

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

28

ANO VIII · NOV-FEV 2015

ENTREVISTA COM...

Cristina Lacerda e Jorge Freitas

Transcrição da entrevista concedida a “ExLibris”, publicação que, a 29 de janeiro, foi para as bancas como suplemento do jornal PÚBLICO.

AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR IRRUPTIVA ONCOLÓGICA

Artigo que descreve a forma como os enfermeiros devem realizar uma avaliação adequada da DIO e promover o ensino do doente a gerir o esquema terapêutico. Os objetivos da avaliação são essencialmente determinar a eficácia e tolerabilidade do tratamento e se houve ou não alguma alteração da natureza da DIO. Uma avaliação inadequada pode resultar na continuação de um tratamento ineficaz e/ou inapropriado.

A PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA: QUE MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Artigo científico resultado de um estudo realizado em 2012, de desenho descritivo e comparativo, com os Enfermeiros que trabalham na área Hemato-Oncológica (internamento, hospital de dia e transplantes) em Portugal. Obtiveram-se 165 respostas, de Enfermeiros de cinco diferentes instituições hospitalares.

ANÁLISE ESTRATÉGICA DA AEOP COM VISTA AO PLANEAMENTO FUTURO DA SUA ATIVIDADE

Artigo de análise da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, direcionado para a aplicação de técnicas de Gestão Estratégica, especificamente: análise SWOT, análise segundo a Matriz Pestal e análise das cinco forças de Porter. No último ponto deste artigo, o grupo de trabalho apresenta um plano estratégico para o próximo biénio para a AEOP.



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

A fotografia não corresponde a uma doente real.



Herceptin 150 mg, pó para concentrado para solução para perfusão. 1 frasco para injetáveis contém 150 mg de trastuzumab. Excipientes: cloridrato de L-histidina, L-histidina, α , α -trealose di-hidratada, polissorbato 20. **Herceptin 600 mg/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 antraciclinas e ciclofosfamida, devem ter avaliação da função cardíaca antes, durante e até 24 meses após a interrupção do tratamento. Doentes tratados com antraciclinas após o fim da terapêutica com Herceptin podem apresentar risco aumentado de disfunção cardíaca. Considerar avaliação cardiológica nos doentes para os quais tenham sido detetadas alterações cardiovasculares, ou em que existam preocupações, aquando da avaliação inicial. Não administrar Herceptin concomitantemente com antraciclinas no CMm ou em tratamento adjuvante. *Ver RCM para mais informações importantes de disfunção cardíaca específicas do CMm, CMp, adjuvante e neoadjuvante.* Podem ocorrer reações relacionadas com a perfusão durante, nas horas que se seguem e até 1 semana após a perfusão, tendo ocorrido casos fatais. Se ocorrer reação relacionada com a perfusão, interromper e monitorizar doente até desaparecimento de qualquer sintoma observado. Os doentes devem ser advertidos da possibilidade deste início tardio dos sintomas e ser instruídos a contactar o médico caso estes sintomas ocorram. No caso da formulação subcutânea, observar os doentes em relação à ocorrência de reações relacionadas com a administração durante 6h após a 1ª injeção e durante 2h após injeções subsequentes. Foram notificados acontecimentos graves pulmonares. Fatores de risco associados à doença pulmonar intersticial incluem tratamento anterior ou concomitante com outros antineoplásicos associados a esta doença, tais como taxanos, gemcitabina, vinorelbina e radioterapia. Deve ter-se atenção à pneumonite, em especial em doentes que estejam a ser tratados com taxanos. 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 pulmona-

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 eritrodisestesia 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.**

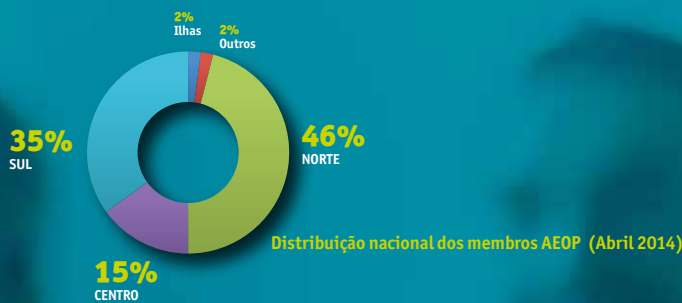
Referência: 1. Resumo das Características do Medicamento Herceptin® acedido a 17 de outubro de 2014.



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

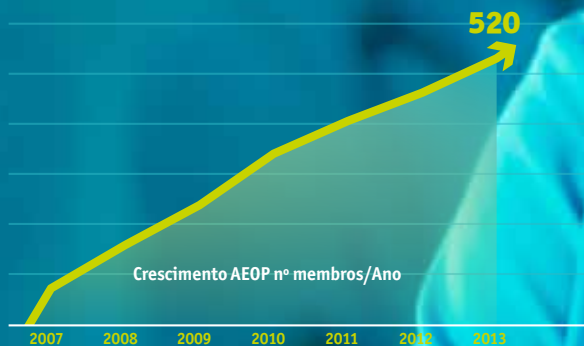
SOMOS

uma associação
representativa da
enfermagem oncológica
portuguesa



estamos

sempre a crescer



Consigo, fazemos a diferença...



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

Mónica Castro, Coordenadora Editorial da Onco.News

06 ENTREVISTA COM...

Cristina Lacerda (Presidente da AEOP) e Jorge Freitas (Vice-Presidente da AEOP). Republicação da entrevista concedida a ExLibris, suplemento do Público de 29 de janeiro 2015.

ARTIGOS

10 AVALIAÇÃO E TRATAMENTO

DA DOR IRRUPTIVA ONCOLÓGICA

Juliana Santos, Carina Raposo, António Oliveira, Ana Leonor Ribeiro

20 A PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA: QUE MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Eunice Sá, Rosa Romão

30 ANÁLISE ESTRATÉGICA DA AEOP EM DIREÇÃO AO PLANEAMENTO FUTURO DA SUA ATIVIDADE

M. Jorge Freitas, Alice Monteiro, Susana Silva, Manuela Pereira

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

36 I JORNADAS SOBRE TROMBOSE ASSOCIADA A CANCRO: AEOP ESTEVE PRESENTE

- SOCIAL SUPPORT SARCOMA: FASE DE ANÁLISE • AEOP 8: 22 E 23 MAIO 2015, HOTEL PALACE MONTE REAL • APOIO LPCC AÇORES: AOS COLEGAS QUE QUEIRAM ESTAR NA AEOP 8 • AEOP 8: ABERTA A SUBMISSÃO DE ABSTRACTS
- DOR ONCOLÓGICA: LANÇAMENTO DE LIVRO EDUCACIONAL PARA DOENTES • PEDNEPER: PROJECTO EM IMPLEMENTAÇÃO

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

38 NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO

Também disponível em www.aeop.net

43 ENSAIOS CLÍNICOS DE FASE III E IV - INFORMAÇÃO

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

FICHA TÉCNICA

ONCO.NEWS

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

DIRECTOR DE PUBLICAÇÃO

M. Jorge Freitas Almeida, MsC, RN
Especialista em Enfermagem Comunitária
Mestrado em Bioética
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 GIÉSEL, Professora Adjunta
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Pólo Artur Ravara
esa@esel.pt

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

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

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

CONSELHO EDITORIAL

Juliana Santos, Carina Raposo, Miguel Oliveira, Ana Leonor Ribeiro, Eunice Sá; Rosa Romão;
M. Jorge Freitas; Susana Silva; Alice Monteiro; Manuela Pereira

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 - rmrsgs60@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

Começamos 2015 com a edição do número 28 da Onco.News. Finalizado o primeiro trimestre, a AEOP está a incentivar os seus sócios e todos os profissionais de Enfermagem a participarem na sua 8.ª Reunião Anual, que este ano decorrerá em Monte Real, Leiria, entre 21 e 23 de Maio. Contrariamente a anos anteriores, para esta edição a AEOP apostou na dinamização da Reunião com apresentação apenas de comunicações livres a serem inseridas no próprio programa científico. Com esta abordagem, os responsáveis pela organização da Reunião pretendem que exista um maior *feedback* por parte dos participantes e um maior intercâmbio de experiências e vivências. Apesar de constituir uma boa forma de disponibilizar informação, um *poster* tem um impacto limitado na comunidade científica, quer para os seus autores quer para os potenciais interessados. Oportunamente faremos a devida avaliação desta nova dinâmica.

Outro projeto educativo que destacamos para 2015, pela sua importância profissional e pela interferência que a neuropatia periférica tem na vida dos doentes oncológicos, é o que chamamos de “Projeto Educacional da Neuropatia Periférica” (PedNEPER), e que vai decorrer até final de Março. Atendendo à escassez de debate e de formação na abordagem deste sintoma, que pode limitar significativamente a vida do paciente, a AEOP lançou este projecto educativo com a finalidade de reflectir sobre o problema à luz das atuais evidências científicas. O principal objetivo das várias sessões, além de incluir um conjunto de 50 colegas na formação específica, é a validação de um documento educativo sobre Mieloma Múltiplo, dirigido ao doente/família, originalmente elaborado pela EuropaNet. Para acompanhar este projeto, podem sempre encontrar mais informação e atualização na página web da AEOP. Deixamos aqui uma importante informação dirigida aos nossos associados: 2015 é ano de eleição de novos corpos sociais para o próximo biénio 2015-2017, a serem nomeados na Assembleia-Geral que irá decorrer na próxima Reunião Nacional. Como sabemos, uma eleição desta natureza pode ter grande influência no futuro da Associação. Estejam atentos à informação que vai sendo colocada no site ou enviada para o vosso correio eletrónico e não deixem de participar no acto eleitoral. A vossa contribuição é importante para a construção duma Associação mais forte e interventiva na área da Enfermagem Oncológica a nível nacional e internacional.

Neste número 28 da ON apresentamos 3 artigos que abrangem áreas tão distintas como a Dor Irruptiva, o Modelo de Cuidados na Área de Hemato-Oncologia ou a Análise Estratégica da AEOP, direcionada ao planeamento futuro da sua atividade. Este último artigo, em particular, pode ajudar a compreender o papel da Associação e o seu enquadramento social e profissional, bem como pode a AEOP exercer influência ou ser influenciada pela participação dos seus associados.

Os outros dois artigos são a prova escrita do trabalho produzido por dois grupos dinamizados pela AEOP. O Grupo da Dor, após ter finalizado a tradução e validação científica do instrumento de avaliação sobre Dor Irruptiva Oncológica da EONS, produziu um guia orientador e de apoio aos profissionais. O artigo realça a importância do correto reconhecimento da Dor Irruptiva, sua avaliação e tratamento. O Grupo Hemato-Oncologia, por sua vez, desenvolveu um estudo multicêntrico a nível nacional com vista a descrever as perceções dos enfermeiros que exercem funções em Hemato-oncologia. Os resultados apontam para denominadores comuns onde o modelo de cuidados tem pontos fortes e outros que necessitam de melhorias estruturais e organizacionais.

Esperamos que estes trabalhos contribuam para melhorar a excelência dos cuidados prestados pelos profissionais e fomentem a necessidade contínua de melhoria e de pesquisa. Participem enviando ideias, críticas, sugestões. Uma simples ideia pode ser o início de um grande projeto, mas se não for exposta nunca passará disso – uma ideia.

Alertamos os nossos colegas que já está publicado na nossa página web o plano estratégico da Associação para o próximo biénio, onde estão definidas as linhas gerais da atividade a desenvolver.

Termino este editorial com uma sugestão. Estamos a definir um programa científico de qualidade para a nossa próxima reunião de Maio. Todos estão convidados a estarem presentes em Monte Real: pelo local, pelo espaço relacional com os colegas de outros serviços e instituições, pela criatividade e novidades que vão existir e pelo programa científico, em fase final de construção. Certamente que será mais um êxito. Contamos convosco!



Mónica Castro
Coordenadora Editorial da Onco.News

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa



“Fazer a diferença no percurso do doente oncológico” – é o desígnio da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP). Para tal a Organização desenvolve atividades nas vertentes de Ensino e de Investigação que contribuem exponencialmente para o aumento da qualidade da formação dos profissionais e do nível de conhecimento nesta área do saber. Visando “a excelência do exercício da profissão”, a AEOP assume-se, também, como espaço de partilha, discussão e aprendizagem. O ExLibris® foi conhecer os projetos desta referência nacional em Oncologia pela voz de Cristina Lacerda e Jorge Freitas, presidente e vice-presidente da Associação.

Promover a qualidade e a humanização da enfermagem oncológica portuguesa

Entrevista com Cristina Lacerda (Presidente da AEOP) e Jorge Freitas (Vice-Presidente da AEOP). Publicado na revista ExLibris, Janeiro 2015.

exlibris

Tendo traçado um percurso notável, desde a sua criação em 2007, a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) é, hoje, uma referência em Oncologia que visa, portanto, “promover o desenvolvimento, a dinamização e a uniformização da Enfermagem Oncológica, com atividades abrangentes a nível da Investigação, do Ensino e da prática clínica”, afirmam Cristina Lacerda e Jorge Freitas, presidente e vice-presidente da Associação. Apostada em fomentar a sua atividade, a Organização assume-se, assim, como “pioneira nestes três eixos estratégicos, contribuindo para a disseminação do conhecimento sobre esta área do saber e o seu desenvolvimento em Portugal e no espaço europeu”, reiteram. Para cumprir os ambiciosos objetivos a que se propôs, a AEOP tem vindo “a organizar-se de forma a dar respostas mais eficazes e de encontro às necessidades profissionais originadas pelo próprio desenvolvimento da Oncologia que, como se sabe, tem tido um grande incremento nos últimos anos. Com efeito, criámos estruturalmente Grupos Específicos de Trabalho em diferentes áreas (nomeadamente, na Investigação, na área Educativa e na Comunicação) e em diferentes práticas clínicas (como a patologia Mamária, do Pulmão, da Cabeça e Pescoço, da área dos Sarcomas, etc.)”, conta o entrevistado. Este modelo organizacional tem-se revelado de extrema importância porque “muitos enfermeiros trabalham em unidades especializadas e em diferentes ramos da Oncologia e, além

disso, os doentes oncológicos têm necessidades específicas de cuidados”, afirma. Neste sentido, são várias as iniciativas e os projetos encetados pela Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa que revertem, em muito, para o incremento da qualidade dos cuidados prestados, para a formação dos profissionais e, simultaneamente, para a informação que a comunidade dispõe sobre esta temática. Assim, entre a sua ampla atividade, podemos destacar a publicação da revista científica da AEOP, com caráter quadrimestral, “onde se publicam artigos científicos do que melhor se faz em Portugal. Editámos a 27ª edição e contamos já com 86 artigos. Esta revista é distribuída gratuitamente a todos os nossos membros, às Escolas Superiores de Enfermagem e está disponível, também, *online*”. A página Web da Associação [www.aeop.net], enquanto

plataforma atualizada e de cariz informativo, “representa a nossa sala de visitas para a população em geral, para os profissionais da Oncologia e para os nossos membros”, realça Jorge Freitas. Além destas importantes ferramentas de comunicação disponibilizadas pela AEOP, “desenvolvemos vários projetos educacionais com uma dupla vertente: formar os colegas em áreas específicas da Oncologia; publicar “guidelines” e documentos educacionais para os profissionais, e em algumas áreas, para os cidadãos em geral e para os nossos doentes em

especial”, acrescenta Cristina Lacerda. Estes instrumentos representam um apoio essencial para o desenvolvimento profissional dos cerca de 600 membros da Associação, que são “representativos dos Institutos de Oncologia do Porto, Lisboa e Coimbra e muitos colegas de unidades de Oncologia dos Hospitais Universitá-

rios e dos Hospitais mais pequenos desde Faro até Vila Real, passando pela Madeira e pelos Açores. Temos alguns colegas de outros países de Língua Portuguesa que, de alguma forma, querem estar em contacto com as nossas atividades e com a Oncologia desenvolvida em Portugal. Tal como acontece com outros setores da sociedade, aqui também podemos desenvolver pontes entre países que possibilitem a partilha de saberes e de formação útil para a Enfermagem Oncológica”, garante o vice-presidente da Associação. E, tendo em conta o dinamismo e a proatividade demonstrados, podemos constatar que associar-se à AEOP é entrar numa Organização capaz de desenvolver atividades e projetos que vão de encontro às necessidades dos enfermeiros que trabalham com o doente oncológico. Na perspetiva de Jorge Freitas, “este caminho tem aproximado a Associação dos seus próprios membros e da comunidade científica em geral, fazendo da AEOP uma marca credível e de representatividade científica nacional”, evidencia, com regozijo.

EDUCAÇÃO & INVESTIGAÇÃO: Fomentar o conhecimento

Tendo enraizado no seu ADN vetores como a Educação e a Investigação, a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa dispõe de parcerias estratégicas para o desenvolvimento destes segmentos. No primeiro domínio, a direção da AEOP destaca duas áreas: “A primeira refere-se à capacidade desta Organização para publicar documentos de recomendações das melhores práticas clínicas a partir das conclusões consensuais dos grupos de trabalho constituídos por colegas *experts* nas áreas específicas. A segunda vertente corresponde à publicação de documentos educacionais traduzidos em português para os profissionais, partindo das recomendações europeias e de documentos educacionais de informação que disponibilizamos aos próprios doentes”, referem os entrevistados.

Na área investigacional, a Associação aproveita as parcerias estabelecidas com as Escolas Superiores de Enfermagem para o desenvolvimento de trabalhos

científicos que possam materializar-se em novidades para os profissionais e para a Enfermagem Oncológica. “A AEOP será sempre um interlocutor interessado e ativo nesta área”, adianta Jorge Freitas. Tendo traçado um exímio percurso nestes domínios, a Organização é, hoje, uma entidade de notoriedade amplamente reconhecida, uma vez que estas ações estão inteiramente a favor do aumento de qualidade dos cuidados prestados ao doente.

Promovendo, assim, um profícuo intercâmbio de conhecimento e partilha – o que potencia a evolução da Enfermagem e da Medicina em *lato sensu* – a Associação colabora, com regularidade, em eventos científicos nacionais e internacionais, com “bons resultados em termos de conjugação dos programas temáticos e da capacidade de juntar e alargar a mesma comunidade científica. Estes são, portanto, ótimos locais de intercâmbio de ideias, opiniões e diferentes experiências. Neste sentido, temos participado em parcerias com áreas diferentes como o caso da Hemato-oncologia e da área do Cancro Digestivo”. Relativamente às atividades europeias, para além da presidente da AEOP fazer parte dos órgãos sociais da Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica (EONS), “existem representantes portugueses nos grupos de trabalho da EONS e participamos, também, nas atividades científicas do último congresso europeu. Isto porque a AEOP tem conseguido ‘trazer’ todas as novidades educacionais que interessam a Portugal e, por isso, também aqui fazemos a diferença”, asseguram os entrevistados.

DESAFIOS ATUAIS DA PROFISSÃO

Quando questionada sobre os principais desafios que a classe enfrenta nos dias de hoje, Cristina Lacerda é perentória ao responder que “estes são fruto das exigências socioeconómicas atuais, de uma sociedade dinâmica em permanente mudança e de incerteza, do aumento da longevidade, da incidência das doenças oncológicas, das suas modalidades de tratamento, bem como do impacto económico-financeiro e da taxa de mortalidade que esta doença acarreta. E estas condi-

Para cumprir os ambiciosos objetivos a que se propôs a AEOP tem vindo “a organizar-se de forma a dar respostas mais eficazes e de encontro às necessidades profissionais originadas pelo próprio desenvolvimento da Oncologia que, como se sabe, tem tido um grande incremento nos últimos anos.

8.ª Reunião Nacional da AEOP

22 e 23 de maio de 2015

O evento decorrerá no Palace Hotel Monte Real e contará com 300 participantes. Tal como nas edições anteriores, procuramos responder a duas vertentes: uma parte científica onde abordamos as novidades oncológicas, as atividades educacionais da AEOP e as suas implicações para as práticas; e uma parte mais social onde os presentes têm a possibilidade de trocar experiências e contactos, assim como de desenvolver atividades que possam ser interessantes para os seus serviços e/ou Hospitais, adianta a equipa diretiva da Associação. “Para os colegas mais novos, este é um espaço ótimo de aquisição de conhecimentos e de informação para a sua atividade profissional. E, por sua vez, para a comunidade científica de Enfermagem Oncológica já funciona como um encontro anual ‘obrigatório’ na agenda de cada um”, acrescentam. O programa e as novidades referentes a esta Reunião Científica – de importância inquestionável no panorama nacional – podem ser consultados em <http://www.aeop.net/Comunicacao/eventos-nacionais-AEOP-8>.

cionantes são sentidas por todos os enfermeiros que trabalham com estes doentes, independentemente do seu local de trabalho”, sublinha. No sentido de encontrar a melhor resolução para estas problemáticas, “a AEOP, em parceria com a EONS, abre as portas aos seus associados para poderem participar em todas as atividades e bolsas promovidas por esta Sociedade, nivelando o grau de conhecimento entre todos os enfermeiros europeus que trabalham nesta área e melhorando, assim, também os cuidados que se prestam no nosso país”, garante a entrevistada. Além disso, “a Associação tem parcerias com várias sociedades médicas portuguesas, participando no programa de Enfermagem das suas reuniões de especialidade anuais ou bianuais. Almejando dar voz aos

profissionais, a Organização mantém, igualmente, boa relação com a Ordem e o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, estando presente em reuniões e encontros”. Também, neste âmbito, deve-se destacar a importância da Reunião Anual da AEOP [ver caixa de texto] que tem conseguido apresentar “convidados relevantes – quer nacionais, quer estrangeiros – e promover, também, o convívio inter-relacional entre enfermeiros de várias gerações e que trabalham em diversos contextos a nível nacional”. Outro dos óbices atuais mais reclamados no seio da classe relaciona-se com as medidas de austeridade implementadas em Portugal. Tendo estas forte impacto no setor da Saúde, muitas foram as notícias recentes que deram conta de severos constrangimentos económicos em Hospitais e Institutos de Oncologia do país. Neste contexto, Cristina Lacerda sublinha que “os doentes com cancro necessitam de uma abordagem técnica, política e social concertada. Por isso, analisando apenas algumas variáveis – como o aumento da taxa de desemprego, a contenção de custos a nível da Saúde, a emigração de profissionais (médicos, enfermeiros, etc.) –, pensamos que estes cidadãos terão, de facto, dificuldades acrescidas na gestão da sua doença, tendo por isso as Instituições e os seus profissionais de ter a flexibilidade necessária para ir ao encontro das suas necessidades”. Com efeito, “os fatores sociais e económicos que estas pessoas/famílias atravessam no atual contexto representam um desafio cada vez maior para os enfermeiros que trabalham nesta área, havendo uma necessidade acrescida de existir equipas multiprofissionais ativas e eficazes”, reitera a presidente da AEOP.

Analisando os pilares de evolução em que assentará o futuro da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, Cristina Lacerda adianta que “os desafios vindouros assentarão no desenvolvimento de projetos educacionais relacio-

nados com novas práticas em Oncologia; na divulgação de notícias oncológicas para a comunidade científica; no desenvolvimento de pesquisas e na promoção da prática baseada na evidência; na dinamização de atividades científicas e parcerias com Universidades, Sociedades nacionais, europeias e internacionais, aumentando o perfil e a representação da AEOP; em reunir o reconhecimento científico para as atividades desenvolvidas pela Ordem dos Enfermeiros, pelo Colégio da Especialidade e pela EONS, ou outras instituições europeias; na contribuição para os avanços da Enfermagem Oncológica na definição dos seus papéis e competências; e, por último, na tomada de consciência e no reconhecimento da importância do papel dos enfermeiros portugueses que trabalham em Oncologia”. Para cumprir estes desígnios, “é necessário manter um corpo de associados dinâmico, bem como

parcerias, nacionais e internacionais, com diversos intervenientes, de modo a implementar estratégias de crescimento credíveis e viáveis”, termina.

“...é necessário manter um corpo de associados dinâmico, bem como parcerias, nacionais e internacionais, com diversos intervenientes, de modo a implementar estratégias de crescimento...”

8 AEOOP

REUNIÃO NACIONAL



22 | 23
MAIO 2015

Palace Hotel Monte Real



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

SECRETARIADO EXECUTIVO Veranatura - Conference Organizers

R. Augusto Macedo, 12D, Esc. 2- 1600-503 Lisboa Tel.: 217 120 778 Fax: 217 120 204 cidaliampacheco@veranatura.pt

AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR IRRUPTIVA ONCOLÓGICA

Juliana Santos

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

Carina Raposo

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

António Oliveira

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

Ana Leonor Ribeiro

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

RESUMO: A dor irruptiva oncológica (DIO) é definida como uma exacerbação transitória da dor que ocorre quer espontaneamente quer desencadeada por um fator específico (previsível ou imprevisível), apesar do relativamente estável e adequado controlo da dor basal. É fundamental identificar claramente que se trata de um episódio de DIO e não de dor crónica basal mal controlada.

O tratamento farmacológico consiste em medicação de resgate – formulações orais de libertação normal de morfina (p.ex. Sevredol[®], Oramorph[®] - *Short Acting Opioid* - SAO) e formulações de libertação rápida como o fentanilo sublingual, película bucal e transmucoso (p.ex. Abstral[®], Breakyl[®] e Actiq[®] - *Rapid Onset Opioid* - ROO).

É essencial que os enfermeiros saibam realizar uma avaliação adequada da DIO, saibam ensinar o doente a gerir o esquema terapêutico e saibam reavaliar. Os objetivos da reavaliação são determinar a eficácia e tolerabilidade do tratamento da DIO e se houve ou não alguma alteração da sua natureza. Uma reavaliação inadequada pode levar à continuação de um tratamento ineficaz e/ou inapropriado.

PALAVRAS-CHAVE: Dor irruptiva oncológica; DIO; dor oncológica; tratamento da dor; morfina; fentanilo.

ABSTRACT: *The breakthrough cancer pain (BTCP) consists of a transitory exacerbation of pain that occurs either spontaneously or triggered by a specific factor (predictable or unpredictable), despite the relatively stable and adequate control of the background pain. It is essential to clearly identify that it is an episode of BTP and not a poorly controlled chronic pain.*

Pharmacological treatment can consist of rescue medication - Short Acting Opioid - SAO (eg. Sevredol[®], Oramorph[®]) and Rapid Opioid Onset - ROO such as sublingual fentanyl sublingual, buccal film and transmucosal (eg. Abstral[®], Breakyl[®] and Actiq[®]).

It is essential nurses know how to make a proper assessment of BTP, how to teach the patient to manage the therapeutic regimen and how to reassess. The objectives of the reassessment determine the efficacy and tolerability of treatment of BTP and any change in its nature. Improper reassessment could lead to the continuation of an ineffective and/or inappropriate treatment.

KEYWORDS: *Breakthrough Cancer Pain: BTCP; oncologic pain; pain treatment; morphine; fentanyl*

INTRODUÇÃO

A dor oncológica é um problema importante para uma grande percentagem dos doentes, sendo que é muitas vezes subavaliada e conseqüentemente subtratada. A epidemiologia da dor oncológica ainda apresenta uma prevalência elevada. O sintoma da dor é reportado em 64% dos doentes com cancro avançado, ou fase terminal da doença, em 59% dos doentes em tratamento, em 33% dos doentes após o tratamento curativo e em 53% dos doentes em todas as fases da doença [1]. O tratamento da dor é essencial no acompanhamento da pessoa com doença oncológica. O alívio da dor não reside apenas na sua componente física: deve englobar também a natureza multidimensional da experiência dolorosa. O tratamento da dor oncológica tem-se tornado um desafio cada vez maior nas últimas décadas. A dor irruptiva oncológica (DIO) é um tipo de dor oncológica, uma dor exacerbada, de intensidade moderada a intensa, que interfere no quotidiano do doente. Os enfermeiros têm um papel importante na identificação, avaliação e gestão da dor. Deste modo, pretende-se com este artigo fornecer informação que permita aos enfermeiros identificar a dor irruptiva e aprender sobre o seu tratamento.

DEFINIÇÃO

A dor irruptiva, esquematicamente representada na Figura 1, foi pela primeira vez definida por Portenoy e Hagen em 1990 como *“a transitory exacerbation of pain that occurs on a background of otherwise stable pain in a patient receiving chronic opioid therapy”* [2]. Esta definição sofreu algumas alterações, sem, contudo, ter sido alcançado um consenso, quer na definição, quer na própria terminologia, havendo autores a utilizar os termos “dor esporádica”, “dor incidental”, “dor transitória”, entre outros [3]. A Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland (APM, 2009) define que a dor irruptiva é *“a transient exacerbation of pain that occurs either spontaneously, or in relation to a specific predictable or unpredictable trigger, despite relatively stable and adequately controlled background pain”* [4], ou seja, a DIO é uma exacerbação transitória da dor que ocorre quer espontaneamente quer desencadeada por um fator específico (previsível ou imprevisível), apesar do relativamente estável e adequado controlo da dor basal [17]. A European Association for Palliative Care (EAPC), em 2012, definiu a DIO como *“transitory exacerbations of*

pain that occur on a background of stable pain otherwise adequately controlled by around-the-clock opioid therapy” [5]. A DIO não deve ser confundida com os episódios de dor que ocorrem durante a iniciação ou titulação de analgésicos opioides para tratamento da dor crónica oncológica nem com os episódios de dor que ocorrem no fim do intervalo entre doses de analgésicos opioides, uma vez que o paciente não tem a dor de base controlada em qualquer uma destas situações.

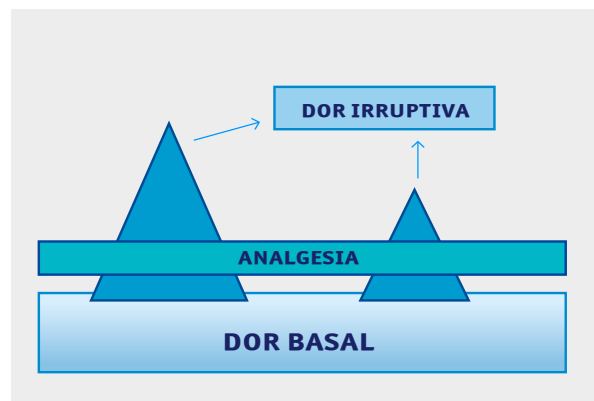


Figura 1: Representação da dor irruptiva.

Epidemiologia

Estima-se que cerca de 90% dos doentes oncológicos têm pelo menos um episódio de dor [6]. O interesse pela DIO é relativamente recente. Pelas diferentes definições e metodologias, os estudos de prevalência demonstram resultados distintos. Contudo, a dor irruptiva está presente em 40-80% dos doentes oncológicos [7], sendo mais prevalente nos doentes com doença avançada, doentes com um “performance status” de Karnofsky baixo e em doentes em que a dor tem origem na coluna vertebral e plexos nervosos [8]. A localização do tumor parece influenciar a prevalência da dor irruptiva. Alguns estudos apontam uma prevalência maior nos doentes com cancro da cabeça e pescoço, gastrointestinal e pulmão [9]. Um estudo da International Association for the Study of Pain (IASP) sobre as características e síndromes da dor oncológica concluiu que os especialistas em dor da América do Norte, Austrália e Europa Ocidental reportaram mais casos de dor irruptiva que os especialistas da Ásia, América do Sul, Europa do Leste e do Sul [10].

Etiologia

Os episódios de dor irruptiva podem ser causados pela doença oncológica, de forma direta ou indireta (por exemplo, secundária à incapacidade), pelo efeito provocado pelos tratamentos oncológicos ou pelo efeito secundário de uma comorbidade. O mecanismo fisiopatológico subjacente da dor irruptiva é na maioria das situações o mesmo da dor basal: dor nocetiva (somática ou visceral), neuropática ou mista [8].

Classificação

A DIO pode ser classificada em dor espontânea e dor incidental (Figura 2). Os episódios de dor espontânea são episódios de exacerbações de dor imprevisíveis. Nos episódios de dor incidental é possível identificar o fator que desencadeou o episódio.

A dor incidental é denominada de:

- *Volitiva*: quando o fator desencadeador é um ato voluntário, como as atividades de vida diárias, caminhar;
- *Não volitiva*: quando o fator desencadeador é um ato involuntário como espirrar, tossir;
- *Associada a procedimentos*: quando o fator precipitante é a execução de determinados procedimentos, como o tratamento de feridas, os posicionamentos, as biopsias.

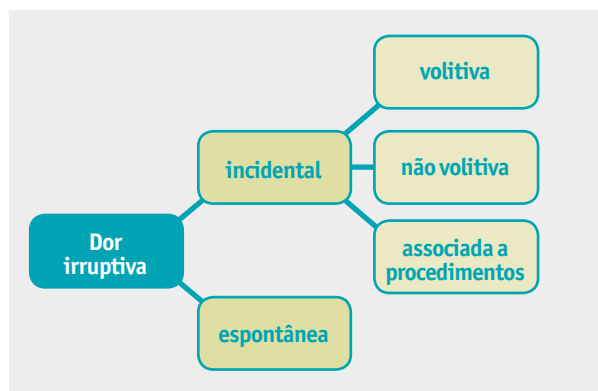


Figura 2: Classificação da dor irruptiva

A maioria dos autores defende que a dor de fim de dose não pode ser considerada como um tipo de dor irruptiva, uma vez que na definição de dor irruptiva está subjacente o adequado controlo da dor de base [8].

Características clínicas

A dor irruptiva não é uma condição singular, mas o resultado de um conjunto de condições, sendo que as suas características clínicas podem variar de indivíduo para indivíduo [11,12]. A dor irruptiva é descrita como uma dor inesperada, frequente (número de episódios de dor irruptiva varia entre 1 a 7 episódios, demonstrando os estudos uma média de cerca de 4 episódios/dia), de intensidade moderada a severa (a intensidade da dor pode atingir o seu pico em 3-15 minutos, às vezes em segundos), e com duração curta (atinge a sua intensidade máxima após 3 minutos de seu início, durando em média 15-30 minutos, podendo durar até aos 60 minutos) [13,14]. A dor irruptiva interfere na atividade física (ex. dificuldade na mobilização), psicológica (ex. alterações de humor) e social (ex. incapacidade em trabalhar) [15,16,17].

Avaliação

O sucesso do tratamento da DIO depende da adequada identificação e avaliação da mesma. Portenoy e Hagen desenvolveram o primeiro instrumento: *Breakthrough Pain Questionnaire*, que permite ao profissional de saúde identificar doentes com dor irruptiva, bem como recolher informação sobre a natureza da mesma e da dor basal. Este questionário não foi validado apesar de já ter sido utilizado em alguns estudos clínicos e desde então modificado [15]. Em 2009, Hagen e colegas desenvolveram o *Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool*, validado apenas para ser utilizado em investigação [18]. Existe ainda o *Episodic Pain Documentation Sheet* [19] e o *Breakthrough Pain Assessment Tool* (BAT) [20]. Um novo instrumento de avaliação clínica para avaliação da dor irruptiva, *Breakthrough Pain Assessment Tool*, foi recentemente desenvolvido e validado por Davies [18]. Nenhum destes instrumentos se encontra validado para a língua e cultura portuguesa.

Portenoy desenvolveu um algoritmo para o diagnóstico da dor irruptiva [11]. Em 2009, o *Task Group of the Science Committee of the APM*, publicaram recomendações [4] para a avaliação da dor irruptiva tendo por base o algoritmo criado por Portenoy.

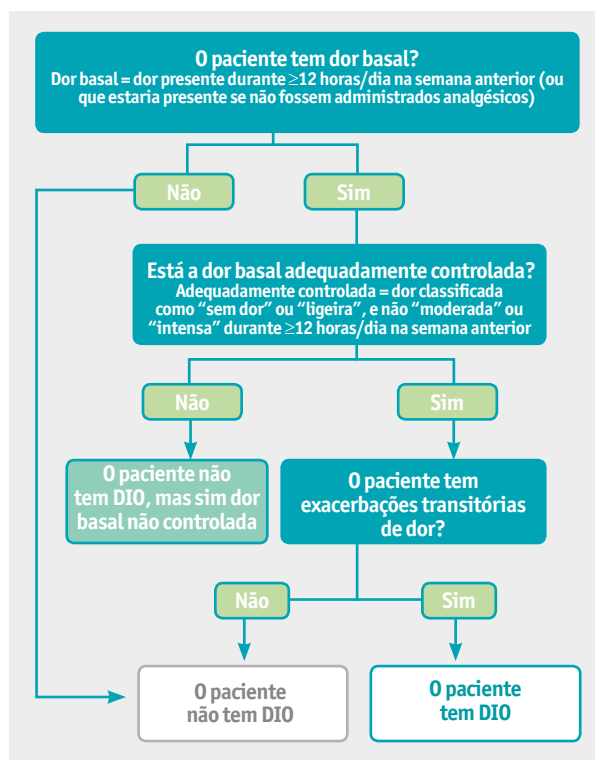


Figura 3: Algoritmo diagnóstico de dor irruptiva (traduzido e adaptado) [17]

As recomendações da APM baseiam-se na premissa de que a dor basal está controlada. Não deve ser considerada como dor irruptiva a dor que ocorre no início de tratamento e titulação da terapêutica analgésica, ou quando os episódios de dor surgem antes da administração da medicação analgésica de base (“dor de fim de dose”), considerando-se que a dor basal pode não estar controlada.

A presença de dor irruptiva deve ser identificada e avaliada nos doentes com dor oncológica. É importante saber distinguir entre uma dor basal não controlada que apresenta exacerbações transitórias de uma dor basal controlada que apresenta episódios de dor irruptiva [4].

Em doentes com DIO, esta deve ser avaliada detalhadamente e separadamente da dor basal. Ou seja, deve ser realizada uma história da dor irruptiva, em que o objetivo é determinar a etiologia e conhecer a fisiopatologia da dor, bem como identificar fatores que possam indicar ou contraindicar intervenções específicas. A história clínica da dor irruptiva é descrita através de questões que a

caracterizam: início da dor, frequência da dor, localização da dor, irradiação da dor, qualidade (características) da dor, intensidade da dor, duração da dor, fatores desencadeantes, fatores de alívio, resposta aos analgésicos, resposta a outras intervenções, sintomas associados, impacto nas atividades de vida [4, 8, 15-17].

Tratamento

O tratamento da DIO é um desafio para os profissionais de saúde que cuidam de doentes oncológicos [16]. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1986, elaborou orientações para o tratamento da dor oncológica [21]. De acordo com essas orientações da OMS, os analgésicos opioides são o pilar da terapêutica analgésica para o tratamento da dor moderada a intensa. [21]. A dor oncológica, em particular, é usualmente tratada com fármacos do terceiro degrau da escada analgésica, ou seja, com opioides major como a morfina, fentanilo e hidromorfona [1,5].

A dor oncológica basal tratada com opioides de libertação normal e/ou prolongada pode produzir bons resultados analgésicos, mas os mesmos podem não ser eficazes no tratamento da dor irruptiva, que requer formulações mais adaptadas às suas características clínicas. Ou seja, são necessárias formulações que tenham um início de ação rápido, mais efetivas no alívio da intensidade da dor, com duração curta (não mais que 2 horas), de fácil administração e com o mínimo de efeitos adversos [4, 8, 13, 15].

O *Task Group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland* (2009) recomenda [4]:

1. A gestão da DIO deve ser individualizada, pois depende de uma variedade de fatores relacionados com a dor (etiologia, fisiopatologia, características clínicas) e com o doente (estadio da doença, estado geral do doente, preferências do doente).
2. Deve ser considerado o tratamento da causa subjacente da dor.
3. Devem ser considerados a prevenção e o tratamento dos fatores precipitantes da dor. Por exemplo, na dor irruptiva causada pelo movimento (dor mecânica) em doentes com metástases ósseas, há vantagens em minimizar e adaptar os movimentos necessários às atividades diárias.
4. Devem ser consideradas a modificação do regime terapêutico e a medicação basal: “medicação pelo relógio”.

Pode envolver uma ou mais estratégias de tratamento, como: titulação de analgésicos opioides, rotação de analgésicos opioides, adição de medicamentos adjuvantes (agentes cuja função primária não é a analgesia, mas que proporcionam alívio da dor em certas circunstâncias), adição de outros analgésicos não opioides.

5. Os opioides são os analgésicos de resgate (medicação em SOS – *on demand*) preferenciais na gestão dos episódios de DIO. A medicação de resgate é administrada consoante a necessidade:
 - a. Na dor espontânea ou dor incidental não-volitiva, a medicação deve ser administrada no início do episódio;
 - b. Na dor incidental volitiva ou de procedimento, a medicação deve ser administrada antes do episódio de dor ocorrer.

A escolha do opioide deve basear-se nas características da dor irruptiva (início, duração), nas características dos medicamentos disponíveis no mercado (farmacocinética, farmacodinâmica), na resposta prévia do doente a opioides (eficácia, tolerabilidade) e, em especial, na preferência do doente.

6. A dose do opioide a administrar deve basear-se na titulação individual tendo em conta o fármaco. Tradicionalmente, a dose da medicação de resgate consiste numa proporção da dose de opioide administrada para a dor basal, a horas fixas. No entanto, alguns estudos sugerem que não existe relação entre as doses necessárias para o tratamento da dor basal e da dor irruptiva [22-26].
7. Métodos não farmacológicos podem ser utilizados na gestão dos episódios de dor irruptiva, como a massagem, a aplicação de calor, técnicas de distração, técnicas de relaxamento. No entanto, não existe evidência científica que suporte a utilização destes métodos no tratamento da dor irruptiva.
8. Analgésicos não opioides podem ser úteis na gestão dos episódios de dor irruptiva. No entanto, não existe evidência que suporte esta informação devido ao tempo de início de ação de alguns dos medicamentos (ex. paracetamol, ibuprofeno, etc.) que varia entre os 15 e os 30 minutos, atingindo um pico entre os 30 e 60 minutos. Estes *timings* não vão de encontro às características da dor irruptiva. No entanto, podem ter um papel a desempenhar na gestão da dor irruptiva.

9. Algumas técnicas interventivas de anestesiologia podem ser úteis na gestão de alguns aspetos clínicos associados com a dor irruptiva, como bloqueios neurais, neuromodulação (como, por exemplo, estimulação elétrica nervosa transcutânea), infusão de drogas neuroaxiais, etc.
10. O sucesso da gestão da dor irruptiva depende de uma reavaliação adequada do doente, com o objetivo de determinar a eficácia e a tolerabilidade do tratamento, assim como alterações na natureza da dor irruptiva.

Medicação de resgate

Como já foi mencionado, os opioides são os medicamentos de eleição no tratamento da dor oncológica. Um aumento nas doses administradas a horas fixas pode auxiliar na redução da frequência ou intensidade da dor irruptiva. No entanto, a utilização de opioides de resgate (em SOS – *on demand*) é a estratégia mais comum no tratamento de episódios de dor irruptiva. A medicação de resgate é administrada consoante a necessidade do doente, em vez de a horas fixas. Deve ser administrada no início do episódio da dor irruptiva, embora também possa ser administrada antes de a dor surgir, isto é, no caso de uma dor incidental volitiva ou de procedimento. O fármaco ideal tem de ter um início de ação rápido e com curta duração, minimizando os efeitos adversos dos opioides e otimizando a sua eficácia.

- **Opioides endovenosos**

A morfina endovenosa é eficaz, bem tolerada e segura na gestão da dor irruptiva no doente internado [28]. Os opioides endovenosos como a morfina estão associados a um início de ação rápido (5-10 minutos) e a um efeito analgésico prolongado. No entanto, esta via é invasiva e desconfortável, não estando disponível no doente ambulatório, sendo por isso de uso limitado.

- **Opioides de início de libertação normal – *Short Acting Opioid (SAO)***

- *Opioides orais*

O opioide oral de libertação normal mais utilizado em Portugal é a morfina (Sevredol®, Oramorph®). Esta pode demorar 30 a 40 minutos a produzir um efeito analgésico, atingir o pico ao fim de 1 hora e ter efeito durante aproximadamente 4 horas. Um episódio de dor irruptiva que tenha um início lento, com duração superior a 1 hora, pode

responder melhor a este opioide oral do que um episódio com um início rápido e curta duração. A dose exata de morfina de ação rápida será a dose que alivie a dor sem efeitos adversos graves. Esta dose é, portanto, incerta, sendo que tradicionalmente se utiliza cerca de 5 a 15% da dose diária do opioide de base [27]. Não existe, porém, evidência que suporte este facto. Na realidade, como a dor irruptiva pode variar em causa, intensidade e duração, do mesmo modo a dose de resgate também pode variar. É recomendado que a dose inicial seja reavaliada de acordo com o benefício obtido e os efeitos adversos reportados pelo doente, ou seja, deve ser feita uma titulação da morfina de libertação normal [4]. Apesar da via oral ser preferencial na administração da medicação de resgate, as características da dor irruptiva, principalmente pelo facto de poder atingir o pico de intensidade em poucos minutos, pode sugerir que a morfina oral pode não ser o medicamento ideal por o seu início de ação ser mais lento em relação ao pico da dor. Assim, sugerem-se outros medicamentos opioides como o fentanilo e outras vias de administração.

- **Opioides de início de ação rápido – Rapid Onset Opioid (ROO)**

O fentanilo é um opioide sintético, lipofílico, caracterizado por uma rápida absorção e rápido início de ação. A via sublingual e transmucosa levam a uma rápida absorção, sendo conveniente, acessível e geralmente bem aceite, evitando o metabolismo de primeira passagem pelas enzimas do fígado, o que aumenta a biodisponibilidade do fármaco. A titulação de ROO é individual e independente da dose do opioide de base.

Opioides orais sublinguais

Em Portugal, está disponível o citrato de fentanilo sublingual (Abstral®) para o tratamento da dor irruptiva oncológica. Este medicamento está disponível nas doses de 100, 200, 300, 400, 600 e 800 µg. As embalagens estão codificadas com uma cor para cada dosagem, e os comprimidos têm formas diferentes para facilitar a sua identificação. O efeito inicia-se aos 10 minutos após a toma e pode durar até aos 60 minutos. A biodisponibilidade é de aproximadamente 70%, sendo a maioria absorvido pela mucosa sublingual [8]. A dose do medicamento deve ser titulada, de uma forma individual, para a identificação da dose ideal com o mínimo de efeitos adversos possível.

Pode ser tomado um máximo de 2 comprimidos por cada episódio de dor. A figura 4 ilustra o processo de titulação [30,33].

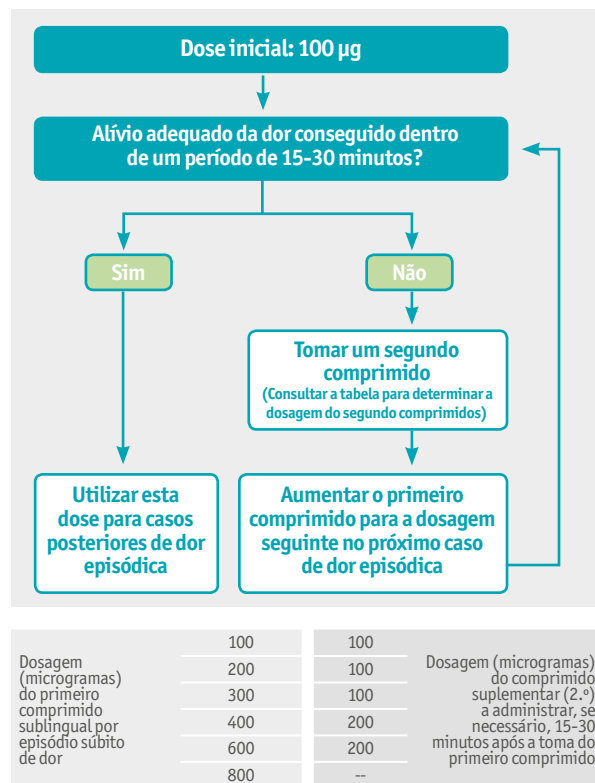


Figura 4: Titulação do Abstral® [30, 33]

Se o doente obtiver um alívio eficaz da DIO mas apresentar efeitos adversos não toleráveis, é necessário reduzir a dose de modo a garantir um alívio da dor com efeitos adversos mínimos para o doente. A dose de manutenção é a dose mais adequada no alívio da DIO. O doente pode tomar uma dose máxima de 800 µg por episódio de dor. As doses superiores a 800 µg por episódio de DIO não foram avaliadas em ensaios clínicos, pelo que não são recomendadas. O doente que inicia o tratamento com citrato de fentanilo sublingual deve ser instruído a tomar o comprimido no início do episódio de dor irruptiva; colocar o comprimido na parte mais funda da boca, por debaixo da língua (via sublingual); não mastigar, sugar ou morder o comprimido; deixar o comprimido dissolver-se totalmente; não comer nem beber enquanto o comprimido não

se dissolver completamente. Se o doente apresentar xerostomia, deve humedecer a mucosa oral com um pouco de água antes da administração do comprimido [30,33].

• Opioides orais transmucosos

Em Portugal está disponível o citrato de fentanilo oral transmucoso (Actiq®) para o tratamento da dor irruptiva oncológica. A mucosa oral tem características que a tornam a via de administração de eleição para tratamentos analgésicos rápidos: tem uma grande área de superfície, temperatura uniforme, alta permeabilidade, boa vascularização, o que permite uma rápida absorção [22]. Estudos realizados sobre a farmacocinética do fentanilo oral transmucoso (Actiq®) concluíram que: 25% do fármaco é imediatamente disponibilizado pela mucosa oral, possibilitando um rápido início de ação analgésica; 25% escapa à eliminação hepática e intestinal e torna-se sistemicamente disponível; e os restantes 50% não são absorvidos, obtendo-se uma biodisponibilidade de 50% [29]. O produto apresenta-se sob a forma de uma pastilha montada num bastonete de plástico. O fentanilo transmucoso demora cerca de 15 minutos até à dissolução total da pastilha, mas a sua utilização deve ser interrompida quando o doente atingir um controlo da dor ideal, rejeitando o restante. Tem um início de ação aos 3-5 minutos, com um efeito analgésico que pode durar até às 2 horas. Estão disponíveis as doses de 200, 400, 600, 800, 1200 e 1600 µg e a escolha da dose depende de um processo de titulação individual. A figura 5 ilustra o processo de titulação [31].

Se o doente experimentar mais do que 4 episódios de dor irruptiva por dia, ao longo de um período superior a 4 dias consecutivos, deve ser reavaliada a dose de opioide para a dor basal. O doente que inicia a pastilha de citrato de fentanilo transmucoso deve ser instruído para friccionar a pastilha contra a face interna da bochecha onde é dissolvida e absorvida pela mucosa oral; não deve comer nem beber enquanto a pastilha não se dissolver completamente. Se o doente apresentar xerostomia, deve humedecer a mucosa oral com um pouco de água antes da fricção da pastilha. O pH baixo da mucosa oral reduz a absorção do citrato de fentanilo pelo que se aconselha reduzir o consumo de sumos citrinos. A formulação de citrato de fentanilo transmucosa não é aconselhável em doentes com mucosite e patologia da cavidade oral bem como em doentes com alguma deficiência e com fadiga extrema que impeçam a aplicação do mesmo [31].

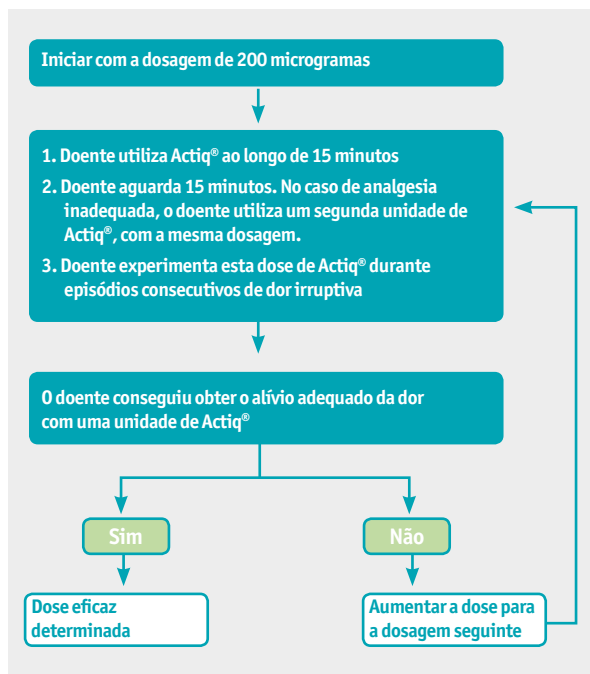


Figura 5: Titulação do Actiq® [31]

• Opióide de fentanilo sob a forma de película bucal

O citrato de fentanilo sob a forma de película bucal (Breakyl®) é uma pequena película retangular e flexível, com uma face branca e outra cor da pele. Está disponível em diferentes dosagens: 200, 400, 600, 800 e 1200 µg. A película adere ao interior da bochecha e liberta o fentanilo através do revestimento interno da boca, dissolvendo-se 15 a 30 minutos após a aplicação. A semelhança dos outros ROO, obedece a um processo de titulação individual (figura 6) e independente da dose basal de opioide.

Uma vez estabelecida a dose eficaz de Breakyl®, esta deve ser limitada ao máximo de quatro episódios de dor irruptiva por dia e administrada com intervalos de pelo menos 4 horas. Breakyl® deve ser usado apenas uma vez por episódio de DIO. O doente que inicia o citrato de fentanilo sob a forma de película bucal deve ser instruído a usar a língua para humedecer a parte interna da bochecha ou enxaguar a boca com água para humedecer a área onde vai aplicar o produto. Com as mãos secas, o doente deve aplicar a película bucal Breakyl® com a face rosa em contacto com a parte interna da bochecha e pressionar pelo menos durante 5 segundos até a película ficar firmemente aderente. O doente deve evitar mover a película com a lín-

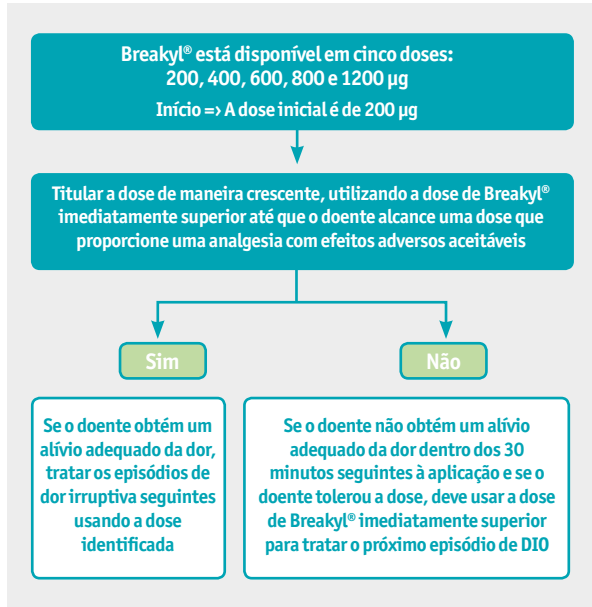


Figura 6: Titulação do Breakyl® (adaptado) [32]

gua e ingerir alimentos até que a aquela esteja completamente dissolvida [32].

O sumo de toranja impede a metabolização do citrato de fentanilo, que utiliza esta via de metabolização, o que pode levar a uma acumulação orgânica e a uma consequente sobredosagem. Logo, o doente deve ser aconselhado a não consumi-lo [34]. A vigilância e monitorização dos doentes e a correta utilização dos medicamentos opioides no tratamento da DIO são aspetos fundamentais para a segurança dos próprios doentes.

O tratamento da DIO passa pela sua correta identificação e avaliação e consequentemente pela correta escolha do fármaco a administrar.

CONCLUSÃO

A dor é um fenómeno multidimensional e complexo que requer uma avaliação e gestão eficazes, com base num conhecimento atual. O enfermeiro é o profissional de saúde que beneficia de um contato frequente com os pacientes com dor crónica oncológica e dor irruptiva oncológica, sendo por isso a avaliação da dor um foco importante da prática de enfermagem.

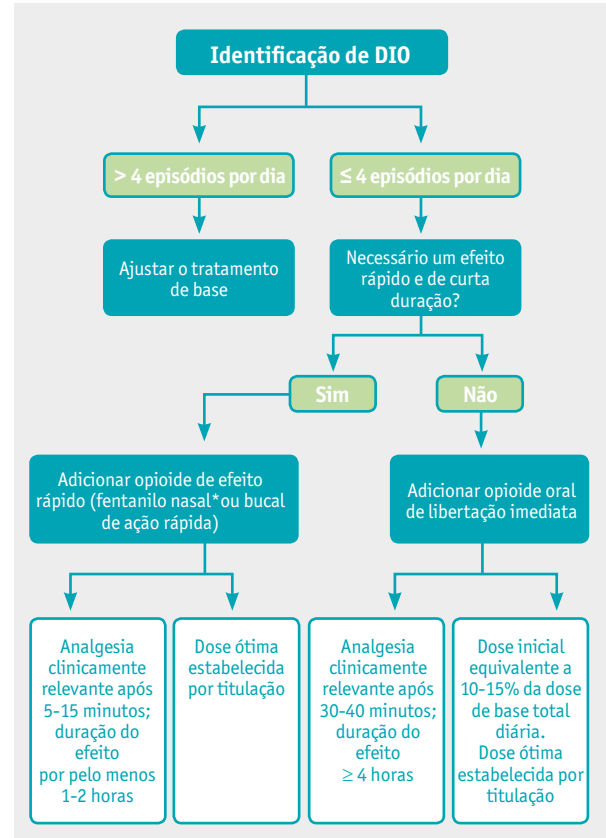


Figura 7: Tratamento farmacológico da DIO (traduzido e adaptado) [17]. *Nota: A formulação de fentanilo nasal ainda não se encontra disponível em Portugal.

A dor irruptiva continua a ser um problema de difícil abordagem no tratamento da dor oncológica uma vez que não é corretamente avaliada. A dor irruptiva deve ser avaliada de forma regular e adequadamente, para um correto diagnóstico da mesma. Apesar de não serem prescritores, os enfermeiros devem ter conhecimentos de como seleccionar o opioide ideal e saber como titular a dose mais adequada. Ensinar devidamente o doente e os prestadores de cuidados na correta gestão da medicação é um aspeto fundamental para um adequado tratamento da dor irruptiva.

Referências bibliográficas

1. Ripamonti, C.I. et al (2012). Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 23 (Suppl 7), vii39-vii154.
2. Portenoy RN, Hagen NA (1990). Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain*, 41(3), 273-281.
3. Zepetella, G (2011). Breakthrough pain in cancer patients. *Clinical Oncology*, 23, 393-398.

4. Davies A, Dickman A, Reid C, Stevens AM, Zeppetella G. (2009). The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *European Journal of Pain*, 13, 331-338.
5. Caraceni A, et al. (2012). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncology*, 13, 58-68.
6. Hjermstad M, Fainsinger R, Kaasa S. (2009). Assessment and classification of cancer pain. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 3, 24-30.
7. Mercadante S, et al (2013). Relationship between background cancer pain, breakthrough pain, and analgesic treatment: a preliminary study for a better interpretation of epidemiological and clinical studies. *Current Medical Research & Opinion*, 29(6), 667-671.
8. Davies A. (2006). *Cancer-related breakthrough pain*. Oxford: Oxford University Press.
9. Margarit C, et al (2012). Breakthrough cancer pain – still a challenge. *Journal of Pain Research*, 5, 559-566.
10. Ali G, Kopf A. (2010). Breakthrough pain, the pain emergency, and incident pain. In: *International Association for Study of Pain. Guide to pain management in low-resource settings*. Seattle: IASP, 277-282.
11. Portenoy RK (1997). Treatment of temporal variations in chronic cancer pain. *Seminars in Oncology*, 5 (Suppl 16), 7-12.
12. Davies A, Vriens J, Kennett A, McTaggart M. (2008). An observational study of oncology patients' utilisation of breakthrough pain medication. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(4), 406-11.
13. Davies A, Zeppetella G, Andersen S, et al (2011). Multi-centre European study of breakthrough cancer pain: pain characteristics and patient perceptions of current and potential management strategies. *European Journal of Pain*, 15(7), 756-763.
14. Swanwick M, Haworth M, Lennard RF (2001). The prevalence of episodic pain in cancer: a survey of hospice patients on admission. *Palliative Medicine*, 15 (1), 9-18.
15. Caraceni, A. et al (2013). Guidelines for the Management of Breakthrough Pain in Patients With Cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. Volume 11 Supplement 1 – March S29-S36
16. Wengström, Y; Geerling, J., Rustøen, T. (2014). European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *European Oncology Journal of Oncology Nursing*, April, 18 (2), 127 – 131.
17. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa: Dor irruptiva oncológica - Guielines 2013 - Guia de bolso. Consultado em 14 de Fevereiro de 2015. Disponível em:
http://www.aeop.net/sgc/Plugins/Uploads/files/DIO_guidelines2013_11mar%20%20revisao%20final%2012%20marco.pdf
18. Hagen NA, Stiles C, Nckolaichuk C, et al (2008). The Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool for cancer patients: a validation study using a Delphi process and patient think-aloud interviews. *Journal of Pain Symptom Management*, 35, 136-152.
19. Zeppetella, G.; Ribeiro, MD (2002). Episodic pain in patients with advanced cancer. *American journal Of hospice and Palliative Care*, 19, 267-76.
20. Webber, K.; Davies, AN; Cowie, MR (2010). Development of the Breakthrough Pain Assessment Tool (BAT). In *Proceedings of the 13th World Congress on Pain*. 29 august – 2 september, Montreal, Canada.
21. WHO Expert Committee (1996). *Cancer pain relief*. World Health Organization, Geneva.
22. Christie JM, Simmonds M, Patt R, Coluzzi P, Busch MA, Nordbrock E, et al (1998). Dose-titration, multicenter study of oral transmucosal fentanyl citrate for the treatment of breakthrough pain in cancer patients using transdermal fentanyl for persistent pain. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 3238-45.
23. Portenoy RK, Payne R, Coluzzi P, Raschko JW, Lyss A, Busch MA, et al (1999). Oral transmucosal fentanyl citrate (OTFC) for the treatment of breakthrough pain in cancer patients: a controlled dose titration study. *Pain*, 79: 303-12.
24. Coluzzi PH, Schwartzberg L, Conroy Jr JD, Charapata S, Gay M, Busch MA, et al (2001). Breakthrough cancer pain: a randomized trial comparing oral transmucosal fentanyl citrate (OTFC) and morphine sulfate immediate release (MSIR). *Pain*, 91, 123-30.
25. Portenoy RK, Taylor D, Messina J, Tremmel L. (2006). A randomized, placebo-controlled study of fentanyl buccal tablet for breakthrough pain in opioid-treated patients with cancer. *Clinical Journal of Pain*, 22, 805-11.
26. Slatkin NE, Xie F, Messina J, Segal TJ. (2007). Fentanyl buccal tablet for relief of breakthrough pain in opioid-tolerant patients with cancer-related chronic pain. *Journal of Support Oncology*, 5, 327-34.
27. Hanks GW, De Conno F, Cherny N et al (2001). Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *British Journal of Cancer*, 84, 587-593.
28. Mercadante S, Villari P, Ferrera P, et al. (2006). Safety and effectiveness of intravenous morphine for episodic breakthrough pain in patients receiving transdermal buprenorphine. *J Pain Symptom Manage* 2006; 32, 175-179.
29. Payne R, Coluzzi P, Hart L, et al. (2001). Long-term safety of oral transmucosal fentanyl citrate for breakthrough cancer pain. *Journal of Pain Symptom Management*, 22(1), 575-83.
30. INFARMED – RCM Abstral (2014). Consultado em 17 de Fevereiro de 2015, em http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=42339&tipo_doc=rcm
31. INFARMED – RCM Actiq (2012). Consultado em 17 de Fevereiro de 2015, em http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=31844&tipo_doc=rcm
32. INFARMED – RCM Breakyl (2014). Consultado em 17 de Fevereiro de 2015, em http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=46885&tipo_doc=rcm
33. INFARMED – GUIA DO PRESCRITOR ABSTRAL - Versão 2, Janeiro de 2015 - Consultado em 19 de Fevereiro de 2015, em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/INFORMACAO_SEGURANCA/MATERIAIS_EDUCACIONAIS/A_E/Guia%20Prescritor%202015_01_27_final%20pdf.pdf
34. Perdigão, Carlos (2012). Gestão do Risco dos Medicamentos - Interação da toranja com diversos fármacos de uso corrente. *Revista Factores de Risco*, nº 27 OUT-DEZ pág. 53.



innohep®

tinzaparina de sódio

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

Nome do medicamento Innohep 2500 UI Anti-Xa/0,25 ml solução injetável. Innohep 3500 UI Anti-Xa/0,35 ml solução injetável. Innohep 4500 UI Anti-Xa/0,45 ml solução injetável. **Composição qualitativa e quantitativa** Cada ml de solução injetável contém 10.000 UI 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 farmacêutica** 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 UI anti-Xa por via subcutânea 12 horas antes da intervenção cirúrgica e subsequentemente 4.500 UI anti-Xa uma vez por dia. Hemodálise: Innohep é administrado na forma de bolus no ramo arterial do dialisador (ou por via intravenosa) no início de cada sessão de diálise. A otimização 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 bolus), 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 dialisador. **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 trombocitopenia 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, intraespinal, 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: Trombocitopenia (tipo II) (incluindo diminuição da contagem de plaquetas), hipersensibilidade, contusões, equimoses e púrpura, enzimas hepáticas aumentadas (incluindo aumento das transaminases, ALI, AST e GGT), dermatite (incluindo dermatite alérgica e bulhosa), erupção cutânea, prurido. Raros: Trombocitopenia imunomediada induzida por heparina (tipo II), trombotose, reação anafilática, hipercalemia, 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 UI anti-Xa/ml, solução injetável, seringas pré-cheias. **Composição qualitativa e quantitativa** Tinzaparina sódica 20.000 UI anti-Xa/ml. Excipientes com efeito conhecido: Metabissulfito de sódio (1,83 mg/ml) e sódio (no total < 23 mg/dose). **Forma farmacêutica** 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 tromboembolismos e doenças tromboembólicas, incluindo trombose venosa profunda e embólos 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** **Posologia** **Adultos** Uma dose diária de 175 UI 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 UI 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 UI 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 parentéricos 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 UI anti-Xa/ml, seringas pré-cheias tem uma graduação de 0,05 mL, tornando 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 trombocitopenia imunomediada induzida por heparina (tipo II). Hemorragia grave ativa ou condições predisponentes à hemorragia grave. Hemorragia grave é definida como preenchendo qualquer um dos três critérios seguintes: ocorre numa área ou órgão crítico (p. ex. intracraniana, intraespinal, 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 UI/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: Trombocitopenia (tipo II) (incluindo diminuição da contagem de plaquetas), hipersensibilidade, contusões, equimoses e púrpura, enzimas hepáticas aumentadas (incluindo aumento das transaminases, ALI, AST e GGT), dermatite (incluindo dermatite alérgica e bulhosa), erupção cutânea, prurido. Raros: Trombocitopenia imunomediada induzida por heparina (tipo II), trombotose, reação anafilática, hipercalemia, 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. Participado 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-pharmapt. Cont. nº 503932680. Cap. Soc. € 625.991,36. Mat. Cons. Reg. Com. Lisboa nº 7273



LEO® innohep® - 18/2014 Outubro 2014

A PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA: QUE MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Sá, Eunice

Professora, Escola Superior de
Enfermagem, Lisboa.
Investigadora Principal

Romão, Rosa

Enfermeira Chefe, Centro Hospitalar
Lisboa Central.
Investigadora Principal

RESUMO: A pessoa com doença hemato-oncológica tem de lidar com todas as particularidades exigidas pela doença e pelo tratamento, nas diferentes dimensões da sua vida. O grupo Hemato-oncológico da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, sensível a esta problemática, propôs-se desenvolver um estudo multicêntrico a nível nacional, que permitisse descrever as perceções dos enfermeiros que exercem funções em hemato-oncologia (internamento, hospital de dia e transplantes) sobre cuidados de enfermagem individualizados: comparar as perceções dos enfermeiros que exercem funções nas diferentes unidades de hemato-oncologia sobre cuidados de enfermagem individualizados e conhecer os fatores do ambiente da prática profissional destes enfermeiros.

Foi implementado um estudo no ano de 2012, com desenho descritivo/comparativo, com os enfermeiros que trabalham na área Hemato-oncológica (internamento, hospital de dia e transplantes) em Portugal e cumpridos todos os procedimentos éticos. Obtiveram-se 165 respostas, de enfermeiros de cinco diferentes instituições hospitalares.

Verificamos que os enfermeiros dirigem os seus cuidados para a individualidade das pessoas doentes, têm essa perceção, sendo que entre as instituições de saúde, apesar das diferenças encontradas, os valores mais baixos são na sub-escala Situação de Vida Pessoal, seguido de Autonomia/Controlo da Decisão sobre os Cuidados e os mais elevados na Situação Clínica do Doente.

Globalmente encontramos valores mais baixos na avaliação do ambiente da prática profissional. As sub-escalas Trabalho de Equipa e Gestão de Conflitos apresentaram valores mais baixos e Motivação Interna Profissional e Liderança e Autonomia na Prática Clínica os mais elevados, com diferenças entre os diferentes contextos de cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica.

PALAVRAS-CHAVE: Hemato-oncologia, perceção enfermeiros; ambiente prática profissional; cuidados individualizados.

ABSTRACT: *The person with haemato-oncology disease has to deal with all the particulars required by disease and treatment in the different dimensions of their lives. The Haemato-oncology group from Portuguese Oncology Nursing Association, sensitive to this issue, proposed itself to develop a multi-national study that would allow to describe the perceptions of nurses working in the haemato-oncology area (inpatient, day hospital and transplants) regarding individualized nursing care: to compare the perceptions of nurses performing functions in different units of haemato-oncology, on individualized nursing care and know the environment factors of the professional practice of these nurses.*

A study was implemented in 2012, with a descriptive/comparison design, with the nurses working in the Hemato-oncology area (inpatient, day hospital and transplants) in Portugal and fulfilling all the ethical requirements. It was obtained 165 responses from nurses of five different hospitals.

We found that nurses direct their care for the individuality of sick people and are aware of this perception. Between health institutions, despite some differences, the lowest values were in Personal Life Situation subscale, followed by the Autonomy/Control on the Decision of the Care and the highest score were in Patient Clinic Situation.

Overall we found lower values in the evaluation of professional practice environment. The Work Team and Conflict Management subscales had the lowest scores and Internal Motivation and Leadership and Professional Autonomy in Clinical Practice the highest, with differences between the different contexts on the individual nursing care with haemato-oncology disease.

KEYWORDS: *Haemato-oncology, nursing perception, professional environment, individualized nursing care.*

I. Introdução

A pessoa com doença hemato-oncológica tem de se adaptar a lidar com as particularidades exigidas pela doença e pelo próprio tratamento. O percurso da doença e o controlo sintomático implicam o *follow-up* em consultas, exames auxiliares de diagnósticos periódicos e terapêuticas prolongadas. Por outro lado, o confronto com o sofrimento, com as perdas (física, económica, saúde, auto-estima, imagem alterada, prognóstico reservado e a doença terminal) é uma constante na atividade clínica dos profissionais.

A esta exigência, os enfermeiros não são imunes, existindo um grande impacto na sua esfera profissional, pessoal e familiar com implicações na sua vida privada e no seu desempenho profissional. Assim, o Grupo de Trabalho de Hemato-Oncologia da AEOP tem promovido a implementação de estratégias para obter estudos, documentação e informação a este respeito, proceder à sua divulgação pelos meios mais adequados, divulgar as melhores práticas e partilhar a informação entre os enfermeiros que lidam com esta patologia.

Julgamos ser pertinente desenvolver um projeto com a finalidade de percebermos que modelo de cuidados suportam os cuidados prestados pelos enfermeiros às pessoas com doença hemato-oncológica, podendo também contribuir para a consciencialização sobre a nossa prática profissional, na medida em que permite conhecer as nossas perceções sobre cuidados individualizados, contribuindo para orientar as nossas intervenções em processos de melhoria.

Foi implementado um estudo no ano de 2012, com desenho descritivo e comparativo, entre os enfermeiros que trabalham na área hemato-oncológica (internamento,

hospital de dia e transplantes) em Portugal e cumpridos todos os procedimentos éticos. Obtiveram-se 165 respostas, de enfermeiros de cinco diferentes instituições hospitalares. Após um contexto teórico do tema, apresentaremos o estudo no pormenor, seus resultados e respectiva discussão.

II. Contexto teórico

A pessoa com doença hemato-oncológica passa por múltiplas fases, desde o impacto do diagnóstico, a tratamentos de quimioterapia citostática e/ou radioterapia cíclicos, que obedecem a protocolos rígidos, com períodos de remissões e/ou recaídas.

Os efeitos secundários provocados pela quimioterapia citostática são variados e potencialmente graves, seja em crianças, no jovem adulto, no adulto ou no idoso. O tempo de internamento é frequentemente longo para controlo da doença ou estabilização destes efeitos secundários. O internamento, preferencialmente em isolamento protetor, provoca afastamento ou limitação do acompanhamento familiar ou de visitas.

Compreendemos que a adaptação mental à doença implica a necessidade de auto-capacitação para gerir e lidar com os processos de doença. Esta problemática remete-nos para a exigência e complexidade das intervenções de enfermagem, da importância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, dos cuidados individualizados e o impacto/efeito que a individualização dos cuidados tem no doente.

Os cuidados de enfermagem integram-se no paradigma das intervenções complexas na saúde, caracterizando-se por múltiplos elementos, a diversos níveis (pesso-

ais, humanos, organizacionais, contextuais, materiais, ...). As intervenções complexas são construídas sobre vários componentes em interação, que podem atuar numa forma independente ou interdependente (Craig et al, 2008).

Os sistemas de avaliação da qualidade nas instituições contribuem para assegurar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros é um elemento importante para a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001 - Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem).

Acrescentamos que “os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (OE, 2001 - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem).

Cada vez mais os nossos doentes têm maior capacidade de exigência dos serviços que necessitam, o que leva a uma crescente preocupação, concretamente sobre os serviços que prestamos. Vários são os autores que apelam à necessidade da prestação de cuidados de enfermagem centrados na pessoa (McCormack & Mccance, 2006) e individualizados (Suhonen, 2008). Os cuidados centrados na pessoa requerem o foco nas crenças, valores, necessidades e desejos individuais da pessoa e a adoção de aproximação que facilite a flexibilidade, mutualidade, respeito e cuidar. Na prática, requer inteligência, criatividade e atenção aos detalhes, e o reconhecimento da liberdade dos doentes de decidirem por si e do conhecimento e experiência que cada pessoa traz para a situação de cuidados como imprescindível para decisões que melhor se adequam ao bem-estar do doente. Importante a existência de pré-requisitos, tais como o ambiente dos cuidados, o processo (cuidados) centrado na pessoa e nos resultados esperados (McCormack & Mccance, 2006).

O termo “individualizar os cuidados” teve especial significado na década de 70. Implica atender o doente na sua singularidade, atender as suas características pessoais, em contraste com as intervenções de rotina ou standard em que todos os doentes recebem o mesmo tipo de cuidados (Suhonen, 2002).

Para promover a autonomia do doente, os enfermei-

ros consideram fatores como as características pessoais do doente, a sua situação clínica, a sua situação de vida pessoal, as suas preferências (Suhonen et al, 2010), as necessidades, experiências, comportamentos, sentimentos e percepções individuais de cada doente (Guruge & Sidane, 2002; Radwin & Alster, 2002). Tem conhecimento sobre as variáveis que têm em conta as diferenças individuais (Suhonen, 2002), em que primeiro o enfermeiro acede e colhe informação sobre as preferências, necessidades e percepções do doente. Adequa a informação nas intervenções educacionais, os cuidados de enfermagem ou atividades de reabilitação às características e situação clínica do doente, às reações do doente, às respostas de saúde e às características do ambiente físico e social. Finalmente, o doente tem o poder de participar na tomada de decisão atendendo às suas expectativas e resultados desejáveis (Suhonen, 2008).

Segundo Suhonen et al (2011), as intervenções individualizadas tem efeito na eficácia das intervenções educacionais (Gentz, 2000; Tate et al, 2001) no sucesso da reabilitação (Mulrow et al, 2004), na satisfação com os cuidados de enfermagem (Schmidt, 2001), na qualidade de vida relacionada com a saúde (Cox e Roghman, 1984; Rader et al, 1996; Stewart et al, 2000; Annells et al, 2001; Suhonen et al, 2005, 2007), na autonomia do doente (Rader et al, 1996), no custo-eficácia das intervenções de enfermagem (Hulscher et al, 1998; Coyle et al, 2001; Ward et al, 2000; Suhonen et al, 2008), na qualidade da comunicação, na recuperação e satisfação do doente (Walsh & Walsh, 1999; Suhonen, 2002; Frich, 2003; Suhonen et al, 2005), na gestão da situação (Coyle et al, 2001), na adesão ao regime de cuidados recomendado (Suhonen, 2008) e no aumento da motivação e satisfação no trabalho da equipa de enfermagem (Lake & Friese, 2006).

III. Procedimento metodológico

Desenvolvemos um desenho descritivo/comparativo em que pretendemos descrever e comparar as percepções dos enfermeiros que exercem funções em hemato-oncologia (internamento, hospital de dia e transplantes) sobre cuidados de enfermagem individualizados e conhecer o ambiente da prática profissional destes enfermeiros.

Foram incluídos na amostra todos os enfermeiros que trabalham na área Hemato-oncológica (internamento, hospital de dia e transplantes) das 5 instituições que responderam ao convite.

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos, nomeadamente pedidos institucionais, a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados e apenas serão divulgados os resultados do estudo em termos globais. Foi fornecida informação aos participantes sobre os objectivos e metodologia do estudo e efectuado o respetivo preenchimento de consentimento informado a todos os participantes.

Foi constituída uma equipa de co-investigadores por cada instituição, a partir dos enfermeiros do Grupo Hemato-oncologia da AEOP e outros que trabalham na área e que foi responsável pela entrega do pedido de autorização para realização do estudo na instituição, de distribuir e recolher os instrumentos de colheita de dados preenchidos e informar a equipa coordenadora quando os questionários estivessem preenchidos.

O questionário tinha uma 1.ª parte de caracterização sociodemográfica. A 2.ª parte, “Escala de Avaliação de Cuidados de Saúde Individualizados – a opinião dos enfermeiros” (Suhonen et al, 2000, 2005a, 2007c), era composta por duas escalas de resposta tipo Likert de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo completamente): a primeira, “Apoio à individualidade dos doentes através dos cuidados de enfermagem” (ICS-A); e a segunda “Percepções sobre a individualização dos cuidados prestados” (ICS-B), cada uma delas com 17 itens e com 3 sub-escalas. As sub-escalas eram a “Situação Clínica”, com 7 itens – ClinA e ClinB (necessidades físicas e psicológicas; medo e ansiedade; sentimentos e estados afectivos; capacidades e recursos; significado da doença; condição de saúde; reacções ou respostas à doença /condição de saúde), “Situação de Vida Pessoal”, com 4 itens – PersA e PersB (situação de vida em geral; hábitos diários e preferências; família e rede social; experiência anterior de hospitalização; crenças, tradição e cultura) e “Autonomia”, com 6 itens – DecA e DecB (informação sobre a doença e tratamento; fazer escolhas e ter alternativas; controle na decisão; expressar a sua opinião, pareceres, desejos e fazer propostas).

Por último, a 3.ª parte, “Escala de Avaliação do Quadro Contextual/Ambiente da Prática Profissional (RPPE)”, de Ives Erickson et al (2004), com 39 itens com resposta de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). A RPPE tem 8 sub-escalas: Gestão de Desacordos e Conflitos (9 itens), Motivação Interna Profissional (8 itens), Controlo sobre a Prática (5 itens), Liderança e Autonomia na Prá-

tica Clínica (5 itens), Relações da Equipa de Enfermagem com os Médicos (2 itens), Trabalho de Equipa (4 itens), Sensibilidade Cultural (3 itens) e Comunicação sobre os Doentes (3 itens).

Ambas as escalas estão testadas e validadas em português. As escalas foram disponibilizadas pela Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) da ESEL.

Os dados recolhidos foram posteriormente tratados e analisados quantitativamente (SPSS 20), através de estatística descritiva e em busca de uma associação entre as diferentes variáveis, a fim de darmos resposta aos objectivos traçados.

A consistência interna das escalas foi avaliada com recurso ao alfa de Cronbach. Os valores encontrados são semelhantes aos dos autores das mesmas em Portugal (ICS-A/ICS-B respectivamente 0,92/0,91) e aos da autora (Suhonen et al, 2011, de 0,91/0,90).

Quadro 1: Opinião dos Enfermeiros – “Escala de Avaliação de Cuidados de Enfermagem Individualizados”.

		Média	Min – Max	alpha Cronbach
Apoio individualidade	Situação clínica (Clin_A)	4,46	4,30 – 4,61	0,91
	Situação pessoal (Pers_A)	4,24	4,08 – 4,47	0,79
	Autonomia (Dec_A)	4,14	3,98 – 4,30	0,75
	(ICS_A)	4,30	4,14 – 4,47	0,92
Percepção sobre individualidade	Situação clínica (Clin_B)	4,40	4,25 – 4,54	0,89
	Situação pessoal (Pers_B)	3,95	3,81 – 4,22	0,79
	Autonomia (Dec_B)	4,15	3,93 – 4,31	0,81
	ICS_B	4,21	4,05 – 4,39	0,91

Na escala RPPE encontramos valores de alfa de Cronbach entre 0,61 (Trabalho de Equipa) e 0,85 (Controlo sobre a Prática) nas sub-escalas e de 0,74 na escala global, compatíveis com resultados de Charalambous et al (2010): 0,47 e 0,81 nas sub-escalas e 0,86 na escala global.

Quadro 2: Opinião dos enfermeiros – “Avaliação do Ambiente da Prática Profissional (RPPE)”.

	Média	Min – Max	alpha Cronbach
Gestão de Desacordos e Conflitos	2,35	2,00 – 2,68	0,66
Motivação Interna Profissional	3,30	2,79 – 3,79	0,79
Controlo sobre a Prática	2,61	2,54 – 2,77	0,85
Liderança e Autonomia na Prática Clínica	3,15	3,00 – 3,21	0,82
Relação entre Equipa de Enfermagem e Médica	2,72	2,66 – 2,78	0,68
Trabalho de Equipa	2,18	2,13 – 2,21	0,61 ⁽¹⁾
Sensibilidade Cultural	3,05	2,76 – 3,31	0,61
Comunicação sobre os Doentes	2,59	2,55 – 2,63	0,79 ⁽¹⁾
Escala RPPE (Total de respostas 147)	2,77	2,00 – 3,81	0,74

⁽¹⁾ itens retirados.

IV. Resultados

Obtivemos 165 respostas de 5 instituições de saúde, de Lisboa, Porto e Coimbra, que classificamos de H1 a H5. A amostra apresenta uma idade média de 34 anos, é maioritariamente do sexo feminino (102), licenciados (141), tem uma média de 11 anos na profissão e 8 anos de experiência na hemato-oncologia. Possuem título de enfermeiros 144 e 20 têm título de especialista ou formação a nível de especialidade. Maioritariamente fazem 35 ou 40 horas por semana: respectivamente 85 e 53 enfermeiros da amostra. Do total de enfermeiros inqueridos, 75 desempenham funções no internamento, 32 na UTM e 22 em Hospital de Dia, sendo que em alguns serviços as equipas de enfermagem não são estanques, pelo que os mesmos enfermeiros podem circular por outras valências.

Quadro 3: Caracterização sociodemográfica da amostra.

		Instituição de Saúde					TOTAL
		H1	H2	H3	H4	H5	
Idade		35,12	35,90	35,67	33,60	33,61	34,67
Sexo	Masculino	2	6	4	4	7	23
	Feminino	15	34	23	31	29	102
Título	Enfermeiro	15	38	23	28	40	144
	Enfermeiro c/ Espec	2	2	3	7	6	20
Tipo de Serviço	Hosp. Dia	0	14	0	8	0	22
	Internam.	14	12	24	6	19	75
	UTM	0	6	2	2	22	32
	+ que 1 val.	3	8	0	19	0	30
Experiência Hematologia		9,82	8,32	7,40	7,00	8,69	8,15
TOTAL enfermeiros		17	40	27	35	46	165

Suporte da individualidade do doente (ICS-A)

Os enfermeiros da amostra percebem que o seu trabalho apoia a individualidade dos doentes (valores médios de 4,47 a 4,14) com diferenças entre as instituições de saúde (gráfico 1).

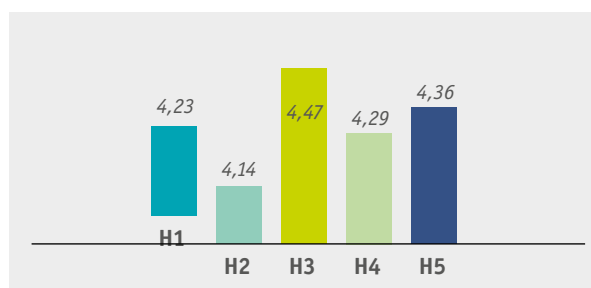


Gráfico 1: Cuidados de Enfermagem dirigidos para o suporte à individualidade da pessoa doente (ICS-A).

A percepção que os enfermeiros têm sobre o apoio à individualidade do doente é mais elevada em relação à situação clínica, com valor médio de 4,46 (máximo de 4,61 a mínimo de 4,30), e mais baixo globalmente no apoio à autonomia e decisão do doente, com valor médio de 4,14

(variando entre 4,30 a 3,98). Em relação ao apoio à individualidade do doente, no que diz respeito à sua situação pessoal foram encontrados valores médios de 4,24 (com variação de 4,47 a 4,08), como se pode ver no gráfico 2.

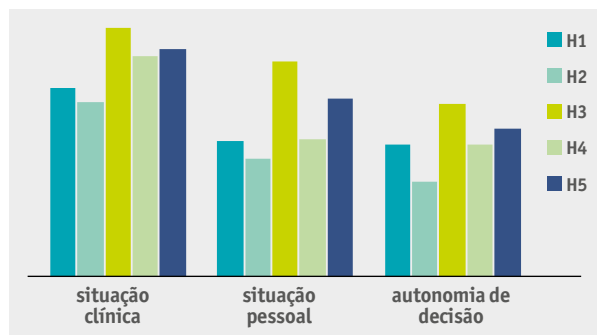


Gráfico 2: Cuidados de Enfermagem dirigidos para o suporte à individualidade da pessoa doente (Clin-A, Pers-A, Dec-A).

Individualidade de cuidados prestados aos doentes (ICS-B)

Os enfermeiros da amostra percebem que os cuidados que prestam aos seus doentes são individualizados (valores médios de 4,39 a 3,95), também aqui com diferenças entre as instituições de saúde e globalmente ligeiramente mais baixos que na escala anterior (ICS-A).

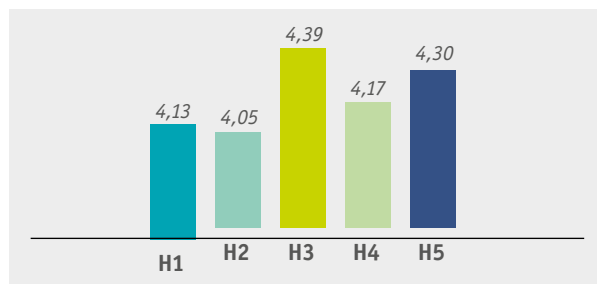


Gráfico 3: Percepção dos enfermeiros sobre a individualização dos cuidados (ICS-B).

Os valores mais elevados foram novamente em relação à situação clínica (gráfico 4), com valor médio de 4,40 (máximo de 4,54 a mínimo de 4,25), e mais baixos globalmente em relação à “situação pessoal”, em que foram encontrados valores médios de 3,95 (variando entre 4,22 a 3,81). No que diz à percepção que os cuidados que prestam aos seus doentes na realização de cuidados relacionados com a decisão e autonomia do doente, encontrámos valores médios de 4,15 (variando entre 4,31 a 3,93).

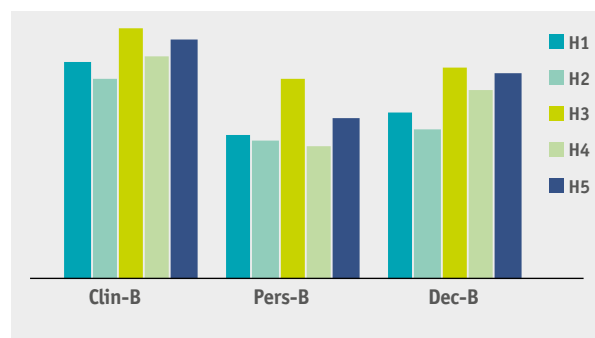


Gráfico 4: Percepção dos enfermeiros sobre a individualização dos cuidados (Clin-B, Pers-B, Dec-B)

Ambiente da Prática Profissional

Os enfermeiros observaram que a sua motivação era alta (valor médio global de 3,30) em todas as instituições de saúde. Eles entendem ter liderança profissional e autonomia na sua prática (valor médio global de 3,14), aqui com maiores diferenças entre os diferentes hospitais (valor mínimo 2,78 e máximo 3,51) e que prestam cuidados competentes culturalmente sensíveis (valor médio global de 3,05).

Quadro 4: Comparação de valores médios das sub-escalas da RPPE por instituições de saúde.

RPPE	Instituição Saúde					TOTAL
	H1	H2	H3	H4	H5	
Gestão de Desacordos e Conflitos	2,16	2,35	2,14	2,40	2,67	2,34
Motivação Interna Profissional	3,38	3,18	3,41	3,22	3,37	3,30
Controlo sobre a Prática	2,26	2,26	2,51	3,28	2,89	2,61
Liderança e Autonomia na Prática Clínica	3,26	2,89	3,51	2,78	3,32	3,14
Relação entre Equipa de Enfermagem e Médica	2,68	2,65	2,78	2,61	2,85	2,71
Trabalho de Equipa	2,46	2,35	2,39	2,19	2,37	2,34
Sensibilidade Cultural	3,10	3,01	3,07	3,04	3,07	3,05
Comunicação sobre os Doentes	2,29	2,39	2,17	2,94	2,84	2,50

Em contrapartida os valores médios globais mais baixos encontrados foram na capacidade de gerir conflitos com a utilização do método de resolução de problemas e o seu funcionamento em equipa (2,34), com diferenças entre os diferentes hospitais (valores mínimos de 2,14 e 2,19 a máximos de 2,67 e 2,46, respectivamente).

A comunicação sobre os doentes foi percebida como satisfatória (2,50), a relação com a equipa médica como relativamente boa (2,71), bem como o controlo sobre a prática (2,61), também com diferenças entre as várias unidades (valores mínimos de 2,17 - 2,61 - 2,26; máximos de 2,94 - 2,85 - 3,28, respectivamente).

De entre as instituições em que foi possível efectuar associação entre variáveis (de algumas instituições recebemos a escala ICS e a RPPE em momentos diferentes), verificamos que a percepção dos enfermeiros sobre o suporte à individualidade dos doentes (ICS-A) apresentou uma correlação positiva com a motivação no trabalho, controlo sobre a prática, liderança e autonomia, na sub-

-escala situação pessoal, e ainda com a sensibilidade cultural na prática dos cuidados, nas sub-escalas situação clínica e situação pessoal. Não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre o suporte à individualidade dos doentes com gestão de conflitos pelo método de resolução de problemas, ou relação com equipa médica, nem com trabalho de equipa e comunicação sobre os doentes.

O ponto de vista dos enfermeiros sobre a individualidade dos cuidados que prestam (ICS-B) apresentou uma correlação estatisticamente significativa unicamente com o controlo sobre a prática e com a sensibilidade cultural na prática dos cuidados, nas sub-escalas situação pessoal e na de decisão e autonomia do doente e ainda, desta última sub-escala, com liderança e autonomia na prática clínica.

Foi encontrada correlação estatisticamente significativa mas negativa entre as componentes gestão de desacordos e conflitos com a percepção sobre a individualização dos cuidados prestados pelos enfermeiros nas sub-escalas situação clínica e situação pessoal e também entre comunicação sobre os doentes na continuidade de cuidados com a sub-escala percepção sobre a individualização dos cuidados prestados em relação à sub-escala situação clínica.

Quadro 5: Associação entre a ICS - opinião dos Enfermeiros e as sub-escalas RPPE.

RPPE \ ICS	Clin_A	Pers_A	Dec_A	Clin_B	Pers_B	Dec_B
Gestão de Desacordos e Conflitos	--	--	--	-,220*	-,211*	--
Motivação Interna Profissional	--	,209*	--	--	--	--
Controle sobre a prática	--	,218*	--	--	,219*	,262*
Liderança e Autonomia na Prática Clínica	--	,205*	--	--	--	,249*
Relação Equipa de Enfermagem/Médica	--	--	--	--	--	--
Trabalho equipa	--	--	--	--	--	--
Sensibilidade cultural	,246*	,304**	,258*	--	,323**	,241*
Comunicação sobre os doentes	--	--	--	-,220*	--	--

** Nível 0,01 * Nível 0,05

V. Discussão

Praticamente todos os enfermeiros devolveram o questionário preenchido. Para tal foi importante o papel dos co-investigadores de cada local na entrega e recolha destes.

Os tempos da colheita de dados teve que ser alargada pelo facto de as autorizações dos conselhos de administração e comissões de ética respeitarem circuitos diferentes.

Apesar do protocolo do estudo ser igual, houve entendimentos diferentes, o que levou a que em dois hospitais o momento de recolha de dados da ICS e RPPE tenha sido diferente ou, se simultâneo, colhido como dois questionários.

A homogeneidade da amostra está reduzida porque as valências dos serviços foram diferentes e, ainda, no mesmo hospital os enfermeiros tinham oportunidades diferentes quanto à sua experiência nas diferentes valências. Também apresentaram diferenças quanto às habilitações, experiência em Hematologia e ao género.

Encontramos diferenças entre as respostas dos enfermeiros das cinco instituições de saúde, sendo que as mais elevadas foram encontradas na que designamos como H3, seguido da H5, H4, H1 e por último H2 nas duas escalas

(ICS-A e ICS-B), apesar de com valores relativamente mais baixos na ICS-B. Para tal poderá ter contribuído o contexto da prática, porque nas características da amostra não foram encontradas diferenças estaticamente significativas. Os valores mais elevados são de serviços cujos respondentes trabalham em internamento ou na UTM e o valor mais baixo de serviços com hospital de dia, internamento e UTM.

A percepção que os enfermeiros têm sobre o apoio à individualidade do doente e sobre os cuidados individualizados que prestam apresentaram valores mais elevados que os encontrados por Suhonen et al (2011), talvez porque as pessoas com doença hemato-oncológica têm percursos de doença, internamentos e tratamentos prolongados no tempo, o que implica mais e maior interação com os enfermeiros, bem como maior interesse e oportunidade de atender à individualidade da pessoa doente.

No apoio à individualidade do doente e nos cuidados individualizados que prestam encontramos valores mais elevados em relação à situação clínica, seguida do apoio à autonomia e controlo da decisão e cuidados prestados para a autonomia e controlo da decisão e, por último, nos aspectos pessoais. Suhonen et al (2011) apontam para resultados ligeiramente diferentes, nomeadamente no que diz respeito ao apoio à situação de vida pessoal, com valores superiores no apoio à autonomia e controlo da decisão que não são acompanhados pelos resultados sobre a individualidade dos cuidados prestados. Concordamos que os aspectos tidos como mais preocupantes para os enfermeiros são os relacionados com a situação clínica dos doentes, logo a individualidade nos cuidados prestados acompanha esta preocupação.

Quanto à avaliação do contexto da sua prática profissional, a instituição H3 apresentou o valor mais elevado na sub-escala controlo sobre a prática e na transmissão de informação que permita a continuidade dos cuidados, enquanto H5 o obteve na gestão de conflitos e na relação entre a equipa médica e de enfermagem. Já em H4 verificamos os valores mais elevados nas sub-escalas motivação interna e liderança. Por outro lado, H1 apresentou os valores mais elevados no trabalho em equipa e na sensibilidade para os aspectos culturais. Contrariamente, foram encontrados os valores mais baixos nas sub-escalas motivação interna, controlo sobre as práticas e na sensibilidade para os aspectos culturais em H2, na relação entre a equipa

médica e de enfermagem, liderança e no trabalho em equipa na H3, na transmissão de informação que permita a continuidade dos cuidados e na gestão de conflitos na H4 e nas sub-escalas gestão de conflitos e controlo sobre a prática na H1. Como não foram encontrados estudos de avaliação do contexto da prática em Portugal, recorremos ao estudo de Charalambous et al (2010) cujos valores foram ligeiramente inferiores nas sub-escalas controlo sobre a prática e liderança, mas superiores nas restantes.

Encontramos associação positiva entre os cuidados individualizados e controlo sobre a prática, liderança e autonomia, motivação interna profissional e sensibilidade cultural, o que nos demonstra que os aspetos do ambiente profissional influenciam a prestação de cuidados individualizados, tal como Charalambous et al (2010). Outros estudos têm mesmo demonstrado que o controlo e autonomia na prática influenciam a qualidade dos cuidados prestados aos clientes (Mrayyan, 2009; Raftery et al, 2005). Podemos inferir que é possível ter efeito nos resultados dos cuidados de enfermagem.

O fato de não se encontrar associação entre os cuidados individualizados e o trabalho de equipa ou a relação com a equipa médica ajuda-nos a concordar com Charalambous et al (2010) e com Cohen-Mansfield e Parpura-Gill (2008), que referem que a individualização de cuidados se deve ao próprio enfermeiro e não à forma como se relaciona na equipa. Em relação à comunicação necessária à continuidade de cuidados e à gestão de conflitos, também arriscamos a dizer que as suas estratégias e preocupações estão centradas no próprio enfermeiro e não nos recursos ou estratificação do ambiente da prática profissional.

Uma limitação importante deve-se ao fato de não nos ser possível efectuar associação entre a individualidade dos cuidados e a avaliação do ambiente da prática profissional, em todos os contextos da nossa amostra (em duas delas recebemos a escala ICS e a RPPE em momentos diferentes), o que nos alerta para a necessidade de maior articulação com os co-investigadores e supervisão mais apertada no decurso do processo de colheita de dados.

Questionamos a importância de utilizar a escala de Avaliação de Cuidados de Enfermagem Individualizados – opinião dos enfermeiros e a de opinião dos doentes em simultâneo porque eventualmente será interessante triangular os achados dos prestadores de cuidados e dos receptores dos mesmos.

VI. Conclusão e implicações

Podemos concluir que os enfermeiros dirigem os seus cuidados para a individualidade dos clientes, tendo sido encontrados valores médios elevados, e têm essa percepção (4,05 - 4,39), sendo que entre as instituições de saúde, apesar das diferenças encontradas, os valores mais baixos são no apoio à autonomia/controlo da decisão sobre os cuidados (Dec_A = 4,14), seguido da percepção sobre a situação de vida pessoal (Pers_B = 3,95), e os mais elevados na situação clínica do doente (Clin_A/Clin_B = 4,46/4,40).

Globalmente, encontramos valores mais baixos na escala de avaliação do ambiente da prática profissional.

Quanto à avaliação do ambiente da prática profissional, os valores mais baixos são nas sub-escalas trabalho de equipa (2,18) e na gestão de desacordos e conflitos (2,35) e os mais elevados na motivação interna profissional (3,30) e na liderança e autonomia na prática clínica (3,15), com diferenças entre as diferentes instituições de saúde.

Confirmamos a importância de uma prática de cuidados de enfermagem individualizados à pessoa com doença hemato-oncológica.

É importante aceder à individualização dos cuidados prestados pelos enfermeiros a pessoas com doença hemato-oncológica e identificar áreas de melhoria da qualidade daqueles, bem como vertentes do contexto da prática que os podem influenciar.

Concordamos que a optimização da individualização dos cuidados irá requerer mudanças nas condições de trabalho, na organização dos cuidados, na estrutura e processo de cuidados e na gestão e liderança (Suhonen et al. 2009), e um estudo de intervenção com manipulação de aspectos do ambiente profissional em condições controladas poderá contribuir para a melhor compreensão de como os enfermeiros promovem cuidados individualizados (Charalambous et al, 2010).

BIBLIOGRAFIA

- Craig, P. et al. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655.
- Charalambous, A., et al. (2010). Individualised care and the professional practice environment: nurses' perceptions. *International Nursing Review*, 57(4), 500-7.
- Cohen-Mansfield, J.; Parpura-Gill, A. (2008). Practice style in the nursing home: dimensions for assessment and quality improvement. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(4), 376-86.
- Hickman, J.S. (2000). E, Rosemary Rizzo Parse. In George, Julia B. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre, SP, Brasil. Artes Médica. p. 267-81.
- McCormack, B.; McCance, T.V. (2006). The person centred nursing conceptual framework. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-9.
- Mrayyan, M.T. (2006). A unit-based protocol to enhance Jordanian nurses' autonomous decision making. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 391-6.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2001a). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual: enunciados descritivos. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem, p11.
- Raftery, J.P., et al. (2005). Cost effectiveness of nurse led secondary prevention clinics for coronary heart disease in primary care: follow up of a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 330(7493), 707.
- REPE: Regulamento do Exercício da Prática de Enfermagem. Decreto-Lei n.º 161/96. D.R. n.º 205, Série I (4 de Setembro), 2959-2962, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, D.R. n.º 93, Série I-A (21 de Abril), 1739-1757.
- Slater, P.; McCormack, B.; Bunting, B. (2009). The development and pilot testing of an instrument to measure nurses' working environment: the nursing context index. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(3), 173-82.
- Suhonen R.; Välimäki M.; Leino-Kilpi H. (2005). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 50(3), 283-92.
- Suhonen, R.; Schmidt, L.A.; Radwin, L. (2007). Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales. *Journal of Advanced Nursing* 59(1), 77-85.
- Suhonen R.; Välimäki M.; Leino-Kilpi H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Advanced Nursing* 17(7), 843-60.
- Suhonen R., et al. (2011). Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1895-907.

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

Indicação

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

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

Referências:

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

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

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

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

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

YERVOY®
(Ipilimumab)
concentrado para solução para perfusão

ANÁLISE ESTRATÉGICA DA AEOP EM DIREÇÃO AO PLANEAMENTO FUTURO DA SUA ATIVIDADE

Freitas, M. Jorge

Enfermeiro Responsável, Serviço de Radioterapia do IPO Porto; Especialista em Enfermagem Comunitária; Mestrado Bioética
mjorgefreitas@sapo.pt

Monteiro, Alice

Enfermeira Responsável, Hospital de Dia do IPO Porto; Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
alicem@ipoporto.min-saude.pt

Silva, Susana

Enfermeira, Serviço de Oncologia Médica do IPO Porto, Especialista em Enfermagem Comunitária
susana.silva1975@gmail.com

Pereira, Manuela

Enfermeira, USF Santa Clara, Especialista em Enfermagem Comunitária
manuelap.usfstaclara@gmail.com

RESUMO: Toda a organização que possui uma estratégia, necessita de ter uma missão e uma visão. Com estratégia, uma organização atinge os seus objetivos, antecipa os seus problemas, pode ter uma vida mais longa, diminuindo o risco de insucesso. Existem quatro atributos chave na gestão estratégica: É dirigida no sentido de todas as metas e objetivos organizacionais; Inclui vários stakeholders no processo de tomada de decisão; Requer a incorporação de perspetivas de curto e longo prazo; Envolve o reconhecimento de trade-offs entre a eficiência e eficácia empresarial. Assim, a organização deve ser analisada como um todo e todos devem trabalhar em prol dos objetivos globais. No caso concreto da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), pretendemos analisar e aplicar as técnicas de Gestão Estratégica, especificamente: análise SWOT, análise segundo a matriz Pestal e análise das cinco forças de Porter. No último ponto deste artigo, o grupo apresenta um plano estratégico para o próximo biénio para a organização em análise.

PALAVRAS-CHAVE: modelos de análise estratégica, organização, competitividade.

ABSTRACT: *Any organization needs a strategy, a mission and a vision. With strategy, an organization achieves its goals, anticipates its problems, can have a longer life, decreases the failure risk. There are four key attributes in strategic management: It is directed towards all the organizational goals and objectives; Includes various stakeholders in the decision-making process; Requires short and long-term prospects; It involves recognizing trade-offs between business efficiency and effectiveness.*

In this article we intend to analyze and apply the techniques of Strategic Management for the next two years of Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP).

KEYWORDS: *models of strategic analysis, organization.*

I. Introdução

A Gestão Estratégica é uma “metodologia” importante que visa assegurar o sucesso de uma empresa ou organização num determinado momento, bem como as perspetivas de sucesso no futuro. Ela inclui: a identificação dos riscos e proposta de um plano para os minimizar ou mesmo evitá-los; identificação dos pontos fortes e fracos em relação à sua concorrência e ao ambiente de negócio em que atua.

A implementação de estratégias, permite obter uma

linha orientadora que valoriza os objetivos, as necessidades e interesses globais e institucionais em detrimento dos interesses individuais.

No âmbito da unidade curricular de “Gestão Estratégica”, da Pós-Graduação em Gestão de Unidades de Saúde, propomos este trabalho com o objetivo de analisar e aplicar as técnicas de Gestão Estratégica numa Associação de Enfermeiros numa área específica da Saúde – a Oncologia.

Escolhemos a AEOP – Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa – uma organização com 7 anos de experiência em Portugal e na Europa no “mercado” da atividade científica da enfermagem oncológica.

Iniciamos com uma breve descrição da organização, faremos uma análise interna especificamente com a utilização da metodologia SWOT e os Recursos e Competências da organização; uma análise externa recorrendo à mesma metodologia em conjunto com a aplicação das 5 forças de Porter e à metodologia de Pestal. Por último, analisaremos e propomos um Planeamento Estratégico para esta organização.

II. Análise interna

A análise interna tem como finalidade evidenciar as deficiências e qualidades da organização, ou especificamente as suas forças e fraquezas. Os seus pontos fortes ou fracos deverão ser determinados perante a sua atual posição no mercado da atividade científica da enfermagem oncológica.

A análise SWOT é uma metodologia muito difundida de fazer o diagnóstico estratégico da organização. O que se pretende é definir as relações existentes entre os pontos fortes e fracos da associação, com as tendências mais importantes que se verificam na envolvente global da mesma, seja ao nível do mercado específico, da conjuntura económica, das imposições legais, etc.

A nossa atividade passa por avaliar, através de uma reflexão aprofundada da organização, na qual devem participar todos os órgãos sociais. Previamente, será necessário reunir uma série de informações:

- *Internas*, para os pontos fortes e fracos;
- *Externas*, para as oportunidades e ameaças (aqui é necessário visão e bom-senso).

Para efetuarmos a análise do ambiente interno desta organização, definimos dois tempos diferentes: Uma primeira análise SWOT (direcionada para a *interna*) e os Recursos e Competências da mesma. Centremos nesta fase a análise dos pontos fortes e fracos.

Análise SWOT

O diagnóstico estratégico deve estar organizado em termos funcionais. É útil associar a cada ponto forte ou fraco um departamento ou área da organização, nomeadamente as seguintes áreas funcionais: Produção; Financeira; Recursos Humanos; Marketing / comercial.

As forças e fraquezas são determinadas pela posição atual da organização e relacionam-se, quase sempre, a fatores internos. Estes são particularmente importantes para que a organização rentabilize o que tem de positivo e reduza, através da aplicação de um plano de melhoria, os seus pontos fracos. Da análise interna da AEOP obtivemos as seguintes variáveis:

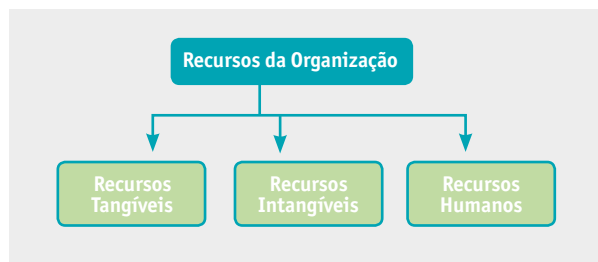
Quadro 1: Análise Interna SWOT

		Na realização do Objetivo	
		Positivo	Negativo
Origem do Fator	Interna (Organização)	Forças <ul style="list-style-type: none"> . Boa localização: sede perto do Instituto Português de Oncologia - Porto, centro de referência na área da Oncologia . Página web . Comunicação: facilidade de comunicar com os associados via email . Projetos educacionais: existência de Workgroups que nos permite trabalhar em várias áreas educacionais . Experiência dos membros: membros com experiência em diversas áreas da Oncologia fazem parte destes Workgroups . Parcerias nacionais: parcerias com algumas sociedades profissionais e grupos de doentes . Parcerias internacionais: parcerias com associações internacionais . Investigação: Projetos de investigação em parceria com a Indústria Farmacêutica e Escolas Superiores Enfermagem 	Fraquezas <ul style="list-style-type: none"> . Financiamento Indústria e membros: Associação financia-se da Indústria Farmacêutica e das quotas dos associados . Capacidade de gerar membros para direção: pouca disponibilidade dos membros para fazer parte dos órgãos sociais . Disponibilidade dos membros: dificuldade em motivar os membros para colaborar na atividade científica . Recursos económicos limitados

Recursos e Competências

A Visão Baseada nos Recursos (RBV) é uma perspetiva da estratégia que explica a vantagem competitiva a partir dos recursos e competências distintivos da organização. Segundo Pereira (1999), a teoria *Resource-Based View* visa os recursos das organizações de forma a compreender a estratégia competitiva assente nas suas capacidades internas, fornecendo às organizações uma perspetiva de avaliação dos seus recursos e competências.

Recursos são os meios ou ativos de que dispõem as empresas para poderem produzir. Eles podem ser classificados em tangíveis (aqueles que podem ser utilizados, que têm existência física), intangíveis (são o resultado de conhecimento acumulado e podem proporcionar vantagem competitiva para a organização). Competências são as atividades em que a organização utiliza os seus recursos de forma eficaz (Braga, 2013).



Esquema 1: Recursos de uma Organização

A Associação apresenta como **Recursos Tangíveis** uma localização de fácil acesso, financiamento dos seus membros e dos *sponsors* farmacêuticos, computadores e *software* próprio, o número de 600 membros da associação e plataforma *web* da organização.

Como **Recursos Intangíveis**, podemos considerar a boa imagem da organização junto dos profissionais de Oncologia e dos doentes que procuram informação, pelo facto dos membros da direção pertencerem a diversos serviços e hospitais com elevados níveis de conhecimento científico nas diferentes áreas da Oncologia, reconhecimentos da atividade da AEOP junto dos seus *stakeholders* (membros da AEOP e Indústria Farmacêutica que apoiam as atividades científicas).

Quanto aos **Recursos Humanos**, verificamos que os elementos da direção e os coordenadores dos grupos específicos de trabalho são os responsáveis pelo funcionamento da associação. Cada elemento tem um papel importante e específico na organização.

Principais **Competências** da Associação:

- Conhecer os seus membros e a realidade da enfermagem oncológica em Portugal e na Europa;
- Dinamizar o portal *web* como plataforma privilegiada de ligação com a comunidade científica;
- Dinamização da revista científica Onco.news, procurando novos indexantes;

- Produzir conhecimento científico através da investigação;
- Reforçar as parcerias de atividades científicas com outras organizações ligadas à Oncologia;
- Implementar e desenvolver projectos educacionais de interesse para as práticas clínicas em Oncologia.

III. Análise externa

A análise do ambiente externo é um dos pilares do planeamento estratégico de uma determinada organização. Quanto mais competitivo, instável e complexo for o ambiente externo da organização, maior é a necessidade de o analisar. Por outro lado, as organizações são ambientes abertos, constituídas por sectores interdependentes entre si, que sofrem influência do meio externo. Todo este contexto tem de constar na análise estratégica.

Para a análise externa que fizemos da AEOP, utilizamos os resultados da metodologia SWOT, a matriz de Pestal e as 5 forças de Porter.

Análise SWOT

O ambiente externo nesta análise corresponde às oportunidades e ameaças. As oportunidades e ameaças são antecipações do futuro e estão relacionadas com fatores externos, que permitem a identificação de aspetos que possam constituir constrangimentos (ameaças) à implementação de determinadas estratégias, e de outros que possam constituir-se como apoios (oportunidades) para alcançar os objetivos delineados pela organização. Da análise externa da AEOP, concluímos o seguinte:

Quadro 2: Análise externa SWOT

		Na realização do Objetivo	
		Positivo	Negativo
Origem do Fator	Externa (Ambiente)	Oportunidades <ul style="list-style-type: none"> • Difícil aparecimento de nova organização com os mesmos objetivos • Aumentos de enfermeiros a trabalhar em Oncologia • Utilização de <i>software</i> sofisticado • Diminuição de custos com comunicação • Utilização de revista e eventos científicos para captar apoios 	Ameaças <ul style="list-style-type: none"> • Instabilidade económica (apoios) • Apenas Enfermagem Oncológica • Novas leis de impostos • Existência de outras organizações similares

Análise segundo a matriz PESTAL

A análise PESTAL é uma ferramenta essencial para a análise da entrada de qualquer organização no mercado ou na reanálise do posicionamento das existentes, e baseia-se na análise aos fatores externos que a podem influenciar, direta ou indiretamente. São eles o contexto Político, Económico, Social, Tecnológico, Ambiental e Legal. Analisando estas 6 variáveis aplicadas à nossa organização de estudo, temos o quadro seguinte:

Quadro 3: Análise de Pestal

Político	A AEOP, como associação, está dependente das leis impostas às organizações associativas e como tal está exposta a mudanças nas isenções previstas. Necessidade de reportar os apoios ao Infarmed – Plataforma de Transparência.
Económico	A conjuntura económica diminui a possibilidade de obtenção de apoios da Indústria Farmacêutica Diminuição de adesão de novos membros e diminuição de pagamentos das quotizações Preços praticados pelos fornecedores podem aumentar: revista científica e reunião científica anual
Social	Aumento do número de unidades de Oncologia privadas Aumento da procura de informação por parte dos profissionais Aumento de procura de informação pelos doentes e familiares
Tecnológico	Utilização da página web como meio de comunicação privilegiada – necessidade de <i>refresh</i> do portal www.aeop.net Necessidade de aquisição de equipamento informático atualizado Envio de <i>newsletter</i> mensal como elo de ligação entre os membros e a organização.
Ambiental	Redução do impacto ambiental através do envio da revista pela web e comunicações aos sócios por e-mail.
Legal	A Associação rege-se por estatutos próprios e cumpre a legislação prevista para as associações sem fins lucrativos.

Análise segundo o modelo de Porter

Para Porter (1996), a essência da formulação de uma estratégia competitiva é relacionar uma organização com o seu ambiente. Embora o ambiente relevante seja muito amplo, abrangendo tanto forças sociais como económicas, o

aspecto principal do meio ambiente da empresa é a indústria ou as indústrias em que ela compete.

Porter aponta ainda que a intensidade da concorrência numa organização não é uma questão de coincidência ou de má sorte. Ao contrário, a concorrência numa indústria tem raízes na sua estrutura económica básica e vai além do comportamento dos atuais concorrentes. O grau da concorrência numa organização depende de cinco forças competitivas básicas, apresentadas no esquema 2:



Esquema 2: As cinco forças de Porter

Na “ameaça de novas entradas”, a possibilidade de surgirem outras organizações com os mesmos objetivos é baixa atendendo ao público-alvo ser reduzido, aos custos associados na definição de uma nova organização e fundamentalmente ao mercado de apoios ser de pequena dimensão.

A existência de serviços substitutos no mercado que, analisados, desempenham funções equivalentes ou parecidas é uma condição básica de competitividade que pode afetar a organização. Neste caso concreto, o nível de “ameaças de substitutos” é médio-baixo. Apenas existe uma associação com a disponibilização destes serviços.

No “poder de negociação com os fornecedores”, existem várias empresas de tecnologia de informação, o que permite uma negociação alta no que se refere à construção e manutenção das plataformas de comunicação *web*. Relativamente à empresa de construção e maquetização de documentos e da revista, a capacidade de negociação é média em virtude da qualidade e das características de que necessita a Associação. Aqui o poder de negociação tem a ver com quantidades. Não existem contratos assinados com limites de duração.

O “poder negocial dos clientes” é baixo. Existem 2 tipos de “clientes” na Associação: os membros efetivos, os membros organizacionais, e a Indústria Farmacêutica através dos apoios aos eventos científicos organizados pela AEOP. No lado dos membros, não existe pressão nos preços, mas do lado da Indústria, pela conjuntura económica e pelo número de eventos científicos realizados em Portugal, é exigida mais qualidade por um menor preço.

A rivalidade competitiva entre associações é baixa. Na componente científica não existe rivalidade uma vez que cada associação tem o seu alvo específico e a sua atividade científica específica. Apenas pode existir rivalidade nas atividades científicas quando planeadas em momentos coincidentes e quando as áreas abrangidas são idênticas.

Fazendo uma análise geral da concorrência, a Associação tem apenas uma concorrente do mesmo sector e tem várias concorrentes mas de um sector organizativo diferente (médico). No sentido de estar na frente da concorrência, é importante manter variáveis como a qualidade de serviço prestado na produção de conhecimento e na comunicação, e inovação tecnológica, de forma a chegar mais rapidamente e com melhor qualidade informativa aos membros efetivos e aos membros potenciais.

É fundamental conhecer o mercado específico do *marketing* de novos medicamentos e tecnologias de forma a captar apoios para a atividade da associação – apoios nos eventos científicos e na publicidade da revista científica, página *web* e *newsletter* mensal. Outro aspeto importante é a manutenção de uma cultura ética de responsabilidade perante os clientes (membros individuais e institucionais) e *sponsors* (Indústria Farmacêutica), importante na credibilidade da Associação no mercado da Oncologia.

IV. Planeamento Estratégico 2015 - 2017

O Planeamento Estratégico é um processo de gestão que diz respeito à definição de objetivos para a seleção de programas de ação e para a sua execução, levando em conta as condições internas e externas da organização à sua evolução esperada. Também se consideram as premissas básicas que a organização deve respeitar para que todo o processo tenha coerência e sustentabilidade.

Para Bateman e Snell (1998), a administração estratégica é um processo envolvendo todos os níveis da organização, que formulam e implementam objetivos estratégicos.

O planeamento estratégico prevê o futuro da organização numa lógica de longo prazo. De uma forma genérica, consiste em saber o que deve ser executado e de que forma deve ser executado. Este é crucial para o sucesso da organização.

Mantendo uma estratégia de longo prazo, é importante a organização trabalhar o próximo Plano Estratégico para 2015-2017. Este grupo de trabalho propõe as linhas gerais de um Plano Estratégico para o próximo biênio baseado nos seguintes vetores:

- **Missão:** Maximizar a influência da enfermagem oncológica na redução das complicações do tratamento oncológico.
- **Visão:** Liderar a comunidade científica de enfermagem oncológica portuguesa no controlo da doença oncológica.
- **Valores essenciais:** Excelência, inclusão, integridade e respeito.

A partir da análise interna e externa que este grupo de trabalho fez da AEOP, propomos as seguintes:

Orientações Estratégicas e Metas para o biênio 2015-2017:

1. Construir e sustentar a relação com os *stakeholders* que passa por:
 - Construir e manter bons relacionamentos com os membros individuais e coletivos;
 - Construir e manter bons relacionamentos com membros internacionais;
 - Construir bons relacionamentos com grupos de doentes e familiares;
 - Construir e manter relacionamentos com a Indústria Farmacêutica;
 - Comunicação efetiva entre corpos sociais e líderes da AEOP.
2. Avançar na aplicação do conhecimento em Oncologia:
 - Desenvolver recursos educacionais;
 - Determinar as necessidades educacionais dos membros;
 - Aumentar o acesso e a divulgação dos recursos educacionais;
 - Avaliar a eficácia e o impacto de cada programa educacional.

3. Desenvolver a liderança da enfermagem oncológica em Portugal:
- Desenvolver uma cultura de liderança na enfermagem oncológica;
 - Assegurar a sustentabilidade da AEOP através de um planeamento de sucessão de lideranças.

V. CONCLUSÕES

A introdução dos conceitos de Planeamento Estratégico e Gestão Estratégica no meio empresarial deu origem, *a posteriori*, a diversas correntes de pensamento. No entanto, é possível concluir que dessa diversidade de opiniões ressaltam dois aspetos que merecem destaque: O primeiro corresponde ao futuro das organizações, claramente influenciado pela estratégia; o segundo tem a ver com os processos de definição dos objetivos, dos meios e das formas de os atingir, bem como do facto de, na sua concretização prática, não poderem estar desligados, devendo antes ser pensados como um conjunto de processos integrados e coerentes.

O estudo realizado por Kaplan e Norton, em 2006, permitiu concluir que o facto de as empresas possuírem sistemas formais de gestão estratégica aumenta consideravelmente a sua probabilidade de êxito. Nesse sentido, os mesmos autores desenvolveram um sistema de gestão capaz de integrar a planificação estratégica e a execução operativa, o que implica uma revisão, modificação e coordenação nos processos já existentes nas organizações.

O principal contributo deste trabalho é, portanto, sensibilizar toda a organização da AEOP para a importância da gestão estratégica na melhoria da sua atividade. Conhecer convenientemente o passado, perceber o presente e que influências exercerão esses factos no futuro. Apesar do futuro “não estar nas nossas mãos” (como vimos, estamos constantemente sujeitos à influência de fatores externos), temos nele um papel primordial que vai sem dúvida influenciar o seu desfecho.

Mais do que um trabalho académico, esta foi uma reflexão importante, aplicando os novos conhecimentos de gestão. E só assim se pode melhorar para competir.

Assim, o futuro da Associação prevê-se “risonho”, são mais as oportunidades e forças do que as ameaças e fraquezas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Porter, Michael E. (1996). “What is Strategy”, Harvard Business Review, Nov/Dec 1996, Outubro 2014 em www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=10698
- Reis, F.L. e Silva, J.R. (2012). “Princípios de Gestão”. Lisboa: Edições Sílabo.
- Santos, António Robalo, “Gestão Estratégica – Conceitos, Modelos e Instrumentos”, Escolar Editora.
- Serra, F. R., Ferreira, M. P., & Pereira, M. F. (2008). Evolução da pesquisa brasileira em Resource-Based View (RBV): estudo das ENANPAD na área de estratégia entre 1997-2006 – Outubro 2014 em www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/3Es/3es_2009/2009_3ES408.pdf
- Teixeira, S. (2011). “Gestão Estratégica”. Lisboa: Escolar Editora.

Outras Fontes de Informação

- Braga, Vítor 2014, “Apontamentos da Unidade Curricular de Gestão Estratégica”, 2014.
- Harvard Business School: em www.hbs.edu
- Revista Strategy & Business: em www.strategy-business.com

I JORNADAS SOBRE TROMBOSE ASSOCIADA A CANCRO

AEOP ESTEVE PRESENTE

No dia 25 de Outubro, a LEO organizou na Fundação de Serralves as primeiras jornadas sobre *Trombose Associada a Cancro* com o objetivo de compreender melhor a experiência a que os doentes estão sujeitos e encontrar soluções que contribuam para o entendimento da patologia e para a melhoria da qualidade de vida. Num modelo de reunião verdadeiramente inovador e desafiante, a LEO juntou à mesa, para debater em conjunto, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, doentes e seus familiares.

Debater Soluções em Conjunto

25 de Outubro de 2014

Fundação de Serralves



Durante uma manhã de trabalho intenso, discutiram-se vários tópicos entre pares, numa primeira fase. Entre eles, destacam-se temas como percepções e comportamento dos doentes, a importância da comunicação entre os vários intervenientes e as implicações da escolha terapêutica na qualidade de vida dos doentes.

De seguida os participantes foram colocados em grupos multidisciplinares, discutindo temas comuns como “awareness”, comunicação e educação, acesso à terapêutica, “compliance” e qualidade de vida.

Podemos afirmar que temas como educação e comunicação sobre a temática são chave assim como o envolvimento dos familiares e cuida-

dores em todo o processo. Assegurar o acesso dos doentes à terapêutica também é crucial, e nesse aspecto é importante aproximar e promover a integração entre os vários actores (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e doentes).

AEOP esteve presente neste evento com a participação ativa de 4 dos seus membros num painel com outros especialistas da área da trombose venosa. Um dos resultados finais desta iniciativa será o apoio científico à criação de um documento educacional de informação e orientação dos nossos doentes com esta patologia. Os doentes oncológicos em tratamento ficam expostos ao desenvolvimento de patologia tromboembólica pelo que a prevenção, mais que o tratamento, é o objetivo central da nossa ação. Aqui os enfermeiros têm também um papel ativo importante.

Dar a oportunidade a todos os participantes de discutir e identificar áreas de melhoria mostrou ser um modelo de reunião bem-sucedido. Em particular os doentes que participaram mostraram-se agradecidos e motivados por terem sido parte activa deste evento e por lhes ter sido dada esta oportunidade.

SOCIAL SUPPORT SARCOMA

Fase de análise



SOCIAL SUPPORT SARCOMA

O estudo investigacional *Autogestão do doente com Sarcoma em tratamento multidisciplinar* foi implementado em duas unidades de oncologia de referência na área dos Sarcomas: IPO Porto e HUC.

Em parceria estabelecida com a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), este estudo foi desenvolvido e implementado por ambas as

entidades. A AEOP promoveu o estudo através do seu Grupo Sarcomas e a ESEP deu todo o apoio logístico na sua organização, tratamento estatístico da informação e publicação de artigos originais a partir dos resultados. Trata-se de um estudo observacional multicêntrico que teve início em Janeiro de 2013 e que terminou o recrutamento de doentes em 30 Setembro 2014. Um primeiro artigo foi entretanto publicado na Onco.News 27. Durante a AEOP 8 serão apresentados os resultados finais do estudo, no Sábado dia 23 de Maio.

AEOP 8 22 e 23 Maio 2015, Palace Hotel Monte Real



Este ano a Reunião Nacional da AEOP decorre no centro do país, no Palace Hotel Monte Real, em Monte Real, a 150 km do Porto e de Lisboa. Estamos a preparar um programa científico e social que promova em especial a participação dos presentes nas sessões científicas e, simultaneamente, a partilha de experiências entre colegas de instituições e realidades clínicas diferentes.

Esperamos a confirmação da presença de um colega palestrante da Bélgica, da área dos Transplantes de Medula do Hospital Jules Bordet.

Haverá também algumas novidades na área social. Pela primeira vez, os presentes serão convidados a participar numa atividade de promoção de saúde intitulada “com os pés no chão”. Teremos uma sessão sobre Cancro da Mama, Melanoma, Cancro do Pulmão e Cancro da Próstata. Um dos cinco simpósios temáticos previstos será dedicado a um tema novo: Trombose e Cancro.

O programa provisório e inscrições estão já disponíveis na nossa página web. Será uma oportunidade para a comunidade de enfermagem oncológica discutir o estado da arte na investigação e prática da oncologia nacional. Acompanhe todas as novidades em www.aeop.net.

APOIO LPCC AÇORES Aos colegas que queiram estar na AEOP 8



A Liga Portuguesa Contra o Cancro vai promover o apoio aos colegas dos Açores que trabalham em Oncologia para poderem estar presentes na próxima reunião Nacional,

de 21 a 23 Maio 2015, em Monte Real.

A AEOP participa nesta acção, oferecendo inscrições aos que tiverem aquele apoio. Apenas necessitam de ser membros da AEOP e têm de se candidatar conforme requisitos publicitados.

Com esta iniciativa, oferecemos a oportunidade dos nossos colegas dos Açores poderem estar presentes nos nossos eventos científicos. O Regulamento encontra-se publicado no nosso site, na secção Reunião Nacional.

AEOP 8 Aberta a submissão de abstracts



A organização da AEOP 8 aceita Abstracts para comunicações relativas a duas áreas distintas: Trabalhos de Investigação e

Trabalhos de Boas Práticas Clínicas.

Este ano apenas serão aceites 6 trabalhos de cada área, a serem apresentados em forma de comunicação, que aparecerão no programa científico final. Para submeter os trabalhos, copiar o modelo, preencher e enviar para o e-mail: secretariado@aeop.net.

Através do nosso site poderá consultar o “Modelo Boas Práticas Clínicas” e o “Modelo Investigação”. Aí encontrará também publicado o “Regulamento dos Trabalhos”.

ENTENDER A DOR ONCOLÓGICA Livro educacional para doentes



A AEOP lançou um livro educacional sobre Dor Oncológica, o que é, como se manifesta e como se controla.

Trata-se de um manual dirigido aos nossos doentes que

sofrem deste sintoma e pretende ser um documento educacional com duas vertentes: para ser utilizado pelos doentes no melhor controlo da dor; e para ser utilizado pelos profissionais na orientação dos seus doentes.

O documento foi produzido pelo Grupo de Trabalho de Práticas Clínicas - AEOP Grupo Dor.

PEDNEPER Projecto em implementação



A neuropatia periférica induzida por quimioterapia (NPIQ) é um efeito adverso frequente de muitos agentes anti-neoplásicos que pode comprometer as capacidades funcionais e a qualidade de vida do doente e resultar em reduções das doses ou mesmo na suspensão da terapia. Apesar da importância do tema, há uma escassez de dados na literatura quanto a abordagem da neuropatia periférica no doente oncológico.

Este projeto educacional tem o apoio da Takeda e está a ser implementado em Portugal através de 3 sessões: uma no Porto e outra Coimbra nos meses de Fevereiro, e uma terceira em Lisboa no final de Março.

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

CANCRO GINECOLÓGICO

Oito em cada dez portuguesas fazem rastreios regulares do cancro do colo do útero



Oito em cada 10 mulheres fazem rastreios regulares do cancro do colo do útero, segundo uma sondagem hoje divulgada, que alerta contudo para o facto de cerca de 16,8 por cento das mulheres nunca ter feito uma citologia. Das 800 mulheres inquiridas, com idades entre os 30 e os 60 anos, 83,1 por cento responderam fazer citologias, e destas 93,5% dizem fazê-lo de forma regular. A maioria (59,8%) afirmaram fazer o exame uma vez por ano e 24,8% de dois em dois anos.

O estudo global foi promovido pelo Programa Nacional de Doenças Oncológicas, decisão tomada depois de dados terem revelado uma diminuição da adesão das mulheres aos rastreios do cancro do colo do útero realizados pelas administrações regionais de saúde, em que a população alvo é convidada a fazer o rastreio.

O director do Programa Nacional de Doenças Oncológicas, Nuno Miranda, que hoje apresentou os dados no Instituto Português de

Oncologia, no âmbito da Semana Europeia da Luta Contra o Cancro do Colo do Útero, considera “muito positivos” os dados obtidos com o estudo global, que inclui também os rastreios feitos nas consultas privadas. “São dados que explicam e justificam a diminuição da mortalidade” por este tipo de cancro, cuja taxa caiu de 3,30 em 2011, para 2,80 em 2012, disse Nuno Miranda aos jornalistas.

A sondagem revela ainda que 16,8% das inquiridas nunca fez uma citologia, sendo que destas 18% aponta como motivo para a não realização do exame “não saber como proceder”.

“Temos alguma população ainda para cobrir e preocupa-nos a população mais desfavorecida do ponto de vista social porque essas serão as que terão mais dificuldade em chegar a meios fora do rastreio organizado”, disse Nuno Miranda.

Os principais locais apontados para a realização do rastreio foram sobretudo os centros de saúde (53,8%), mas o estudo não conseguiu estabelecer se o maior número de respostas afirmativas está relacionado com a existência de médico de família. Os médicos privados foram responsáveis pela realização de 39,5% dos rastreios. “Podemos dizer que na região onde consideramos que há menos população com médico de família, o Algarve, existe também menor taxa de cobertura, mas quando vamos ver todas as regiões não encontramos uma relação directa”, disse Nuno Miranda. Por regiões, é no Algarve que as mulheres menos afirmam ter realizado citologias (61%) e na região norte onde mais dizem fazer o exame (89,8%). Em Lisboa, onde ainda não foi implementado um rastreio organizado, a percentagem de mulheres que afirmou ter realizado rastreio atinge os 85%, sendo a segunda maior a nível nacional.

Questionado sobre a influência da vacina contra o HPV [Vírus do

Papiloma Humano], contemplada no Plano Nacional de Vacinação em Portugal desde 2008, na diminuição da mortalidade por cancro do colo do útero, Nuno Miranda adiantou que esses resultados ainda não são visíveis. “A vacinação ainda não é responsável por esta redução. Esperamos ver isso dentro de cinco anos, mas não consideramos que a vacinação seja uma alternativa ao rastreio. As mulheres vacinadas também têm que ser rastreadas”, sublinhou.

Nuno Miranda adiantou que o cancro do colo do útero já não é dos que mais mata em Portugal e, segundo o especialista, a mortalidade pode ser “reduzida quase a zero”.

“Podemos reduzir significativamente a mortalidade e nos tumores onde podemos intervir em termos preventivos [vacinação e diagnóstico precoce] é onde temos que investir tudo porque são onde que mais vidas salvam”, disse.

Anualmente são diagnosticados em média mil novos casos de cancro do colo do útero em Portugal.

DIÁRIO DIGITAL COM LUSA, 26 JANEIRO

Identificados seis novos genes relacionados com cancro do ovário

Um estudo que envolveu 200 investigadores de todo o mundo permitiu identificar seis novos genes relacionados com o cancro do ovário. O trabalho publicado na revista *Nature Genetics* avalia as associações de 11 milhões de variações genéticas de 15.437 pacientes sem histórico familiar, 30.845 casos de pessoas que não desenvolveram a doença, 15.252 portadoras da mutação BRCA1 e 8.211 da BRCA2, genes relacionados com o cancro de ovário.

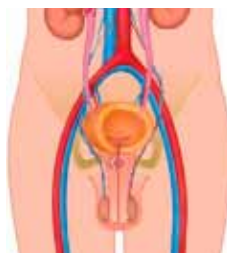
Segundo o Instituto Catalão de Oncologia (ICO) de Girona, que participou do estudo, até então o número de genes relacionados com o

cancro epitelial do ovário limitava-se a 12. A identificação dos seis novos genes permitirá melhorar o prognóstico do risco de desenvolver a doença nas pacientes portadoras das mutações genéticas BRCA1 e BRCA2.

DIÁRIO DIGITAL, 22 JANEIRO 2015

CANCRO UROLÓGICO

Radiação com terapia hormonal reduz morte por cancro da próstata



A terapia dupla salvou cerca de 50% mais vidas no grupo de homens entre 76 e 85 anos com cancro da próstata localmente avançado, em comparação com aqueles que fizeram apenas terapia hormonal, segundo o estudo publicado no *Journal of Clinical Oncology*. Trata-se da primeira pesquisa a concentrar-se em homens na terceira idade com cancro da próstata localmente avançado. O trabalho foi feito com base nos resultados de dois testes clínicos, os quais mostraram que uma terapia combinada poderia salvar vidas, no caso de homens mais jovens. O cancro da próstata localmente avançado acontece quando este se espalhou para fora, perto da glândula prostática, estimulando tumores mais agressivos. Estes tendem à metástase e tornam-se fatais, afirmam os pesquisadores.

Estudos anteriores mostraram que, em média, 40% dos homens com cancro da próstata agressivo são tratados apenas com terapia hormonal. Há, portanto, um grupo significativo de pessoas que poderiam beneficiar de uma terapia com radiação.

«Falhas no uso de tratamentos eficazes para pacientes mais velhos são uma preocupação dos EUA em matéria de qualidade do cuidado da saúde», disse o autor principal do estudo, Justin Bekelman, professor assistente de Oncologia Radioterápica, Ética Médica e Políticas da Saúde da Escola Perelman de Medicina e do Centro Abramson de Cancro, da Universidade da Pensilvânia. No universo da pesquisa, foram considerados 31.541 homens com cancro da próstata, entre 65 e 85 anos de idade.

DIÁRIO DIGITAL, JANEIRO 2015

ESTATÍSTICA CANCRO

Meio milhão de casos novos de cancro por ano devem-se à obesidade, diz estudo

O estudo foi desenvolvido pelo Centro Internacional de Investigação sobre o Cancro, que é uma agência da Organização Mundial de Saúde (OMS). Uma das suas conclusões é a de que o excesso de peso e a obesidade tornaram-se um dos principais riscos, responsáveis por 3,6% (cerca de 481 mil) dos novos casos de cancro em adultos registados em 2012. Esta análise apoia-se numa vasta base de dados Globocan, que comporta a incidência e a mortalidade por cancro em 184 países.

Os países considerados ricos são os mais afetados com cerca de dois terços (64%) por estes cancros. Na América do Norte registaram-se 111 mil, ou seja, cerca de um quarto do total. A África subsariana é a região que menos contribui para este balanço, com 7.300 cancros. Na Europa é a Europa de Leste que é a zona mais afetada, com 65 mil casos.

O estudo mostra que a relação entre cancro e obesidade afeta mais as mulheres do que os homens, em grande parte devido aos cancros na mucosa do útero e na mama depois

da menopausa. Nos homens, o excesso de peso é responsável por 1,9% (136 mil) dos novos casos aparecidos em 2012 e nas mulheres é de 5,4% (345 mil). Segundo a OMS, a obesidade duplicou desde 1980. O peso a mais afeta 1,4 mil milhões de pessoas, com 20 anos ou mais, dos quais mais de 200 milhões de homens e cerca de 300 milhões de mulheres são obesos.

DIÁRIO DIGITAL, 26 NOVEMBRO 2014

Estudo mostra diferenças entre países em relação à sobrevivência ao cancro

A análise, denominada «Concord-2» e publicada esta quarta-feira (26) na revista médica britânica *The Lancet*, pesquisou a sobrevivência em relação ao cancro de mais de 25 milhões de pacientes entre 1995 e 2009 e observou, além disso, que os de fígado e pulmão são os de piores previsões.

A pesquisa, a cargo da especialista Claudia Allemani, professora da Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, centrou-se em avaliar a sobrevivência entre os adultos de entre 25 e 99 anos e entre os menores de 14 anos de idade.

Os cancros estudados foram do estômago, cólon, reto, fígado, pulmão, mama, colo do útero, ovário e próstata, assim como a leucemia entre adultos e crianças, segundo o estudo no qual participaram 500 especialistas e segue outra avaliação feita em 2008.

As diferenças observadas nos países, acrescenta, é «provavelmente atribuível à desigualdade no acesso a um diagnóstico precoce e bons tratamentos».

Os cientistas constataram uma sobrevivência de cinco anos após o diagnóstico nos casos de cancro do cólon, reto e mama na maioria dos países desenvolvidos.

Os cancros de pulmão e fígado continuam a ser “letais” em todo o

mundo, diz o estudo, que afirma que no caso do primeiro, a sobrevivência de cinco anos após o diagnóstico está abaixo de 20% em toda Europa e na América do Norte a percentagem situa-se entre 15% e 19%. Já na Mongólia e Tailândia, a taxa é de 7% e 9%, respectivamente. Apesar destes dados desalentadores, a pesquisa observou uma melhoria importante na sobrevivência, em todos os países, de casos de cancro da próstata, mas principalmente em nações da América do Sul, Ásia e Europa, apesar de haver variações entre países.

No caso da sobrevivência de cinco anos ao cancro do colo do útero, as diferenças entre os países é muito importante, com variações que vão desde menos de 50% a 70%. Segundo o *The Lancet*, para as mulheres que foram diagnosticadas com cancro do ovário entre 2005 e 2009, a sobrevivência foi de 40% no Equador, EUA e 17 países na Ásia e Europa, já no caso do cancro do estômago a sobrevivência foi de entre 54% e 58% entre 2005 e 2009 no Japão e Coreia do Sul, comparado com menos de 40% noutros países.

No caso da leucemia entre os adultos, a sobrevivência de cinco anos no Japão e Coreia do Sul foi de entre 18% e 23%, percentagem mais baixa que na maioria dos outros países. Quanto à leucemia linfoblástica aguda entre as crianças, a sobrevivência é de menos de 60% em vários países, mas chega a 90% no Canadá e quatro países europeus (Áustria, Bélgica, Alemanha e Noruega), o que faz pensar que há grandes diferenças no atendimento desta doença.

A sobrevivência de cancro do pulmão melhorou em países como Israel, onde passou de 17% a 24%, e Japão, de 23% a 30%, mas não é muito boa noutros países europeus, onde chega a 10%.

Segundo os investigadores, a contínua vigilância da sobrevivên-

cia do cancro deveria ser uma fonte indispensável de informação para os pacientes e cientistas e um estímulo para que os políticos melhorem as medidas na área de saúde.

DIÁRIO DIGITAL, NOVEMBRO 2014.

Cancro mata uma em cada quatro pessoas na união europeia

Mais de uma em cada quatro pessoas (26,3%) morre de cancro na União Europeia, sendo o cancro do pulmão aquele que causa mais óbitos (20,8%) na média dos 28 Estados-membros, divulga esta terça-feira o Eurostat. Segundo o gabinete oficial de estatísticas da UE, com dados de 2011, o cancro matou 1.281 pessoas e, ainda que o número total de óbitos tenha diminuído 0,5% de 2002 para 2011, as mortes por cancro aumentaram 6,3% no mesmo período.

O cancro no pulmão matou mais de 266 mil pessoas na UE em 2011 (20,8% dos óbitos por cancro), seguindo-se o colo-rectal (152 mil ou 11,9%), o cancro da mama (93 mil ou 7,2%), do pâncreas (78 mil ou 6,1%) e da próstata (73 mil ou 10,2% dos cancros que matam homens).

Em Portugal, uma em cada quatro mortes deveu-se, em 2011, a cancro (24,8%), mas – ao contrário da média europeia – o cancro do pulmão é o que regista menos mortes (14,5%) no conjunto dos 28 Estados-membros. No que respeita ao cancro colo-rectal, Portugal apresenta a terceira maior taxa de morte (15%) entre os 28, ultrapassado apenas pela Hungria (15,5%) e pela Eslováquia (15,3%).

RR.SAPO.PT, NOVEMBRO 2014

Novo alvo terapêutico pode ajudar a tratar um terço dos cancros

Investigadores alemães descobriram uma forma de impedir uma das falhas mais comuns associadas a

vários tipos de cancro, dá conta um estudo apresentado na conferência National Cancer Research Institute (NCRI) Cancer que ocorreu em Liverpool, no Reino Unido.

Neste estudo, os investigadores do Instituto Max Planck, na Alemanha, descobriram uma nova estratégia e um potencial novo alvo de tratamento que envolve uma proteína sinalizadora denominada por Ras, que se encontra alterada em cerca de um terço dos cancros. Quando a proteína Ras viaja do centro da célula para a membrana, fica ativada e envia sinais que indicam às células para crescerem e se dividirem. A variante alterada desta proteína faz com que sejam produzidos sinais em demasia, o que conduz ao desenvolvimento do cancro. A comunidade científica tem, ao longo de várias décadas, tentado atingir esta proteína, mas sem sucesso. Isto deve-se ao facto de esta não apresentar à sua superfície uma característica fundamental, o que impede que as moléculas terapêuticas se liguem e desativem a proteína.

Neste estudo, os investigadores conseguiram agora impedir que a Ras se movesse até à superfície da célula, bloqueando uma proteína responsável pelo seu transporte, em vez de a atingirem diretamente. Ao ter por alvo a reação em cadeia que ativa a proteína Ras, os investigadores criaram oportunidades para o desenvolvimento de novos tratamentos. Os investigadores referiram que estão há anos a tentar encontrar uma solução para um dos enigmas mais antigos envolvidos na investigação do cancro e que estão muito entusiasmados com o facto de terem encontrado uma forma, ainda que indireta, de atingir esta proteína.

Os autores do estudo acrescentaram que esta investigação ainda está nos estádios iniciais e que são necessários vários anos até que estes resultados possam beneficiar os pacientes,

mas foi dado um passo importante para a sua concretização.

ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A., 7 NOVEMBRO 2014

MELANOMA

MSD revela dados de novos estudos de Keytruda®

A MSD vai apresentar os primeiros dados da investigação da utilização de Keytruda® (pembrolizumab), anticorpo anti-PD-1, no tratamento de Melanoma avançado em comparação com quimioterapia, no Linfoma de Hodgkin Clássico (LH clássico) em recaída/refratário e no Cancro da Mama Triplo Negativo (CMTN). Os estudos que deram origem a estes resultados vão ser apresentados no Congresso Internacional de 2014 da Sociedade para a Investigação do Melanoma (SMR) de 13 a 16 de Novembro, no 56.º Encontro Anual da Sociedade Americana de Hematologia (ASH), de 6 a 9 de Dezembro, e no Simpósio de Cancro da Mama de San Antonio (SABCS) de 9 a 13 de Dezembro, respetivamente. Até ao final de 2014, vão ser ainda apresentados os dados de actividade anti-tumoral de Keytruda® em monoterapia em sete tipos diferentes de tumor.

“O foco na avaliação do Keytruda® enquanto monoterapia permite-nos avançar rapidamente no desenvolvimento clínico da terapêutica anti-PD-1. Aguardamos com expectativa os primeiros resultados comparativos de Keytruda® em melanoma avançado, novos dados em carcinoma da mama triplo negativo avançado e linfoma de Hodgkin clássico. Continuamos a expandir o nosso programa clínico de imuno-oncologia com Keytruda® em monoterapia ou em combinação com outros agentes” explica o Dr. Roy Baynes, vice-presidente sénior da área de Desenvolvimento Clínico Global da Merck Research Laboratories.

O Keytruda® está indicado nos EUA na dose de 2 mg/kg a cada três semanas para o tratamento de doentes com melanoma metastático e com progressão da doença após ipilimumab e, no caso de mutação BRAF V600, após um inibidor BRAF. Esta indicação foi aprovada através de processo acelerado com base na taxa e duração da resposta. A melhoria na sobrevivência ou sintomas relacionados com a doença ainda não foram estabelecidas. A aprovação continuada para esta indicação poderá estar dependente de confirmação e caracterização do benefício clínico nos ensaios de confirmação. esta indicação poderá estar dependente de confirmação e caracterização do benefício clínico nos ensaios de confirmação.

WWW.RCMPHARMA.COM, NOVEMBRO 2014

CANCRO MAMA

Vacina contra o cancro da mama mostra eficácia

Um grupo de investigadores norte-americanos testou, com sucesso, uma vacina contra o cancro da mama capaz de fortalecer o sistema imunitário dos pacientes e incitá-lo a atacar as células tumorais, contribuindo, ao mesmo tempo, para atrasar a progressão da doença, avança o portal Boas Notícias. A vacina, desenvolvida por uma equipa da Faculdade de Medicina da Universidade de Washington em St. Louis, nos EUA, foi testada num pequeno ensaio clínico com 14 pessoas e mostrou ser segura em pacientes com cancro mamário metastático e em que haja manifestação de uma proteína denominada mamoglobina-A.

Em comunicado, a universidade explica que o fármaco faz com que o sistema imunitário ataque esta proteína, encontrada quase exclusivamente nos tecidos da mama e que se manifesta “em níveis anormalmente altos” em casos de cancro, embora

não seja conhecido o seu papel em organismos saudáveis. “Conseguir desencadear o ataque à mamoglobina é entusiasmante porque esta proteína se expressa amplamente em mais de 80% dos casos de cancro da mama, mas apenas se faz notar em níveis insignificantes noutros tecidos”, explica o cirurgião William E. Gillanders, principal autor do estudo. Segundo o investigador, tal significa, “em teoria, que poderá ser possível tratar um número elevado de pacientes com a doença com poucos efeitos secundários” recorrendo à vacina, que aprimora um tipo específico de glóbulo branco, integrado no sistema imunitário, levando-o a procurar e destruir as células onde se expressa a mamoglobina-A.

No âmbito do estudo, a equipa vacinou 14 pacientes com cancro mamário metastizado e expressão da mamaglobina-A. A primeira fase do ensaio clínico teve como principal propósito avaliar a segurança da vacina, que se comprovou, com a observação de poucos efeitos secundários, a maior parte deles semelhantes aos de uma constipação. As evidências preliminares do ensaio indicaram, também, que a vacina atrasou a progressão do cancro, mesmo em pacientes com tendência a ter sistemas imunitários mais fragilizados por se encontrarem numa fase avançada da doença e expostos à quimioterapia. “Mesmo com sistemas imunitários frágeis, os pacientes mostraram uma resposta biológica à vacina, que constatámos quando analisámos as células imunes presentes nas amostras sanguíneas”, revela Gillanders.

Vacina vai ser testada em pacientes recém-diagnosticadas

O investigador afirma que os resultados são “muito encorajadores”, até porque também foram detectadas “evidências preliminares ao nível da melhoria do tratamento, com uma sobrevivência livre de progressão do

cancro mais longa”. Dos 14 pacientes que receberam a vacina, cerca de metade não apresentou progressão da doença um ano após a sua administração. No grupo de controlo de 12 pacientes que não foi vacinado, pelo contrário, apenas um quinto dos pacientes não viu a doença progredir, “uma diferença estatisticamente significativa, mesmo com uma amostra pequena”. Os especialistas da Universidade de Washington estão agora, com base nos resultados deste estudo, a planear um ensaio clínico mais amplo para testar a vacina em pacientes recém-diagnosticadas que, em teoria, têm ainda sistemas imunitários mais fortes. “Se a vacina for administrada no início do tratamento, os sistemas imunitários não estarão tão comprometidos”, esclarece Gillanders. “Agora, temos bons indicadores de que a vacina é segura e acreditamos que testá-la em pessoas que acabaram de ser diagnosticadas nos dará uma melhor ideia da sua eficácia”, finaliza o cirurgião.

Novo teste pode poupar doentes à quimioterapia

“Mama-print” faz uma espécie de bilhete de identidade do tumor, permitindo escolher a terapêutica mais indicada para cada caso. As mulheres com cancro da mama nem sempre precisam de quimioterapia, mas, na dúvida, muitas vezes optam por fazer este tratamento, uma situação que pode mudar graças a um ensaio clínico que está a ser feito há sete anos em nove países da Europa.

Chama-se “Mama-print” e trata-se de uma análise genómica do tumor que permite escolher a terapêutica mais indicada para cada caso.

Para a oncologista Fátima Cardoso, que coordenou o estudo a nível europeu, este teste representa um grande avanço e “um exemplo de medicina personalizado”.

“Para aquele tumor que se de-

se desenvolveu naquele doente, qual será a melhor atitude terapêutica? Em vez de tratar todos da mesma forma, o objetivo é tentar definir a melhor atitude terapêutica”, conta à Renascença. Uma conclusão a que se chega pela análise genómica do próprio tumor. “Esse teste é composto por 70 genes do tumor: não tem a ver com o cancro hereditário, com os genes da pessoa, mas sim com genes do tumor. E que permite, com maior veracidade, verificar se é necessário administrar quimioterapia ou não”, esclarece.

Fazer um BI ao tumor

“É como fazer bilhete de identidade do tumor”, compara. “Em vez de analisarmos quatro ou cinco características e baseado nisso decidir se vamos fazer quimioterapia ou não, vamos analisar o tumor. A perspectiva é que ao fazer isso possamos determinar aqueles que necessitam de quimioterapia e poupar aqueles que não necessitam desse tratamento, obtendo a mesma eficácia com muito menos toxicidade.”

Na Europa, a cada seis minutos e meio é feito um diagnóstico de cancro na mama. “Com a utilização deste teste, poderemos poupar cerca de 10 a 15% dos doentes de fazerem quimioterapia. O cancro da mama é o cancro mais frequente portanto este é um número substancial porque, uma vez provado o teste, poderá ser utilizado em quase toda a região do mundo”. Para quem pode pagar, este teste já está disponível em Espanha, Reino Unido e Alemanha, que o oferecem a um grupo restrito de doentes. Portugal ainda está na fase de negociações.

Este ensaio, coordenado pelo Instituto Jules Bordet, em Bruxelas decorreu ao longo de sete anos, envolveu 6.600 mulheres de nove países custou 47 milhões de euros.

BOASNOTÍCIAS.PT, DEZEMBRO 2014



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 DA PRÓSTATA (Estudos de fase II e IV)

■ *Study to Allow Access to Pasireotide for Patients Benefiting From Pasireotide Treatment in a Novartis-sponsored Study.*

PHASE: Phase IV
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: Pharmaceutical / Industry
PROTOCOL IDS: CSOM230B2412, NCT01794793

■ *Evaluation of Safety of Cabazitaxel (Jevtana) in Patients With Metastatic Hormone Refractory Prostate Cancer*

PHASE: Phase IV
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 to 75
SPONSOR: Pharmaceutical / Industry
PROTOCOL IDS: CABAZL06499, U1111-1131-3161, NCT02074137

■ *A Study to Evaluate Enzalutamide After Abiraterone in Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer*

PHASE: Phase IV
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: Pharmaceutical / Industry
PROTOCOL IDS: 9785-CL-0410, 2013-002271-17, NCT02116582

■ *Treatment of Locally Advanced or Metastatic Transitional Cell Carcinoma With Cabazitaxel*

PHASE: Phase III, Phase II
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: Pharmaceutical / Industry
PROTOCOL IDS: RRK4368, 2012-002552-16, NCT01668459

■ *Hormone Therapy in Treating Men With Stage IV Prostate Cancer*

PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: Adult
SPONSOR: NCI, Other
PROTOCOL IDS: CDR0000064184, SWOG-9346, CAN-NCIC-PR8, CALGB-9594, ECOG-S9346, EORTC-30985, CAN-NCIC-JPR8, INT-0162, PR8, NCT00002651

■ *Androgen Ablation Therapy With or Without Chemotherapy in Treating Patients With Metastatic Prostate Cancer*

PHASE: Phase III
TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: NCI, Other
PROTOCOL IDS: CDR0000462099, ECOG-E3805, E3805, NCT00309985

■ *Stereotactic Radiation Therapy With or Without Whole-Brain Radiation Therapy in Treating Patients With Brain Metastases*

PHASE: Phase III
TYPE: Supportive care, Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: NCI, Other
PROTOCOL IDS: N0574, NCCTG-N0574, ACOSOG-N0574, CDR0000499633, NCI-2009-00653, NCT00377156

■ *Surgery With or Without Docetaxel and Leuprolide or Goserelin in Treating Patients With High-Risk Localized Prostate Cancer*

PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: NCI, Other
PROTOCOL IDS: CDR0000526353, CALGB-90203, NCT00430183

■ *Prostate Radiation Therapy or Short-Term Androgen Deprivation Therapy and Pelvic Lymph Node Radiation Therapy With or Without Prostate Radiation Therapy in Treating Patients With a Rising Prostate Specific Antigen (PSA) After Surgery for Prostate Cancer*

PHASE: Phase III
TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Supportive care, Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: NCI, Other
PROTOCOL IDS: RTOG 0534, CDR0000577574, NCI-2009-00733, NCT00567580

■ *Radiation Therapy With or Without Androgen-Deprivation Therapy in Treating Patients With Prostate Cancer*

PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: NCI, Other
PROTOCOL IDS: RTOG 0815, CDR0000648194, NCI-2011-01948, NCT00936390

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

PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: Pharmaceutical / Industry
PROTOCOL IDS: PrTK03, NCT01436968

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

PHASE: Phase III

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Pharmaceutical / Industry

PROTOCOL IDS: CR102931, ARN-509-003, 2012-004322-24, NCT01946204

■ *Enzalutamide With or Without Abiraterone and Prednisone in Treating Patients With Castration-Resistant Metastatic Prostate Cancer*

PHASE: Phase III

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: NCI, Other

PROTOCOL IDS: A031201, U10CA031946, NCI-2013-01737, NCT01949337

■ *Study Of Tasquinimod In Asian Chemo-Naïve Patients With Metastatic Castrate-Resistant Prostate Cancer*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 20 and over

SPONSOR: Pharmaceutical / Industry

PROTOCOL IDS: 8-55-58102-003, NCT02057666

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

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Pharmaceutical / Industry

PROTOCOL IDS: SP005, 2012-002814-38, NCT02111577

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

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Pharmaceutical / Industry

PROTOCOL IDS: 17712, NCT02200614

■ *A Study to Assess the Benefit of Treatment Beyond Progression With Enzalutamide in Men Who Are Starting Treatment With Docetaxel After Worsening of Their Prostate Cancer When Taking Enzalutamide Alone*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Pharmaceutical / Industry

PROTOCOL IDS: 9785-MA-1001, 2013-004711-50, NCT02288247

■ *An Asian Study to Evaluate Efficacy and Safety of Oral Enzalutamide in Progressive Metastatic Prostate Cancer Patients*

PHASE: Phase III

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Pharmaceutical / Industry

PROTOCOL IDS: 9785-CL-0232, NCT02294461

■ *Study of Samarium Sm-153 Lexidronam Combined With Docetaxel for Patients With Prostate Cancer*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: Not specified

SPONSOR: Pharmaceutical / Industry

PROTOCOL IDS: 424Sm32, NCT00121095

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