da lesão do nervo intercostobraquial que pode ocorrer durante a intervenção cirúrgica podem surgir, para além da dor, outras complicações como escápula alada, parestesias, sensação de queimadura, alterações posturais e diminuição da amplitude de movimentos do ombro. A impossibilidade de realizar os movimentos de flexão e abdução da articulação glenoumeral na sua amplitude máxima dificulta a realização das atividades de vida diária e a recuperação da independência no autocuidado (Góis et al., 2012), como expressaram os inquiridos:

“A nível físico, as principais limitações prendem-se com o movimento do braço homolateral à cirurgia, devido à amplitude de movimentos do ombro.” (E1).

As repercussões da mastectomia não se limitam à parte física. O cancro da mama, porque tem inerente uma parte do corpo associada à feminilidade, interfere com a

perceção da sexualidade, imagem corporal e autoestima de uma forma muito mais significativa do que qualquer outra neoplasia (Salimena et al., 2012), impondo à mulher dificuldades na aceitação do próprio corpo após a cirurgia. Alguns autores referem que a mastectomia está fortemente associada a sentimentos de mutilação e uma alteração profunda da imagem corporal e da qual pode resultar fragilidade, constrangimento e isolamento social, impondo à mulher limitações que ela terá de enfrentar em situações que implicam a exposição corporal e na adaptação social para a realização das suas atividades (Queiroz et al., 2013). A alteração da imagem corporal emerge como um obstáculo à promoção do autocuidado:

“É a mais a nível psicológico, o choque da doença, o choque da mutilação, a alteração da imagem...” (E2; E6).

Na sequência da mastectomia a mulher, terá que passar a ter certos cuidados com o membro ipsilateral de modo a prevenir o aparecimento de complicações secundárias aos tratamentos e a manter, melhorar ou recuperar as capacidades funcionais. Por conseguinte, ter conhecimento sobre a doença, a cirurgia ou tratamentos complementares e as suas possíveis consequências é indispensável para potenciar a capacidade de adaptação física, emocional e social da doente e uma maior participação no autocuidado e na reabilitação, pois reduz a ansiedade e o medo face ao diagnóstico (Caetano, Panobianco e Gradin, 2012). Do discurso dos participantes foi possível inferir que o desconhecimento sobre a doença constitui um fator dificultador, demonstrado na seguinte afirmação:

“... a mulher não sabe que limitações é que vai ter a nível físico, pois esta é um área que não é muito explorada no contexto pré-operatório e as mulheres encontram-se no internamento com a necessidade de serem confrontadas com... as limitações pós cirúrgicas” (E1).

Importa realçar que a falta de informação das utentes pode estar associada a uma formação profissional deficiente, evidenciado nos seguintes excertos:

“Eu acho que maior parte não sabe... quando é que um membro pode afastar mais ou menos do corpo ou quais os limites... que ângulos é que pode fazer...” (E3).

Ainda no âmbito da formação profissional, os participantes consideraram que o facto de não desempenharem funções em conformidade com as suas competências for-

mativas dificulta a implementação das intervenções de enfermagem de reabilitação, como expressa um dos participantes:

“A instituição não aproveita os recursos que tem... falta essa pessoa com os conhecimentos exatos e com o tempo para dizer naquele momento a senhora tem que fazer isto, isto e isto e depois ir dando esses conhecimentos gradualmente. Falta isso porque a instituição não tem enfermeiro de reabilitação, se os serviços tivessem enfermeiro de reabilitação... esse problema era colmatado.” (E3).

Por outro lado, a exigência de cuidados dos doentes oncológicos e a necessidade de dar resposta a um plano de trabalho como enfermeiro de cuidados gerais em tempo útil e o reduzido número de profissionais especializados em enfermagem de reabilitação que, pelo seu nível elevado de conhecimentos e competências, poderiam complementar a orientação das doentes refletindo uma assistência de qualidade direcionada para a promoção do autocuidado são aspetos evidenciados nos seguintes discursos:

“...há muito trabalho, este serviço é muito exigente... com a carga de trabalho que temos, para conseguir dar resposta ao plano de trabalho é difícil, é inconcebível... ou então não dou resposta.” (E3)

“O enfermeiro especialista pode fazer a diferença com vários doentes, a mulher mastectomizada é só um exemplo...” (E2).

Intervenções promotoras do autocuidado

Quando na sequência de uma doença ou acidente a pessoa deixa de ser capaz de satisfazer os requisitos de autocuidado, passando de agente de autocuidados à posição de agente dependente de autocuidados, a intervenção do enfermeiro faz-se necessária. De acordo com a avaliação do défice de autocuidados, o profissional adequa a sua intervenção no sentido de minimizar os seus efeitos (Orem, 2001 cit. por Petronilho, 2012).

Os resultados que emergem das narrativas dos inquiridos refletem um conjunto de intervenções autónomas, uma vez que são implementadas por sua única e exclusiva responsabilidade e de acordo com as suas qualificações universais (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As implicações físicas e psicológicas do cancro da mama ditam a necessidade que a mulher tem de receber

apoio emocional visando uma melhor compreensão, interação, adaptação e aceitação da sua condição de ser mastectomizada. Dar apoio psicológico, abrangendo os aspetos físicos emocionais e sociais que esta situação envolve, possibilita que haja uma resposta adaptativa mais eficaz à condição de ser mastectomizada (Alves et al., 2011; Mineo et al., 2013), como referido pelos participantes:

“... apoio inicial, será mais a nível psicológico pela ausência da mama, como irá compensar essa falta a nível funcional e a nível estético.” (E6).

O linfedema surge como uma das complicações mais frequentes e com mais repercussões a nível funcional após a mastectomia. De acordo com a literatura, uma das intervenções mais importantes no pós-operatório imediato é o posicionamento adequado do membro de modo a prevenir a estase linfática e venosa e o desenvolvimento do linfedema (Bergamann et al., 2006). Neste âmbito, posicionar e orientar sobre o posicionamento do membro emerge como intervenção autónoma, como exemplifica a seguinte expressão:

“... o primeiro cuidado está no posicionamento do membro...” (E4).

Paralelamente a mobilização articular desde os primeiros dias após a cirurgia também favorece a eliminação de líquidos tecidulares, as aderências cicatriciais, limita a atrofia muscular e permite a recuperação da capacidade funcional e a independência nos autocuidados além de propiciar maior bemestar (Jammal et al., 2008; Sant’Anna et al., 2010). Mobilizar e orientar sobre a mobilização do membro emerge do discurso dos entrevistados:

“a mobilização passiva e depois ativa...” (E2).

Apesar da cirurgia mamária ser considerada como cirurgia limpa, o risco de infeção da ferida cirúrgica ainda é considerável. Acresce ainda que a diminuição dos mecanismos de defesa, a presença dos drenos ou a realização prévia de tratamentos (quimioterapia ou radioterapia) potenciam esse risco. Além disso, tanto a excisão mamária como a ganglionar favorecem a acumulação sanguínea e linfática local, pelo que são colocados drenos aspirativos. Portanto, vigiar a quantidade e características do líquido drenado para o sistema de drenagem, o local de inserção dos drenos e o aparecimento de complicações como hemorragia, seroma ou necrose, a par da educação da doente em relação a algu-

mas práticas higienodietéticas, é onde se firma a prevenção primária do linfedema (Vieiros et al., 2007), como podemos constatar no seguinte discurso:

“... também a vigilância de sinais vitais, e a vigilância das drenagens, a vigilância da pele à volta da ferida operatória...” (E2).

O autocuidado sustenta muita das intervenções de enfermagem, nomeadamente as ações de educação dirigidas ao doente e aos familiares, de modo a que assumam a responsabilidade pelas suas necessidades (Novais et al., 2012). Informar a doente tem por objetivo transmitir informação sobre a sua condição de saúde e os tratamentos necessários e capacitar a pessoa para o autocuidado (Galvão e Janeiro, 2013), como mencionam os participantes:

“... é importante explicar, dizer-lhe as complicações, as limitações com que podem ficar se não tiverem os cuidados com o membro...” (E4; E5; E7).

Das narrativas dos participantes foi possível verificar que, no processo de informar, os participantes recorrem a um conjunto de intervenções relacionadas, como seja ensinar, fornecer um folheto informativo, atender às necessidades das doentes, demonstrar e incentivar. Embora a doença seja vivenciada de forma individual, o envolvimento de pessoas significativas aumenta as possibilidades de proporcionar apoio e tranquilidade nessa vivência (Salimena et al., 2012). Os cônjuges e os membros da família são as principais fontes de apoio para estas mulheres, representando um requisito fundamental para o desenvolvimento de respostas adaptativas ao desequilíbrio provocado quer pelo diagnóstico da doença oncológica quer pela mastectomia (Caetano et al., 2012), sendo também um estímulo à adoção e manutenção de hábitos de autocuidado por parte das mulheres (Romeiro et al., 2012).

Para tal é necessário que os familiares sejam incluídos nas orientações fornecidas, o que permite capacitar a doente e a família para o autocuidado e a reabilitação e como fonte de apoio (Leite e Faro, 2005), conforme referido pelos participantes:

“... quando a família está presente nós vamos... promover a ajuda dos familiares...” (E2).

A administração de analgésicos resultante da prescrição médica constitui uma ferramenta indispensável para

prevenir ou tratar os sintomas algícos que poderão interferir no restabelecimento fisiofuncional da doente, promovendo a sua adesão ao programa de reabilitação e inerente capacitação para o autocuidado (Gutiérrez et al., 2007; Rett et al., 2012), como evidenciado pelos participantes:

“Administrar analgésicos para que não tenham dor quando fazem os exercícios...” (E4).

Os discursos dos entrevistados permitiram evidenciar duas fases distintas no que diz respeito à implementação das intervenções supracitadas. Foram identificados o período pré-operatório e pós-operatório, sendo as intervenções concretizadas de forma distinta e fundamentadas nas necessidades identificadas e/ou na circunstância de cuidados em que a doente se encontra, como mostram os seguintes relatos:

“À doente que ainda vai ser submetida a cirurgia, é feito ensino sobre os cuidados que deve ter no período pré-operatório, sendo também feita uma pequena abordagem sobre os cuidados que deve ter no pós-operatório...” (E1)

“Os cuidados, temos logo que a doente vem do bloco...” (E4).

Avaliação das intervenções

O exercício profissional impõe necessariamente a condição de avaliação, isto é determinar o quanto os objetivos previamente traçados foram alcançados, estando o seu foco nas mudanças comportamentais e do estado de saúde do cliente (Iyer et al., 1993).

A observação, meio pelo qual é possível obter informação, é considerada um instrumento de avaliação e validação dos resultados obtidos, ou seja, possibilita determinar a eficácia da assistência de enfermagem na medida em que permite atentar para o desempenho do doente (Brasil, 1997), tal como expressam os inquiridos:

“... é mais pela observação da realização das atividades pelas mulheres...” (E2; E3).

Como atrás se referiu, o cancro da mama é potenciador de ansiedade e stresse, o que de alguma forma pode obstaculizar a capacidade da utente para aprender a informação, o que condiciona a avaliação das intervenções de enfermagem orientadas para o ensinar, instruir, informar. Assim, nesse processo de monitorização dessas intervenções, há

que avaliar a gestão eficaz ou a adaptação demonstrada (International Council of Nurses, 2005), tendo em conta indicadores expressos pelas utentes:

“Costumo pedir às doentes para dizer o que sabem ou o que já lhes foi dito sobre os cuidados que deve ter com o braço, por exemplo...” (E5).

Relativamente às competências instrumentais que são tidas em conta na avaliação da capacidade da doente para o autocuidado, os inquiridos fizeram referência ao auto-exame, aos posicionamentos, aos exercícios de mobilização articular e aos cuidados a ter com o membro superior homolateral para prevenir complicações. Portanto, quando as doentes demonstram a aquisição de conhecimento e desempenham estas atividades de autocuidado sem necessitarem de ajuda ou orientação, os enfermeiros consideram que as doentes são independentes nestas vertentes do autocuidado.

IV. Conclusão

Atendendo a que a mulher com cancro da mama passa por um processo de doença que se estende por um longo período de tempo, ao qual crescem as inúmeras implicações a nível físico, psicológico e social, com compromisso do autocuidado, é imprescindível que os enfermeiros, em particular os da área da enfermagem de reabilitação, direcionem a sua intervenção para promoção da independência e autonomia da mulher.

Ainda que este estudo apresente limitações inerentes a um estudo de cariz transversal, foi possível verificar que os enfermeiros de reabilitação concebem e implementam intervenções no âmbito da promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação. Ao potenciar a sua capacidade de adaptação, ao prevenir complicações secundárias à cirurgia, ao maximizar a funcionalidade, ao promover o desenvolvimento de competências para que se consiga manter, melhorar ou recuperar as capacidades funcionais e prevenir complicações e potenciais incapacidades, a sua intervenção reflete-se na independência da pessoa para cuidar de si mesma e também em ganhos em saúde para a mulher mastectomizada.

Com este estudo podemos afirmar que o enfermeiro de reabilitação tem um papel fundamental na promoção do autocuidado da mulher mastectomizada, pois os seus

conhecimentos e competências especializadas permitem-lhe uma assistência que se estende para além do processo de cura, uma vez que, de forma precoce, abrangente e holística intervém na recuperação da mulher, ajudando-a alcançar o seu potencial máximo de adaptação.

Neste sentido, e numa dinâmica construtiva do conhecimento, sugerimos que sejam desenvolvidos novos estudos que contribuam para a melhoria contínua da qualidade de cuidados à mulher mastectomizada, nomeadamente uma investigação sobre ganhos em saúde decorrentes das práticas de enfermagem desenvolvidas por enfermeiros de reabilitação no acompanhamento das mulheres mastectomizadas.

Referências bibliográficas

1. ALVES, P.C. et al. (2011) - Cuidados de Enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (4): 732-7.
2. BARDIN, Laurence (2013). *Análise de Conteúdo* (5.ª ed). Lisboa: Edições 70.
3. BRASIL, V.V. (1997) - O que dizem os enfermeiros sobre observação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5 (3): 83-94.
4. BREGAGNOL, R.K., DIAS, A.S. (2010) - Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56 (1): 2-33.
5. BERGMANN, A. et al. (2006) - Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital de Câncer III/INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52 (1): 97-109.
6. CAETANO, E.A.; PANOBIANCO M.S., GRADIM C.V.C. (2012) - Análise da produção científica nacional sobre a produção sobre a utilização de grupos de apoio na reabilitação de mastectomizadas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, oct/dec, 14 (4): 965-73.
7. GALVÃO, M.T.; JANEIRO, J.M. (2013) - O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 17 (1): 225-30.
8. GOIS, M.C. et al. (2012) - Amplitude de movimentos e medida de independência funcional em pacientes mastectomizadas com linfadenectomia axilar. *Revista de Ciências Médicas*, 21 (1-6): 111-8.
9. GUTIÉRREZ, M.G.R. et al. (2007) - Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20 (3):249-54.
10. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2010). - *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados da doença crónica*. Suíça.
11. IYER, PP. W.; TAPTICH, B.J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. (1993) - *Processo e Diagnóstico em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
12. JAMMAL, M.P. et al. (2008) - Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. *Revista "O Mundo da Saúde"*, 32 (4): 506-10.
13. LEITE, V.B.E. FARO, A.C.M. (2005) - O Cuidar do Enfermeiro Especialista em Reabilitação Físico-motora. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (1): 92-6.
14. MARQUES, P.C., PIERIN, A.G. (2008) - Fatores que influenciam a adesão de pacientes com cancer à terapia antineoplásica oral. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21 (2):232-9.
15. MENDES, A.B.P. et al. (2012) - A assistência da enfermeira na visão de mulheres mastectomizadas. *Enfermaria Global. Revista eletrônica trimestral de Enfermaria*, n.º 26, Abril, p.427-37.
16. MINEO, F.L.V. et al. (2013) - Assistência de Enfermagem no tratamento do câncer de mama. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 4 (2): 366-88.
17. NASCIMENTO, S.L. et al. (2012) - Complicações e condutas fisioterapêuticas após a cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. *Fisioterapia e Pesquisa*, 19 (3): 248-55.

18. NOVAIS, E. et al. (2009) - O saber da pessoa com doença crônica no autocuidado. Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), 29 (1): 36-44.
19. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Outubro: Ordem dos Enfermeiros.
20. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) - Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Outubro: Ordem dos Enfermeiros.
21. PETITO, E.L.; GUTIÉRREZ, M.G.R. (2008) - Elaboração e Validação de um Programa de Exercícios para Mulheres submetidas à Cirurgia Oncológica de Mama. Revista Brasileira de Cancerologia, 54 (3): 275-87.
22. PETRONILHO, F. (2012). Autocuidado: Conceito central da Enfermagem. (1.ª ed.) Coimbra: Formasau.
23. PONTES, A.C.; LEITÃO, I.M.T.A; RAMOS, I.C. (2008) - Comunicação Terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Revista Brasileira de Enfermagem, 61 (3): 312-8.
24. QUEIROZ, D.S., SOUSA, L.R. (2013) - A Influência da Mastectomia nos Sentimentos da Mulher e nas Relações Familiares: Uma revisão da Literatura. Revista de Divulgação Científica Sena Aires, jul-dez (2): 179-88.
25. RETT, M.T. et al. (2012) - A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. Revista Dor, 13 (3): 201-7.
26. ROMEIRO, F.B. et al. (2012) - O Apoio Social das Mulheres com Câncer de Mama. Revista Psicologia e Saúde, 4 (1): 27-38.
27. SALIMENA, A.M.O. et al. (2012) - Mulheres Enfrentando o Câncer de Mama. REME – Revista Mineira de Enfermagem, 16 (3): 339-47.
28. SANT'ANNA et al. (2010) - Adesão à prática de exercícios para reabilitação funcional de mulheres com câncer da mama: revisão da literatura. Ciência e Enfermagem XVI (1), 97-104.
29. TADDEO, P.S. et al. (2012) - Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. Ciência & Saúde Coletiva, 17 (11): 2923-30.
30. VEIROS, I. et al. (2007) - Complicações da mastectomia: Linfedema do Membro Superior. Acta Médica Portuguesa, 20: 335-40.



innohep®

tinzaparina de sódio

Tratamento prolongado de tromboembolismo venoso sintomático e prevenção de recidivas em doentes com cancro ativo.

Nome do medicamento Innohep 2500 U.I. Anti-Xa/0,25 ml solução injetável. Innohep 3500 U.I. Anti-Xa/0,35 ml solução injetável. Innohep 4500 U.I. Anti-Xa/0,45 ml solução injetável. **Composição qualitativa e quantitativa** Cada ml de solução injetável contém 10.000 U.I. Anti-Xa de tinzaparina sódica. Excipiente com efeito conhecido: Sódio - sob a forma de acetato de sódio e hidróxido de sódio (para ajuste do pH). **Forma farmacéutica** Solução injetável. **Indicações terapêuticas** Profilaxia de tromboflebite profunda e de complicações tromboembólicas. Prevenção da formação de coágulos na circulação extracorpórea durante a hemodálise. **Posologia e modo de administração** Profilaxia de trombose em doentes com risco moderado de trombose (cirurgia geral): No dia da intervenção, 3.500 unidades anti-Xa por via subcutânea duas horas antes da cirurgia, e subsequentemente 3.500 unidades anti-Xa uma vez por dia durante 7-10 dias. Profilaxia de trombose em doentes com risco elevado de trombose (por exemplo, substituição da anca): No dia da intervenção cirúrgica, 50 unidades anti-Xa por kg de peso corporal por via subcutânea duas horas antes da operação, e subsequentemente 50 unidades anti-Xa por kg de peso corporal por via subcutânea uma vez por dia durante 7-10 dias ou, em alternativa, 4.500 U.I. anti-Xa por via subcutânea 12 horas antes da intervenção cirúrgica e subsequentemente 4.500 U.I. anti-Xa uma vez por dia. Hemodálise: Innohep é administrado na forma de bolus no ramo arterial do dializador (ou por via intravenosa) no início de cada sessão de diálise. A administração da dose é estabelecida tomando em consideração por exemplo as características do doente e as condições técnicas da diálise. Dose inicial recomendada na hemodálise: Recomenda-se um bolus de 4.500 unidades anti-Xa. Otimização da dose: Em caso de anticoagulação insuficiente (formação de coágulos na câmara de bolhas), poder-se-á aumentar o bolus em 500 unidades anti-Xa nas sessões de diálise seguintes, até que se obtenha a dose satisfatória. Em caso de perda prolongada de sangue no local da cânula poder-se-á diminuir o bolus em 500 unidades anti-Xa nas sessões de diálise seguintes, até que se obtenha uma dose satisfatória. Quando for aplicado o regime de dosagem descrito anteriormente não se deve adicionar nenhum anticoagulante ao soro fisiológico para irrigar o circuito do dializador. **População pediátrica** A segurança e eficácia do innohep em crianças com idade inferior a 18 anos não foram ainda estabelecidas. **Doentes com insuficiência renal** Se se suspeitar de insuficiência renal, deverá avaliar-se a função renal através da fórmula que tem por base a creatinina sérica para estimar o nível de depuração da creatinina. A evidência disponível demonstra não existir acumulação em doentes com níveis de depuração de creatinina abaixo de 20 ml/minuto. No entanto, é recomendada precaução no tratamento de doentes com insuficiência renal grave (depuração de creatinina < 30 ml/minuto). Para doentes com uma depuração de creatinina abaixo de 20 ml/minuto os dados disponíveis são limitados. **Doentes idosos** Em idosos, o innohep deve ser utilizado nas doses padrão. É recomendada precaução no tratamento de doentes idosos com insuficiência renal. **Modo de administração** Pegar numa dobra de pele sem apertar, entre o polegar e o indicador dum das mãos. Segurar na dobra de pele, e com a outra mão introduzir a agulha na vertical, isto é, fazendo um ângulo reto com a pele. Introduzir a agulha devagar, injetar a dose indicada lentamente apenas subcutaneamente no tecido adiposo da pele. Retirar a agulha após a injeção e soltar a dobra de pele. **Contraindicações** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer dos excipientes. Existência atual ou história de trombotocopenia imunomediada induzida por heparina (Tipo II). Hemorragia ativa maior ou predisposição para hemorragia maior. Hemorragia maior define-se como cumprindo qualquer um dos seguintes critérios: ocorre numa área ou órgão crítico (por exemplo: intracranial, intraespal, intraocular, retroperitoneal, intra-articular ou pericardial, intrauterina ou intramuscular com síndrome compartimental), provoca uma diminuição do nível de hemoglobina de 20 g/L (1,24 mmol/L) ou mais, ou leva à transfusão de duas ou mais unidades de sangue ou eritrócitos. Endocardite séptica. Efeitos indesejáveis frequentes: Anemia (incluindo diminuição de hemoglobina), hemorragia, hematoma, reação no local de injeção (incluindo hematoma no local de injeção, hemorragia, dor, prurido, nódulo, eritema e extravasamento). Pouco frequentes: Trombotocopenia (tipo II) (incluindo diminuição da contagem de plaquetas), hipersensibilidade, contusões, equimoses e purpura, enzimas hepáticas aumentadas (incluindo aumento das transaminases, ALT, AST e GGT), dermatite (incluindo dermatite alérgica e bulhosa), erupção cutânea, prurido. Raros: Trombotocopenia imunomediada induzida por heparina (tipo II), trombotocose, reação anafilática, hiperaltemia, erupção tóxica da pele (incluindo síndrome de Stevens-Johnson), necrose da pele, angioedema, urticária, osteoporose (relacionada com tratamentos prolongados), priapismo. **Nome do medicamento** innohep 20.000 U.I. anti-Xa/ml solução injetável, seringas pré-cheias. **Composição qualitativa e quantitativa** Tinzaparina sódica 20.000 U.I. anti-Xa/ml. Excipientes com efeito conhecido: Metabissulfito de sódio (1,83 mg/mL) e sódio (no total < 23 mg/dose). **Forma farmacéutica** Solução injetável, seringas pré-cheias. Seringas de 1 ml contendo um líquido incolor ou com ligeira coloração, isento de turvação e de substâncias que se depositem. **Indicações terapêuticas** Tratamento de tromboembolismo e doenças tromboembólicas, incluindo trombose venosa profunda e êmbolos pulmonares. Tratamento prolongado de tromboembolismo venoso sintomático e prevenção de recidivas em doentes com cancro ativo. Nota: O innohep não está indicado no tratamento da embolia pulmonar grave, ou seja, em doentes de alto risco com instabilidade hemodinâmica. **Posologia e modo de administração** **População Adultos** Uma dose diária de 175 U.I. anti-Xa/kg de peso corporal, por via subcutânea. A anticoagulação oral deve ser iniciada no segundo dia do tratamento. Uma dose diária de 175 U.I. anti-Xa/kg de peso corporal durante um mínimo de seis dias e até ser estabelecido um nível adequado de anticoagulação oral. As diferentes heparinas de baixo peso molecular não são necessariamente equivalentes. Assim, deverão ser seguidas posologias e modos de administração específicos para cada uma delas. **Tratamento prolongado em doentes oncológicos** O tratamento deve consistir numa dose padrão de 175 U.I. anti-Xa/kg, administrada uma vez ao dia por via subcutânea. A duração de tratamento recomendada é de 3 a 6 meses. O tratamento anticoagulante por mais de 6 meses deve ser avaliado tendo em conta o possível benefício para o doente e a progressão da doença oncológica. **População pediátrica** A segurança e eficácia de innohep em crianças com menos de 18 anos de idade não foram ainda estabelecidas. **Doentes com compromisso renal** Se se suspeitar de compromisso renal, deve avaliar-se a função renal usando a fórmula baseada na creatinina sérica, de forma a estimar o nível de depuração da creatinina. A evidência disponível demonstra não haver acumulação em doentes com níveis de depuração de creatinina até 20 ml/minuto. No entanto, recomenda-se precaução no tratamento de doentes com compromisso renal grave (depuração de creatinina < 30 ml/minuto). Estão disponíveis dados limitados em doentes com um nível estimado de depuração de creatinina abaixo de 20 ml/minuto. **Doentes idosos** O innohep deve ser utilizado nos idosos nas doses padrão. Recomenda-se precaução no tratamento de doentes idosos com compromisso renal. **Modo de administração** Os produtos parenterais devem ser inspecionados visualmente antes de administrados. Não utilizar se observar turvação ou precipitado. O líquido pode tornar-se amarelo por armazenamento, mas permanece utilizável. O innohep 20.000 U.I. anti-Xa/ml, seringas pré-cheias tem uma graduação de 0,05 mL, tomando possível a escolha da dose mais adequada para o doente individual, dependendo do seu peso corporal. De forma a alcançar a posologia correta para o doente individual, o excesso de volume é retirado antes da injeção subcutânea mantendo a seringa na posição vertical. **Contraindicações** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. História clínica ou atual de trombotocopenia imunomediada induzida por heparina (tipo II). Hemorragia grave ativa ou condições predisponentes a hemorragia grave. Hemorragia grave é definida como preenchendo qualquer um dos três critérios seguintes: ocorre numa área ou órgão crítico (p. ex. intracraniana, intraespal, intraocular, retroperitoneal, intra-articular ou pericardial, intrauterina ou intramuscular com síndrome compartimental), causa uma diminuição do nível de hemoglobina de 20 g/L (1,24 mmol/L) ou mais, ou leva a uma transfusão de duas ou mais unidades de sangue ou glóbulos vermelhos. Endocardite séptica. As doses de tratamento de innohep (175 U.I./kg) estão contraindicadas em doentes a quem é administrada anestesia neurológica. Se estiver planeada uma anestesia neurológica, innohep deve ser interrompido pelo menos 24 horas antes do procedimento e não deve ser retomado até passarem 4-6 horas de uma anestesia espinal ou após remoção de cateter. Os doentes devem ser cuidadosamente monitorizados para sinais e sintomas de lesões neurológicas. Efeitos indesejáveis frequentes: Anemia (incluindo diminuição de hemoglobina), hemorragia, hematoma, reação no local de injeção (incluindo hematoma no local de injeção, hemorragia, dor, prurido, nódulo, eritema e extravasamento). Pouco frequentes: Trombotocopenia (tipo II) (incluindo diminuição da contagem de plaquetas), hipersensibilidade, contusões, equimoses e purpura, enzimas hepáticas aumentadas (incluindo aumento das transaminases, ALT, AST e GGT), dermatite (incluindo dermatite alérgica e bulhosa), erupção cutânea, prurido. Raros: Trombotocopenia imunomediada induzida por heparina (tipo II), trombotocose, reação anafilática, hiperaltemia, erupção tóxica da pele (incluindo síndrome de Stevens-Johnson), necrose da pele, angioedema, urticária, osteoporose (relacionada com tratamentos prolongados), priapismo. **Titular da Autorização de Introdução no Mercado** LEO Pharma A/S. **Data da revisão do texto** 07/2014. Medicamento sujeito a receita médica. Compartilhado no escalão B (69%). Para mais informações deverá contactar o representante do titular da autorização de introdução no mercado LEO Farmacéuticos, Lda. 217110760.

LEO Farmacéuticos, Lda Torre Colombo Ocidente Av Galileu Galilei, 2-5º Piso, Fração B - 1500-392 Lisboa - Portugal. Tel: +351 21 711 0760. Fax: +351 21 711 0761. www.leo-pharma.pt. Cont. nº 503932680. Cap. Soc. € 625.991,36. Mat. Cons. Reg. Com. Lisboa nº 7273



LEO® innohep® - 18/2014 Outubro 2014

VIVÊNCIAS DE ANSIEDADE E STRESSE DOS DOENTES COM TUMOR CEREBRAL, NO PRÉ-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA

Maria Celeste Almeida

Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem do Porto
cbastos@esenf.pt

Lígia Lima

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

Ana Guerreiro

Enfermeira Especialista, Hospital S. João
amg Guerreiro@sapo.pt

RESUMO: As vivências de ansiedade e stresse são frequentemente identificadas em doentes com tumor cerebral, em especial quando estes vão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica. Com este estudo pretendeu-se conhecer mais aprofundadamente as vivências de ansiedade e stresse da pessoa com diagnóstico de tumor cerebral, que vai ser submetida a uma intervenção neurocirúrgica, no período pré-operatório.

Foram entrevistados cinco doentes adultos, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 33 e os 62 anos.

Os resultados revelam que o stresse e ansiedade são experiências comuns a todos os doentes no período pré-operatório, dependentes da perceção da gravidade da doença, da incerteza do prognóstico e da antecipação de eventuais repercussões na vida futura. Os doentes apontaram ainda como fatores potenciadores de stresse, circunstâncias associadas ao processo de hospitalização, nomeadamente o afastamento da sua vida socioprofissional.

Este estudo constitui um contributo para aprofundar o conhecimento sobre as vivências dos doentes com tumor cerebral no período pré-operatório, possibilitando a identificação de fatores associados ao stresse e ansiedade nesta fase da doença, que poderão constituir focos de atenção das intervenções de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: vivências de stresse, ansiedade, tumores cerebrais, neurocirurgia, pré-operatório.

ABSTRACT: *Patients with brain tumors often experience stress and anxiety, especially when they are about to undergo surgery. This study aimed to comprehend more deeply the experiences of stress and anxiety of the person diagnosed with brain tumor who is attending a neurosurgical intervention, in the preoperative period.*

Five adult patients were interviewed, of both sexes and aged between 33 and 62 years.

The results showed that stress and anxiety are common experiences to all patients in the preoperative period, dependent on the perception of disease severity, uncertainty of prognosis and anticipation of possible negative consequences for future life. Patients also indicated, as factors that promote stress, conditions associated with the hospitalization process, namely the interruption of their socio-professional life.

This study is a contribution to deepen knowledge about the experiences of patients with cerebral tumor in the preoperative period, enabling the identification of factors associated with stress and anxiety at this stage of the disease, which could be the focus of attention of nursing interventions.

KEYWORDS: *stress experiences, anxiety, brain tumors, neurosurgery, preoperative.*

I. Introdução

A evolução técnico-científica associada à área dos cuidados de saúde permite o tratamento de doenças outrora incuráveis ou incapacitantes, como é o caso das doenças oncológicas, recorrendo a técnicas cada vez mais sofisticadas. A complexidade que acompanha o tratamento do cancro exige a intervenção coordenada de vários profissionais de saúde, com formação em diferentes áreas, numa equipa multidisciplinar (WHO, 2008). A compreensão das necessidades dos doentes com cancro permite um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde (Keir, Swartz, & Friedman, 2007), em áreas outrora negligenciadas, particularmente as necessidades psicossociais (WHO, 2008).

Os tumores intracranianos são uma causa significativa da morbilidade e mortalidade (Goebel, Stark, Kaup, von Harscher & Mehdorn, 2011) e a investigação em geral revela que os doentes com este tipo de patologia vivenciam níveis elevados de ansiedade e de depressão (Arnold et al., 2008; Molassiotis et al., 2010; Rooney, Carson, & Grante, 2011) e uma diminuição da qualidade de vida (Lamperti et al., 2012; Rooney et al., 2011). A incerteza é partilhada pelos doentes com cancro e, no caso particular dos doentes com tumor cerebral, a irregularidade do padrão sintomático pode causar incertezas sobre o prognóstico, a resposta aos tratamentos e a qualidade de vida (Cahill, LoBiondo-Wood, Bergstrom, & Armstrong, 2012).

Várias modalidades terapêuticas podem ser adotadas no tratamento da doença oncológica, sendo que, atualmente, os doentes confrontam-se com um ambiente hospitalar altamente tecnológico e sofisticado, principalmente se a situação clínica exige uma intervenção cirúrgica (Pritchard, 2009).

Os estudos identificam a ansiedade e o stresse como vivências dos doentes que vão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica, independentemente do tipo de cirurgia (Munafò & Stevenson, 2001; Karanci & Dirik, 2003; Asilloglu & Celik, 2004; Jawaid, Mushtaq, Mukhtar, & Khan, 2007; Pritchard, 2011). O doente é muitas vezes internado poucas horas antes da intervenção cirúrgica, sendo confrontado com a necessidade de se ajustar rapidamente ao meio hospitalar e de se entregar aos cuidados de pessoas estranhas, o que gera naturais constrangimentos físicos e emocionais. É ainda evidente a dificuldade em aceitar a sua própria situação, bem como as repercussões futuras na

sua vida (Melo, 2005). Assim, a intervenção cirúrgica é um episódio específico de vivências marcadas pela insegurança do momento e pela incerteza do depois (ibidem). No caso particular da neurocirurgia crescem os medos enraizados em crenças sobre a incapacidade e o risco de vida, frequentemente associados pelos doentes a esta especialidade médica.

A ansiedade pré-operatória é um problema particularmente significativo para os doentes com tumor cerebral, uma vez que muitas vezes é apenas através da intervenção que o diagnóstico do tumor é totalmente definido e estabelecidas as possibilidades terapêuticas. São conhecidas as implicações clínicas na ansiedade pré-operatória em geral (Goebel, Kaup, & Mehdorn, 2011; Palese, Cecconi, Moreale, & Skrap, 2012), contudo, a informação acerca da incidência e gravidade da ansiedade pré-operatória em doentes submetidos a cirurgia programada em neurocirurgia é ainda escassa (Perks, Chakravarti, & Manninen, 2009).

O modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984) constitui uma das principais referências teóricas no domínio do stresse e, por isso, foi adotado na contextualização teórica do presente estudo. Esta teoria realça a interdependência entre as cognições, as emoções e os comportamentos. Os autores referidos consideraram o stresse como o resultado da interação do meio ambiente e da própria pessoa, preconizando a existência de um processo cognitivo de avaliação de uma determinada situação e de uma “decisão” relativamente ao carácter mais ou menos ameaçador (“stressor”) dessa mesma situação, seguindo-se um esforço cognitivo e comportamental para lidar com a situação de stresse (*coping*).

Frequentemente, o stresse e a ansiedade são utilizados como sinónimos, no entanto, o stresse é uma resposta multifatorial, baseada numa avaliação cognitiva, a ansiedade reporta-se a uma emoção negativa que depende da avaliação do estímulo stressor.

Neste estudo, tomamos por referência a existência de investigação que identifica os níveis elevados de stresse que os doentes com tumor cerebral apresentam na fase inicial do tratamento (Goebel et al., 2011) e mesmo após o primeiro tratamento cirúrgico (Goebel et al., 2011). Atendendo ao mau prognóstico frequentemente associado ao tumor cerebral (Gofton, Graber & Carver, 2012; Palese et al., 2012), cujo tratamento é muitas vezes essencialmente paliativo (Cahill et al., 2012), há evidência da necessidade

de identificação dos doentes de risco e, também, de intervenção clínica e psicossocial ajustada à sintomatologia e angústia vivida pelos doentes (Goebel et al., 2011). Neste contexto, justifica-se uma investigação com a finalidade de aprofundar o conhecimento sobre as vivências de stresse e ansiedade de doentes com tumor cerebral no pré-operatório de uma neurocirurgia programada, perspetivando assim poder contribuir para o desenvolvimento de um acompanhamento mais personalizado por parte dos enfermeiros.

Os objetivos deste estudo foram: estudar as vivências de stresse e ansiedade, no período pré-operatório, da pessoa que vai ser submetida a uma intervenção neurocirúrgica; analisar os fatores associados ao procedimento cirúrgico e que os doentes identificam como contribuindo para o seu estado de stresse e ansiedade vivido pelo doente; explorar outros fatores para além dos relacionados com a cirurgia que os doentes identificam como responsáveis pelo seu estado de ansiedade e stresse.

II. Método

Este é um estudo transversal e descritivo, enquadrado no paradigma qualitativo, sendo que os dados foram recolhidos em forma de testemunhos através da realização de entrevistas semiestruturadas. O guião da entrevista foi constituído por questões organizadas em três blocos temáticos em função dos objetivos traçados e no sentido de perceber: como é vivenciado o pré-operatório; quais os fatores que estão associados ao procedimento cirúrgico e que contribuem para o estado de stresse e ansiedade vivido pelo doente; que outros aspetos para além dos relacionados com a cirurgia interferem no estado de ansiedade e stresse do utente.

Participantes

Participaram no estudo cinco adultos, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 33 e os 62 anos, diagnosticados com tumor cerebral (Tabela 1). Os doentes encontravam-se internados no Serviço de Neurocirurgia de um Hospital Central da zona norte de Portugal. Foram cumpridos os seguintes critérios de inclusão: adultos, com diagnóstico de tumor cerebral, internados na véspera de cirurgia programada, sem alterações cognitivas e que aceitaram participar no estudo.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra.

Entrevista	E1	E2	E3	E4	E5
Idade (anos)	33	51	53	57	58
Género	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino
Estado Civil	Divorciada	Casado	Casada	Casado	Casado
Escolaridade	Licenciatura	12.º ano	12.º ano	Licenciatura	1.º ciclo
Profissão	Engenheira	Administrat.	F. Judicial	Engenheiro	Reformado
Filhos	Não	Não	Não	Não	Sim
Primeira cirurgia	Não	Não	Não	Não	Sim

Procedimento

Após a autorização do estudo pela Comissão de Ética do hospital e o consentimento livre e informado por parte dos doentes, estes foram entrevistados no dia antes da cirurgia. As entrevistas tiveram uma duração que variou entre 30 a 45 minutos.

Todas as entrevistas foram gravadas em suporte de áudio e, posteriormente, foram transcritas na íntegra, incluindo hesitações, silêncios e estímulos do investigador (Bardin, 2009). O processo de análise escolhido foi a análise de conteúdo, cujas etapas incluíram a organização, síntese e transformação dos dados em unidades de análise, as quais resultaram da procura de padrões, com o objetivo de conseguir uma representação simplificada dos dados em bruto, expressa através de categorias e subcategorias (Bardin, 2009). A grelha categorial resultante da análise de conteúdo encontra-se descrita na apresentação dos resultados.

No processo de codificação, as transcrições das entrevistas foram numeradas, usando a seguinte simbologia – E, seguido do número de identificação da entrevista, E1; E2, E3, etc.

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise das entrevistas emergiram cinco categorias: a expressão da ansiedade, a ameaça da cirurgia, as experiências cirúrgicas anteriores, o processo de hospitalização e a doença; bem como as respetivas subcategorias, apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2: Categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo.

Categoria	Subcategorias	Total de participantes	Total de unidades de registo
A expressão da ansiedade	Sentimentos de apreensão	4	21
	Sintomas somáticos e cognitivos	3	5
A ameaça da cirurgia	Representação acerca do local anatómico	4	17
	Procedimentos cirúrgicos	2	6
	Anestesia	2	3
	Resultados da cirurgia	5	19
	Dor	2	4
	Morte	1	1
As experiências cirúrgicas anteriores	Negativas	1	1
	Positivas	3	4
O processo de hospitalização	A permanência no internamento	3	5
	Interrupção da atividade profissional	5	7
A doença	Até ao diagnóstico	4	6
	O impacto do diagnóstico	4	9

A expressão da ansiedade

Segundo Lazarus (1993), a ansiedade faz parte das emoções negativas, definindo-se como um vago e incómodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonómica ou um sentimento de apreensão causado pela antecipação do perigo. A expressão de ansiedade surge da avaliação que o indivíduo faz da sua reação ao stresse, que se traduz em **sentimentos de apreensão** e em respostas somáticas e cognitivas.

Os doentes expressaram de forma diversa e repetida os seus sentimentos de apreensão, sendo esta a subcategoria que totalizou o maior número de unidades de registo. Aqui se incluem as verbalizações de preocupação e de medo, sendo por isso uma expressão da ansiedade, como exemplifica o seguinte testemunho: “O stresse está cá dentro, é uma energia forte, uma tensão enorme, nota-se. Agora há uma dor ... uma dor nostálgica.” (E2)

Tal como este estudo, outras investigações relatam o stresse e a ansiedade dos doentes com neoplasia cerebral como estando presente durante todo o processo da doença (Arnold et al., 2008; Cavers, Hacking, Erridge, Morris, Kendall, & Murray, 2013; Goebel et al., 2011), especificamente no dia anterior à neurocirurgia (Palese et al., 2012), em outras fases da doença (Cahill et al., 2012; Goebel et al., 2011) e também naqueles que após cirurgia sobrevivem à neoplasia cerebral (Keir, et al., 2007).

Três dos participantes verbalizaram **sintomas somáticos de ansiedade** tais como dificuldades em dormir, emagrecimento e dificuldades de concentração, como ilustram os seguintes excertos: “Tenho sessenta e tal quilos, por aí, mas também emagreci nestes dias.” (E3); “...eu às vezes sinto-me, não me sinto bem. Há dias que tenho sentido desorientação, falta de concentração, de atenção.” (E4); “Nesta fase não descanso, durmo 2 a 3 horas por noite.” (E2)

A ameaça da cirurgia

A cirurgia é avaliada pela pessoa como um acontecimento ameaçador e causador de stresse e que põe em perigo o seu bem-estar físico, independentemente da finalidade da mesma (Munafò & Stevenson, 2001; Karanci & Dirik, 2003; Asilioglu & Celik, 2004).

Nesta categoria foram agrupadas unidades que de forma mais direta expressavam os medos, receios e preocupações vivenciados pelos participantes relativamente a todo o processo que envolve a cirurgia. Com base na análise mais aprofundada das verbalizações dos participantes foram definidas as seguintes subcategorias: representação acerca do local anatómico da cirurgia, procedimentos cirúrgicos, anestesia, os resultados da cirurgia, dor e morte.

Na subcategoria **representação acerca do local anatómico**, incluíram-se unidades de registo que expressam a importância do cérebro como área nobre, tais como: “O cérebro comanda tudo no nosso corpo, então se houver alguma situação, seja o que for, acho que é importante.” (E1); “Claro que nós sabemos que o cérebro não é uma perna, não é um dedo, não é... não sei... E eles também não sabem o que está aqui, só depois de abrir. A cabeça representa tudo, é o que comanda...” (E3)

O local cirúrgico é encarado pelos doentes como algo que intensifica a ameaça sentida pelo ato cirúrgico. Consideram que estas áreas neurocirúrgicas são áreas especialmente delicadas, nas quais qualquer intercorrência pode

despoletar complicações graves quer a nível físico, quer a nível psicológico. Esta preocupação justifica-se, uma vez que a própria evidência aponta a elevada morbilidade e mortalidade que se associa ao tumor cerebral (Goebel et al., 2011) e os doentes estão informados sobre esta realidade.

Os doentes centram-se muito mais na gravidade da doença e incerteza face ao futuro próximo do que propriamente na cirurgia. A preocupação com os **procedimentos cirúrgicos** foi apenas verbalizada por dois participantes: “É um bocadinho assustador. Por exemplo, houve aí umas reportagens.” (E1); “Aquele aparato todo, para mim, é assustador.” (E3)

Um dos participantes apontou os procedimentos cirúrgicos como indutores de stresse, pelo facto de saber que a determinada altura da cirurgia iria ser acordado e que a cirurgia prosseguiria consigo consciente. Este procedimento surge assim para o doente como uma ameaça particularmente significativa, como ilustra o seu testemunho: “Preocupa-me o estar acordada (...) é assustador, estar ali três horas.” (E3)

Os medos e a apreensão em torno da **anestesia** prendem-se essencialmente com o desconhecimento daquilo que pode acontecer enquanto o doente se encontra sob o efeito da anestesia: “Eu sei que estou ali inconsciente... Eu não penso porque se começar a pensar, acho que me vai assustar.” (E5).

No entanto, os participantes do estudo não enfatizam a anestesia como um dos principais aspetos geradores da sua ansiedade: “É assim, não tenho medo da anestesia...” (E1). Este resultado difere do que é geralmente referenciado na literatura, em que a anestesia constitui um dos principais *stressores* associados aos procedimentos cirúrgicos (Grieve, 2002; Phipps, Sands & Marek, 2003; Prichard, 2011). Inclusive, num estudo de Jawaid e colaboradores (2007) realizado com 193 doentes no pré-operatório de cirurgia programada, verificou-se que os doentes que eram submetidos a anestesia geral apresentavam níveis mais elevados de ansiedade do que os doentes que eram submetidos a anestesia raquidiana, o que reforça a crença de que a perda de consciência e, conseqüentemente, a perda de controlo por parte do doente, funciona como uma circunstância que intensifica o caráter ameaçador do processo.

Na subcategoria **resultados da cirurgia**, constatamos que esta preocupação é transversal a todos os participantes. De notar que a gravidade do diagnóstico marca também, de uma forma decisiva, o relato dos participantes. São feitas referências às conseqüências e limitações que a cirurgia pode provocar ao nível da integridade e ao nível da incapacidade física, com grandes repercussões pessoais e profissionais, como ilustra este excerto: “Tenho medo, de não ficar como eu estou agora... Não ter mobilidade. Tenho medo de ficar com alguma sequela” (E1); “O acordar é a minha preocupação, o acordar, o querer falar, se ficou afetada a área da fala.” (E2)

As preocupações dos doentes geralmente expressam-se ao nível da incerteza do futuro e do desconhecimento sobre o resultado da cirurgia (Phipps et al., 2003). Também no estudo realizado por Perks e colaboradores (2009) que visou avaliar o nível de ansiedade pré-operatória em doentes neurocirúrgicos, os autores verificaram que o receio de complicações físicas e psicológicas que surgissem decorrentes da cirurgia eram as circunstâncias que se associavam a maiores níveis de ansiedade.

É notório, no discurso dos participantes, o receio de uma possível dependência de terceiros, desencadeada por complicações cirúrgicas, o que desencadeia também ansiedade: “O que quero é não dar dor, ou seja sofrimento, aos outros... Não quero que os outros sofram por minha causa.” (E2)

Em consonância com o sentimento expresso no testemunho anterior, no estudo de Cavers e colaboradores (2013) verificou-se que os doentes também se preocupavam com o facto de poderem constituir um fardo para os familiares cuidadores, existindo outros estudos que evidenciam o sofrimento dos cuidadores que acompanham os doentes ao longo do processo de doença (Finocchiaro et al., 2012).

A literatura aponta a **dor** como um sintoma frequentemente associado à cirurgia e que por isso contribui para a vivência de stresse e ansiedade (Gallagher e McKinley, 2007; Jawaid et al., 2007). No nosso estudo, apenas dois participantes consideraram a dor como alvo da sua inquietação, mais concretamente: “(...) também tenho medo da dor que possa sentir (...) de ter dor, que não consiga suportar.” (E1) “Assusta-me muito a dor.” (E3)

A **morte** como preocupação face à cirurgia constituiu um sentimento não verbalizado de forma direta, apenas encontramos um registo implícito no discurso de um dos participantes: *“A minha preocupação... e obviamente entreguei tudo a um advogado para ficar tudo em nome dos meus filhos.”* (E2)

Contudo nem toda a investigação tem produzido resultados semelhantes. Por exemplo, num estudo exploratório, também de natureza qualitativa, que teve como objetivo compreender os sentimentos da mulher proposta para cirurgia ginecológica, Salimena e colaboradoras (2010) verificaram que a morte era uma preocupação frequentemente mencionada pelas doentes.

Experiências cirúrgicas anteriores

Nesta categoria incluíram-se unidades de registo que descreviam experiências cirúrgicas anteriores, que de alguma forma parecem ter contribuído para aumentar ou diminuir o stresse vivenciado. Na subcategoria das **experiências negativas**, apenas um dos participantes referiu a sua experiência prévia, enquanto fator incrementador de stresse, o que se mostrou particularmente evidente na referência aos receios associados aos desconfortos causados pelo ato anestésico: *“Eu das outras experiências, já estive mal disposto...”* (E2)

Na subcategoria das **experiências positivas** encontramos os relatos de três participantes que associavam essas experiências ao “acordar bem”: *“Ah não tive uma experiencia má... Acordei bem e bem-disposto.”* (E4)

Pode considerar-se que as experiências prévias positivas funcionam como fator atenuador do stresse, o que, aliás, foi já descrito noutros estudos (Caumo et al., 2001; Walker, 2002; Phipps et al., 2003; Pritchard, 2009). Um outro exemplo de um estudo com resultados semelhantes é o de Badner e colaboradores (1990), que realizaram um estudo quantitativo com 284 doentes de cirurgia de ambulatório e cirurgia programada, e concluíram que as experiências cirúrgicas anteriores contribuíram para a diminuição da ansiedade no pré-operatório.

O processo de hospitalização

De acordo com a literatura, o processo de hospitalização, nomeadamente a integração num ambiente estranho, o internamento e a interrupção da atividade profissional,

são aspetos que contribuem para o stresse (Melo, 2005). E na análise das entrevistas os participantes também mencionaram estes aspetos, pelo que identificamos duas subcategorias: a permanência no serviço de internamento e a interrupção da atividade profissional.

Segundo o discurso dos participantes, são essencialmente três as razões que estão na origem do stresse relacionado com a permanência no serviço de internamento. Em primeiro lugar, as condições físicas que o próprio hospital tem para oferecer às pessoas e que na opinião de alguns participantes são geradoras de desconforto e mal-estar. Outra razão é o tempo de internamento, constatando-se um forte desejo, claramente expresso, de não passar muito tempo no hospital: *“Espero que... enfim... que não esteja cá muito tempo.”* (E4)

Por fim, outra razão que, segundo os doentes, é um fator gerador de stresse e ansiedade é o contato com o sofrimento de outros doentes. A **permanência no serviço de internamento** enquanto indutor de stresse foi também referida num estudo de natureza qualitativa desenvolvido por Gallagher e McKinley (2007), realizado com 172 participantes e que visava descrever as preocupações dos doentes submetidos a revascularização do miocárdio. Para estes doentes, o processo de hospitalização era também gerador de stresse, nomeadamente no que se refere à mudança dos estilos de vida pessoais.

A consequência mais direta da cirurgia na gestão da atividade profissional assume duas dimensões algo distintas. Por um lado, a preocupação com o facto de se ausentarem da sua **atividade profissional**, porque têm a seu cargo equipas de trabalho muito dependentes da sua figura enquanto responsável. Por outro lado, a ausência ao trabalho pode causar insegurança a nível da manutenção do posto de trabalho, assim como nas oportunidades de emprego, tal como ilustra o seguinte testemunho: *“A preocupação do trabalho ainda é muita. Preocupo-me muito com eles, com a equipa que deixei lá (...) não vão dar conta do recado (...).”* (E3)

Este resultado é consistente com estudos anteriores em que o afastamento do trabalho e a dificuldade em retomar a atividade profissional são referidos como fatores de stresse, ansiedade e depressão para os doentes com tumor cerebral (Rooney et al., 2011).

A doença

A categoria “doença” descreve qualquer referência ao percurso de doença até ao diagnóstico e ao impacto do diagnóstico. Foi notória a perturbação causada pelo impacto do diagnóstico, abrupto e vivido com dramatismo, principalmente pelos participantes cuja doença se encontrava camuflada, sem sinais perceptíveis (ou apenas parcialmente).

Relativamente à subcategoria **até ao diagnóstico**, a ausência de sintomas de alerta foi uma circunstância que gerou muita ansiedade, como se pode conferir: *“Porque eu estou bem, não me sinto doente. Ok, desmaiei... mas, tanta gente que desmaia e que não tem... e agora vou, pronto, vou ser operada, e tenho um tumor.”* (E1); *“Eu sentia que alguma coisa me prendia. Honestamente não pensei, não associei.”* (E5)

Também num estudo qualitativo desenvolvido por Deus (2009), que pretendeu conhecer as vivências dos doentes oncológicos no período pré-operatório, se verificou que o pré-operatório é um momento particularmente difícil para o doente, entre outras razões pelas inseguranças e incertezas vivenciadas em torno do diagnóstico que a intervenção possa desencadear.

Na subcategoria o **impacte do diagnóstico** são relatadas reações ao diagnóstico, marcadas pela surpresa, choque, dúvidas, ansiedade e medos. Reações decorrentes da confrontação com uma nova realidade – a doença. Em alguns casos, existem sentimentos de revolta e inconformismo, avaliando-se de forma retrospectiva todo o percurso de vida. *“Quando me disse que era uma massa tumoral (...). Foi um choque, e... pronto, a partir daí andei depressiva.”* (E3); *“Essa doença... (pausa) a minha primeira reação foi de revolta... essencialmente injustiça...”* (E2)

A confrontação com o diagnóstico da doença provoca um choque brutal, em que tudo muda de um momento para o outro. A doença em si e a sua evolução interferem na avaliação que a pessoa faz da cirurgia (Boer, et al., 2006; Mok & Mphil, 2008). Moos e Holahan (2007) referem também que a ameaça associada ao diagnóstico de doença grave geralmente coloca em causa os planos futuros, podendo inclusive provocar um afastamento da família e da rede social. A ameaça será tanto maior quanto maior for a incerteza do futuro, e os doentes podem experimentar uma falta de esperança ao confrontarem-se com o cenário

real de uma doença com mau prognóstico (Goebel et al., 2011), à qual, frequentemente, se associam perdas físicas e psicológicas (Gofton et al., 2012).

IV. CONCLUSÃO

Pretendeu-se compreender como a pessoa com tumor cerebral vivencia o período pré-operatório, tentando conhecer os fatores associados ao stresse e ansiedade, para uma compreensão efetiva das necessidades sentidas, de forma a poder intervir no planeamento de cuidados com qualidade.

Os resultados do estudo demonstram que o stresse e ansiedade são experiências comuns a todos os doentes, sem exceção. Os participantes expressaram a sua ansiedade de diversas formas, desde sentimentos vagos de desconforto, ao medo e à preocupação, não tanto com o ato cirúrgico e a anestesia, mas essencialmente com a gravidade associada à patologia, à natureza incerta do prognóstico e às repercussões na sua vida futura. A sintomatologia de natureza somática não se salienta enquanto expressão da ansiedade.

Encontramos diferentes fatores que se associam às vivências de stresse e ansiedade da pessoa que vai ser submetida a uma intervenção neurocirúrgica. No nosso estudo, emergiram como mais relevantes as preocupações em torno do sucesso da cirurgia e os receios associados às características “delicadas” dos locais anatómicos a operar. Todos os participantes mostraram estar cientes dos riscos da cirurgia e de possíveis consequências futuras das complicações ocorridas durante a cirurgia, muitas das quais de séria ameaça à sua integridade física e psicológica. De forma menos frequente os participantes mencionaram ainda como fontes de stresse, circunstâncias associadas ao processo de hospitalização, tais como o afastamento da sua vida socioprofissional.

Os resultados vêm reforçar as conclusões de estudos anteriores, as quais assinalam a importância da identificação dos fatores indutores de stresse e ansiedade no sentido de ajudar os profissionais a desenvolverem e priorizarem intervenções que capacitem o doente para desenvolver estratégias de *coping* mais eficazes.

De acordo com Melo: “Compreender a perspetiva do doente torna-se um pré-requisito para uma boa prática profissional” (2005, p.29). Neste estudo focamos a nossa

atenção na perspectiva do doente apenas no período pré-operatório, mas, atendendo às particularidades do diagnóstico de tumor cerebral em termos de sintomatologia, diversidade de tratamentos, gravidade e implicações socio-profissionais, seria importante que este estudo tivesse continuidade nas fases que se seguem à cirurgia. Um estudo de cariz longitudinal, permitiria uma melhor compreensão e identificação das necessidades dos doentes ao longo do processo de doença e, daí, a adequação de intervenções de natureza psicossocial que possam ser um suporte para o ajustamento psicológico do doente, e também dos familiares cuidadores, que tal como encontramos em diversos estudos, necessitam igualmente de apoio.

Referências bibliográficas

- WHO (2008). Responding to the challenge of cancer in Europe. Michel P. Coleman, Delia-Marina Alexe, Tit Albrecht, & Martin McKee. Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, Ljubljana. ISBN: 9616659200.
- Keir, S. T., Swartz, J. J., & Friedman, H. S. (2007). Stress and long-term survivors of brain cancer. *Support Care Cancer*, 15(12), 1423-1428. doi: 10.1007/s00520-007-0292-1
- Cahill, J., LoBiondo-Wood, G., Bergstrom, N., & Armstrong, T. (2012). Brain Tumor Symptoms as Antecedents to Uncertainty: An Integrative Review. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 145-55. doi:10.1111/j.1547-5069.2012.01445.x
- Goebel, S., Kaup, L., & Mehdorn, H. (2011). Measuring preoperative anxiety in patients with intracranial tumors: the Amsterdam preoperative anxiety and information scale. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 23(4), 297-303.
- Arnold, S. D., Forman, L. M., Brigidi, B. D., Carter, K. E., Schweitzer, H. A., Quinn, H. E., & ... Raynor, R. H. (2008). Evaluation and characterization of generalized anxiety and depression in patients with primary brain tumors. *Neuro-Oncology*, 10(2), 171-81. doi:10.1215/15228517-2007-057
- Molassiotis, A., Wilson, B., Brunton, L., Chaudhary, H., Gattamaneni, R., & McBain, C. (2010). Symptom experience in patients with primary brain tumours: a longitudinal exploratory study. *European Journal Of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 14(5), 410-16. doi:10.1016/j.ejon.2010.03.001
- Rooney, A., Carson, A., & Grant, R. (2011). Depression in cerebral glioma patients: a systematic review of observational studies. *JNCI: Journal of The National Cancer Institute*, 103(1), 61-76. doi:10.1093/jnci/djq458
- Lamperti, E., Pantaleo, G., Finocchiaro, C., Silvani, A., Botturi, A., Gaviani, P., & ... Salmaggi, A. (2012). Recurrent brain tumour: the impact of illness on patient's life. *Supportive Care In Cancer*, 20(6), 1327-1332. doi:10.1007/s00520-011-1220-y
- Cavers, D., Hacking, B., Erridge, S. C., Morris, P. G., Kendall, M., & Murray, S. A. (2013). Adjustment and support needs of glioma patients and their relatives: Serial interviews. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1299-1305. doi:10.1002/pon.3136
- Finocchiaro, C. Y., Petrucci, A., Lamperti, E., Botturi, A., Gaviani, P., Silvani, A., & ... Salmaggi, A. (2012). The burden of brain tumor: a single-institution study on psychological patterns in caregivers. *Journal of Neuro-Oncology*, 107(1), 175-81. doi:10.1007/s11060-011-0726-y
- Pritchard, M. (2009). Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients. *Nursing Standard*, 23(51), 35-40.
- Munafò, M. R., & Stevenson, J. (2001). Anxiety and surgical recovery: Reinterpreting the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(4), 589-96. doi:10.1016/S0022-3999(01)00258-6
- Karanci, A., & Dirik, G. (2003). Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(4), 363-69. doi:10.1016/S0022-3999(02)00631-1
- Asililoglu, K., & Celik, S. S. (2004). The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Education & Counseling*, 53(1), 65-70. doi:10.1016/S0738-3991(03)00117-4
- Jawaid, M.; Musthaq, A., Mukhtar, S., & Khan, Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*, 12(2), 145-48.
- Pritchard, M. J. (2011). Using targeted information to meet the needs of surgical patients. *Nursing Standard*, 25(51), 35-9.
- Melo, M. L. (2005). Comunicação com o doente, certezas e incógnitas. Loures, Lusociência.
- Palese, A., Cecconi, M., Moreale, R., & Skrap, M. (2012). Pre-operative Stress, Anxiety, Depression and Coping Strategies Adopted by Patients Experiencing Their First or Recurrent Brain Neoplasm: An Explorative Study. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 28(5), 416-25.
- Perks, A., Chakravarti, S., & Manninen, P. (2009). Preoperative anxiety in neurosurgical patients. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 21(2), 127-30. doi: 10.1097/ANA.0b013e31819a6ca3
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Goebel, S., von Harscher, M., & Mehdorn, H. (2011). Comorbid mental disorders and psychosocial distress in patients with brain tumours and their spouses in the early treatment phase. *Supportive Care in Cancer*, 19(11), 1797-805.
- Gofton, T. E., Graber, J., & Carver, A. (2012). Identifying the palliative care needs of patients living with cerebral tumors and metastases: a retrospective analysis. *Journal of Neuro-Oncology*, 108(3), 527-34. doi:10.1007/s11060-012-0855-y
- Goebel, S., Stark, A. M., Kaup, L., von Harscher, M., & Mehdorn, H. M. (2011). Distress in patients with newly diagnosed brain tumours. *Psycho-Oncology*, 20(6), 623-30.
- Bardin, L. (2009) *Análise de Conteúdo*. Lisboa : Edições 70, Lda, ISBN:978-972-44-1506-2.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-47.
- Gallagher, R., & McKinley, S. (2007). Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *American Journal of Critical Care*, 16(3), 248-57.
- Salimena, A., Falci, A., Alaci, A., Bara V., Melo, M., & Dias, I. (2010). Mulher enfrentando cirurgia ginecológica: implicações para a assistência de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 9(2), 97-106.
- Caumo, W., Schmidt, A., Schneider, C., Bergmann, J., Iwamoto, C., Bandeira, D. & Ferreira, M. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 45(3), 298-307.
- Walker, J. (2007). What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal of Nursing*, 16(1), 27-32.
- Boer, J., Oostendorp, R., Beems, T., Oerlemans, M. & Evers, A. (2006). A systematic review of bio-psychosocial risk factors for an unfavourable outcome after lumbar disc surgery. *European Spine Journal*, 15, 527-36.
- Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2007). Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability. In E. Martz, H. Livneh, E. Martz, H. Livneh (Eds.), *Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical, and clinical aspects* (pp. 107-126). New York, NY, US: Springer Science and Business Media. doi:10.1007/978-0-387-48670-3_6
- Mok, L., Mphil, I. & Phil, I. (2008). Anxiety, depression and pain intensity in patients with low back pain who are admitted to acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 17(11), 1471-80.

AEOP 8

**21 a 23 Maio 2015, Palace
Hotel Monte Real**



Pelo 8.º ano consecutivo, a AEOP realizou a sua Reunião Nacional, na bonita Vila de Monte Real, local emblemático onde a atividade científica aliada ao encontro entre gerações e colegas de diferentes unidades de oncologia e de diferentes hospitais fizeram desta reunião mais um grande êxito. Tivemos:

- 2 Cursos Pré Reunião
- 280 Congressistas inscritos
- 22 Trabalhos em Poster
- 2 Palestrantes Internacionais

Foi uma oportunidade para a comunidade de enfermagem oncológica discutir o estado de arte na investigação e da prática da oncologia nacional. Dos trabalhos apresentados, o Juri premiou os seguintes:

Melhores Trabalhos – Boas Práticas:

1.º - “Cliente Oncológico e as políticas de saúde: Equidade, Acessibilidade e Informação”, de Nélia Paula Oliveira, Hospital Nélio Mendonça, Funchal;

2.º - “Ferida Maligna e Radiógena - Case study”, de Marisa Matos, IPO Porto

Melhores Trabalhos – Investigação:

1.º - “Conhecimentos e Atitudes dos enfermeiros perante a dor - estudo preliminar”, de Juliana Santos, IPO Porto; Carina Raposo, C. Hospitalar Porto;

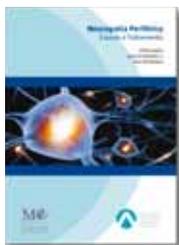
2.º - “Revisão Sistemática sobre a eficácia do método educacional tradicional e da Telenursing no ensino à pessoa para o autocuidado à ostomia”, de Carla Silva,

Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde.

Todos estes trabalhos serão publicados nas próximas revistas ON.

Entretanto já estamos a planear a Reunião de 2016, a realizar em Tomar. Marque já na sua agenda, envie-nos sugestões e comece a preparar os seus trabalhos.

PROJETO PEDNEPER: Lançamento do livro sobre Neuropatia Periférica



No âmbito do Projeto Educativo PedNeper, foi traduzido e validado um livro educacional, traduzido e adaptado de uma publicação da Myeloma Euronet, dirigido aos doentes

com Neuropatia Periférica. Foi lançado durante a Reunião Nacional AEOP 8 e incide sobre:

- . Sintomatologia
- . Como tratar e prevenir
- . Como monitorizar

Este documento encontra-se disponível em formato PDF no portal da Associação e pode ser utilizado por todos os que nos procuram. Serão enviados exemplares a quem o solicitar até se esgotar a tiragem. Este projeto teve o apoio exclusivo da Takeda Portugal.

ESTUDO SOCIAL SUPPORT SARCOMA: Apresentação de resultados



SOCIALSUPPORTSARCOMA

Com a apresentação dos resultados finais na Reunião AEOP 8, terminou o estudo investigacional “Autogestão do doente com Sarcoma em tratamento multidisciplinar” implementado em duas unidades de oncologia de referência na área específica dos Sarcomas: IPO Porto e Hospitais da Universidade de Coimbra.

Brevemente publicaremos os resultados finais nesta revista.

AEOP RADIOTERAPIA Novo grupo de trabalho



AEOP • GRUPORADIOTERAPIA

Devido à necessidade de fomentar a investigação e a atividade dos enfermeiros que trabalham com o doente oncológico, atendendo às suas especificidades e aos recentes avanços científicos que cada especialidade oncológica tem, a AEOP decidiu criar o Grupo de Trabalho sobre radioterapia, denominado AEOP - Grupo Radioterapia. Os colegas que se interessem e trabalhem esta área do tratamento oncológico podem inscrever-se neste Grupo de Trabalho. Para isso terá de submeter a adesão através do site.

Pretendemos com este Grupo de Trabalho trazer à discussão e atividades científicas o melhor que se faz na área da Radioterapia, gestão das complicações e ensino do doente durante e após o tratamento.

LANÇAMENTO DE LINHA CONSENSO “RADIODERMITE”

Durante a Reunião de Oncologia da Primavera realizada em Évora, em Abril de 2014, discutiu-se, em Workshop de Enfermagem, as principais abordagens no tratamento da Radiodermite.



A discussão e redação final deste documento teve lugar um ano depois, na Reunião de Oncologia da Primavera de Abril de 2015. Trata-se de um documento complementado e discutido pelos enfermeiros que trabalham especificamente nesta área da oncologia e que tratam diretamente o doente com Radiodermite.

Estas Linhas de Consenso definem a orientação para Enfermeiros de Radioterapia e é possível ter acesso ao documento através da nossa plataforma Web.

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO “QUANTOS SOMOS?”

Os resultados deste estudo foram apresentados na Reunião Nacional de Maio de 2015. Finalmente conseguimos identificar o número de enfermeiros oncologistas que trabalham em Portugal, em hospitais públicos e privados. Este “retrato” permite à AEOP desenvolver atividades e intervenções dirigidas a este grupo profissional com uma melhor qualidade. Concluímos também que os membros da AEOP já representam 40% dos enfermeiros oncologistas, o que nos permite concluir da importância e representatividade que temos na oncologia nacional. Poderá ter acesso ao relatório final na área privada do site da AEOP.

NOVOS CORPOS SOCIAIS PARA O BIÊNIO 2015-2017

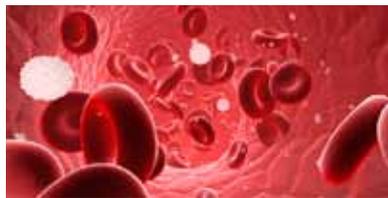


Na última Assembleia-Geral da AEOP, que decorreu no passado dia 23 de Maio, foram eleitos os novos corpos sociais para o biênio 2015-2017, sendo que a colega Elisabete Valério passou a Presidente e a Cristina Lacerda a Vice-Presidente. Entraram 6 novas colegas, representantes das diferentes instituições nacionais com forte actividade em Enfermagem Oncológica. O plano estratégico e de atividades está publicado na área reservada do portal da AEOP, disponível a todos os membros. Aos novos corpos sociais desejamos os maiores êxitos. E assim a AEOP passa a ter a sua terceira Presidente desde a sua fundação.

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>

TUMORES HEMATOLÓGICOS

Leucemia: tratamento experimental mostra-se promissor
– Estudo publicado na revista “Science Translational Medicine”



Um novo tratamento experimental para um tipo de leucemia rara e mortal foi capaz de provocar a remissão da doença, mesmo para aqueles pacientes em que a terapia habitual tinha falhado, dá conta um estudo publicado na revista “Science Translational Medicine”.

De forma a tentar combater a leucemia prolinfocítica de células T, os investigadores da Universidade de Virgínia, nos EUA, utilizaram a imunoterapia para ativar o sistema imunológico, combinada com a epigenética para manipular a atividade dos genes. Este tipo de terapia é bastante promissora não apenas para o tratamento da leucemia prolinfocítica de células T, como também para muitos outros tipos de cancro.

O estudo, liderado por Elliot Epner, incluiu oito pacientes com leucemia prolinfocítica de células T, um cancro agressivo de tratamento extremamente difícil. Este é um cancro muito raro que surge com mais frequência nos homens idosos.

Os investigadores verificaram que apesar de o tratamento experimental não ter curado os pacientes levou-os todos para um estado de remissão. Verificou-se também que o tratamento funcionou repetidamente, oferecendo aos pacientes a possibilidade de serem tratados várias vezes e obter o mesmo benefício, aumentando assim o tempo de que dispunham para que fosse encontrado um dador de medula óssea/células estaminais. Adicionalmente, de forma a poderem ser submetidos a um transplante, os pacientes têm de entrar primeiro em remissão.

O tratamento tem ainda algumas limitações, nomeadamente no que diz respeito à toxicidade, o que impõe algumas restrições na quantidade de tratamentos que podem ser administrados e pode levar à supressão do sistema imunológico, podendo conduzir a infeções e outras complicações. Um dos pacientes esperava viver apenas quatro meses, mas sobreviveu ao longo de 34. Três outros pacientes ainda estavam vivos na altura em que os investigadores estavam a compilar os resultados.

Uma vez que os tratamentos utilizados estão já comercialmente disponíveis, significa que, em teoria, os médicos já os podem administrar sem testes adicionais. Contudo, na opinião de um dos autores do estudo, T. P. Loughran, são necessários estudos adicionais de maiores dimensões, mas a raridade da doença pode dificultar o recrutamento de pacientes.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 30/06/2015

Células estaminais podem sofrer mutações e originar cancros

As células estaminais, fundamentais na formação e manutenção dos órgãos, podem sofrer mutações e dar origem a vários tipos de cancro, declarou o investigador do The Francis Crick Institute, do Reino Unido, Dinis Calado.

“Vários tipos de cancro têm origem nestas células, que por si só não têm uma capacidade proliferativa muito grande, mas que, devido a mutações que poderão ocorrer, perdem essa restrição e acabam por proliferar muito. O tumor é constituído por vários tipos de células e dentro desses grupos de células existirão algumas que têm uma capacidade percussora do tumor”, explicou à Lusa o investigador no âmbito do “Porto Cancer Meeting”, que decorreu no Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto (IPATIMUP), subordinado ao tema “Células Estaminais e o Cancro”.

“Tentar perceber como é que células estaminais normais funcionam talvez ajude a perceber como é que essas células cancerígenas que poderão ter características de células estaminais nos tumores poderão ser eliminadas. E, assim, fazer com que os tratamentos sejam mais eficazes”, sublinhou.

O investigador revelou ainda algum do trabalho que desenvolve no Francis Crick Institute: “Tentamos modelar doenças cancerosas do foro sanguíneo, tais como leucemia e linfomas. Fazemos uma comparação de tumores entre espécies para tentar encontrar mutações que são conservadas de forma evolutiva. Apesar de sermos muito diferentes dos ratinhos, como é óbvio, a formação de cancros tem mutações que são idênticas. Às vezes, o que acontece em tumores humanos é que há muitas mutações e não sabemos quais as que devemos estudar. Então, uma comparação entre espécies diferentes poderá ajudar-nos a priorizar quais as mutações a estudar”.

Dedicado ao tema “Células Estaminais e o Cancro”, a 23.ª edição do “Porto Cancer Meeting” reuniu especialistas portuguesas na área a trabalhar em centros de investigação nacionais, investigadores portugueses

que estão no estrangeiro em centros de referência nesta matéria e ainda especialistas estrangeiros vindos de todo o mundo.

O principal objetivo é “conseguir juntar, num ambiente informal, vivo e cientificamente dinâmico, investigadores, estudantes e todos os que trabalham em cancro na discussão à volta de um tema chave do cancro. Aliás, tem sido hábito do ‘Porto Cancer Meeting’ promover, durante e após a reunião, a interação entre grupos, criando as condições para novas colaborações, ou seja, aumentar as parcerias de investigação e a mobilidade de estudantes”, salienta a organização.

Este ano, as comunicações centraram-se na relevância das células e das características estaminais no cancro para a progressão tumoral, nomeadamente a sua agressividade, heterogeneidade e resistência à terapia.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 11/05/2015

Via de sinalização central em linfoma pode ser bloqueada

Cientistas da Universidade de Zurique identificaram uma via de sinalização fundamental em linfomas de células B, um tipo de cancro maligno do sangue, e demonstraram que esta via pode ser bloqueada através de fármacos que estão atualmente em desenvolvimento. Este achado pode revelar-se extremamente importante para o diagnóstico, prognóstico e tratamento da doença no futuro.

O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é um tipo de cancro do sangue e a doença maligna mais comum do sistema linfático. Apesar de o LDGCB ser fatal se não for tratado, a taxa de sobrevivência no caso de tratamento com quimioterapia combinada com anticorpos ascende aos 60-70%. Contudo, nem todos os tipos de LDGCB respondem da mesma forma ao tratamento

padrão, o que resulta num mau prognóstico para este tipo de doentes. Uma vez que a biologia deste tipo de linfoma é ainda pouco conhecida, as abordagens terapêuticas direcionadas para estes casos são escassas.

O estudo desenvolvido pelos investigadores da Universidade de Zurique, na Suíça, teve como base a hipótese de que não seriam apenas as alterações genéticas que desempenhavam um papel fulcral no desenvolvimento do linfoma, mas também as alterações epigenéticas.

Como tal, os cientistas analisaram a denominada metilação do ADN, uma alteração epigenética que controla a atividade de vários genes humanos. A metilação alterada do ADN é uma característica comum a uma grande variedade de tumores, razão pela qual os cientistas consideraram que as células de linfoma poderiam usar também este mecanismo de regulação em seu benefício.

De facto, a análise bioinformática dos perfis de metilação de cerca de 70 amostras de pacientes revelaram oito regiões no ADN, denominadas gene loci, que se encontravam todas anormalmente hipermetiladas e se revelaram importantes para a sobrevivência das células.

“Experiências subsequentes revelaram um locus em particular que está bloqueado em quase todos os pacientes com linfoma examinados devido à metilação do ADN e que, portanto, não pode ser traduzido em proteína”, resumiu a líder do estudo, Anne Müller.

Além disso, os investigadores descobriram ainda que em grandes coortes de pacientes, o silenciamento epigenético deste locus do gene revelou ser um fator de prognóstico negativo extremamente significativo para a sobrevivência a longo prazo de doentes com LDGCB.

“Este fator pode, portanto, ser importante para o diagnóstico e prognóstico da doença, assim como para as decisões terapêuticas no futuro”, afirmou a investigadora.

O locus do gene agora identificado contém informação genética para uma enzima, uma fosfatase, que regula uma importante via de sinalização nas células do linfoma e é, como tal, essencial para a sobrevivência das células tumorais. Atualmente já existem inibidores que se encontram em desenvolvimento clínico para esta via de sinalização.

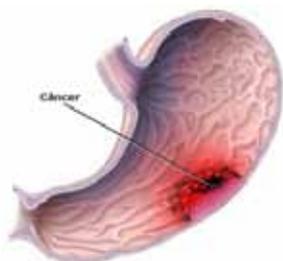
O estudo agora desenvolvido demonstrou ainda, tanto em cultura de células como em modelos animais, que estes inibidores podem ser eficazes contra células de linfoma. Os linfomas em ratinhos tratados com um fármaco desenvolveram-se de forma consideravelmente mais lenta em comparação com aqueles de ratinhos que não tinham recebido qualquer tratamento.

De acordo com Corina Schmid, coautora do estudo, “terapias de combinação com outras substâncias já estabelecidas revelaram ser especialmente eficazes, o que faz com que a via de sinalização descrita seja um alvo promissor para futuros tratamentos contra o cancro”.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 09/04/2015

CANCRO DIGESTIVO

Cancro do pâncreas: descoberto novo método de diagnóstico
– Estudo publicado na revista “Nature”



Uma investigadora do Instituto de Patologia Molecular e Imunologia da Universidade do Porto (Ipatimup) descobriu um novo método de diagnóstico precoce e não invasivo para cancro do pâncreas através de uma análise ao sangue, dá conta um estudo publicado na revista “Nature”.

De acordo com uma nota enviada pelo Ipatimup, ao qual a agência Lusa teve acesso, o estudo apurou que a presença de uma determinada proteína no sangue está associada a lesões malignas no pâncreas “e que não são detetáveis por ressonância magnética”

A investigação, liderada por Sónia Melo, demonstrou que as células tumorais do pâncreas produzem exossomas (nano-vesículas) com uma proteína específica – GPC1 – que podem ser detetados numa análise ao sangue.

Os investigadores demonstraram ainda haver uma relação entre a existência daquela proteína no sangue e a presença de lesões pancreáticas iniciais não detetáveis em ressonância.

Sónia Melo “descobriu que a presença de exossomas com esta proteína no sangue permite distinguir indivíduos sem doença ou com doença benigna do pâncreas, de doentes com cancro do pâncreas”, acrescenta.

O estudo mostra assim que “a deteção de exossomas com a proteína GPC1, que circulam no sangue de pacientes com cancro do pâncreas, pode ser utilizada como uma ferramenta de diagnóstico não invasiva e como uma ferramenta para detetar fases iniciais de cancro do pâncreas”, conclui o Ipatimup.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 26/06/2015

CANCRO DA MAMA

Rastreio do cancro da mama reduz risco de morte em 40%
– Estudo publicado no “New England Journal of Medicine”



As mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos que são submetidas a mamografias reduzem o risco de morrer por cancro da mama em 40%, comparativamente com as mulheres que não fazem este tipo de rastreio, defende um estudo publicado no “New England Journal of Medicine”.

No geral, as mulheres que são convidadas a realizar uma mamografia têm um risco 23% menor de morte por cancro da mama, comparativamente com as mulheres que não são submetidas a este tipo de rastreio.

Para o estudo, uma equipa internacional de investigadores analisou o impacto positivo e negativo dos diferentes métodos de rastreio do cancro da mama em 11 ensaios aleatórios controlados e 40 estudos observacionais de elevada qualidade.

O estudo confirma os achados anteriores de que as mulheres entre os 50 e 69 são as que mais beneficiam do rastreio do cancro da mama. Contudo, vários estudos têm também demonstrado que existe uma redução substancial no risco de morte por cancro da mama nas mulheres entre os 70 e 74 que são convidadas a fazer o rastreio, uma alteração relativamente às crenças anteriores. Poucas foram as evidências que favoreceram o rastreio nas mulheres com 40 anos.

“Apesar da evidência de que a mamografia é eficaz, ainda é neces-

sário realizar mais estudos sobre métodos de detecção alternativos, como a prometedora tomossíntese digital da mama – uma nova técnica que captura imagens em 3D e que pode potencialmente melhorar a eficácia da mamografia na análise de tecido mamário mais denso”, revelou, em comunicado de imprensa, um dos autores do estudo, Stephen Duffy da Universidade de Queen Mary, em Londres.

O investigador refere que também é importante continuar a investigar a forma de rastrear as mulheres que se encontram em risco elevado de cancro da mama devido aos seus antecedentes familiares ou contexto genético.

O objetivo do rastreio da mama é diagnosticar precocemente as mulheres com cancro, melhorando consequentemente o prognóstico e reduzir o número de casos de estadios tardios e mortes. Contudo, tem surgido alguma preocupação em torno do impacto negativo da mamografia, incluindo resultados falsos positivos, sobrediagnóstico e possibilidade da radiação causar cancro.

“Espera-se que este estudo convença as mulheres do mundo inteiro que o rastreio do cancro da mama através da realização de mamografia salva vidas. A evidência mostra que o rastreio do cancro da mama é uma ferramenta fundamental para aumentar o diagnóstico precoce e consequentemente reduzir o número de mortes”, conclui Stephen Duffy.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 09/06/2015

Cancro da mama: disseminação para os ossos pode ser impedida – Estudo publicado na “Nature”

Investigadores do Reino Unido e da Dinamarca descobriram uma proteína que contribui para que o cancro da mama se dissemine para

os ossos. Este achado publicado na revista “Nature” pode conduzir ao desenvolvimento de tratamentos capazes de impedir a progressão da doença.

Quando as células cancerígenas se disseminam do tumor da mama – local primário – para outras partes do organismo, este é denominado por cancro da mama secundário ou metastático. Habitualmente as células do cancro da mama disseminam-se para os ossos, sendo responsável por cerca de 85% de todos os cancros da mama secundários.

Neste estudo, liderado pelos investigadores da Universidade de Sheffield, no Reino Unido, os investigadores identificaram uma proteína, a LOX, que estimula a disseminação das células do cancro da mama para os ossos.

“Este é um progresso importante na batalha contra o cancro da mama metastático e estes achados podem conduzir a novos tratamentos que impeçam os tumores da mama secundários de crescer nos ossos, aumentando a probabilidade de sobrevivência de milhares de pacientes”, revelou, em comunicado de imprensa, uma das autoras do estudo, Alison Gartland.

De forma a chegarem a estas conclusões, os investigadores utilizaram uma técnica analítica, a espectrometria de massa, para analisar a secreção de proteínas de tumores em pacientes com cancro da mama com recetor do estrogénio negativo.

O estudo apurou que quando as células do cancro da mama ficavam privadas de oxigénio libertavam níveis elevados de LOX. Esta proteína origina orifícios nos ossos dos pacientes com cancro da mama, como uma forma de os preparar para a chegada das células cancerígenas.

“Demonstrámos que estas lesões fornecem, posteriormente, uma plata-

forma para as células tumorais em circulação colonizarem e formarem metástases ósseas”, explicam os autores.

Os investigadores descobriram também que a introdução de LOX em ratinhos sem tumores conduziu a danos ósseos. No entanto, verificaram que fármaco bisfosfonato, utilizado no tratamento de doenças ósseas, tais como a osteoporose, impedia a ocorrência deste tipo de danos nos ratinhos.

Com base nestes resultados, os autores sugerem que a administração de tratamentos semelhantes aos pacientes com cancro da mama poderia impedir a propagação da doença para os ossos.

Os investigadores dizem que o próximo passo consiste em determinar como a LOX interage com as células ósseas para despoletar a metastização do cancro, o que vai permitir encontrar fármacos que parem o processo. “Isto também pode ter implicações na forma como tratamos outras doenças ósseas”, acrescentou Alison Gartland.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 02/06/2015

Cancro da mama triplo negativo agressivo: descoberta promissora – Estudo publicado na revista “Nature Communications”

O chamado cancro da mama triplo negativo consiste na realidade em duas doenças distintas, que têm provavelmente origem em diferentes tipos de células, descobriu uma equipa de investigadores.

A equipa do Instituto de Estudos Clínicos Garvan em Sydney, Austrália, poderá ter encontrado a explicação para o facto de as possibilidades de sobrevivência nas mulheres com este tipo de cancro sou ou muito boas ou muito más.

Alex Swarbrick e Simon Junankar, investigadores daquele instituto, identificaram um gene que desencadeia a forma agressiva da doença e espera encontrar uma forma de “desligar”. Tudo indica que a forma agressiva do cancro da mama triplo negativo se desenvolve a partir de células estaminais e a forma menos agressiva da doença a partir de células especializadas. As células estaminais são flexíveis e conseguem proliferar e espalhar-se para outros tecidos, que são características fatais no cancro.

Neste novo estudo, foi demonstrado que um gene conhecido como “inibidor da diferenciação 4 (ID4) determina se uma célula estaminal permanece nesse estado ou se irá evoluir para uma célula especializada. Quando os níveis elevados de ID4 numa célula estaminal são “desligados”, são “ligados” outros genes que promovem a especialização da célula.

Não se sabe ao certo o mecanismo que leva as células estaminais a amadurecerem para células diferenciadas. As células estaminais da mama são necessárias para o desenvolvimento da mesma na puberdade e gravidez.

Este estudo interdisciplinar liga o desenvolvimento da glândula mamária em ratinhos ao cancro da mama agressivo em seres humanos. “Descobrimos que o ID4 é produzido em alta quantidade em cerca de metade de todos os cancro da mama triplo negativos e que esses cancros apresentam um prognóstico particularmente mau”, explica Alex Swarbrick. “Demonstrámos também que se bloquearmos o gene ID4 em modelos experimentais de cancro da mama triplo negativo, as células do tumor deixam de se dividir”, continua.

Mais, o bloqueio do ID4 faz ligar o recetor de estrogénio e inúmeros outros genes que são expres-

sados pelo cancro da mama com o melhor prognóstico. “Os cancros da mama positivos para os recetores de estrogénio oferecem um prognóstico relativamente bom porque o fármaco Tamoxifen é muito eficiente a bloquear o recetor de estrogénio e dessa forma o seu crescimento”, acrescenta Alex Swarbrick

Deste modo “especulamos que assim, ao bloquear o ID4 será possível tornar os cancros da mama de tipo células estaminais em cancros da mama menos agressivos que possam mesmo responder ao Tamoxifen. Se estivermos corretos isso será algo notável”.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 31/03/2015

Amamentação e cancro da mama

Já vários investigadores se debruçaram sobre os benefícios da amamentação na prevenção do cancro da mama. O presente estudo, publicado no “Journal of the National Cancer Institute”, foi à procura de mais evidências científicas e analisou a relação da amamentação com os prognósticos e taxas de sobrevivência das mulheres portadoras de cancro da mama.

Uma mulher que amamente reduz o risco de vir a desenvolver cancro da mama em 5% a 10%.

O que este estudo traz de novo é que revela que a amamentação também contribui para que o cancro não seja tão agressivo nas mulheres que tenham amamentado.

No âmbito desta investigação, liderada por Marilyn Kwan, investigadora do Departamento de Investigação Kaiser Permanente, em Oakland, nos EUA, participaram cerca de 1.600 mulheres. Algumas delas diagnosticadas com cancro da mama entre 1997 e 2000 e outras entre 2006 e 2013.

Os dados revelaram que as mulheres que tinham amamentado e que vieram posteriormente a desenvolver cancro da mama apresentaram um risco 30% inferior de ter uma reincidência e 28% inferior de vir a morrer da doença em relação às mulheres que nunca tinham amamentado. Os resultados mostraram também que a amamentação desempenha um papel especialmente benéfico nas mulheres portadoras do subtipo de cancro da mama mais comum – o subtipo luminal A.

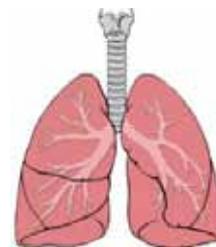
O estudo demonstrou igualmente que as mães que prolonguem a amamentação por mais de seis meses estão ainda mais protegidas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a amamentação em exclusivo até aos seis meses e o prolongamento da amamentação até que a criança complete um ano ou mais. A amamentação tem benefícios para o bebé – prevenindo o aparecimento da diabetes, de infeções e o excesso de peso – e para a mãe – diminuindo o risco de esta vir a desenvolver cancro da mama ou dos ovários.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 02/05/2015

CANCRO DO PULMÃO

Cancro do pulmão: novo biomarcador identificado – Estudo publicado na revista “Oncotarget”



Investigadores americanos descobriram uma proteína que é capaz de detetar o cancro do pulmão de não

pequenas células (CPNPC) de uma forma mais eficaz do que os métodos atuais de rastreio, defende um estudo publicado na revista “Oncotarget”.

No caso da eficácia deste biomarcador ser confirmada num ensaio de maior dimensão, este poderá conduzir ao desenvolvimento de um teste sanguíneo simples que poderá ser utilizado nos rastreios anuais. Os investigadores do Instituto de Wistar, nos EUA, acreditam que este teste seria mais fácil de utilizar, mais preciso e menos invasivo do que a tomografia computadorizada de baixa dose, o método de rastreio do cancro do pulmão atualmente recomendado pela U.S. Preventive Services Task Force. Devido à sua precisão, este método também distinguiria melhor entre os tumores benignos do pulmão, que não apresentam ameaça, e os malignos, que podem crescer e disseminar-se.

Apesar de o cancro do pulmão ser uma das principais causas de morte por cancro, a sua taxa de sobrevivência de cerca de cinco anos aumenta drasticamente caso a doença seja detetada precocemente. De acordo com a Sociedade do Cancro Americana, no caso de o CPNPC ser detetado nos estádios iniciais, a taxa de sobrevivência de cinco anos é de 49%. Contudo, no caso de os pacientes serem diagnosticados quando o cancro já se encontra metastizado, o que significa que já se disseminou para outros órgãos, a possibilidade de sobreviverem cinco anos após o diagnóstico reduz para 1%.

Contudo, o atual método de rastreio recomendado é considerado invasivo e relativamente dispendioso para além de não ser muito preciso e não estar amplamente disponível a uma escala global.

Com o intuito de encontrar uma alternativa de rastreio mais eficaz, os investigadores focaram-se nos anti-

génios do cancro do testículo, uma vez que estes são muitas vezes encontrados nas células tumorais que circulam no sangue. Após terem analisado 16 destes antigénios, os investigadores constataram que a proteína AKAP4 poderia funcionar como um potencial biomarcador capaz de distinguir eficazmente os pacientes com e sem CPNPC.

Posteriormente o AKAP4 foi testado em 264 amostras de sangue de pacientes com cancro e 135 amostras controlo. Das 264 amostras, 136 eram provenientes de pacientes que tinham sido diagnosticados com CPNPC no estadio I. A eficácia do biomarcador foi analisada através da área abaixo da curva (do inglês, *area under the curve* (AUC)). Se AUC for 1 significa que o teste é perfeitamente capaz de distinguir os pacientes que têm ou não a doença.

Após terem comparado as 264 amostras de sangue de pacientes com CPNPC com as 135 amostras de controlo, os investigadores verificaram que o AUC correspondia a 0.9714. Quando apenas foram analisadas as 136 amostras com CPNPC no estadio I, o AUC foi de 0.9714. Apesar de a presença do AKAP4 aumentar com o estadio da doença, este biomarcador continuou a ser detetado em amostras de pacientes de doentes com cancro no estadio inicial.

“Os resultados do estudo excederam as nossas expectativas. O AKAP4 parece ser um biomarcador altamente eficaz para a deteção do cancro de pulmão de não pequenas células. Se formos capazes de confirmar estes resultados num estudo mais robusto, temos o potencial de desenvolver um novo método de rastreio mais preciso que poderia ajudar a salvar muitas, muitas vidas”, conclui o primeiro autor do estudo, Qihong Huang.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 08/06/2015

Radioterapia de protões: novo método mais eficaz para cancro do pulmão – Estudo apresentado no Fórum da Sociedade Europeia de Radioterapia e Oncologia

O Centro para a Terapia de Protões no Instituto Paul Scherrer, Suíça, desenvolveu um novo método de aplicação da radioterapia de protões no tratamento de cancro do pulmão.

O novo método foi apresentado no terceiro fórum da Sociedade Europeia de Radioterapia e Oncologia (ESTRO) a 27 de abril de 2015, em Barcelona, Espanha.

A radioterapia de protões oferece um tratamento que incide com maior precisão sobre o tumor e reduz a dose recebida pelos tecidos adjacentes. No entanto, os pulmões, por serem um órgão com movimentação, tornam-se um alvo mais difícil para a radioterapia.

Os autores do estudo conseguiram construir um modelo do movimento de respiração que permite a medição precisa de feixes estreitos de radiação num modelo de tumor através da simulação do movimento e propriedades físicas num modelo da anatomia da caixa torácica.

Denominada de “rescanning”, a nova técnica de distribuição de dose de radioterapia de protões em tumores do pulmão ajuda a mitigar o efeito do movimento dos pulmões e a desenvolver formas práticas de implementar o procedimento em ambiente clínico.

“Descobrimos que a nossa técnica de rescanning conseguiu um bom desempenho a superar o efeito do movimento na dose aplicada no tumor e em movimentos do tumor até um 1 centímetro”, explicou Rosalind Perrin, uma das autoras do estudo.

O modelo desenvolvido consiste numa esfera que representa um tumor a movimentar-se num pulmão

cheio de ar, dentro de uma caixa torácica, com músculos adjacentes e camadas epidérmicas. O modelo pode ser programado para se movimentar de acordo com os padrões respiratórios de cada paciente.

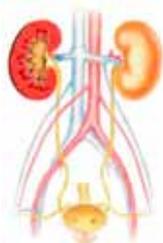
A equipa mediu a dosagem de radiação durante o movimento e apuraram que a técnica de rescanning permitia a aplicação de doses clinicamente aceitáveis no tumor e apenas uma dose muito reduzida nos tecidos adjacentes.

O tratamento scanning de prótons é uma tecnologia emergente no tratamento do cancro em que um feixe estreito, que consiste em núcleos de hidrogénio acelerados, é incidido sobre o tumor, administrando radiação altamente precisa nas células cancerígenas.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 29/04/2015

CANCRO UROLÓGICO

Primeiro mapa genético das mutações do cancro da próstata metastizado – Estudo publicado na revista “Cell”



Investigadores do Instituto de Investigação do Cancro, em Londres, Reino Unido, criaram o primeiro mapa genético das mutações do cancro da próstata com metástases por todo o corpo e que poderá servir de guia a novos tratamentos.

De acordo com a agência Lusa, os cientistas acreditam que este mapa poderá tratar-se da “Pedra de Roseta” do cancro da próstata com metástases, porque poderá permitir decifrar a

complexidade da doença e utilizar esses conhecimentos para desenvolver planos de tratamento personalizados.

O estudo revela o cancro da próstata, não como uma doença única, mas como uma série de doenças em que cada uma é impulsionada pelas suas próprias mutações.

Atualmente, cerca de 90% dos homens com cancro da próstata em estado avançado apresentam mutações genéticas que poderiam ser alvo da ação de medicamentos, tanto novos como já existentes.

Graças a este novo mapa, os médicos podem começar a fazer testes para estas mutações “cl clinicamente viáveis” e fornecer aos pacientes com cancro em estado avançado medicamentos já existentes ou combinações dirigidas às mutações genéticas específicas dos seus tumores.

Este estudo é pioneiro no mundo porque realiza uma análise profunda a cancros da próstata com metástases que são resistentes aos tratamentos comuns.

Para a investigação os investigadores analisaram os códigos genéticos dos tumores metastizados nos ossos, tecidos moles, gânglios linfáticos e fígado de 150 pacientes com cancro da próstata em estado avançado.

Os cientistas descobriram também mutações que nunca antes tinham sido detetadas em cancros da próstata, mas noutros tipos de cancro, para alguns dos quais já existem medicamentos ou estão em fase de testes clínicos.

Por último, determinaram que oito por cento dos doentes haviam nascido com predisposição genética para sofrer cancro da próstata devido a erros ao nível do ADN.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 26/05/2015

Cancro da próstata: identificado novo subgrupo de genes – Investigação divulgada na revista “Nature Genetics”

Uma equipa multinacional de cientistas revelou ter traçado um retrato molecular completo do cancro da próstata, desvendando um novo subgrupo de genes que está por detrás desta doença.

O cancro da próstata pode variar de indivíduo para indivíduo, apesar de se apresentar como uma única patologia sob o microscópio. Um indivíduo pode possuir diferentes tipos de tumor na próstata, revela Robert Bristow, um dos autores do estudo. “Estes subtipos podem ser importantes para determinar a resposta à cirurgia ou radioterapia entre pacientes”, esclarece.

No estudo levado a cabo pelo Centro Oncológico Princesa Margarida, no Reino Unido, e pelo Instituto de Investigação do Cancro de Ontário, no Canadá, participaram 74 pacientes com tumores com classificação de Gleason de 7 (classificação utilizada para avaliar a agressividade dos tumores da próstata). Destes foram sequenciadas 23 amostras de tumores múltiplos de cinco pacientes, cujas próstatas foram removidas através de cirurgia. Ao analisar geneticamente cada foco de cancro de cada próstata, os investigadores puderam atribuir níveis de agressividade a cada tumor, o que revelou que até pequenos tumores podem conter células agressivas capazes de alterar o prognóstico de um paciente.

Numa análise mais detalhada, foi possível identificar dois tipos de genes cancerígenos da família MYC envolvidos na evolução da doença. Um destes tipos de gene, o C-MYC, foi considerado responsável pela agressividade da doença. O outro, o L-MYC, já era conhecido por estar

implicado no cancro de pulmão e noutros.

De acordo com Bristow, cerca de metade dos pacientes com cancro da próstata possuem as mutações C-MYC ou L-MYC, mas nunca as duas em simultâneo.

“Ao mostrar que as mutações no cancro da próstata podem variar espacialmente em diferentes regiões de um tumor, este estudo irá ajudar no desenvolvimento de novos testes de diagnóstico que irão melhorar o tratamento, permitindo que este seja mais personalizado”, referiu Paul Boutros, investigador do Instituto de Investigação do Cancro de Ontário.

Estes achados permitem que os cientistas estejam cada vez mais perto de classificar o cancro da próstata em diferentes subtipos, tendo por base o tipo de gene presente. Isto irá permitir determinar a agressividade do cancro em termos do risco de este se disseminar para além da próstata durante a fase de tratamento.

A expectativa de Bristow e seus colegas é conseguirem transformar estes resultados num teste clínico, nos próximos anos, para que tanto médicos como pacientes possuam informação que lhes permita decidir acerca de tratamentos especializados para cada caso de cancro da próstata.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 27/05/2015

Novos achados sobre os efeitos da radioterapia após a remoção da próstata – Estudo realizado pela Escola de Medicina da Virgínia

A comunidade médica tem-se mostrado dividida em relação à questão da radioterapia como tratamento do cancro da próstata. A maioria dos radioterapeutas defende a radioterapia adjuvante – em que o paciente é submetido ao tratamento logo após a remoção da próstata para matar as

células cancerígenas que tenham resgado. Pelo contrário, grande parte dos urologistas preferem a radioterapia de resgate. Neste caso, a radioterapia é adiada o mais possível e normalmente só é realizada se os testes de PSA (antígeno prostático específico) demonstrarem a sua necessidade. Ou seja, os urologistas têm tendência para adiar a radioterapia adjuvante por quererem evitar os seus efeitos secundários e os radioterapeutas costumam defender a radioterapia adjuvante por recearem que o paciente desenvolva metástases.

Dois novos estudos levados a cabo pela Escola de Medicina de Virgínia vêm contrariar a ideia de que é melhor adiar a radioterapia tanto tempo quanto possível e de que esta só deve ser realizada após a remoção da próstata com vista a evitar efeitos adversos indesejáveis.

O oncologista Timothy N. Showalter, do Centro de Cuidados UVA, afirma que, ainda que seja comumente aceite que a incontinência urinária e a função erétil são mais afetadas quando a radioterapia é iniciada precocemente, a sua investigação demonstra que não há evidências do efeito protetor da radioterapia retardada.

Showalter decidiu dedicar-se a esta questão, porque sentia que havia poucos factos sobre os efeitos da radioterapia e queria poder fornecer dados concretos sobre os efeitos secundários da radioterapia após a prostatectomia que pudessem vir a ajudar os médicos a escolher o melhor tratamento.

Os resultados tiveram por base a análise de 16.000 casos. O autor concluiu que a radioterapia após uma prostatectomia aumenta consideravelmente os problemas gastrointestinais e geniturinários. No entanto, também demonstrou que adiar este tratamento não oferece benefícios

reais e pode até aumentar os problemas gastrointestinais. A investigação também revelou que a radioterapia adjuvante não aumenta as taxas de disfunção erétil.

Showalter sugere, por isso, a todos os homens que estejam a receber tratamento para o cancro da próstata que discutam a melhor estratégia com os seus médicos para o seu caso em particular. Se têm baixo risco de vir a ter uma recidiva e se encontram num estágio da doença pouco avançado, então talvez seja adequada a terapia de resgate. Se, pelo contrário, há fortes motivos para o paciente ser submetido a radioterapia, então não fará sentido adiar o tratamento com base na crença de que isso servirá para evitar complicações. De acordo com estes estudos, quanto mais cedo for administrada a radioterapia, mais esta será eficaz e mais hipóteses de cura terá o paciente.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 26/03/2015

Primeiro mapa genético das mutações do cancro da próstata metastizado

Investigadores do Instituto de Investigação do Cancro, em Londres, Reino Unido, criaram o primeiro mapa genético das mutações do cancro da próstata com metástases por todo o corpo e que poderá servir de guia a novos tratamentos.

De acordo com a agência Lusa, os cientistas acreditam que este mapa poderá tratar-se da “Pedra de Roseta” do cancro da próstata com metástases, porque poderá permitir decifrar a complexidade da doença e utilizar esses conhecimentos para desenvolver planos de tratamento personalizados.

O estudo revela o cancro da próstata, não como uma doença única, mas como uma série de doenças em que cada uma é impulsionada pelas suas próprias mutações.

Atualmente, cerca de 90% dos homens com cancro da próstata em estado avançado apresentam mutações genéticas que poderiam ser alvo da ação de medicamentos, tanto novos como já existentes.

Graças a este novo mapa, os médicos podem começar a fazer testes para estas mutações “cl clinicamente viáveis” e fornecer aos pacientes com cancro em estado avançado medicamentos já existentes ou combinações dirigidas às mutações genéticas específicas dos seus tumores.

Este estudo é pioneiro no mundo porque realiza uma análise profunda a cancros da próstata com metástases que são resistentes aos tratamentos comuns.

Para a investigação os investigadores analisaram os códigos genéticos dos tumores metastizados nos ossos, tecidos moles, gânglios linfáticos e fígado de 150 pacientes com cancro da próstata em estado avançado.

Os cientistas descobriram também mutações que nunca antes tinham sido detetadas em cancros da próstata, mas noutros tipos de cancro, para alguns dos quais já existem medicamentos ou estão em fase de testes clínicos.

Por último, determinaram que oito por cento dos doentes haviam nascido com predisposição genética para sofrer cancro da próstata devido a erros ao nível do ADN.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 26/05/2015

Cancro do rim: novas descobertas

Um novo estudo levado a cabo por cientistas norte-americanos revela como o carcinoma das células renais (CCR) reprograma o seu metabolismo e consegue evitar o sistema imunológico.

Para esta investigação, os cientistas utilizaram uma combinação

da abordagem proteómica e da metabolómica. A análise proteómica examinou de que forma o CCR afeta os níveis de diferentes proteínas, enquanto a metabolómica realiza algo semelhante com os metabólitos (compostos que resultam da metabolização de moléculas).

A combinação destes dois tipos de abordagem permite obter uma perspetiva mais completa dos mecanismos que orientam o cancro renal.

“Quisemos combinar a metabolómica com a proteómica para chegarmos a uma ‘teoria de campo unificada’ de forma a podermos analisar os metabólitos no cancro”, esclareceu o investigador.

A análise proteómica revelou de que forma o CCR aumenta os níveis de uma enzima que decompõe o aminoácido triptofano. O estudo proteómico, por sua vez, revelou que os metabólitos do triptofano reprimem o sistema imunológico. Algo semelhante acontece com a glutamina. Ao manipular este aminoácido, o cancro renal elimina espécies reativas ao oxigénio, uma arma importante do sistema imunológico que ajudaria a destruir o cancro.

“Normalmente a vigilância imunológica destruiria o cancro, mas o CCR evoluiu de forma a suprimir o sistema imunológico, dando-lhe uma vantagem de sobrevivência”, revelou Weiss.

A investigação demonstrou ainda que o grau do cancro afeta esta remodelação. Enquanto o estadio do cancro indica o estado de progressão da doença, o grau descreve o quão anormal uma célula cancerosa se tornou. No caso do CCR, os cientistas descobriram que os cancros de grau mais elevado remodelavam os seus ambientes mais agressivamente.

“Muitas vezes tratamos os cancros do rim da mesma forma, independentemente do seu grau”, no entanto, Weiss alerta para a necessidade

de se tomar em consideração o grau do cancro “e não apenas o estadio, quanto tratamos doentes”.

Desta forma, este estudo demonstra como a combinação da proteómica com a metabolómica pode ser útil para identificar mecanismos do cancro que, de outro modo, poderiam passar sem ser detetados utilizando apenas uma destas abordagens de forma independente.

Além disso, estes achados podem ainda ser úteis para melhor compreender de que forma o grau de um cancro pode afetar a capacidade de um tumor alterar o meio circundante e, desta forma, ajudar os oncologistas a desenvolver tratamentos mais personalizados.

Contudo, o mais importante poderá ser mesmo o facto de esta investigação apontar novos alvos terapêuticos, tais como as vias do triptofano e da glutamina, que podem ajudar os cientistas a libertar o sistema imunológico contra o CCR.

No futuro, os cientistas contam “testar inibidores contra algumas destas enzimas” para “impedir os tumores de criarem estes metabólitos imunossuppressores”, adiantou Weiss.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 20/05/2015

CANCRO GINECOLÓGICO

Nova vacina para HPV protege contra 80% dos cancros do colo do útero – Estudo publicado no “Journal of the National Cancer Institute”



A nova vacina contra o vírus do papiloma humano (HPV) pode vir a pre-

venir 80% dos câncros do colo do útero nos EUA se for administrada a crianças de 11-12 anos, antes de estas serem expostas ao vírus, indica um estudo.

A investigação conduzida pelos Centros de Controlo e Prevenção de Doenças e pelo Instituto do Cancro Cedars-Sinai Samuel Oschin, EUA, teve por base sete registos oncológicos populacionais diferentes e 2.670 amostras de tecido de ADN de HPV.

De modo geral foi determinado que a nova vacina oferece uma proteção 13% superior à das primeiras vacinas lançadas no mercado, a Gardasil e a Cervarix.

Denominada Gardasil-9, a nova vacina pode proteger contra nove estirpes do vírus HPV, incluindo sete estirpes do HPV (16, 18, 31, 45, 52 e 58) causadoras de cancro. As vacinas Gardasil e Cervarix apenas oferecem proteção contra as estirpes 16 e 18 do HPV.

Foi calculado que a nova vacina pode oferecer proteção contra quase 19 mil dos câncros diagnosticados nos EUA, incluindo o orofaríngeo, anal e do pénis. A Gardasil-9 protege contra 8% extra de câncros orofaríngeos, que são os segundos câncros mais comuns associados ao HPV.

Comparativamente às primeiras vacinas, a vacina Garsasil-9 aumenta também, potencialmente, a proteção contra outros câncros relacionados com o HPV, como o da vulva (92% em relação a 71%), vaginal (98% em relação a 73%), do pénis (90% em relação a 76%) e anal (96% em relação a 87%). “Este é o primeiro estudo abrangente do seu género e demonstra o potencial de não só reduzir globalmente os casos de cancro, mas também de orientar a tomada de decisão relativamente a vacinações infantis”, comenta Marc T. Goodman, diretor da Prevenção e Genética do Cancro no Instituto do Cancro Cedars-Sinai Samuel Oschin e autor principal do estudo.

Os autores do estudo planeiam efetuar estudos adicionais no futuro para darem continuidade às suas estimativas relativamente à proteção oferecida pelas vacinas atuais contra os câncros associados ao HPV.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 14/05/2015

Novo método de rastreio de cancro do ovário mais eficaz – Estudo publicado no “Journal of Clinical Oncology”

Um novo método de rastreio do cancro do ovário consegue detetar o dobro de casos da doença em comparação com os métodos tradicionais.

O novo método que foi posto à prova por uma equipa de investigadores da Universidade College London, Reino Unido, implica a interpretação de alterações dos níveis do biomarcador CA125 no sangue, a qual está associada ao cancro do ovário, ao longo do tempo.

Os métodos atuais usam um valor fixo dos níveis de CA125, com base no qual é calculado o risco de desenvolver cancro do ovário. Os métodos convencionais estipulam assim os mesmos limites, de forma indiferenciada para todas as mulheres.

Este novo método tem em conta que os níveis basais de CA125 de cada mulher podem ser diferentes e interpretam a evolução dos níveis de CA125 ao longo do tempo: mulheres com níveis abaixo do atual ponto de corte do biomarcador poderão desenvolver a doença e mulheres com níveis altos de CA125 poderão não desenvolver a doença.

Para o estudo, a equipa contou com a participação de 46.237 mulheres que receberam rastreios multimodais anuais. Foram testados os níveis de CA125 de cada mulher, anualmente, durante 14 anos.

Os investigadores calcularam o risco de cancro dos ovários das participan-

tes através de um algoritmo baseado na idade, nos níveis basais de CA125 e na forma como esses níveis se alteraram ao longo do tempo. O risco de cancro dos ovários foi depois calculado através da comparação de padrões a casos e controlo de cancro conhecidos.

Foi observado que 640 das mulheres que estavam a receber rastreios multimodais foram submetidas a cirurgia por suspeita de cancro. Dessas mulheres, 133 mulheres tiveram cancro do ovário epitelial invasivo e 22 foram diagnosticadas com cancro do ovário epitelial no espaço de um ano após o último rastreio anual.

O novo método conseguiu identificar cancro em 86% das mulheres com cancro do ovário epitelial invasivo, enquanto métodos convencionais usados em ensaios anteriores e na prática clínica apenas conseguiram detetar a doença em 41% e 48% dos casos, respetivamente.

Os investigadores aguardam os resultados do impacto do rastreio sobre as mortes por cancro do ovário ainda em 2015.

Segundo Usha Menon, coordenadora do ensaio clínico, “estes resultados são muito encorajadores”, pois demonstram que “o uso de uma estratégia de deteção precoce baseada no perfil individual de CA125 melhorou de forma significativa a deteção do cancro em comparação com o que observámos em ensaios de rastreio prévios”.

James Brenton, especialista em cancro do ovário considera que é fundamental encontrar meios de diagnóstico do cancro numa fase mais precoce: “um teste ao sangue para detetar mulheres em risco de cancro do ovário é uma possibilidade interessante, mas este trabalho precisa ainda de ser testado em mulheres para ver se se consegue salvar vidas”, afirma.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 07/05/2015

MELANOMA

Anticorpo reduz em 40% avanço do melanoma – Estudo publicado na revista “New England Journal of Medicine”



Um grupo internacional de investigadores descobriu um novo anticorpo capaz de aumentar a sobrevivência dos pacientes com melanoma em estado avançado e de reduzir em mais de 40% o risco de progressão da doença, uma das formas mais mortíferas de cancro e que tem registado um número crescente de casos.

A equipa, coordenada por cientistas do Hospital Clínic de Barcelona, em Espanha, e cujo estudo foi publicado recentemente na revista científica “New England Journal of Medicine”, conseguiu demonstrar a eficácia de um novo anticorpo monoclonal capaz de ativar o sistema imunitário para que este ataque as células tumorais.

O tratamento do melanoma tem vindo a alterar-se significativamente nos últimos anos graças ao aparecimento de novos fármacos, baseados na imunoterapia, que têm aumentado a sobrevivência, restaurando a resposta antitumoral do sistema imunitário com recurso ao uso de anticorpos monoclonais.

No âmbito deste estudo, os cientistas compararam a utilização do anticorpo utilizado, atualmente, como primeira opção no tratamento do melanoma avançado - o ‘ipilimumab’ - com a de um novo anticorpo,

o ‘pembrolizumab’, que tem como alvo um recetor de linfócitos que ativa o sistema imunitário.

Identificado biomarcador que prevê evolução em melanomas malignos – Estudo publicado na revista “Oncotarget”

Médicos espanhóis identificaram um novo biomarcador do melanoma maligno que prevê a evolução da doença, ajudando a estabelecer um prognóstico para este tipo de cancro e novas perspetivas de tratamento, revela uma notícia da agência Lusa.

Dermatologistas da unidade hospitalar de Barcelona e investigadores do Instituto Hospital do Mar de Investigações Médicas (IMIM) descobriram que a proteína NcoR, que regula a transcrição genética (processo de transferência de informação do ADN), tem um papel chave na evolução do melanoma maligno.

Este novo estudo revela que a distribuição da proteína NcoR no interior das células tumorais é um indicador da previsão da evolução do melanoma maligno, mesmo em fases iniciais da doença.

O melanoma maligno é o tipo mais agressivo de cancro da pele e provoca mais de 20 mil mortes anuais na Europa e mais de 50 mil em todo o mundo. Apesar de ter um índice de cura elevado quando se encontra localizado apenas na pele, este tipo de cancro não tem cura quando se estende a gânglios ou metástases alargadas.

Os especialistas referem que as diferenças de expressão genética (processo de transformação da informação genética em proteínas necessárias para o funcionamento e desenvolvimento das células) nestes cancros fazem com que o seu comportamento varie bastante de um paciente para outro, ainda que estejam

na mesma fase da doença.

“É muito importante detetar o melanoma maligno em fases iniciais para poder tratá-lo, mas também há que dispor de marcadores fiáveis que nos permitam prever a sua evolução”, afirmou Gallardo, chefe de secção do serviço de Dermatologia do Hospital do Mar, citado pela Lusa.

De acordo com este médico, até ao momento não havia marcadores de prognósticos a nível molecular que indicassem a evolução da doença.

“A identificação do NcoR como novo biomarcador abre a porta para termos uma ferramenta que permita prever como evoluirá a doença em cada paciente, mas, além disso, permitirá identificar que pessoas podem beneficiar de futuras terapias baseadas no controlo desta proteína”, afirmou.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 27/03/2015

Proteína associada a células agressivas de melanoma maligno

Uma equipa de investigadores dinamarqueses conseguiu relacionar pela primeira vez uma nova proteína ao melanoma maligno.

Este novo estudo revela que a presença da proteína megalina em melanomas malignos indica a agressividade das células cancerígenas. Os investigadores da Universidade de Aarhus descobriram que esta proteína melhora a capacidade de as células de cancro se dividirem e sobreviverem, tendo sido detetada em metástases de melanoma maligno.

Com esta descoberta poderá ser possível detetar melanomas agressivos em estádios mais precoces do que atualmente, o que seria muito importante para um prognóstico correto e melhores estratégias de tratamento futuras em pacientes com este tipo de cancro.

As metástases de melanomas são extremamente difíceis de erradicar já que os tratamentos convencionais, como a quimioterapia e radioterapia, são na sua maioria ineficazes. Apenas 10% dos pacientes com metástases à distância conseguem sobreviver.

A função da proteína megalina é tipicamente associada aos rins. Esta foi a primeira vez em que a mesma foi associada ao melanoma maligno.

Mette Madsen, professora associada do Departamento de Biomedicina da Universidade de Aarhus explica que “os nossos estudos mostraram que a proteína megalina é quase sempre detetável nos melanomas malignos, ao passo que é raramente encontrada nas suas vertentes benignas. Vemos uma tendência clara para quanto maior é a presença da megalina, mais rapidamente as células se dividem e melhor conseguem sobreviver. Isto indica assim que níveis elevados de megalina num melanoma maligno devem ser encarados como um aviso, sugerindo que as células cancerígenas são particularmente agressivas e se encontram em extremamente boas condições para se disseminarem”.

Esta descoberta poderá também conduzir ao desenvolvimento de opções de tratamento a longo prazo: “geralmente, a proteína está presente na superfície das células e pode absorver muitos elementos à sua volta, como nutrientes. Assim, a megalina é um bom alvo para o desenvolvimento de tratamentos direcionados; seja um medicamento que afete a proteína e a sua função, inibindo deste modo a proliferação das células cancerígenas e a sua sobrevivência, seja a transportar fármacos fatais para as células cancerígenas”, adianta a especialista.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 20/04/2015

GENERALIDADES

Tratamento personalizado do cancro mais próximo – Estudo publicado na revista “Science”

Uma equipa de investigadores descobriu a forma de mapear mais do que uma proteína ao mesmo tempo, quando estas reparam ADN danificado.

Num estudo conduzido pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Universidade de Copenhaga, Dinamarca, os investigadores conseguiram contribuir para acelerar o processo de desenvolvimento de tratamentos oncológicos que são não só melhores como ainda menos agressivos.

Quando ocorrem danos no ADN surgem diferentes proteínas para reparar os danos. Os tipos de proteína dependem dos danos ocorridos. Até à data era prática comum estudar-se apenas uma proteína de cada vez. No entanto, graças à chamada espectrometria de massa, os investigadores têm agora a oportunidade de poder estudar simultaneamente todas as proteínas que ajudam na reparação do ADN danificado.

Este método foi desenvolvido por várias instituições, nomeadamente o Instituto Max-Planck em Munique, Alemanha, liderado por Mathias Mann, que está afiliado à Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Universidade de Copenhaga, em colaboração com a equipa de Niels Mailand do Centro da Fundação para a Investigação às Proteínas da Novo Nordisk.

Muitos dos tratamentos existentes para o cancro, incluindo a quimioterapia, foram concebidos de forma a induzirem grandes quantidades de danos no ADN de forma a exterminar as células cancerígenas. No entanto, como consequência, são também danificadas células perfeitamente saudáveis.

Esta nova técnica oferece um enorme potencial pois permite aos investigadores de todo o mundo obterem melhor informação sobre quais e de que forma é que as proteínas ajudam a reparar danos no ADN.

Através desta técnica, a equipa de Niels Mailand descobriu que duas proteínas específicas e, até à data, não descritas, desempenham um papel importante na reparação do ADN danificado. “Por outras palavras, esta nova técnica permite-nos montar o puzzle com muito mais rapidez”, explica Niels Mailand.

O investigador considera que “ficamos com uma ideia muita mais clara e geral do processo de reparação, isto é, ao passo que antes apenas conseguíamos ver uma peça do puzzle de cada vez, agora conseguimos ver o puzzle inteiro. E isso torna muito mais fácil perceber o que está a suceder e agir a partir daí. Quanto melhor percebermos estes processos, melhor conseguiremos desenvolver tratamentos mais eficazes e mais ligeiros para o cancro”.

A equipa está muito perto de descobrir a função de mais cinco a dez proteínas no âmbito da resposta a danos no ADN, as quais foram também identificadas através da nova técnica.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 13/05/2015

Identificado mecanismo de proliferação de células tumorais em osteossarcoma – Estudo publicado no “Nature Communications”

Um novo estudo conduzido por cientistas norte-americanos identificou uma via molecular responsável pelo crescimento rápido e agressivo de células estaminais no caso de tumores ósseos pediátricos.

“Este estudo é um dos primei-

ros a identificar os mecanismos que explicam de que forma uma célula estaminal do osteossarcoma mantém propriedades capazes de dar origem a tumores”, explica o investigador principal do estudo, Claudio Basilico.

No estudo levado a cabo pelos cientistas da Universidade de Nova Iorque de Langone e do Centro Oncológico Laura e Isaac Permuter foram usados osteossarcomas humanos e de ratinhos para identificar os mecanismos responsáveis por inibir a via de supressão tumoral Hippo.

A via de sinalização de Hippo é uma via molecular que a nível evolutivo é conservada, e que controla o tamanho dos órgãos através da regulação da proliferação celular, apoptose e renovação das células estaminais. Para além disso, a desregulação desta via de sinalização contribui para o desenvolvimento de cancro.

Os cientistas descobriram que o fator de transcrição de uma proteína de ligação ao ADN denominada sex determining region Y box 2 (Sox2), que normalmente é responsável pela autorrenovação celular, reprime a função da via Hippo, o que resulta num aumento do potente estimulador de crescimento Yes Associated Protein (YAP), permitindo a proliferação tumoral.

Este estudo vem no seguimento de outro levado a cabo por Basilico e Mansukhani (outro autor do estudo) e ainda de Upal Basu Roy em que se descobriu que o Sox2 era um fator de transcrição essencial à manutenção das células estaminais do osteossarcoma.

Além de terem demonstrado que, além de desempenhar um papel importante em osteossarcomas, a proteína Sox2 encontra-se envolvida noutros tumores, como nos glioblastomas, um tipo agressivo de tumor cerebral.

“A nossa investigação representa

um passo importante na direção do desenvolvimento de novas terapias direcionadas para estes tipos agressivos de cancro”, refere o coautor do estudo Alka Mansukhani. “Uma possibilidade poderá consistir em desenvolver uma pequena molécula que consiga inativar o fator de transcrição Sox2 e libertar a via Hippo para esta voltar a exercer a supressão do tumor”.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 07/04/2015

Tumores cerebrais: desenvolvida terapia inovadora – Estudo da Universidade de Coimbra

Investigadores do Centro de Neurociências e Biologia Celular (CNC) de Coimbra desenvolveram uma terapia inovadora para tratamento de tumores cerebrais.

De acordo com uma nota da UC, à qual a agência Lusa teve acesso, os investigadores do CNC desenvolveram uma “nanopartícula capaz de entregar moléculas terapêuticas a tumores cerebrais malignos.

O estudo, liderado por Conceição Pedroso de Lima, resulta do trabalho realizado ao longo dos últimos quatro anos no desenvolvimento de “uma nova terapia para o glioblastoma, uma forma altamente maligna de tumor cerebral que reduz a vida dos doentes para 12 a 15 meses após diagnóstico”.

O primeiro autor do estudo, Pedro Costa, revelou que foi demonstrado que as “nanopartículas compostas por moléculas de gordura (lípidio), às quais se junta uma proteína que reconhece especificamente células tumorais, entregam de forma eficaz a estas células pequenas moléculas terapêuticas”.

“A entrega destas moléculas terapêuticas, após administração intra-

venosa em ratinhos com glioblastoma, combinada com quimioterapia, resultou em significativa morte das células malignas e redução do tumor cerebral”, salienta o investigador.

Este estudo demonstra que “uma das limitações no tratamento dos tumores cerebrais, que está relacionada com a dificuldade em entregar moléculas terapêuticas aos tumores, pode ser ultrapassada através da utilização de ‘veículos de transporte’ direcionados especificamente para os tumores”, referiu Conceição Pedroso de Lima.

Para a investigadora este é um passo importante”, embora ainda se esteja numa fase inicial para o “desenvolvimento de uma abordagem terapêutica que se espera poder chegar a ensaios clínicos”.

Os principais problemas associados à quimioterapia são os efeitos secundários nos órgãos saudáveis, mas “a utilização das nanopartículas desenvolvidas poderá contribuir para aumentar a eficácia da quimioterapia e reduzir os efeitos secundários associados”, acrescenta Conceição Pedroso de Lima.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 23/06/2015



Ensaios clínicos fase III e IV – Informação

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

Acedido em Fevereiro 2015

CANCRO DO ENDOMÉTRIO E VULVAR (Fase IV, Fase III e Fase II)

■ *Paclitaxel and Carboplatin with or without Metformin Hydrochloride in Treating Patients with Stage III, IV, or Recurrent Endometrial Cancer*

PHASE: Fase III, Fase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: GOG-0286B, NCI-2013-02284, NCT02065687

■ *Chemotherapy or Observation in Stage I-II Intermediate or High Risk Endometrial Cancer*

PHASE: Fase III

TYPE: Treatment

AGE: Over 18

TRIAL IDS: ENGOT-EN2-DGCG/ EORTC55102, NCI-2014-00983, 2010-023081-52, NCT01244789

■ *Standard Radiation Therapy or Intensity-Modulated Pelvic Radiation Therapy in Treating Patients with Endometrial or Cervical Cancer*

PHASE: Fase III

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Supportive care, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: RTOG 1203, NCI-2012-02001, CDR0000738944, NCT01672892

■ *Study Comparing AEZS-108/ ZoptEC (Zoptarelin Doxorubicin in Endometrial Cancer) to Doxorubicin as a Second Line Therapy of Endometrial Cancer*

PHASE: Fase III

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: AEZS -108-050, NCI-2013-01036, NCT01767155

■ *A Study of Rucaparib as Switch Maintenance Following Platinum-Based Chemotherapy in Patients*

With Platinum-Sensitive, High-Grade Serous or Endometrioid Epithelial Ovarian, Primary Peritoneal or Fallopian Tube Cancer

PHASE: Fase III

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: CO-338-014, NCI-2014-00430, NCT01968213

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

PHASE: Fase II, Fase I

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: BBI608-201, NCI-2014-01566, NCT01325441

■ *Aerosolized Aldesleukin in Treating Patients with Lung Metastases*

PHASE: Fase II, Fase I

TYPE: Treatment

AGE: 12 and over

TRIAL IDS: 2010-0700, NCI-2012-00788, NCT01590069

■ *Study of CLR457 Administered Orally in Adult Patients With Advanced Solid Malignancies*

PHASE: Fase II, Fase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: CCLR457X2101, NCI-2014-02051, NCT02189174

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

PHASE: Fase II

TYPE: Treatment

AGE: Not specified

TRIAL IDS: GOG-0238, NCI-2009-00603, CDR0000550975, NCT00492778

■ *Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System in Treating Patients with Complex Atypical Hyperplasia or Grade I Endometrial Cancer*

PHASE: Fase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: Over 18

TRIAL IDS: 2008-0094, NCI-2012-02118, NCT00788671

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

PHASE: Fase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 08-03-060, NCI-2013-01224, 07-062, NCI-2012-00458, NCT01041027

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

PHASE: Fase II

TYPE: Treatment

AGE: Not specified

TRIAL IDS: 1012007786, NCI-2013-00894, NCT01367002

■ *PI3K Inhibitor BKM120 in Treating Patients With Refractory Advanced Solid Tumors That Have PIK3CA Mutations*

PHASE: Fase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 11-211, NCI-2012-00257, NCT01501604

■ *Pathology Intraoperative Consultation in Tailoring Surgery in Patients With Endometrial Cancer*

PHASE: Fase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 11-GYN-130, NCI-2013-01938, NCT01512810

■ *Alisertib in Treating Patients with Advanced or Metastatic Sarcoma*

PHASE: Fase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: A091102, NCI-2012-01991, CALGB-A091102, CDR0000737403, NCT01653028

■ *FLT PET/CT in Planning Pelvic Radiation Therapy*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 201204712, NCI-2013-00956, 04120117, NCT01717391

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

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 2012-0543, NCI-2013-00960, RAD001CUS195T, NCT01797523

■ *Trametinib with or without GSK2141795 in Treating Patients With Recurrent or Persistent Endometrial Cancer*

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: GOG-02290, NCI-2013-01659, NCT01935973

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

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: PUMA-NER-5201, NCI-2014-00495, 2013-002872-42, NCT01953926

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

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: GOG-0283, NCI-2014-00209, NCT02059265

■ *Virexxa (Sodium Cridanimod) w/Progesterin Therapy in Pts w/ Progesterone Receptor Neg Recurrent/Persistent Endometrial CA*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: VX-EC-2-2013, NCI-2014-02177, NCT02064725

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

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 13-02-058, NCI-2013-01226, NCT02112522

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

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: PHL-086, NCI-2013-00890, NCT01815151, 9322, NCT01935934

CANCRO VULVAR

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

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: BBI608-201, NCI-2014-01566, NCT01325441

■ *T-cell Receptor Gene Therapy Targeting HPV-16 E6 in Treating Patients with Metastatic, Recurrent, or Refractory HPV-Related Cancer*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

AGE: 18 to 66

TRIAL IDS: 15-C-0005, NCI-2014-02319, 1407-1331, 337514, P141607, RD-14-VIII-09, NCT02280811

■ *Image-Guided Internal Radiation Therapy in the Advanced Multimodality Image-Guided Operating Suite in Treating Patients with Recurrent or Stage I-IVA Gynecological Cancers*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 11-098, NCI-2011-02693, NCT01399658

■ *Tumor-Infiltrating Lymphocytes and High-Dose Aldesleukin after Combination Chemotherapy in Treating Patients with Metastatic or Locally Advanced Refractory Human Papilloma Virus-Associated Cancer*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 12-C-0116, NCI-2013-01524, 120116, 12C0116-H, 327146, P11943, NCT01585428

■ *Cisplatin and Radiation Therapy with or without Triapine in Treating Patients with Previously Untreated Stage IB-IVA Cervical Cancer or Stage II-IVA Vaginal Cancer*

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: CASE 4812, NCI-2013-00804, NCI 9434, 9434, NCT01835171

■ *Radiation Therapy and Cisplatin with or without Triapine in Treating Patients with Newly Diagnosed Stage IB2, II, or IIIB-IVA Cervical Cancer or Stage II-IVA Vaginal Cancer*

PHASE: Phase II,

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: NRG-GY006, NCI-2015-00835, NCT02466971

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.

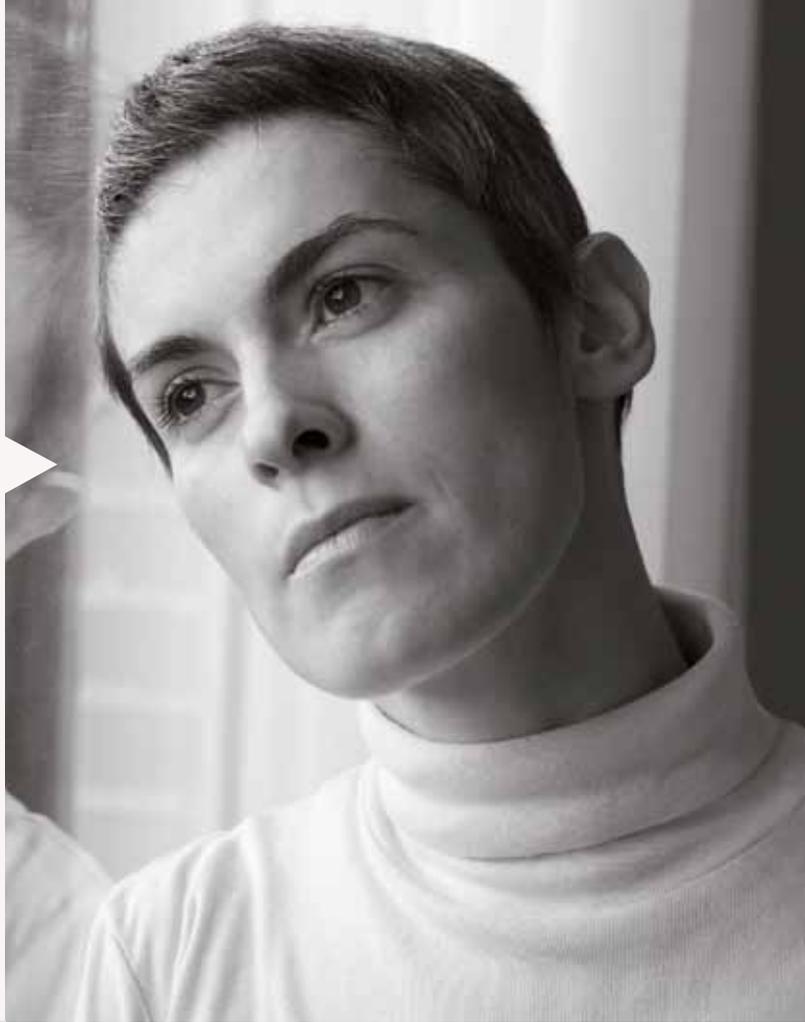
Copyright ©2014 Merck Sharp & Dohme Corp., é uma subsidiária de Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, EUA.

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