

# ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

## 27

ANO VII · JUL-OUT 2014

### ENTREVISTA COM...

**Graça Braz**, Enfermeira coordenadora do ambulatório do IPO Porto, fala-nos da sua realidade e da atividade das clínicas por patologia....

### SARCOMAS TECIDOS MOLES (STS):

#### UPDATE DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

Sarcomas dos tecidos moles são tumores raros, constituem cerca de 1% do total de tumores malignos a nível mundial e são responsáveis por 2% da mortalidade por cancro. Artigo de Revisão...

### SUORTE SOCIAL, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS

#### DOENTES COM SARCOMA

Os sarcomas são tumores malignos raros, com origem no tecido conjuntivo ou no tecido ósseo, cujo tratamento mais comum é cirúrgico, ao que se associa a quimioterapia e/ou a radioterapia. O presente estudo, inserido no contexto de outro mais alargado, teve como objetivo descrever a perceção de suporte social e de ajustamento emocional dos doentes com sarcomas, bem como os seus determinantes sociodemográficos e clínicos.

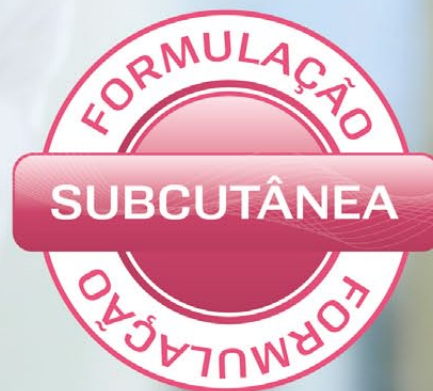
### PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MONITORIZAÇÃO DA ADAPTAÇÃO DAS MULHERES AO CANCRO DA MAMA

A monitorização da adaptação das doentes ao longo da transição saúde/doença com recurso a indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem potenciará o delineamento de terapêuticas de enfermagem eficazes e eficientes, com repercussões na melhoria dos cuidados. Partimos para a construção de um instrumento de medida devido à inexistência uma escala que avalie o constructo adaptação, focada no resultado.



Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa





**Herceptin 150 mg, pó para concentrado para solução para perfusão.** 1 frasco para injetáveis contém 150 mg de trastuzumab. Excipientes: cloridrato de L-histidina, L-histidina,  $\alpha$ ,  $\alpha$ -trealose di-hidratada, polissorbito 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,  $\alpha$ ,  $\alpha$ -trealose di-hidratada, L-metionina, polissorbito 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  $\geq 2$  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  $\geq 6$  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 pulmonares.

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

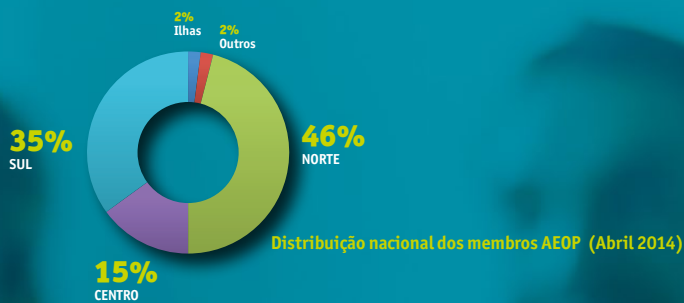
**Referência:** 1. Resumo das Características do Medicamento Herceptin® acedido a 17 de outubro de 2014.



Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa

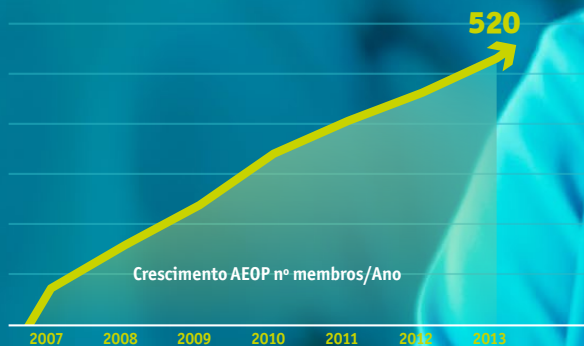
# SOMOS

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](http://www.aeop.net).

#### INDEXANTES:



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



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



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

#### MEMBRO



#### PARCERIA



## ÍNDICE

### 05 EDITORIAL

M. Jorge Freitas, Director da OncoNews

### 06 ENTREVISTA COM...

Graça Braz, enfermeira no Instituto Português Oncologia Porto, desde 1990 fala-nos sobre a sua experiência no ambulatório daquela instituição, do qual é responsável desde 2007.

## ARTIGOS

### 08 SARCOMAS TECIDOS MOLES (STS)

UPDATE DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

M. Jorge Freitas Almeida

### 17 SUPORTE SOCIAL, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS DOENTES COM SARCOMA

Célia Santos, Lígia Lima, Celeste Bastos-Almeida, M. Jorge Freitas Almeida

### 28 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MONITORIZAÇÃO DA ADAPTAÇÃO DAS MULHERES AO CANCRO DA MAMA

Luis Miguel Ferreira, Célia Santos, Filipe Pereira

## INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

- 36 AEOP 8: EM PLANEAMENTO, MAIO 2015 • EONS 9: AEOP ESTEVE PRESENTE • SOCIAL SUPPORT SARCOMA: FASE DE ANÁLISE • 10.º CONGRESSO CANCRO DIGESTIVO: ALGARVE • AEOP EM PARCERIA COM A SIOG 2014 • REUNIÃO SPH: 21-22 NOVEMBRO, ÉVORA • REUNIÃO DO CONSELHO CONSULTIVO AEOP: 13 DEZEMBRO 2014 • 13.º CONGRESSO MULTIDISCIPLINAR ONCOLOGIA: PORTO [SPO] • AEOP GRUPO DOR : SURVEY DOR ONCOLÓGICA

## DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

### 38 NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO

Também disponível em [www.aeop.net](http://www.aeop.net)

### 45 ENSAIOS CLÍNICOS FASE III E IV - INFORMAÇÃO

# ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

FICHA TÉCNICA

## ONCO.NEWS

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

### DIRECTOR DE PUBLICAÇÃO

**M. Jorge Freitas Almeida, MsC, RN**  
Especialista em Enfermagem Comunitária  
Mestrado em Bioética  
Unidade de Investigação Clínica - Instituto Português de Oncologia, Porto  
[mjorgefreitas@sapo.pt](mailto:mjorgefreitas@sapo.pt)

### COORDENADOR EDITORIAL

**Mónica Alexandra Castro Pereira, RN**  
Department of Oncohematology  
University College London Hospitals  
[castrom3@sapo.pt](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:merbarreira@gmail.com)

**Maria Deolinda Dias Pereira, MsC, RN**  
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Mestrado em Ciências de Enfermagem  
[deolindadp@gmail.com](mailto: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](mailto:paulomarques@esenf.pt)

### CONSELHO EDITORIAL

Célia Santos; Lígia Lima; Celeste Bastos-Almeida; Jorge Freitas, Luis Miguel Ferreira; Célia Santos ; Filipe Pereira

### COORDENADORES DOS WORKGROUPS

- **EDUCAÇÃO EM ONCOLOGIA:** Ana Paula Figueiredo, MsC, RN - [anapaulafig.lo@gmail.com](mailto:anapaulafig.lo@gmail.com)
- **DOENTE COM CANCRO CABEÇA E PESCOÇO:** Pedro Cardoso, RN - [pedromadal@gmail.com](mailto:pedromadal@gmail.com)
- **DOENTE COM CANCRO DIGESTIVO:** Ana Paula Moreira, RN - [ana.paula.moreira@sapo.pt](mailto:ana.paula.moreira@sapo.pt)
- **DOENTE COM CANCRO MAMA:** Elisabete Valério, MsC, RN - [evalerio@ipoporto.min-saude.pt](mailto:evalerio@ipoporto.min-saude.pt)
- **DOENTE COM CANCRO PULMÃO:** Esmeralda Barreira, MsC, RN - [merbarreira@gmail.com](mailto:merbarreira@gmail.com)
- **DOENTE COM SARCOMA:** Rui Santos, RN - [rmrsg60@gmail.com](mailto:rmrsg60@gmail.com)
- **DOENTE HEMATO-ONCOLÓGICO:** Helena Fernandes, RN - [helenafernandes@buc.min-saude.pt](mailto:helenafernandes@buc.min-saude.pt)
- **DOENTE COM DOR:** Carina Raposo, RN - [karyraposo@gmail.com](mailto:karyraposo@gmail.com)

### DESIGN E COMPOSIÇÃO GRÁFICA

Medesign, Lda

### PERIODICIDADE

Quadrimestral

### IMPRESSÃO

Universal 3

### TIRAGEM

600 exemplares

### DEPÓSITO-LEGAL

262108/08

**F**inalizamos o ano editorial com o lançamento da revista n.º 27. Esta está direcionada para a área dos Sarcomas, e inclui a publicação de três artigos. O primeiro é um artigo teórico sobre os Sarcomas dos tecidos moles (STS). Sendo tumores raros – constituem cerca de 1% do total de tumores malignos a nível mundial e são responsáveis por 2% da mortalidade por cancro – os STS trazem grandes e complexos desafios aos profissionais envolvidos no seu tratamento. O segundo artigo, referente a um estudo promovido pela AEOP em parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), relata um primeiro estudo de análise descritiva e transversal em dois contextos hospitalares do nosso país, partindo de uma amostra de 30 pessoas com Sarcomas em tratamento ativo, seja com quimioterapia, cirurgia e/ou radioterapia. O terceiro artigo de investigação descreve a segunda parte do processo de construção de uma escala que tem como objetivo avaliar a adaptação das mulheres ao cancro da mama e que seja sensível aos cuidados de enfermagem.

Na rubrica habitual de divulgação de ensaios clínicos de Fase II e III em curso, esta revista direciona-se para os Sarcomas de partes moles e para os Sarcomas uterinos.

Relativamente à actividade da AEOP, este último trimestre foi bastante intensivo.

Estivemos no 10.º Congresso Nacional de Cancros Digestivos, que decorreu no Algarve, onde um dos pontos altos foi a apresentação das últimas Linhas de Consenso publicadas sobre ostomias de alimentação. De referir a qualidade científica da mesa sobre Tumores Neuro-endócrinos.

Em Setembro estivemos na 9.ª reunião EONS (European Oncology Nursing Society) com a participação, pela primeira vez, de palestrantes e representantes portugueses, nossos membros.

Em Novembro, estivemos na Reunião Multidisciplinar da Sociedade Portuguesa de Oncologia com duas sessões científicas, tendo havido uma grande participação.

Tivemos duas palestrantes internacionais, o que permitiu aumentar a qualidade dos temas. Terminamos o mês com a participação na reunião de Hemato-Oncologia, em Évora, e na Reunião Europeia das Associações pertencentes à EONS, este ano em Budapeste.

Com o crescimento da nossa organização, outros desafios se levantam e outras oportunidades podem surgir

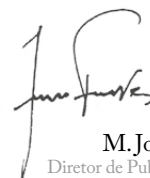
Pelo meio fizemos parte da comissão científica da Conferência Anual da International Society of Geriatric Oncology (SIOG), que decorreu em Lisboa, e tivemos a presença da nossa Presidente no Congresso da IPOS (International Psycho-Oncology Society), em Lisboa, e numa conferência/debate organizada pela Escola Nacional de Saúde Pública sobre “Inovação em Oncologia”, em representação da AEOP.

Mais um ano se passou e é tempo do balanço de 2014. Em meados de Dezembro a AEOP irá promover uma discussão interna a nível do seu *Board* sobre o que foi feito, alterações

para o futuro e planeamento estratégico para os próximos anos. Com o crescimento da nossa organização, outros desafios se levantam e outras oportunidades podem surgir. Será um espaço do futuro em discussão...

Teremos a habitual reunião do Conselho Consultivo da AEOP em 13 de Dezembro, em Coimbra, onde se encontram os grupos de trabalho específicos para planeamento das atividades científicas da AEOP para 2015.

Termino com a indicação de que já é possível obter informação sobre a 8.ª Reunião Nacional da AEOP, prevista para Maio de 2015, no Palace Hotel Monte Real. Participe nas atividades científicas. Fique atualizado on-line em [www.aeop.net](http://www.aeop.net).



M. Jorge Freitas  
Diretor de Publicação da *onco.news*

ENFERMEIRA

## GRAÇA BRAZ



entrevista

**M. Graça Braz**  
 Enfermeira no Instituto Português Oncologia Porto, desde 1990. Especialista em Saúde na Comunidade. Pós-Graduação em Educação para a Saúde e Gestão Hospitalar. Responsável do Ambulatório desde 2007, em parceria com outra colega, adjunta da Direção de Enfermagem

**[onco.news] Numa das muitas reorganizações internas que o IPO fez, o Ambulatório foi estruturado por Clínicas de patologia. O que o diferencia em termos de qualidade assistencial?**

**[Graça Braz]** A Enfermagem acompanha de forma responsável e construtiva esta mudança de paradigma de assistência ao doente. As Clínicas por áreas de patologia, que conjuntamente com outros Serviços específicos compõem o Ambulatório, traduziram-se, para a Enfermagem, numa mais valia. Em todas elas existe um Médico Diretor que, conjuntamente com a Enfermeira Coordenadora, definem o procedimento assistencial do doente na sua área, o plano de atividades da mesma e toda a logística interna envolvente. Por sua vez, a enfermeira responsável faz a conexão com a Chefia de Enfermagem do Ambulatório, com base numa gestão dinâmica e partilhada.

Saliento que o doente é o foco no qual a equipa multidisciplinar centra a sua ação, sendo que uma das atividades desenvolvidas são as consultas de Enfermagem.

Nas nossas consultas, a Enfermeira tem a responsabilidade e a oportunidade única de assumir o papel de referência para a Pessoa/Família/Cuidador em cada percurso de doença oncológica, atendendo aos aspetos de vulnerabilidade, necessidade de informação, conhecimento, segurança e apoio necessário.

**Que competência tem a enfermagem desenvolvido nas Clínicas do Ambulatório?**

Os enfermeiros que trabalham no Ambulatório estão motivados para cuidar do doente e detêm um grande potencial educacional e científico, embora por vezes ignorando que o possuem! Esta área do Hospital é muito específica, permitindo à equipa o desenvolvimento de competências científico-técnico-relacionais que englobam o estadiamento e diagnóstico, as diferentes linhas terapêuticas, a cirurgia, a quimioterapia, os ensaios clínicos, radioterapia, avanços da genética e imunologia, a gestão dos sintomas inerentes aos tratamentos, as emergências e complicações oncológicas e os cuidados paliativos.

Trabalhar num Hospital que é uma escola ativa de conhecimento em contínuo



desenvolvimento, funciona como uma oportunidade para a equipa multidisciplinar crescer. Ou seja, não existem rotinas, mas sim novas oportunidades, gerando sempre novidade. Por isso, há que saber aproveitar as oportunidades para descobrir e crescer profissionalmente.

### **E como é feita a articulação entre as Clínicas e o Internamento?**

De forma coordenada e interdisciplinar, existe, em muitas situações, uma parceria entre a Enfermeira da Clínica e a do Internamento durante o procedimento assistencial do doente, pois cerca de 90% deste processo decorre no Ambulatório, local onde ocorrem as decisões de tratamento oncológico. Ou seja, o doente tem episódios de internamento pontuais, para uma cirurgia ou tratamento, mas a sua continuidade é desenvolvida e centrada nas Clínicas, conforme a área de patologia. Neste momento temos alguns protocolos procedimentais de continuidade entre o Internamento e o Ambulatório. Por exemplo, na Clínica de Patologia Digestiva existe um protocolo de coordenação no âmbito das ostomias de eliminação com os Serviços de Internamento, desde a fase pré até à pós operatória, permitindo ao doente de forma personalizada, na consulta de Enfermagem/ostomias, delinear todo o seu processo de adaptabilidade a uma nova realidade. Também na Clínica de Mama existe um programa de “alta precoce”, que permite um acompanhamento das doentes no domicílio através do contato telefónico que é efetuado por uma Enfermeira da Clínica, controlando o pós-operatório a partir da alta do internamento até à próxima observação na Clínica. Teria mais exemplos a referenciar por áreas de patologia, mas importante é reter que existe a preocupação de ligação entre sectores em áreas específicas com ganhos de saúde para os doentes e libertação de camas para o hospital.

### **Hoje falamos muito da Enfermagem baseada na evidência. Como vê esta necessidade na sua equipa?**

Aprender continuamente com a prática, gerando conhecimento baseado na evidência, que, partilhado com os pares, se fundamenta na investigação!

A Educação é uma ferramenta basilar para a evolução da Enfermagem Oncológica. Profissionais bem informados e formados, orientam melhor os doentes no seu processo de doença, reduzindo as consultas de urgência, tempo de internamento e controlando e minorando os efeitos adversos dos tratamentos, contribuindo assim para melhorar os níveis de satisfação do doente e, fundamentalmente, providenciando-lhe a melhor qualidade de vida possível.

Os cuidados em Oncologia evoluíram para um maior nível de competências e de capacidade críticas por parte da Enfermagem que trabalha nesta área. Cada vez mais os cuidados são prestados no ambulatório e com continuidade na comunidade onde o doente reside, gerando por sua vez a necessidade da criação de uma rede de informação e conhecimento pela equipa de Enfermagem. Existe, portanto, um reconhecimento global de que precisamos de desenvolver o conhecimento e as competências dos enfermeiros em oncologia. E este desenvolvimento passa pelo ambulatório.

Saliento que sendo a Oncologia uma área em crescimento por diversos fatores, requer profissionais motivados, valorizados e com projetos de carreira, pelo que a Educação surge como a ferramenta ideal para efetuar a ponte entre o desenvolvimento das competências e a promoção da satisfação profissional, desenvolvendo de forma contínua níveis de confiança e consolidação profissional.

### **Pertencendo à AEOP na área da Comunicação e ao Grupo Europeu de Comunicação da EONS, como vê o papel da organização europeia e nacional na Enfermagem Oncológica?**

A AEOP tem desenvolvido um conjunto de atividades que contribuem, na minha opinião, para uma maior visibilidade da Enfermagem Oncológica nacional, fundamentalmente através dos diversos eventos/encontros/reuniões científicas que tem organizado e promovido, com a colaboração não só da Enfermagem Clínica como da Enfermagem Académica, partilhando sinergias e gerando conhecimento científico e consensos para as “boas práticas” que podem fazer a diferença em muitos contextos. A Oncologia está disseminada um pouco pelas

unidades hospitalares de norte a sul de Portugal e é importante que os serviços mais pequenos e com recursos diferentes dos grandes centros oncológicos possam ter acesso à informação actualizada.

É importante ressaltar, ainda, a existência de parcerias da AEOP com organizações internacionais de Enfermagem de reconhecido mérito!

A AEOP, como organização, traduz e espelha o que se faz em Oncologia no âmbito nacional, enquanto a EONS, com 22 mil membros em 30 países, o faz a nível europeu, retratando as diferentes especificidades e realidades em Oncologia através da rede de conectividade que mantém com as diferentes associações.

Neste sentido, a EONS acaba por ser uma referência para a Enfermagem Oncológica, bem como o porta-voz junto das instâncias político-sociais e económicas europeias, para além de advogar pelos direitos dos doentes e dos profissionais desta área. A nossa ligação com a EONS traduziu-se numa mais-valia, pois permitiu dar a conhecer o que fazemos a nível nacional com projeção europeia, como também desenvolver atividades com intercâmbio e colaboração de elementos da organização nas reuniões científicas europeias.

A missão do *Communication Working-Group* (WGC) da EONS consiste em usar as variadas vertentes da comunicação (*website*, *newsletter*, representação em congressos internacionais e, atualmente, através das redes sociais como *facebook/twitter*) para sensibilizar novos membros a colaborar com a EONS e garantir que os mesmos tenham voz ativa dentro da organização. A nossa associação, por seu lado, também exerce esta importante atividade seguindo a mesma linha, o que permite maximizar a comunicação entre a AEOP e os seus membros, assim como outros profissionais e “clientes”. Entenda-se como “clientes” todos os que nos “procuram” através da nossa página *web*. Por exemplo, o inquérito recentemente lançado pela AEOP a todos os associados, de forma a caracterizar a sua componente educacional, tem como objetivo dar visibilidade a essa formação adquirida na preparação em futuros eventos científicos. Parece-me ser este um dos caminhos a percorrer...

# SARCOMAS TECIDOS MOLES (STS) UPDATE DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

M. Jorge Freitas Almeida

Enfermeiro especialista - Enfermagem da Comunidade;  
Mestrado em Bioética; Serviço de Radioterapia, IPO Porto  
[mjorgefreitas@sapo.pt](mailto:mjorgefreitas@sapo.pt)

**RESUMO:** Sarcomas dos tecidos moles (STS) são tumores raros, constituem cerca de 1% do total de tumores malignos a nível mundial e são responsáveis por 2% da mortalidade por cancro. A sobrevivência de um doente com sarcoma depende de muitos factores, entre eles o tamanho do tumor, a sua localização, a tipologia histológica, taxa de mitose e se está localizado superficialmente ou é profundo. Os STS podem-se classificar em dois estados diferentes: aqueles que se encontram na fase localizada e os que se encontram disseminados devido à presença de metástases à distância, definindo formas diferentes de tratamento e de intervenção. O tratamento requer a intervenção de uma equipa multidisciplinar com profissionais treinados em centros especializados. As opções actuais de tratamento incluem a cirurgia, radioterapia e quimioterapia de acordo com o grau, o estadio da doença e a presença ou não de metástases.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sarcomas dos tecidos moles, STS, disseminação, estadiamento, tratamento.

**ABSTRACT:** *Soft tissue sarcomas (STS) are rare tumors, approximately 1% of all malignant tumors worldwide, and are responsible for 2% of cancer mortality. The survival of a patient with sarcoma depends on several factors: tumor size, location, histology, mitotic rate and superficial or deep location. The STS can be classified into two different stages: those that are localized and those that disseminated to distance, defining different forms of treatment and intervention. The treatment requires the intervention of a multidisciplinary team with trained professionals in specialized centers. Current treatment options include surgery, radiotherapy and chemotherapy, according to the grade, stage of disease and the presence or absence of metastasis.*

**KEYWORDS:** *Soft tissue sarcomas, STS, dissemination, staging, treatment.*

## I. Caracterização e dimensão do problema

Sarcoma dos tecidos moles (STS) é um tumor que aparece nos tecidos orgânicos, especificamente no tecido fibroso, no músculo liso e estriado, no tecido adiposo, nos nervos ou vasos sanguíneos. É também conhecido como tumor do jovem adulto porque aparece usualmente em indivíduos dos 15 aos 35 anos de idade.

A sua maior incidência de aparecimento é a nível dos membros superiores e inferiores (braços, mãos, pernas,

pés). Em muitas situações trata-se de um tumor que aparece muito próximo do tecido ósseo, sendo assim de difícil abordagem cirúrgica. Por este motivo anatómico, no passado era usual a amputação do membro comprometido. Os avanços da cirurgia e da quimioterapia pré-operatória permitem hoje a exérese do tumor sem recurso ao tratamento mutilante. Devido à natureza de disseminação deste tumor, é importante remover não apenas o sarcoma mas uma boa margem do tecido saudável circunscrito à sua

volta (1 a 15 cm de diâmetro). Nos tumores dos membros, devido ao menor tamanho, a remoção cirúrgica é posterior ao tratamento com quimioterapia.

É importante que esta cirurgia seja realizada por uma equipa multidisciplinar e o diagnóstico é feito na hora porque é fácil confundir tecido com células malignas por tecido benigno.

O sarcoma também aparece, embora com menor incidência, localizado no tronco, cabeça e pescoço, retroperitoneal e nos órgãos internos. Existem mais de 50 subtipos de sarcoma, dependendo do tipo de células que lhe dá origem. Apenas alguns subtipos possuem características específicas que os diferenciam dos restantes e necessitam de tratamento especial, como é o caso dos tumores do estroma gastrointestinal (GIST) – para os quais se registou um grande avanço terapêutico – ou alguns sarcomas de células pequenas e redondas, mais frequentes em idades pediátricas e adultos jovens. A tabela 1 descreve a taxa de incidência média mundial por localização dos diferentes sarcomas, assim como o tecido celular de origem, onde os fibrossarcomas aparecem com maior incidência.

**Tabela 1. Principais tipos histológicos de Sarcomas de Tecidos Moles (STS) em adultos**

| Fibrosarcoma     | 43% | Tendões e ligamentos (tecido fibroso), habitualmente braços, pernas ou tronco |
|------------------|-----|---|
| Lipossarcoma     | 13% | Tecido adiposo, principalmente braços, pernas ou cavidades                    |
| Sarcoma sinovial | 9%  | Célula de origem desconhecida. Tumores associados às articulações             |
| Leiomiossarcoma  | 8%  | Músculo liso do útero e aparelho digestivo                                    |
| Rabdomiosarcoma  | 5%  | Musculo-esquelético, habitualmente braços e pernas                            |
| Neurosarcoma     | 4%  | Nervos periféricos em braços e pernas ou tronco                               |
| Outros           | 14% | --  |

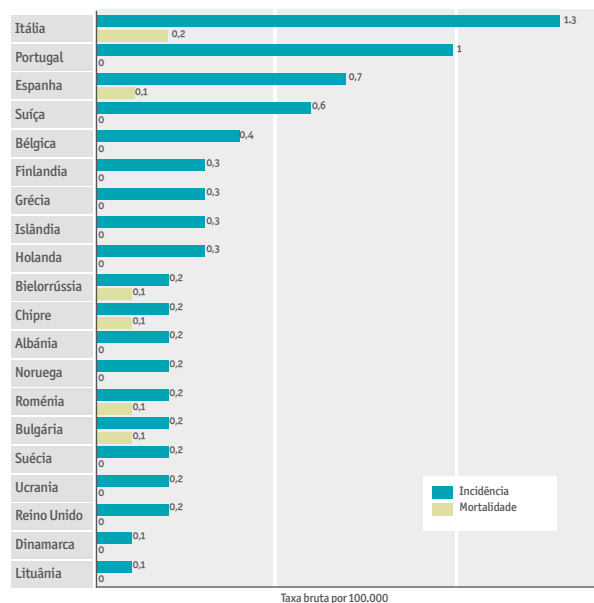
Adaptado de Guillou L, et al. 1997.

## II. Epidemiologia e factores de risco

Sarcomas dos tecidos moles (STS) são tumores raros, constituem cerca de 1% do total de tumores malignos a nível mundial e são responsáveis por 2% da mortalidade por cancro (Global Initiative, 2014). Não existem números estatísticos recentes em Portugal, mas estima-se que estejamos dentro da média mundial de incidência destes

tumores. O gráfico seguinte apresenta a incidência e a mortalidade deste tumor na Europa, dados de 2012, onde consta a média para Portugal (Globocan, 2012).

**Gráfico 1. Incidência de STS e mortalidade (ambos os sexos e todas as idades)**



Taxa bruta por 100.000

Fonte: Globocan, 2012

Apesar da raridade destes tumores, Portugal é dos países europeus com maior taxa de aparecimento em ambos os sexos.

Os STS são ligeiramente mais comuns nos homens do que nas mulheres e podem aparecer em todas as idades, incluindo crianças e adolescentes. A idade máxima de aparecimento em adultos situa-se entre os 40 e os 60 anos (García Del Muro X, 2011). A sua localização também varia com a idade: nos indivíduos adultos predomina o sarcoma pleomórfico indiferenciado, seguido do lipossarcoma e leiomiossarcoma. Nas crianças, os rabdomiossarcomas são os mais frequentes.

A grande maioria dos casos diagnosticados não está associada a quaisquer factores de risco conhecidos. No entanto, num pequeno número de casos pode ser reconhecido como factor predisponente a presença de certas doenças hereditárias raras, destacando-se a neurofibromatose ou doença de von Recklinghausen, que está associada com o desenvolvimento de alguns tipos de sarcomas.



Segundo as estatísticas publicadas pela ASCO (2014) e apresentadas em Cancer.Net (2014), estima-se que nos EUA a taxa de sobrevivência a 5 anos (percentagem de doentes que sobrevivem pelo menos 5 anos após o diagnóstico, excluindo os que morrem por outras causas) para os tumores localizados é de 83%. Para os sarcomas disseminados para gânglios regionais, essa taxa de sobrevivência a 5 anos é de 54%. Para os disseminados a outras partes distantes é de 16%.

A sobrevivência de um doente com sarcoma depende de muitos factores, entre eles o tamanho do tumor, a sua localização, a tipologia histológica, taxa de mitose e se está localizado nos tecidos superficialmente ou é profundo. Se o tumor é diagnosticado numa fase inicial e se ainda não está disseminado do local onde se iniciou, o tratamento é muito efectivo e a taxa de cura é elevada. Pelo contrário, se existe disseminação a outras partes, o tratamento pode controlar o tumor mas este não é curável.

A forma clínica de aparecimento mais habitual é através de uma tumefacção ao nível das partes moles dos membros ou de outra parte do corpo. São frequentemente indolores e podem crescer rapidamente. À medida que a tumefacção aumenta de tamanho, pode provocar dor ao fazer pressão sobre os músculos e terminações nervosas adjacentes. Quando a massa tumoral se localiza no abdómen, pode crescer sem produzir sintomas e pode atingir grande tamanho.

A maioria dos tumores dos tecidos moles é benigna, fazendo com que em muitas situações não se detectem. Como consequência, temos um atraso no diagnóstico, com todas as complicações futuras no tratamento. Estes casos devem ser valorizados clinicamente o mais rapidamente possível, sobretudo quando o tumor atinge um tamanho superior a 5 cm, originando um rápido crescimento e com uma localização profunda.

Segundo Baratti et al. (2007), os STS localizam-se, em termos médios, da seguinte forma: 55-60% nos membros; 15-20% no retroperitонеu, 12-16% na parede torácica e 6-12% na cabeça e pescoço. A localização dos sarcomas viscerais é: 35% gastrointestinal, 30% uterina, estando os restantes noutras localizações, sendo a mama e pulmão as mais frequentes.

### III. Apresentação clínica e diagnóstico

A maioria dos STS aparecem de forma espontânea e não têm geralmente nenhuma causa identificável. Aparecem como uma massa tumoral localizada e assintomática, cujo tamanho depende da sua localização. Os sintomas são inespecíficos (Clark et al., 2005).

A progressão da doença é localizada, com invasão das estruturas locais e com grande probabilidade de disseminação nos tecidos adjacentes. O diagnóstico inicial da doença metastática é difícil de se fazer e só entre 30% a 50% dos doentes apresentam sintomas (Clark et al., 2005). A doença localizada evolui para metastizada não operável em 2 a 3 anos de diagnóstico.

O diagnóstico patológico (biópsia por punção ou por incisão) é fundamental para se definir o plano de tratamento, e ambos devem ser feitos em centros especializados com experiência cirúrgica na abordagem terapêutica dos STS (Clark et al., 2005).

A biópsia incisional é considerada o método *standard* para determinar o tipo histológico e o grau de desenvolvimento do tumor. A biópsia excisional só se deve realizar em lesões muito pequenas.

Os STS podem-se classificar em dois estadios diferentes: aqueles que se encontram na fase localizada e os que se encontram disseminados pela presença de metástases a distância.

As localizações mais frequentes das metástases são pulmonares, excepto os sarcomas intra-abdominais, onde predominam as metástases hepáticas. A disseminação dos gânglios linfáticos regionais é rara nos sarcomas e só se observa ocasionalmente em determinados subtipos (ex.: sarcoma sinovial). Associa-se a estes um prognóstico muito desfavorável.

Na classificação UICC/AJCC (*American Joint Cancer Committee/Union Internationale Contre le Cancer*) de 2002, os STS são uma das três neoplasias em que se inclui o grau de classificação histológica. Classificam-se em estádios I a III de acordo com os principais factores prognósticos: grau de malignidade, tamanho do tumor e profundidade. A classificação TNM está assim categorizada:

- **T<sub>X</sub>** Tumor primário não localizado; **T<sub>0</sub>** Sem evidência de tumor primário; **T<sub>1</sub>** Tumor ≤5.0 cm (**a**: superficial; **b**: profundo); **T<sub>2</sub>** Tumor >5.0 cm (**a**: superficial; **b**: profundo).

- **NX** Gânglios linfáticos regionais não localizados; **NO** Ausência de metástases ganglionares; **N1** Metástases ganglionares regionais.
- **MX** Não se pode demonstrar a existência de metástases à distância; **MO** Sem metástases à distância; **M1** Metástase à distância.

**Tabela 2. Classificação TNM, segundo UICC/AJCC (2002)**

| Estadio     | Caracterização do tumor   |
|-------------|---|
| Estadio IA  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• É classificado como grau 1;</li> <li>• Não tem mais do que 5 cm na sua maior dimensão;</li> <li>• Não se espalhou para os gânglios linfáticos ou outras partes do corpo.</li> </ul>  |
| Estadio IB  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• É classificado como grau 1</li> <li>• Tem mais do que 5 cm na sua maior dimensão</li> <li>• Não se disseminou para os gânglios linfáticos ou outras partes do corpo.</li> </ul>  |
| Estadio IIA | <ul style="list-style-type: none"> <li>• É classificado como grau 2 ou grau 3;</li> <li>• Não tem mais do que 5 cm na sua maior dimensão;</li> <li>• Não se disseminou para os gânglios linfáticos ou outras partes do corpo</li> </ul>   |
| Estadio IIB | <ul style="list-style-type: none"> <li>• É classificado como grau 2;</li> <li>• Tem mais do que 5 cm na sua maior dimensão;</li> <li>• Não se disseminou para os gânglios linfáticos ou outros locais.</li> </ul>   |
| Estadio III | <ul style="list-style-type: none"> <li>• É categorizado como de grau 3;</li> <li>• Tem mais de 5 cm na sua maior dimensão, mas não se propagou para os nódulos linfáticos ou para outras partes do corpo;</li> <li>• Ou disseminou-se para os gânglios linfáticos, independentemente da sua dimensão e grau.</li> </ul> |
| Estadio IV  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Independentemente de seu tamanho e grau, o tumor disseminou-se para outro(s) local(is) (metástases)</li> </ul>   |

Dos STS, alguns são específicos e têm abordagens clínicas diferentes. Descrevem-se aqui os mais importantes:

### Sarcoma epitelióide

Ocorre normalmente nas mãos ou nos pés de adultos jovens. Aparece como pequenos nódulos, que às vezes se fundem. Este tipo de sarcoma dissemina-se para os nódulos linfáticos em aproximadamente 20% dos pacientes. Devido à sua proximidade com as articulações, a excisão cirúrgica pode ser difícil.

### Fibrossarcoma

Ocorre geralmente nos braços, pernas ou tronco, mas pode aparecer em qualquer parte dos tecidos moles. Pode crescer à volta de cicatrizes, músculos, nervos, tendões do revestimento do osso. Os fibrossarcomas tipicamente invadem os tecidos locais e podem disseminar-se através da

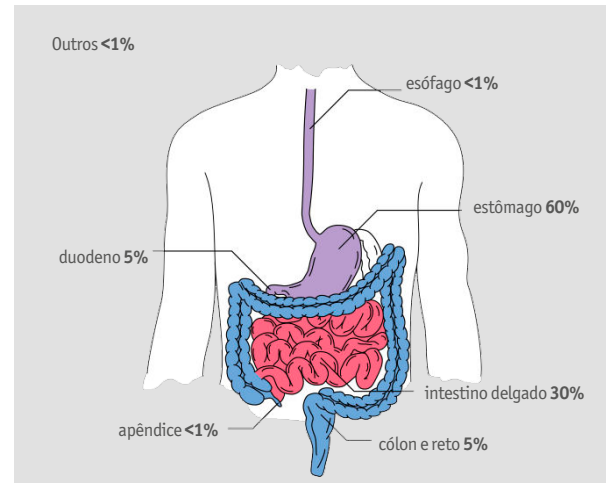
corrente sanguínea para o pulmão. Este cancro tem probabilidade de metastizar para os gânglios linfáticos em menos de 5% dos pacientes.

### Tumor estromal gastrointestinal

O tumor estromal gastrointestinal (GIST) primário pode ocorrer em qualquer local do trato gastrointestinal desde o esófago até ao lúmen do trato anal. O GIST afeta as pessoas mais velhas, geralmente com mais de 50 anos de idade. As crianças são afetadas muito raramente.

O local mais comum para o GIST é o estômago (cerca de 60%), seguido pelo intestino delgado (em 30%), cólon e reto (5%), e outras localizações raras.

**Figura 1. Incidência de GIST por locais anatómicos**



Fonte: [www.gistsupport.org](http://www.gistsupport.org) (2014)

O GIST é diagnosticado a partir das características das células que constituem o tecido do tumor, através da confirmação por imuno-citoquímica, da expressão da proteína KIT (também chamado de CD117) nas células tumorais, juntamente com outras proteínas. Os locais mais comuns para metástases são o fígado e as membranas abdominais.

Os doentes com GIST podem actualmente serem tratados de forma eficaz:

- **Cirurgia.** É o primeiro passo no tratamento de GIST e é frequentemente curativa.
- **Imatinib (Glivec).** Aprovado para o tratamento de GIST irresssecável e metastático, assim como para a prevenção da recorrência de GIST de alto risco (terapia adjuvante).

- *Sunitinib (Sutent)*. Foi aprovado para o tratamento de GIST resistente ao imatinib (Gleevec) e para os pacientes que são intolerantes ao imatinib (Gleevec).
- *Regorafenib (Stivarga)*. Está aprovado para tratamento de GIST resistente ao imatinib e ao sunitinib.
- *Embolização da artéria hepática*. É um procedimento cirúrgico para o tratamento de metástases hepáticas.

### Leiomiossarcoma

Leiomiossarcoma é um tumor que tem origem no tecido do músculo liso. O músculo liso é o músculo sobre o qual o cérebro não tem controlo consciente, como o músculo das paredes dos vasos sanguíneos, do útero ou do tracto gastrointestinal. Este tumor pode originar-se em qualquer local, mas o útero e o aparelho gastrointestinal são a localização mais comum, sendo que mais de 60% destes tumores localizam-se no estômago.

O leiomiossarcoma uterino e o leiomiossarcoma gastrointestinal normalmente são acompanhados por hemorragia e dor significativa. As metástases geralmente ocorrem nos pulmões ou, no caso de tumores gastrointestinais, no fígado. A idade média dos pacientes diagnosticados com este tipo de sarcoma é de 60 anos. O tratamento para o leiomiossarcoma uterino é a histerectomia abdominal total.

### Lipossarcoma

Os lipossarcomas surgem no tecido adiposo e são o tipo de tumor mais comum diagnosticado nos tecidos moles. Embora os lipossarcomas se possam desenvolver em qualquer local, na maioria das vezes têm origem no revestimento da parte posterior da cavidade abdominal. Também podem ocorrer na coxa, na virilha, na área do glúteo ou parte posterior do joelho. O lipossarcoma raramente se desenvolve a partir de um lipoma pré-existente. Os lipossarcomas são geralmente firmes e irregulares e invadem o tecido circundante de forma agressiva. Em aproximadamente 10% dos pacientes este tumor metastiza para os nódulos linfáticos. Os lipossarcomas são mais encontrados em adultos entre 30 e 60 anos de idade e são ligeiramente mais comuns em homens do que em mulheres.

### Sarcoma retroperitoneal

Os sarcomas que surgem no retroperitoneo (o espaço entre a parede abdominal e o peritoneu, a membrana que forma o revestimento da cavidade abdominal e cobre a maior parte dos órgãos intra-abdominais) apresentam-se

cl clinicamente como uma massa abdominal em rápido crescimento, sem produzir inicialmente sintomas. Quando os sintomas estão presentes, eles podem relacionar-se com o efeito de massa do tumor ou da invasão local. Os primeiros sintomas mais comuns que levam à sua descoberta são a dor abdominal, a hemorragia, obstrução gastrointestinal ou edema dos membros inferiores. A cirurgia é o tratamento padrão com ressecção de órgãos do abdómen, e é muitas vezes necessária. Uma margem de ressecção completa pode ser difícil de alcançar devido à complexidade da anatomia retroperitoneal. Embora não seja o tratamento padrão, a quimioterapia e a radioterapia podem ser tratamentos a considerar.

### Sarcoma uterino

Sarcoma uterino é um tumor que se forma a partir de células malignas dos músculos do útero e outros tecidos conjuntivos que suportam o mesmo. Os sintomas mais comuns são dor pélvica, pressão e perda de sangue anormal ou pós-menopausa. O tratamento padrão para o sarcoma uterino, quando localizado, é a cirurgia, que pode incluir a remoção do útero e colo do útero e a remoção de ambos os ovários e as trompas de falópio. Outras abordagens incluem radioterapia, quimioterapia e terapia hormonal.

## IV. Opções de tratamento dos STS

O tratamento requer a intervenção de uma equipa multidisciplinar, com profissionais treinados, em centros especializados. As opções actuais de tratamento incluem a cirurgia, radioterapia e quimioterapia, de acordo com o grau, o estadio da doença e a presença ou não de metástases (Clark et al., 2005). Conforme a doença esteja ou não localizada, a opção de tratamento é diferente:

### 4.1 Na doença localizada

Doença localizada significa que o tumor está confinado a uma localização específica e não existe evidência de se ter disseminado para os tecidos adjacentes ou outros órgãos à distância. Nesta fase, o objectivo de tratamento é a remoção cirúrgica de todo o tumor, sempre que possível. A radioterapia e a quimioterapia também podem ser utilizadas para aumentar a probabilidade de cura definitiva ou reduzir o risco de recorrência.

**Cirurgia.** É o método de tratamento padrão usado para sarcomas localizados. Como estes tumores são raros,



a cirurgia deve ser realizada por profissional experiente. O objetivo é a ressecção completa, sem deixar margens microscopicamente positivas, reduzindo assim o risco de recorrência local. A completa ressecção cirúrgica pode ser definida por várias condições: a ressecção “R0” significa a remoção completa de todo o tumor de acordo com a análise feita pelo patologista; Ressecção “R1” indica que as margens das partes de ressecção demonstraram a presença de células tumorais; Ressecção “R2” indica uma doença residual macroscópica (tecido tumoral visível). As margens de R1 e R2 podem necessitar de tratamento adicional à cirurgia. Outras opções no tratamento pós-cirúrgico com margens afectadas por células tumorais são a radioterapia e a quimioterapia. A qualidade das margens cirúrgicas é um factor crítico para se considerar como tratamento completo do doente.

**Radioterapia.** Tumores maiores que 5 cm de profundidade e extensão são muitas vezes tratados com uma combinação de cirurgia e radioterapia. A radioterapia pode ser usada antes da cirurgia (neo-adjuvante) para diminuir o tamanho do tumor e permitir que ele seja totalmente removido; ou posterior à cirurgia (adjuvante) para destruir as células cancerígenas remanescentes. Nova cirurgia pode ser considerada no caso de existirem margens positivas.

**Quimioterapia.** A quimioterapia pode ser considerada isoladamente ou em combinação com a radioterapia, antes ou após a cirurgia, nos casos seleccionados, tais como:

– Na doença localizada não operável, isto é, um tumor que não pode ser cirurgicamente removido completamente por razões várias, incluindo a sua dimensão, a sua localização numa região considerada muito arriscado para a remoção cirúrgica (como seja o envolvimento de grandes vasos sanguíneos, nervos, etc).

– Na doença de alto risco, ou seja, profundidade >5 cm, a fim de reduzir o risco de recorrência à distância. Actualmente é raro recorrer a amputações de sarcomas dos membros, porque é possível remover apenas o tumor e alguns dos tecidos à sua volta através de uma abordagem conserva-

dora, conhecida como cirurgia de “conservação do membro”, possivelmente com a contribuição da radioterapia (RT) e da quimioterapia (QT). Em casos seleccionados, um procedimento conhecido como “perfusão hipertérmica isolada” do membro pode ser uma opção: o tecido à volta do sarcoma é exposto a altas temperaturas para danificar e destruir as células tumorais e exposto a uma alta dose de QT, administrada diretamente no membro afectado.

O esquema seguinte aponta as opções *standard* de tratamento na doença ressecável ou potencialmente ressecável, especificamente nos estadios II ou III.

Na Europa, as *guidelines* de tratamento são ligeiramente diferentes: na doença local o tratamento passa pela cirurgia seguida da RT e QT. Caso o doente apresente doença recorrente sem metastização, opta-se novamente pela cirurgia (caso se possa realizar) e pelo tratamento com RT e QT (Le Cesne, 2013).

## 4.2. Na doença metastizada

Sarcomas de tecidos moles dizem-se avançados quando metastizam para outros tecidos e órgãos. Em 80% dos casos de STS a sua primeira recaída aparece em forma de metástases pulmonares. Se as lesões aparecem completamente ressecáveis, a cirurgia torácica é uma opção. Nesta fase, o principal objetivo terapêutico é controlar a doença, levando a uma melhor qualidade de vida, melhorando os sintomas.

**Tabela3: Opções de tratamento *standard* nos STS ressecáveis em estadio II e III segundo a NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*), 2014**

| DIAGNÓSTICO   | VARIÁVEIS A OBSERVAR CASO A CASO   | OPÇÕES TERAPÊUTICAS | OPÇÕES TERAPÊUTICAS APÓS CIRURGIA |  |
|---|--|---------------------|-----------------------------------|--|
| <b>STS</b><br><b>Estadio II ou III</b><br>Ressecável ou potencialmente ressecável | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grau do tumor</li> <li>• Tamanho</li> <li>• Profundidade</li> <li>• Histologia</li> <li>• Preferência do doente (para opção cirúrgica)</li> </ul> | Cirurgia            | RT± QT                            |  |
|   |  | ou                  |                                   |  |
|   |  | RT após cirurgia    | Reforço de RT ± QT                |  |
|   |  | ou                  |                                   |  |
|   |  | QT após cirurgia    | RT± QT                            |  |
| ou  |  |                     |                                   |  |
| QT/RT após cirurgia   | Reforço de RT ± QT   |                     |                                   |  |
| ou  |  |                     |                                   |  |
| QT após RT, após cirurgia (opção MD Andersen)                                     | nenhuma  |                     |                                   |  |

A cirurgia pode ser ocasionalmente considerada na doença metastática para alívio dos sintomas e pode ser curativa em casos muito selecionados, principalmente quando existem poucas metástases pulmonares, não acompanhadas por lesões extra-pulmonares. A radioterapia também pode ser administrada para aliviar os sintomas e controlar as lesões metastáticas (por exemplo, metástases ósseas). No entanto, a abordagem principal no tratamento é a terapêutica médica, que inclui quimioterapia e as terapias alvo.

**Quimioterapia.** Numa primeira linha de tratamento deve considerar-se a opção standard nos doentes com bom índice de Karnovski e naqueles que se espera uma melhoria clínica associada a uma resposta parcial. Dos fármacos desenvolvidos nos últimos anos, somente três se mantêm num índice de actividade interessante na STS: a doxorubicina, a ifosfamida e a decarbazina. Os fármacos mais utilizadas nos sarcomas de tecidos moles são:

- Doxorubicina e outras antraciclínicas
- Ifosfamida
- Trabectedina
- Gemcitabina
- Taxanos: Docetaxel e Paclitaxel

#### *As terapias-alvo*

É um tratamento que interfere com moléculas específicas do ambiente celular ou tecido envolvido no crescimento do tumor em progressão. Os efeitos colaterais tendem a ser mais baixos do que com a quimioterapia clássica, ou mais específicos, de acordo com o mecanismo de acção do fármaco. Os medicamentos dirigidos aprovados para o uso em sarcomas de tecidos moles na Europa são o pazopanib (em diferentes lipossarcoma dos tecidos moles) e o imatinib (em dermatofibrossarcoma, quando requer uma terapêutica médica).

Nem todos os sarcomas têm os mesmos alvos. A análise biomolecular deste tumor pode identificar genes, proteínas e outros factores que possam ser úteis para seleccionar a terapia-alvo mais eficaz, embora a presença de uma alteração de per si não implique que o tumor seja sensível a terapêuticas dirigidas. Muitos estudos estão a decorrer para descobrir mais sobre alvos moleculares específicos e novos tratamentos dirigidos surgirão.

#### ***Subtipos de STS que requerem tratamento específico***

**Tumor do estroma gastrointestinal (GIST):** Quando existem metástases, o tratamento utilizado é o imatinib, um fármaco oral que actua inibindo a via intracelular do c-KIT, activada de uma forma anómala nas células deste tumor, essencial para a progressão tumoral. Representa um modelo de tratamento eficaz com fármacos dirigidos a moléculas específicas.

**Rabdomiosarcoma embrionario e alveolar:** São variantes frequentes em crianças e adolescentes ou ocasionalmente em adultos jovens. Estes tumores têm uma maior sensibilidade à QT e RT que nos adultos. O tratamento consiste numa combinação de cirurgia conservadora, quimioterapia com ciclofosfamida, actinomicina-D e vincristina. Inclui-se a RT.

#### ***Trabectedina***

A trabectedina (Yondelis®) tem um mecanismo de acção único. Une-se à porção menor do ADN e interfere com a divisão celular e com os processos de transcrição genética a reparação do ADN. Está indicada para o tratamento de pacientes adultos com STS em estadios avançados assim que tenha fracassado o tratamento com antraciclínicas e ifosfamida. A trabectedina pode combinar-se com outros fármacos tipo doxorubicina, doxorubicina lipossómica, docetaxel, paclitaxel e capecitabina. Alguns destes esquemas, está em fase avançada de ensaios clínicos para outros tumores como o cancro ovário, próstata e mama (Quintero, 2008). A trabectedina combinada com doxorubicina lipossomal peguilada (PLD) está indicada para o tratamento de doentes que sofreram uma recaída de cancro do ovário sensível à platina.

Para o tratamento de STS, a dose recomendada é de 1,5 mg/m<sup>2</sup> de área de superfície corporal, administrada sob a forma de perfusão intravenosa durante 24 horas, com um intervalo de três semanas entre ciclos. Para o tratamento de cancro do ovário, a trabectedina é administrado de três em três semanas sob a forma de uma perfusão de 3 horas, numa dose de 1,1 mg/m<sup>2</sup>, imediatamente a seguir a PLD 30 mg/m<sup>2</sup>.

Em conclusão, é importante fazer-se um bom estadiamento da doença antes de se definir o plano terapêutico. Nos estadios I a III podemos optar pela cirurgia como primeira opção, já nos estadios IV, a QT será a 1ª linha de intervenção (ver esquema 1).

## V. Conclusão

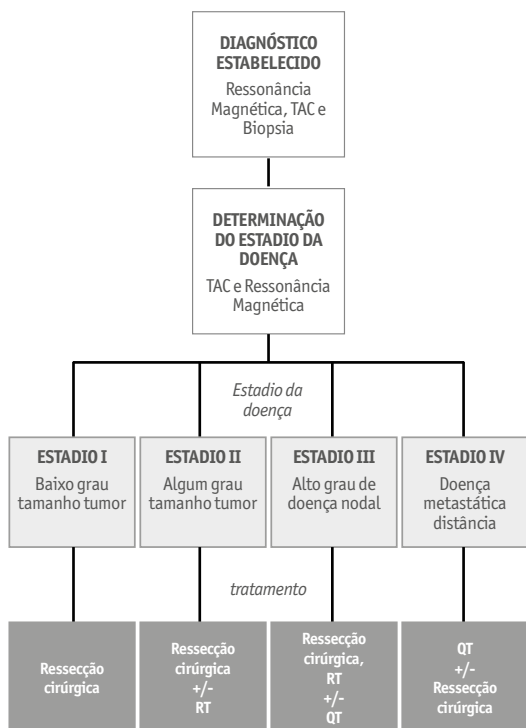
O tratamento inicial das STS por equipas multidisciplinares em centros especializados obtêm habitualmente melhores resultados no controlo local da doença.

O estadiamento precoce e a classificação histológica são variáveis importantes na definição da melhor estratégia terapêutica.

Na doença metastática (que representa 50 a 60% dos doentes), o tratamento tem uma sequência diferentes conforme os protocolos de tratamento com QT.

O diagrama seguinte representa a sequência de tratamento adoptado pelas *guidelines* europeias:

Esquema 1: Opções terapêuticas em função dos estadios de STS

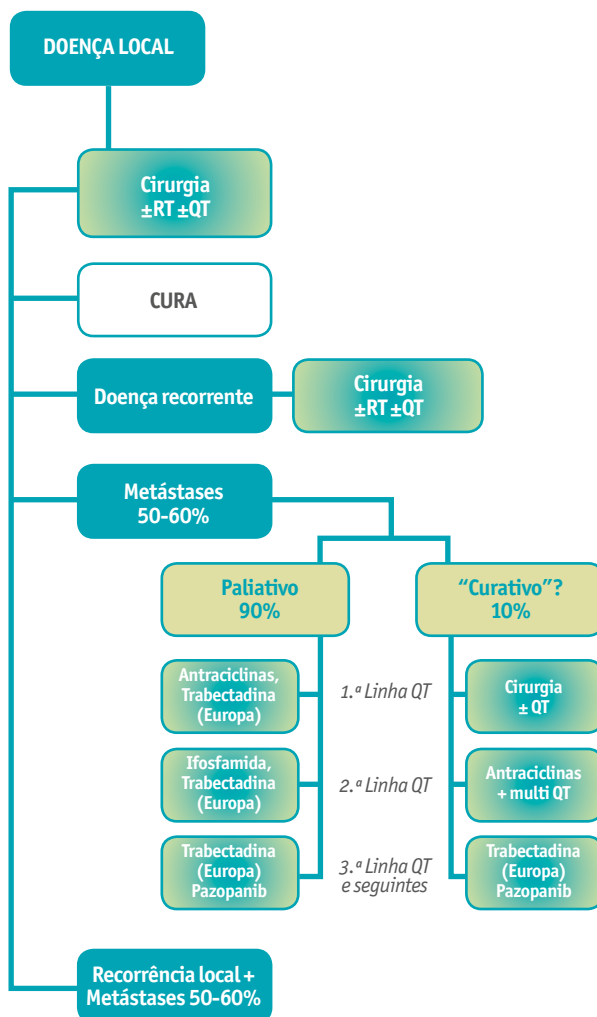


Adaptado de Brunicardi FC, et al. (2010)

O fracasso terapêutico deve-se principalmente à rápida disseminação do tumor, sendo que aqui a eficácia do tratamento com QT é limitada, sendo necessário avançar na investigação clínica nesta área. A baixa incidência dos sarcomas e a sua elevada complexidade clínico-patológica e terapêutica tem dificultado o avanço da investigação. São necessários novos estudos que permitam avançar na iden-

tificação de novos factores prognósticos e preditivos de resposta mais fiável e precisa e que possam ser de utilidade para uma maior optimização das armas terapêuticas disponíveis em cada tipologia histológica de sarcoma.

Esquema 2: Algoritmo do tratamento das STS (Europa)



Adaptado de Le Cesne, 2013

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baratti D, Pennacchioli E, Casali PG, et al. Epithelioid sarcoma: prognostic factors and survival in a series of patients treated at a single institution. *Ann Surg Oncol* 2007; 14:3542-51.
- Borden EC, Amato DA, Rosenbaum C, et al. Randomized comparison of three adriamycin regimens for metastatic soft tissue sarcoma. *J Clin Oncol* 1987; 5: 840-50.



- Brunnicardi FC, et al., editors. Schwartz's Principles of Surgery, 9th edition. New York: McGraw-Hill; 2010.
- Buesa JM, Fra J, Antón A., et al. Activity of doxorubicin after high-dose ifosfamide in adult patients with advanced soft tissue sarcomas: A Study of the Spanish Group for Research on Sarcomas (GEIS). *Ann Oncol* 1998; 9:783-85.
- Quintero C. Trabectedina en el tratamiento de sarcomas de partes blandas. *Sociedad Española de Oncología Médica*, vol. 3, núm. 8, junio 2008, Separata n.º 2.
- Clark MA, Fisher C, Judson I, Thomas JM. Soft-tissue sarcomas in adults. *N Engl J Med*. 2005;353(7):701-11.
- Clinical Practice Guidelines in Oncology, Soft Tissue Sarcoma V1. 2011 em <http://www2.mdanderson.org/depts/Oncolog/articles/11/6-jun/6-11-compass.html>.
- ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2007; 18 (2): ii74- ii76).
- Global Initiative, acceso em Janeiro 2014: [http://sarcomahelp.org/index.html?tpm=1\\_2](http://sarcomahelp.org/index.html?tpm=1_2).
- García Del Muro X, Martín J, Maurel J, Cubedo R, Bagué S, de Álava E, Pousa AL, Narváez JA, Ortíz E, Pomés J, Poveda A, Romasanta LP, Tendero O, Viñals JM; Grupo Español de Investigación en Sarcomas (GEIS). [Soft tissue sarcomas: clinical practice guidelines] *Med Clin (Barc)*. 2011 Apr 9;136(9):408.e1-8. doi: 10.1016/j.medcli.2011.02.004. Epub 2011 Mar 15. Spanish.
- Guillou L, Coindre JM, Bonichon F, Nguyen BB, Terrier P, Collin F, Vilain MO, Mandard AM, Le Doussal V, Leroux A, Jacquemier J, Duplay H, Sastre-Garau X, Costa J. Comparative study of the National Cancer Institute and French Federation of Cancer Centers Sarcoma Group grading systems in a population of 410 adult patients with soft tissue sarcoma. *J Clin Oncol*. 1997 Jan;15(1):350-62.
- Lawrence W Jr, Donegan WL, Nachimuth N, et al: Adult soft tissue sarcomas: A Pattern of Care. Survey of the American College of Surgeons. *Ann. Surg* 1987; 205:349-59.
- Le Cesne A. 13 years of trabectedin, 5 years of Yondelis®: what have we learnt? *Expert Rev. Anticancer Ther*. 2013; 13 (Suppl: 1):11-9.
- Poveda A, Querejeta A y Buesa JM. Sarcomas de partes blandas. In *Oncología Médica*, vol. 2, pp. 1041-60. Editorial Nova Sidonia, Madrid, 1999.
- Poveda A, Lopez-Pousa A, Martín J, et al. Liposomal Doxorubicin (Caelyx®) in advanced soft tissue sarcoma patients: A phase II study of the Spanish Group for Research on Sarcomas. *Proceed ASCO*, 1999; 18: 553.
- Rosenthal DS. Changing Trends. *CA Cancer J Clin* 1998; 98:3-4
- Sarcomas. In *Cancer: Principles and Practice of Oncology: De Vita VT, Hellman S and Rosenberg SA (eds)*. 5.ª ed. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia; 1997.
- Sarcomas. In *Cancer Medicine: Holland JF, Bast RC, Morton DL, Frei III E, Kufe DW, Weichselbaum RR (eds)*. 4.ª ed. Lea & Febiger, Baltimore 1997.
- Statistics adapted from the American Cancer Society's publication, *Cancer Facts & Figures 2014*. Em: Cancer.Net, visita em Janeiro 2014 - <http://www.cancer.net/cancer-types/sarcoma/statistics>
- Páginas Web especializadas em epidemiologia dos STS: [www.iarc.fr](http://www.iarc.fr) | [www-dep.iarc.fr](http://www-dep.iarc.fr) | [www-dep.iarc.fr/nordcan/English/frame.asp](http://www-dep.iarc.fr/nordcan/English/frame.asp)

# SUORTE SOCIAL, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS DOENTES COM SARCOMA

Célia Santos

Professora-Coordenadora / ESEP  
celia@esenf.pt

Lígia Lima

Professora-Coordenadora / ESEP  
ligia@esenf.pt

Celeste Bastos-Almeida

Professora-Coordenadora / ESEP  
cbastos@esenf.pt

M. Jorge Freitas Almeida

Enfermeiro Especialista / IPO Porto  
mjorgefreitas@sapo.pt

**RESUMO:** Os sarcomas são tumores malignos raros, com origem no tecido conjuntivo ou no tecido ósseo, cujo tratamento mais comum é cirúrgico, ao que se associa a quimioterapia e/ou a radioterapia. O presente estudo, inserido no contexto de outro mais alargado, teve como objetivos descrever a perceção de suporte social e de ajustamento emocional dos doentes com sarcomas, bem como os seus determinantes sociodemográficos e clínicos.

Desenvolveu-se um estudo descritivo e transversal em dois contextos hospitalares do nosso país, numa amostra de 30 pessoas com sarcomas (ósseos e das partes moles), com uma média de 38 anos de idade e 10 anos de escolaridade, na sua maioria casados e empregados. Em termos clínicos, uma parte significativa da amostra (n=16; 53%) já tinha iniciado tratamento para a doença, como as exéreses cirúrgicas de sarcomas, metástases ou plastias cutâneas, ao que se associavam outros tratamentos complementares. Foram administrados os seguintes instrumentos: um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica e as versões portuguesas da Escala de Apoio Social (EAS) e da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH).

Os resultados indicaram que a amostra tinha uma perceção positiva sobre o seu suporte social e apresentava valores indicativos de ansiedade “ligeira”, não apresentando sintomas de depressão, embora alguns participantes da amostra se encontrassem com níveis de ansiedade moderada a grave, indicativos da necessidade de intervenções urgentes de cariz psicossocial.

Foi ainda evidenciada uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis em análise e algumas variáveis sociodemográficas (como a idade, a escolaridade, o número de pessoas que coabitavam com os participantes da amostra e o seu número de filhos), mas não com as variáveis clínicas. Consideramos que estes resultados se devam essencialmente ao tamanho diminuto da amostra, pelo que sugerimos a continuidade do presente estudo no sentido de podermos confirmar estas e outras relações entre as variáveis.

Julgamos que este estudo se apresenta como um primeiro olhar sobre uma problemática que carece ser aprofundada, no sentido da identificação de grupos vulneráveis e que necessitam de um maior acompanhamento pelos técnicos de saúde, desde as fases iniciais da doença e do seu tratamento. Os enfermeiros devem conceber e implementar processos de monitorização desses grupos vulneráveis e implementar terapêuticas ajustadas às suas reais necessidades.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sarcomas; ajustamento psicossocial; ansiedade e depressão; apoio social em saúde.

**ABSTRACT:** *Sarcomas are rare malignant tumors, originating from connective tissue or bone tissue. Most frequent treatments for of these tumors are surgical, with the association of chemotherapy and/or radiotherapy. The present study is part of a larger research project, and aims to describe social support*

*and emotional adjustment of patients with sarcoma, as well as their socio-demographic and clinical determinants.*

*A descriptive and transversal study was undertaken in two hospitals, with a sample of 30 patients with sarcomas (soft tissue and bone), with an average of 38 years of age and 10 years of education, mostly married and employed. In clinical terms, a significant part of the sample (n = 16; 53 percent) had already started treatment for the disease, such as surgical exeresis of sarcomas, cutaneous metastases or other surgeries associated with complementary treatments. Instruments used: a demographic and clinical questionnaire, The Social Support Scale and the Hospital Anxiety and Depression Scale.*

*The results indicated that patients had a positive perception about their social support and presented mild values of anxiety. The majority did not show clinical significant values of depression, although some participants evidenced moderate to severe anxiety levels.*

*Some associations were found between social support and emotional adjustment and socio-demographic variables, such as age, educational level, the number of people in the household and the number of children), but not associations were found with clinical variables.*

*This study is constitutes the initial phase of the evaluation of a problem that needs to be deepened, towards the identification of vulnerable groups that require a greater monitoring by health professionals, since the early stages of the disease and its treatment. Nurses must design and implement monitoring processes of these vulnerable groups and implement interventions adjusted to their real needs.*

**KEYWORDS:** *Sarcomas; psychosocial adjustment; anxiety and depression; social support in health.*

## **I. Introdução**

A doença oncológica constitui atualmente uma importante causa de morte em todo o mundo. De acordo com a *International Agency for Research on Cancer* (IARC), da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008 morreram 7,6 milhões de pessoas vítimas de cancro. Em Portugal o cancro representa 28% do total das causas de morte (OMS, 2014).

O sarcoma é um tipo raro de cancro sólido, que corresponde a 1% dos cancros em adultos e a 15% dos cancros na infância (*Sarcoma Foundation of America* [SFA]). O sarcoma tem a sua origem no tecido conjuntivo ou tecido ósseo, sendo habitualmente dividido em duas grandes categorias: sarcoma dos tecidos moles (que inclui o tecido adiposo, músculos, nervos, vasos sanguíneos e outros tecidos conjuntivos) e sarcoma ósseo (*National Comprehensive Cancer Network* [NCCN]). O tratamento mais comum é cirúrgico, podendo ser complementado com radioterapia ou quimioterapia (van Herk-Sukel et al., 2012).

O ajustamento psicossocial ao cancro tem sido objeto de múltiplos estudos, no entanto, é notório que estes se têm centrado essencialmente nas neoplasias mais frequentes, sendo que os estudos com patologias oncológicas mais raras são, comparativamente, mais escassos (Paredes, Simões, & Canavarro, 2012). Deste modo, a gestão

da doença, bem como as suas implicações psicossociais em cancros mais raros, não são suficientemente conhecidas, como acontece com os sarcomas ósseos e dos tecidos moles (*Ibidem*).

Este tipo de doença oncológica suscita normalmente um conjunto de sequelas, principalmente se se trata de um tumor que se localiza na coluna ou nos membros, o que poderá acarretar vários graus de restrição na mobilidade e eventualmente o risco de amputação do membro afetado, associado a desfiguramento físico, situações que compreensivelmente afetam a autoimagem do doente e o seu equilíbrio emocional (Paredes, Canavarro, & Simões, 2011). É também importante considerar todas as sequelas impostas pelas terapêuticas comumente instituídas e que, a longo prazo, afetam também negativamente a funcionalidade e a qualidade de vida dos doentes com sarcomas (Tang, Pan, Castle, & Choong, 2012). Podemos nomear problemas de fertilidade, o aumento de fraturas ósseas, situações de dor crónica e défices neurológicos e físicos que comprometem a autonomia futura e obrigam o doente a uma situação de grande dependência dos seus cuidadores.

Grande parte dos estudos realizados sobre o ajustamento emocional de pessoas com doenças oncológicas



revelam que a maioria dos doentes apresenta reações transitórias e adaptativas à doença, não demonstrando níveis de perturbação psiquiátrica clinicamente significativos, como era comum supor em estudos prévios aos anos 90 e que se revelaram metodologicamente pouco precisos (Paredes et al., 2011). Apesar dos sarcomas serem doenças que ameaçam frequentemente a qualidade de vida do doente, como foi já referido anteriormente, num estudo comparativo em que se estudou a presença de sintomas de ansiedade e de depressão em doentes com este tipo de tumores e doentes com outro tipo de tumores mais comuns, não foram encontradas diferenças entre os dois grupos, verificando-se que apenas uma pequena percentagem de doentes apresentava níveis clinicamente relevantes de perturbação (Ostacoli et al., 2014). Este resultado é semelhante aos encontrados por Paredes, Canavarro e Simões (2011), que verificaram que uma minoria significativa de doentes com sarcoma apresentava manifestações de ansiedade e de depressão de ordem clínica, sendo mais frequentes, na fase de diagnóstico, os sintomas do tipo ansioso, e na fase de tratamento, os sintomas do tipo depressivo (Paredes, Canavarro, & Simões, 2011).

O suporte social é uma variável que tem vindo a ser muito associada à adaptação psicológica em situações de doença, partindo do pressuposto de que se trata de um fator “amortecedor” do *distress* psicológico (Özpolat, Ayaz, Konag, & Özkan, 2014). Os estudos identificam, por exemplo, o efeito positivo do suporte social na gestão da doença e na adesão terapêutica. Por exemplo, no estudo de Özpolat, Ayaz, Konag e Özkan (2014) os doentes, com vários tipos de cancro, que percecionam maior suporte social experimentam menor perturbação psicológica e mostram-se mais recetivos aos cuidados de saúde. Também em doentes com sarcoma dos tecidos moles verifica-se um aumento da taxa de sobrevivência naqueles que percecionam um maior suporte social (Alamanda, Song, & Holt, 2014).

Embora não exista consenso na literatura quanto à tipologia do suporte social, é comum a sua subdivisão em suporte emocional, suporte instrumental e suporte informativo (Singer & Lord, 1984, cit. in Ribeiro, 1999). O suporte emocional associa-se à partilha de emoções e gestão equilibrada dessas emoções, o suporte instrumental associa-se à ajuda na realização de determinadas tarefas e o suporte informativo associa-se à disponibilização de

informação e aconselhamento. Embora esta taxonomia se revele útil, até para fins de investigação, é também reconhecido que os vários tipos de suporte social se encontram também relacionados, dado que aliada à utilidade prática do suporte instrumental quase sempre está a perceção de que se é cuidado ou estimado.

Em investigação prévia, o suporte instrumental revelou ser positivo na adaptação psicológica de mulheres com cancro da mama, no entanto, e contrariamente às expectativas dos autores, o suporte emocional não demonstrou benefícios ao nível do ajustamento psicológico (Boinon et al., 2014). Já no estudo de Alamanda, Song e Holt (2014), um melhor suporte social, desde o financeiro ao emocional, parecia conferir vantagens em termos de sobrevivência nos doentes com sarcoma, uma vez que facilitava uma ajuda integral na obtenção de cuidados de saúde ajustados às necessidades dos doentes. O papel positivo de diferentes tipos de suporte social no ajustamento de doentes com sarcoma foi também demonstrado no estudo de Paredes e colaboradores (Paredes, Pereira, Simões, & Canavarro, 2012), embora a relação entre os diferentes tipos de suporte social, a qualidade de vida, bem como a presença de sintomas de ansiedade e de depressão dependesse da fase da doença. Mas de uma forma geral, os doentes que relatavam um melhor suporte social a nível emocional, informativo e material eram os que apresentavam melhor qualidade de vida percebida e menos sintomas do tipo depressivo (Paredes et al., 2012).

Assim, a influência de variáveis clínicas no ajustamento e qualidade de vida de doentes com sarcoma tem sido também alvo de investigação, nomeadamente o tipo de sarcomas (partes moles ou ósseos), gravidade ou grau de malignidade, fase da doença e tempo desde o diagnóstico. Quanto ao tipo de sarcoma, o ósseo parece associar-se a pior funcionamento físico e mais fadiga, comparativamente com o cancro dos tecidos moles (Granda-Cameron, Hanlon, Lynch, & Houldin, 2011).

Relativamente à influência da fase da doença, no estudo de Paredes e colaboradores (2011), a fase da doença determinava o tipo e o nível de sintomas de perturbação psicológica. Mais concretamente, relativamente à presença de níveis clínicos de ansiedade – estes parecem aumentar de 25% para 29,6% da fase de diagnóstico para a fase de *follow-up*, enquanto em relação aos sintomas do tipo depressivo verifica-se uma diminuição acentuada, ou

seja, de 22,6% na fase de tratamento para 8,3% na fase de *follow-up* (Paredes et al., 2011).

Fatores demográficos como a idade, o género, a raça, o estatuto profissional, o nível educacional e o estado civil são também frequentemente analisados enquanto preditores da adaptação do doente.

Num estudo de Granda-Cameron e colaboradores (2011) sobre a qualidade de vida de doentes com sarcoma a iniciar tratamento de quimioterapia, os doentes mais idosos relatavam menor qualidade de vida funcional comparativamente aos mais jovens, e as doentes do sexo feminino reportavam maiores níveis de dor e menor qualidade de vida do que os doentes do sexo masculino.

O estado civil é uma variável mencionada em diversos estudos, sendo o solteiro em geral associado a maiores dificuldades de adaptação à doença (Schelegel, Manning, Molix, Talley, & Bettencourt, 2012; Alamanda, Song, & Holt, 2014).

## Finalidade/Objetivos

O presente estudo insere-se num projeto mais alargado que tem como finalidade caracterizar os processos de autogestão dos doentes com sarcoma (ósseo e/ou dos tecidos moles). Este estudo em particular pretende descrever a perceção de suporte social e o ajustamento emocional dos doentes com sarcoma, bem como os seus determinantes sociodemográficos e clínicos.

Foram objetivos específicos do estudo:

1. Descrever a perceção de apoio social dos doentes com sarcoma;
2. Avaliar a presença de sintomas de ansiedade e de depressão nos doentes com sarcoma;
3. Descrever a relação entre a ansiedade, a depressão e a perceção de apoio social;
4. Descrever a relação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis clínicas dos doentes com sarcoma, e a perceção de suporte social, a ansiedade e a depressão.

## II. Material e métodos

### Tipo de estudo

Desenvolvemos um estudo observacional, descritivo, correlacional e transversal, com 30 doentes com diagnóstico de sarcoma (ósseo e/ou dos tecidos moles) a serem seguidos numa instituição de saúde da zona centro (n=11;

37% da amostra) e numa instituição da zona norte (n=19; 63% da amostra) de Portugal.

### Instrumentos

Para dar resposta aos objetivos a que nos propusemos, elaboramos um instrumento de recolha de dados, que se constituiu como um questionário de autorresposta, podendo, no entanto, o respondente ser apoiado no seu preenchimento. Tal instrumento era composto por três partes, que se descrevem em seguida:

a. Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica – composto por questões de resposta curta, em geral fechadas. Apresentava ainda uma questão aberta na qual o doente devia identificar as pessoas que lhe prestavam mais apoio nesta fase da sua vida e descrever algo mais que considerasse significativo face à sua situação.

b. A Escala de Apoio Social (EAS) de Matos e Ferreira (1999) que permite estudar os aspetos quantitativos e funcionais do apoio social. Engloba um conjunto de 16 questões numa escala de resposta de tipo Likert, com a atribuição de uma pontuação de 1 a 5, em que pontuações mais elevadas correspondem a níveis superiores de apoio social. Os itens agrupam-se em três subescalas ou dimensões que são mais frequentemente associados a este constructo teórico: o Apoio Informativo, que se refere ao aconselhamento e à informação que facilitam os esforços de resolução de problemas; o Apoio Emocional; e o Apoio Instrumental na resolução de problemas em concreto. Este instrumento tem sido aplicado em diferentes contextos de doença crónica, nomeadamente na diabetes (Amorim & Coelho, 2008) e na doença oncológica (cit. in Guadalupe, 2008) com valores de fidelidade aceitáveis.

c. Versão portuguesa da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH) de Pais-Ribeiro e colaboradores (2007). É um instrumento de autorresposta que permite identificar os componentes emocionais associados à doença física, sendo composto por duas subescalas cotadas separadamente: uma que avalia a ansiedade, constituída por 7 itens; outra que avalia a depressão, também com 7 itens (Zigmond & Snaith, 1983, cit. in Amorim e & Coelho, 2008). Cada item está formulado para uma escala de resposta de tipo Likert com 4 pontos (0-3), pelo que os valores possíveis para cada uma das subescalas variam entre 0 e 21. Os pontos de *cut-off* escolhidos foram baseados no estudo para a validação da versão portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2006), em que resultados compreendidos

entre 0 e 7 devem ser interpretados como “normal”, entre 8 e 10 “ligeira”, entre 11 e 14 “moderada” e entre 15 e 21 “grave”, quer para a ansiedade, quer para a depressão. Relativamente ao resultado global da EADH, valores iguais ou superiores a 15 são considerados como sugestivos de níveis patológicos. Este instrumento tem sido aplicado em diferentes contextos de doença, nomeadamente a doença oncológica, apresentando bons valores de validade e fidelidade (Torres, 2012). Foi demonstrado ser uma medida eficaz da avaliação da perturbação emocional, embora se reconheça a sua fragilidade para diferenciar, de forma consistente, os constructos de ansiedade e de depressão (Cosco, Doyle, Ward, & McGee, 2012).

Após a sua elaboração, o instrumento de recolha de dados foi sujeito a um pré-teste numa subamostra de 10 participantes, no sentido de percebermos a sua adequação à população em estudo, não se tendo verificado a necessidade de proceder a qualquer alteração.

A fim de avaliarmos a fidelidade dos instrumentos de medida utilizados no presente estudo, calculámos os valores da consistência interna das diferentes subescalas e da escala global, cujos resultados apresentamos na tabela 1.

Podemos concluir que os valores de alfa de Cronbach são considerados aceitáveis (Ribeiro, 2010), com exceção da subescala Apoio Emocional da EAS. Por aumentar a consistência interna dessa subescala de 0,43 para 0,55, e para efeitos do presente estudo, foi eliminado o item 11 (“Tenho pessoas com quem posso contar, para tomar conta

dos meus filhos (ou de outros familiares que dependam de mim) quando quero sair por algum tempo ou divertir-me”). De notar que esta tendência foi já verificada em outros estudos realizados com doentes de foro oncológico e descritos por Guadalupe (2008).

### **Procedimentos**

A recolha de dados foi realizada em duas instituições de saúde da zona norte e centro de Portugal, por enfermeiros das referidas instituições, colaboradores no presente estudo, previamente preparados para o efeito. Todos os procedimentos do estudo foram realizados de acordo com a melhor prática clínica de cada centro.

### **Participantes**

Foi usada uma amostra de conveniência de pessoas com diagnóstico de sarcoma, em tratamento nas unidades de cuidados indicadas e que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: idade > 18 anos; com o diagnóstico médico de sarcoma primário dos tecidos moles e/ou ósseo.

### **Caracterização da amostra**

A amostra foi composta por 30 pessoas, das quais 17 eram homens (57%) e 13 mulheres (43%). Trata-se de um grupo composto essencialmente por jovens adultos, com uma média de idades de 38 anos (DP=16,3), estendendo-se, no entanto, entre um mínimo de 16 e um máximo de 69 anos de idade. Apresentavam uma média de 10 anos de escolaridade (DP=5,2; amp. 3-21) e eram, na sua maioria, casados ou a viver em união de facto (n=16; 53,3%). Residiam, na sua maioria, nos distritos do Porto (n=11; 36,7%), Aveiro (n=4; 13,3%); Vila Real, Braga e Coimbra (n=3; 10%). Tinham em média um filho para cada dois doentes (amp. 0-3) e viviam em média com duas pessoas (amp. 0-6).

Em termos profissionais, metade da amostra encontrava-se empregada (n=16; 55,3%), mas na sua maioria com baixa clínica (n=13; 43,3%), tendo em conta o estádio da sua doença e tratamento. Com exceção de seis participantes da amostra (20%) que eram estudantes e duas domésticas (6,7%), os restantes distribuíam-se pelos diferentes grupos profissionais, de acordo com a Classificação Nacional de Profissões (CNP), sendo os de maior frequência pertencentes ao grupo dos operários, artífices e trabalhadores similares (n=6; 20%), e os restantes ao grupo de pessoal administrativo e similares, e pessoal de serviços e vendedores (n=5; 16,7% cada).

**Tabela 1:** Fidelidade das subescalas e escala global da EAS e EADH.

| Escala/Domínio          | Número itens | Alfa de Cronbach |                 |
|-------------------------|--------------|------------------|-----------------|
|                         |              | Escala original  | Presente estudo |
| <b>EAS<sup>a</sup></b>  |              |                  |                 |
| Apoio Informativo       | 6            | 0,74             | 0,65            |
| Apoio Emocional         | 5            | 0,72             | 0,42*           |
| Apoio Instrumental      | 5            | 0,63             | 0,72            |
| EAS Global              | 16           | -                | 0,78            |
| <b>EADH<sup>b</sup></b> |              |                  |                 |
| Ansiedade               | 7            | 0,76             | 0,82            |
| Depressão               | 7            | 0,81             | 0,65            |
| EADH Global             | 14           | -                | 0,84            |

a Matos & Ferreira (1999); b Pais-Ribeiro et al. (2006) \*após retirado item 11 passou a 0,55

Em termos clínicos, 17 elementos da amostra (57%) apresentavam tumores das partes moles e 13 (43%) apresentavam tumores ósseos. Tinham realizado o diagnóstico em média há três meses (DP=2,8; amp. <1 mês - 12 meses). No momento da recolha de dados, uma parte significativa da amostra (n=16; 53,3%) já tinha realizado alguns tratamentos para a sua doença, tais como cirurgia (n=6; 20%), quimioterapia (n=2; 6,7%), radioterapia (n=1; 3,3%), ou conjuntos organizados desses tratamentos (n=7; 23,3%). No entanto, 46,7% (n=14) ainda não tinha iniciado qualquer tratamento.

No momento em que foram recolhidos os dados, cinco doentes encontravam-se em período peri-operatório (16,7%), 24 doentes (80%) encontravam-se a realizar quimioterapia e um doente (3,3%) encontrava-se a realizar radioterapia. As tipologias cirúrgicas realizadas foram díspares, desde as exéreses de lesões/sarcomas a exéreses de metástases e as plastias cutâneas.

#### Considerações éticas

Para a implementação deste estudo foram cumpridos todos os pressupostos éticos inerentes à investigação em saúde. Antes da implementação do estudo foi pedida a autorização ao conselho de administração e respetivas comissões de ética em saúde das instituições hospitalares envolvidas, bem como aos autores dos instrumentos utilizados. Paralelamente foi pedido o consentimento informado e esclarecido para a participação na investigação a todos os potenciais participantes. Para o efeito, foi elaborado um documento com informação sobre o estudo, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, que versava os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto provocado pela investigação. Além disso, foi conferido tempo para decidir, foram esclarecidas todas as dúvidas e foi afirmado o direito de recusar a qualquer momento a participação no estudo, sem que isso tivesse qualquer prejuízo na assistência que lhe estava a ser prestada na instituição.

#### Análise dos dados

Os dados, após recolhidos, foram introduzidos numa base de dados do programa SPSS (*Statistics Package for the Social Sciences*), versão 21, e analisados com recurso à estatística descritiva e inferencial.

Na análise exploratória da distribuição dos dados percebemos que algumas variáveis apresentavam distribuição normal. No entanto, e tendo em conta o tamanho da amostra, optámos por utilizar a estatística não paramétrica.

Para a leitura dos resultados da EAS, e apenas para efeito do presente estudo, foi calculado um *score*, que denominamos de *score* médio (SM), no sentido de facilitar a leitura e análise dos resultados. Este valor foi calculado, dividindo o valor da média pelo número de itens de cada subescala/escala global.

Para a análise dos resultados da aplicação da EADH foram calculados os valores das médias de cada subescala, conforme indicação dos autores. Os valores de  $p < 0,05$  foram considerados significativos, em termos estatísticos.

### III. Resultados

No sentido de darmos resposta aos objetivos 1 e 2 propostos para o presente estudo, realizámos a análise descritiva dos resultados da aplicação da EAS e da EADH, cujos resultados se apresentam na tabela 2.

A análise dessa tabela permite concluir que os doentes que compõem a amostra apresentaram uma perceção positiva sobre o suporte social em geral e também nas suas diferentes componentes, com um *score* médio superior ao ponto médio da escala e suas subescalas. Apresentam também ansiedade “ligeira” e não apresentam sintomas de depressão. O valor da EADH global é de 13, não podendo assim ser considerado indicador de nível patológico.

**Tabela 2:** Análise descritiva das subescalas/escala global da EAS e EADH.

|      | Subescalas/<br>Domínios | n  | Min. | Max. | SM / M  | DP   |
|------|-------------------------|----|------|------|---------|------|
| EAS  | Apoio Informativo       | 21 | 3    | 5    | 4,18*   | 0,49 |
|      | Apoio Emocional         | 21 | 3    | 5    | 4,13*   | 0,71 |
|      | Apoio Instrumental      | 22 | 2    | 5    | 4,01*   | 0,83 |
|      | EAS Global              | 20 | 3    | 5    | 4,16*   | 0,50 |
| EADH | Ansiedade               | 30 | 3    | 20   | 8,13**  | 3,72 |
|      | Depressão               | 30 | 0    | 9    | 4,77**  | 2,85 |
|      | EADH Global             | 30 | 5    | 28   | 12,90** | 5,90 |

\*SM – *Score* Médio; \*\*M – Média; Amplitude dos resultados EAS: 1-5; EADH: 0-3



No entanto, e de acordo com a tabela 3, podemos observar que seis doentes que compõem a amostra (20%) demonstravam ansiedade moderada e oito doentes (26,7%) apresentavam ansiedade ligeira. Podemos ainda perceber que sete doentes (23,3%) se encontravam com sintomas de depressão ligeira.

**Tabela 3:** Distribuição das pontuações da EADH de acordo com os pontos de corte.

| Nível de ansiedade/<br>depressão | Ansiedade |      | Depressão |      |
|----------------------------------|-----------|------|-----------|------|
|                                  | n         | %    | n         | %    |
| Normal                           | 15        | 50,0 | 23        | 76,7 |
| Ligeira                          | 8         | 26,7 | 7         | 23,3 |
| Moderada                         | 6         | 20,0 | -         | -    |
| Grave                            | 1         | 3,3  | -         | -    |

No sentido de compreendermos a relação existente entre a ansiedade, a depressão e a percepção de apoio social na amostra em estudo (objetivo 3) realizámos a correlação *R de Spearman* entre as subescalas e escala global da EAS e as subescalas da EADH, obtendo os resultados apresentados na tabela 4.

A análise realizada permitiu-nos concluir que o apoio social global se correlaciona de forma positiva e forte com todas as suas componentes, nomeadamente o Apoio Informativo ( $R_s=0,59; p<0,01$ ), o Apoio Emocional ( $R_s=0,82; p<0,01$ ) e o Apoio instrumental ( $R_s=0,88; p<0,01$ ). Por seu lado, o Apoio Emocional correlaciona-se positiva e moderadamente com o Apoio Informativo ( $R_s=0,51, p<0,05$ ) e com o Apoio Instrumental ( $R_s=0,58; p<0,01$ ). Ao relacionarmos a EAS com a EADH, concluímos que apenas a subescala de Ansiedade se relaciona de forma negativa e moderada com o Apoio Instrumental ( $R_s=-0,47; p<0,05$ ).

Também, e de acordo com o expectável, as duas subescalas da EADH correlacionam-se de forma positiva e moderada ( $R_s=0,61; p<0,01$ ) e fortemente com a EADH.

Finalmente, e no sentido de descrevermos a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a percepção de suporte social, a ansiedade e a depressão (objetivo 4), realizámos um conjunto de análises estatísticas, cujos resultados mais significativos são apresentados em seguida:

- Os resultados indicam que, quanto maior é a idade do doente, menor a sua percepção de Suporte Emocional ( $R_s=-0,49; p<0,05$ ). Em contrapartida, os participantes com mais idade apresentam maiores sintomas de ansiedade ( $R_s=0,40; p<0,05$ ), de depressão ( $R_s=0,49; p<0,01$ ) e na EADH Global ( $R_s=0,45; p<0,05$ );
- Os participantes no estudo com níveis mais elevados de escolaridade apresentaram uma melhor percepção de Suporte Emocional ( $R_s=0,49; p<0,05$ );
- Os participantes com filhos apresentaram uma menor percepção de Apoio Instrumental ( $R_s=-0,47; p<0,05$ );
- O número de pessoas que coabitavam com os doentes apresentou uma correlação negativa com a depressão ( $R_s=-0,45; p<0,05$ );
- Não foram evidentes diferenças estatisticamente significativas para as variáveis em análise, tendo por base o sexo, o estado civil, o tipo de emprego e a situação no emprego (ativo ou com baixa) dos doentes que participaram no estudo;
- Não foi evidente qualquer relação estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas: tipo de tumor (ósseo ou partes moles); tempo após diagnóstico; tratamento já realizado ou em realização; e a percepção de suporte social, os sintomas de ansiedade e de depressão.
- Quando questionados sobre as pessoas que consideravam poder contar nesta fase das suas vidas (suporte social informal), a maioria reportou um leque alargado de pessoas que incluíam familiares (mais e menos próximos), amigos, colegas de trabalho e vizinhos.
- Como resposta à questão aberta que foi colocada “Existe algum aspeto que ache importante referir?”

**Tabela 4:** Correlação R de Spearman entre as subescalas/escala global da EAS e as subescalas da EADH.

|      | <i>R de Spearman</i> | EAS               |                 |                    |            | EADH      |           |
|------|----------------------|-------------------|-----------------|--------------------|------------|-----------|-----------|
|      |                      | Apoio Informativo | Apoio Emocional | Apoio Instrumental | EAS Global | Ansiedade | Depressão |
| EAS  | Apoio Informativo    | -                 | 0,51*           | ns                 | 0,59**     | ns        | ns        |
|      | Apoio Emocional      | -                 | -               | 0,58**             | 0,82**     | ns        | ns        |
|      | Apoio Instrumental   | -                 | -               | -                  | 0,88**     | -0,47*    | ns        |
| EADH | Ansiedade            | ns                | ns              | ns                 | ns         | -         | 0,61**    |
|      | EADH Global          | ns                | ns              | -0,47*             | ns         | 0,88**    | 0,89**    |

\* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$ ; ns: correlação não significativa

apenas três participantes responderam: “*Neste momento, a residir em casa dos pais*”; “*Os amigos também são um grande apoio*” e “*Senti-me acolhido e confortável*”.

#### IV. Discussão

Este estudo teve como objetivo estudar a percepção do apoio social e o ajustamento emocional (operacionalizado através de sintomas de ansiedade e de depressão) nos doentes com sarcoma.

Os resultados obtidos parecem indicar que as pessoas com sarcoma percebem um suporte social globalmente positivo. Os doentes referem ter acesso à informação e aconselhamentos ajustados às suas necessidades e que facilitam os seus esforços no sentido da resolução dos problemas (apoio informativo). Mencionam também que recebem o apoio emocional necessário, no sentido da partilha de emoções e na utilização de estratégias para lidar com essas emoções e o apoio instrumental no suporte à resolução de problemas concretos do dia-a-dia.

Os resultados parecem ainda indicar que a percepção de um bom suporte informativo, formal ou informal, se relaciona com a sensação de maior apoio emocional e com uma melhoria da percepção de apoio instrumental. Ou seja, o facto de se fornecer informação útil e conselhos ajustados sobre a doença permite tornar a tomada de decisão mais informada e dá à pessoa uma sensação de que é apoiada em termos emocionais. Por outro lado, a pessoa que sente que tem com quem partilhar os seus problemas, nomeadamente os seus medos e angústias, percebe também que terá a ajuda física (instrumental) necessária em caso de se sentir cansada, sobrecarregada ou com problemas financeiros. De facto, como normalmente é referido na literatura (Ribeiro, 1999; Matos & Ferreira, 2000) também neste grupo percebemos que o suporte social é uma variável global e que é determinada pela interinfluência das suas diferentes dimensões.

Relativamente à avaliação de perturbação emocional, os doentes apresentam ansiedade de nível ligeiro a moderado, o que vai ao encontro de outros estudos (Paredes et al., 2011; Paredes et al., 2012) e um número elevado de pessoas (sete em 30 doentes) apresenta sintomatologia depressiva. Os resultados indicam ainda que a ansiedade se correlaciona significativamente com a depressão, e que os valores globais obtidos na EADH (13) se aproximam do limiar considerado crítico em termos patológicos (15), o que poderá constituir um sinal de alerta para a necessidade

de intervenção em saúde. No estudo de Paredes e colaboradores (2012) os doentes que apresentavam níveis elevados de perturbação emocional na fase inicial da doença eram também aqueles que apresentavam maiores dificuldades de ajustamento emocional durante os tratamentos, razão pela qual os autores apontam a necessidade de identificar os doentes mais vulneráveis com o objetivo de iniciar intervenção psicossocial o mais precocemente possível.

Os resultados indicaram ainda que, na amostra em estudo, a ansiedade se relacionava de forma negativa e moderada com o apoio instrumental, parecendo sugerir que as pessoas mais ansiosas percebiam uma menor satisfação com o acompanhamento e suporte que detinham para fazer face a problemas em concreto associados à sua doença e tratamento. Não encontramos estudos que suportassem ou refutassem estes resultados.

O presente estudo sugere ainda que deve ser dada uma atenção particular às pessoas portadoras de sarcoma, com mais idade, pois os sintomas de ansiedade e de depressão parecem ser mais elevados à medida que aumenta a idade. Resultado idêntico é referido no estudo de Granda-Cameron, Hanlon, Lyinche e Houldin (2011), em que os participantes mais velhos apresentavam, na sua generalidade, um aumento de sintomas de perturbação física e psicológica ao longo dos ciclos de tratamento do sarcoma por quimioterapia, enquanto os resultados dos participantes mais novos se mantinham mais estáveis. Estes resultados podem relacionar-se com a existência de comorbilidades associadas à doença oncológica, resultado que vai ao encontro de outros estudos desenvolvidos com a mesma tipologia de doentes (Torres, 2012). Os doentes com sarcoma têm duas vezes mais probabilidade de apresentarem outras doenças concomitantes no momento do diagnóstico, do que os doentes sem cancro. Entre essas doenças, podemos referir as doenças cardiovasculares (em 33% dos doentes), as do foro respiratório (10%) e a diabetes, anemia e depressão (6-7%) (van Herk-Sukel et al., 2012).

É também de salientar que, no presente estudo, as pessoas mais idosas e com menor nível de escolaridade percebiam um menor suporte do tipo emocional.

Um resultado menos esperado neste estudo foi o facto das pessoas com filhos perceberem um menor suporte emocional, o que pode dever-se a uma discrepância entre as expectativas (de elevado apoio emocional) e as realizações. Em contrapartida, o facto do doente oncológico coabitar

com mais pessoas associa-se a uma menor manifestação de sintomas depressivos, o que vai ao encontro dos resultados obtidos em outros estudos (Schelegel, Manning, Molix, Talley & Bettencourt, 2012).

Não encontramos resultados estatisticamente significativos na relação entre as variáveis em estudo (suporte social e sintomas de ansiedade e de depressão) e o sexo e ao estado civil dos participantes, resultado também encontrado por Torres (2012) em doentes oncológicos. No entanto, outros estudos apontam diferenças estatisticamente significativas na relação entre estas variáveis.

As mulheres com sarcoma submetidas a quimioterapia relatam maiores níveis de dor e diminuição da qualidade de vida ao longo dos ciclos de tratamento, quando comparadas com os homens (Granda-Cameron, Hanlon, Lynch & Houldin, 2011).

Quanto ao estado civil, há referência ao estado de solteiro como um preditor independente da morte secundária ao sarcoma (Alamanda, Song & Holt, 2014). Também em doentes com cancro da mama, o facto de viver só associa-se a um maior nível de sintomas depressivos (Schelegel, Manning, Molix, Talley, & Bettencourt, 2012). O apoio de um/a companheiro/a permite aos doentes um suporte fundamental, tanto a nível financeiro e instrumental, como a nível emocional, o que tem sido comprovado em inúmeros estudos, realizados em doentes com doenças crónicas (Holm et al., 2013), como o cancro (Lai et al., 1999; Nelles, Joseph & Konety, 2009) e como os sarcomas (Alamanda, Song & Holt, 2014).

No nosso estudo e em concordância com o trabalho de Torres (2012), as características clínicas ou de tratamento da doença oncológica da amostra em estudo não demonstraram relação significativa com as outras variáveis em análise, o que pode dever-se ao número pouco representativo de doentes em cada modalidade de tratamento. Outros estudos referem precisamente o contrário. Por exemplo, no estudo de Granda-Cameron, Hanlon, Lynch e Houldin (2011) com doentes diagnosticados com sarcoma a fazer quimioterapia, os resultados apontam para um aumento de perturbações psicológicas (diminuição do bem-estar, ansiedade e depressão) e perturbações físicas (fadiga, sonolência, diminuição do apetite, dor, náuseas, dificuldade respiratória) ao longo dos ciclos de tratamento, bem como uma diminuição da qualidade de vida. Os autores apontam ainda diferenças significativas entre os doentes com sarco-

mas ósseos e sarcoma dos tecidos moles, com os primeiros a apresentarem pior qualidade de vida.

Os doentes com sarcoma que integraram a presente amostra indicaram um conjunto alargado de pessoas que consideravam ser, no momento, o seu suporte em termos emocionais e com elas poderem contar incondicionalmente neste processo de doença e de tratamento. Essas pessoas incluíam a família (conjugues, filhos, pais, irmãos e cunhados), os amigos e colegas de trabalho e, em alguns casos, os vizinhos.

Apesar de ter sido pouco utilizada pelos respondentes a questão de resposta aberta, percebemos que para um dos participantes no estudo, um fator que valorizou foi o facto de ter de sair do seu habitat normal e regressar a casa dos pais. Um outro doente valorizou o apoio do grupo de amigos, talvez por ser menos expectável ou por ser, para si, extremamente gratificante. Finalmente, outro doente deu ênfase ao acolhimento da instituição de saúde (e dos seus profissionais) nesta etapa tão relevante da sua vida.

Relativamente ao suporte proporcionado pelos profissionais de saúde, referido pelo último doente, não o exploramos ainda neste estudo, no entanto, no estudo mais alargado que lhe vai dar continuidade esta será uma variável a estudar. Múltiplas investigações identificam o papel fundamental da equipa de saúde, nomeadamente o enfermeiro, no acompanhamento dos doentes com cancro (Payne, Lundberg, Brennan & Holland, 1997; Spears, 2008; Granda-Cameron, Hanlon, Lynch, Houldin, 2011; Boiron et al., 2014; Özpölat, Ayaz, Konag & Özkan, 2014). Também e os sobreviventes de cancro reconhecem a importância do envolvimento dos enfermeiros no planeamento do tratamento, apoio educacional e suporte emocional, e ainda na construção de um plano de cuidados para aqueles que sobrevivem à doença (Marbach & Griffie, 2011).

## V. Conclusão

Este estudo evidencia a necessidade de se realizar um diagnóstico correto e atempado das perturbações emocionais nos doentes com sarcoma a iniciarem tratamento multidisciplinar. Os profissionais de saúde devem participar em programas de treino psicoeducacionais no sentido de melhorar a sua capacidade comunicacional, melhorando o suporte informativo e emocional, bem como o reconhecimento de pessoas mais vulneráveis com a orientação para profissionais especializados.

É neste mesmo sentido que Paredes, Simões e Canavarro (2011) apontam a necessidade de identificar precocemente os doentes que apresentam maior risco de um fraco ajustamento emocional à doença e ao tratamento, nomeadamente através da monitorização da ansiedade e da depressão nas diferentes fases da doença, incluindo o período pós-tratamento. Os mesmos autores consideram que as intervenções psicossociais, quer para os doentes com cancro, na sua generalidade, quer para os doentes com sarcoma em particular, são potenciais promotores do ajustamento psicossocial e da qualidade de vida.

Limitações do estudo: Os resultados devem serem lidos considerando algumas limitações, nomeadamente o tamanho da amostra que é relativamente pequeno, dado o número reduzido de doentes com este tipo de cancro. Por outro lado, o tipo de tratamento e fases de progressão da doença são díspares, o que não facilita a comparação entre grupos de acordo com algumas variáveis clínicas, por exemplo comparar os doentes que recebem tratamento quimioterápico, com aqueles que apenas recebem tratamento cirúrgico.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alamanda, V. K., Song, Y., & Holt, G. E. (2014). Effect of marital status on treatment and survival of extremity soft tissue sarcoma. *Ann Oncol*, 25(3), 725-729. doi: 10.1093/annonc/mdt583
- Boinon, D., Sultan, S., Charles, C., Stulz, A., Guillemeau, C., Delalogue, S., & Dauchy, S. (2014). Changes in psychological adjustment over the course of treatment for breast cancer: the predictive role of social sharing and social support. *Psychooncology*, 23(3), 291-298. doi: 10.1002/pon.3420
- Cosco, T. D., Doyle, F., Ward, M., & McGee, H. (2012). Latent structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale: a 10-year systematic review. *J Psychosom Res*, 72(3), 180-184. doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.06.008
- Granda-Cameron, C., Hanlon, A. L., Lynch, M. P., & Houldin, A. (2011). Experience of newly diagnosed patients with sarcoma receiving chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*, 38(2), 160-169. doi: 10.1188/11.onf.160-169
- Guadalupe, S. (2008). A Saúde Mental e o apoio Social na família do doente oncológico. Tese de doutoramento em Saúde Mental apresentada ao ICBAS. Não publicada. Disponível em: [http://www.google.pt/url?sa=t&rc=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fdepositario-aberto.up.pt%2Fbitstream%2F10216%2F16133%2F2%2FTese%2520Snia%2520Guadalupe.pdf&ei=093wU\\_mAHafv0QXp44HwAQ&usq=AFQjCNG\\_9ICrZNHAMgxPVyNnbeqDelxmKg&bvm=bv.73231344,d.ZGU](http://www.google.pt/url?sa=t&rc=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fdepositario-aberto.up.pt%2Fbitstream%2F10216%2F16133%2F2%2FTese%2520Snia%2520Guadalupe.pdf&ei=093wU_mAHafv0QXp44HwAQ&usq=AFQjCNG_9ICrZNHAMgxPVyNnbeqDelxmKg&bvm=bv.73231344,d.ZGU)
- Holm, K. E., Plaufcan, M. R., Ford, D. W., Sandhaus, R. A., Strand, M., Strange, C., & Wamboldt, F. S. (2014). The impact of age on outcomes in chronic obstructive pulmonary disease differs by relationship status. *J Behav Med*, 37(4), 654-663. doi: 10.1007/s10865-013-9516-7
- Lai, H., Lai, S., Krongrad, A., Trapido, E., Page, J. B., & McCoy, C. B. (1999). The effect of marital status on survival in late-stage cancer patients: an analysis based on surveillance, epidemiology, and end results (SEER) data, in the United States. *Int J Behav Med*, 6(2), 150-176. doi: 10.1207/s15327558ijbm0602\_4
- Marbach, T. J., & Griffie, J. (2011). Patient preferences concerning treatment plans, survivorship care plans, education, and support services. *Oncol Nurs Forum*, 38(3), 335-342. doi: 10.1188/11.onf.335-342
- Matos, A.P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento duma escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 243-253.

- National Comprehensive Cancer Network [NCCN] - [www.nccn.org/](http://www.nccn.org/)
- Nelles, J. L., Joseph, S. A., & Konety, B. R. (2009). The impact of marriage on bladder cancer mortality. *Urol Oncol*, 27(3), 263-267. doi: 10.1016/j.urolonc.2008.04.016
- OMS, 2014 - [http://www.who.int/nmh/countries/prt\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/countries/prt_en.pdf).
- Ostacoli, L., Saini, A., Zuffranieri, M., Boglioni, A., Carletto, S., De Marco, I., Lombardi, I., Picci, R.L., Berruti, .. Comandone, A. (2014). Quality of Life, Anxiety and Depression in Soft Tissue Sarcomas as Compared to More Common Tumours: An Observational Study. *Applied Research Quality of Life*, 9, 123-131.
- Özpolat, A. G., Ayaz, T., Konag, Ö., Özkan, A. (2014). Attachment style and perceived social support as predictors of biopsychosocial adjustment to cancer. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 44, 24-30. doi:10.3906/sag-1210-28.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med*, 12(2), 225-235; quiz 235-227. doi: 10.1080/13548500500524088
- Paredes, T., Canavarro, M. C., & Simoes, M. R. (2011). Anxiety and depression in sarcoma patients: emotional adjustment and its determinants in the different phases of disease. *Eur J Oncol Nurs*, 15(1), 73-79. doi: 10.1016/j.ejon.2010.06.004
- Paredes, T., Pereira, M., Simoes, M. R., & Canavarro, M. C. (2012). A longitudinal study on emotional adjustment of sarcoma patients: the determinant role of demographic, clinical and coping variables. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 21(1), 41-51. doi: 10.1111/j.1365-2354.2011.01269.x
- Payne, D. K., Lundberg, J. C., Brennan, M. F., & Holland, J. C. (1997). A psychosocial intervention for patients with soft tissue sarcoma. *Psychooncology*, 6(1), 65-71. doi: 10.1002/(sici)1099-1611(199703)6:1<65::aid-pon236>3.0.co;2-2
- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). [Em linha]. *Análise Psicológica*, 3(3), 547-558. Disponível em [www: <URL: http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>](http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf).
- Ribeiro, J. L. P. (2010). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. 3ª ed. Porto: Livpsi.
- Sarcoma Foundation of America [SFA] - [www.curesarcoma.org/](http://www.curesarcoma.org/)
- Schlegel, R. J., Manning, M. A., Molix, L. A., Talley, A. E., & Bettencourt, B. A. (2012). Predictors of depressive symptoms among breast cancer patients during the first year post diagnosis. *Psychol Health*, 27(3), 277-293. doi: 10.1080/08870446.2011.559232
- Spears, J. (2008). Emotional support given by ward-based nurses to sarcoma patients. *Eur J Oncol Nurs*, 12(4), 334-341. doi: 10.1016/j.ejon.2008.03.001
- Tang, Melissa H., Pan, Donald J. W., Castle, David J., & Choong, Peter F. M. (2012). A Systematic Review of the Recent Quality of Life Studies in Adult Extremity Sarcoma Survivors. *Sarcoma*, 2012, 15. doi: 10.1155/2012/171342
- van Herk-Sukel, M. P., Shantakumar, S., Overbeek, L. I., van Boven, H., Penning-van Beest, F. J., & Herings, R. M. (2012). Occurrence of Comorbidities before and after Soft Tissue Sarcoma Diagnosis. *Sarcoma*, 2012, 402109. doi: 10.1155/2012/402109



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)<sup>1-5</sup>



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 tratados<sup>1</sup>

Taxa de Sobrevivência **46%** a 1 ANO<sup>1</sup> | Taxa de Sobrevivência **24%** a 2 ANOS<sup>1</sup>

e uma eficácia consistente em doentes tratados em primeira linha<sup>1</sup>

Taxa de Sobrevivência **49,3%**<sup>3</sup> | Taxa de Sobrevivência **32%** a 2 ANOS<sup>1\*\*</sup>  
 Taxa de Sobrevivência **59,5%**<sup>4</sup> a 1 ANO<sup>3,4</sup>

### Indicação

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

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

### Referências:

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

**YERVOY (IPILIMUMAB) Informações essenciais compatíveis com o RCM**  
**Nome do medicamento:** YERVOY 5 mg/ml concentrado para solução para perfusão (ipilimumab). **Indicações terapêuticas:** YERVOY é indicado para o tratamento do melanoma avançado (irressecável ou metastático) em adultos. **Posologia e modo de administração:** Posologia: O regime de indução de YERVOY recomendado é de 3 mg/kg administrado por via intravenosa durante um período de 90 minutos cada 3 semanas para um total de 4 doses. Os doentes devem receber todo o regime de indução (4 doses) como tolerado, independentemente do aparecimento de novas lesões ou agravamento de lesões já existentes. A avaliação da resposta tumoral deve ser realizada apenas após o final da terapia de indução. Os testes à função hepática e à função da tireóide devem ser avaliados no início do tratamento e antes de cada dose de YERVOY. Adicionalmente, quaisquer sinais ou sintomas de reações adversas imunitárias, incluindo diarreia e colite, têm de ser avaliadas durante o tratamento com YERVOY (ver RCM completo para informação adicional). A gestão das reações adversas imunitárias pode requerer atrasar uma dose ou a interrupção permanente da terapia com YERVOY e a instituição de corticosteróides sistémicos em doses elevadas. Em alguns casos, pode ser considerada a adição de outra terapia imunossupressora (ver RCM completo para informação adicional). A redução da dose não é recomendada. **Modo de administração:** O período de perfusão recomendado é de 90 minutos. YERVOY pode ser utilizado para administração intravenosa sem diluição ou pode ser diluído em solução injetável de cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9%) ou solução injetável de 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 imunossupressores 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

# PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MONITORIZAÇÃO DA ADAPTAÇÃO DAS MULHERES AO CANCRO DA MAMA

Luis Miguel Ferreira

Sc.M. (Ciências de Enfermagem); Escola Superior  
Enfermagem do Porto, Portugal  
*lmferreira@esenf.pt*

Célia Santos

PhD (Psicologia da Saúde); Escola Superior  
Enfermagem do Porto, Portugal  
*celiasantos@esenf.pt*

Filipe Pereira

PhD (Enfermagem); Escola Superior Enfermagem do Porto,  
Portugal  
*filipereira@esenf.pt*

**RESUMO:** A doença oncológica constitui um contexto aversivo, stressor, ao qual a pessoa reage na tentativa de reparar a relação perturbada entre si e o meio, desencadeando um processo de adaptação. A monitorização da adaptação das doentes ao longo da transição saúde/doença, com recurso a indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, potenciará o delineamento de terapêuticas de enfermagem eficazes e eficientes, com repercussões na melhoria dos cuidados. Partimos para a construção de um instrumento de medida devido à inexistência uma escala que avalie o constructo adaptação, focada no resultado.

**Objetivo:** Descrever a segunda parte do processo de construção de uma escala que tem como objetivo avaliar a adaptação das mulheres ao cancro da mama e que seja sensível aos cuidados de enfermagem.

**Metodologia:** Abordagem exploratória, qualitativa e quantitativa. O processo de construção decorreu ao longo de seis etapas, das quais cinco já foram descritas em artigo prévio: revisão da literatura; entrevistas a pessoas com cancro da mama que pertencem a um grupo de autoajuda, seleção de indicadores de resultado, sensíveis aos cuidados de enfermagem, nos termos descritos na NOC; leitura crítica das ligações das classificações da NANDA e da NOC; análise por painel de peritos. Neste artigo descreve-se a sexta etapa de construção do instrumento que especifica a realização de um *survey* nos Institutos de Oncologia Nacionais.

**Resultados:** O resultado deste estudo culminou numa escala denominada “Instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama”, constituída por 35 indicadores de resultado.

**Discussão:** No processo de construção da escala constata-se a multidimensionalidade do constructo “adaptação”. Tendo por base a NOC, verifica-se que o instrumento de medida agrega 18 domínios que se desdobram em 35 itens que correspondem aos indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem.

**Conclusão:** Descrevemos a última parte do processo de construção de um instrumento de medida que pretende avaliar o resultado da adaptação da mulher ao cancro da mama, e que assegura a sua validade de conteúdo. O instrumento pode constituir um contributo com utilidade clínica, possibilitando que o enfermeiro monitorize o resultado das suas intervenções com vista a uma transição saudável

**PALAVRAS-CHAVE:** Adaptação; indicadores de resultado; cancro da mama, enfermagem.

**ABSTRACT:** *Oncologic disease is an aversive context, stressor, to which the person responds in the attempt to repair the troubled relation between herself and the environment, triggering a process of adaptation. The monitoring of the adaptation of patients along the health/illness transition, using indicators sensitive to nursing care, will enhance the design of effective and efficient nursing therapeutics, with repercussions on care improvement. We went for the construction of a measuring instrument due to lack a scale that assesses the construct adaptation, focused on the results.*

**Objective:** *To describe the second part of the construction of a measuring instrument that aims to evaluate the adaptation of women to breast cancer and that is sensitive to nursing care process.*

**Methodology:** *Approach: exploratory, qualitative and quantitative. The building process took place over six stages, five of which have been described in a previous article: literature review; interviews with people with breast cancer who belong to a self-help group, selection of outcome indicators sensitive to nursing care, as described in the NOC; critical reading of the connections of the NANDA and NOC classifications; analysis by the expert panel. This article describes the sixth stage of construction of the measuring instrument that includes conducting a survey on the National Institutes of Oncology.*

**Results:** *The results of this study culminated in a scale called "Instrument for monitoring the adaptation of women to breast cancer," which consists of 35 outcome indicators.*

**Discussion:** *In the process of construction of the scale it is evident the multidimensionality of the construct "adaptation". Based on NOC, it is found that the measuring instrument aggregates 18 fields which unfold into 35 items that correspond to the outcome indicators sensitive to nursing care.*

**Conclusion:** *We describe the last part of the construction of a measuring instrument that aims to evaluate the result of the adaptation of women to breast cancer, and that ensures its content validity process. The instrument can be a contribution to clinical utility, enabling nurses to monitor the result of their interventions towards a healthy transition.*

**KEYWORDS:** *Breast cancer; adaptation; coping; nursing interventions.*

## I. Introdução

Adoecer com cancro acarreta representações afins à doença crónica, mas reveste-se de um enquadramento peculiar que se relaciona com as reações emocionais desencadeadas durante o processo de adaptação à doença, nomeadamente no confronto com o diagnóstico e com os efeitos dos tratamentos. O impacto inicial evoca a finitude da vida, ressaltando questões existenciais que lhe são inerentes, apesar da perspetiva real de cura.

Esta doença encontra-se no grupo das que ameaçam veemente a integridade física e psicológica do indivíduo, repercutindo-se na forma como o indivíduo se percebe, bem como no modo como percebe o ambiente social que o rodeia (Matos & Pereira, 2002). O diagnóstico e os tratamentos subsequentes imputam exigências na adaptação, implicando o desenvolvimento de competências cognitivas, comportamentais e sociais que podem melhorar o modo como o indivíduo lida com o acontecimento gerador de stresse, com repercussões favoráveis na adaptação psicológica e fisiológica (Antoni, 2013).

No caso particular do cancro da mama, viver com este diagnóstico e com as consequências dos tratamentos que lhe estão inerentes, também pode determinar a manifestação de um conjunto de desafios psicoemocionais, com repercussões ao longo do tempo. A mulher é confrontada com os efeitos mutiladores da cirurgia, os efeitos secundários da quimioterapia, da radioterapia e da hormonoterapia, implicando a passagem por vários processos de luto ao longo do tratamento (Maluf, Mori & Barros, 2005).

A esta problemática acresce a representatividade e o significado que os seios encerram como órgãos intervenientes nas funções de reprodução e amamentação, como símbolos de feminilidade e de atrativo sexual. Para além do elevado simbolismo na feminilidade e na maternidade, a elevada incidência e prevalência deste tipo de cancro na mulher também induzem um profundo impacto na sociedade (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2014).

Adaptar-se a esta doença significa tanto combatê-la, como evitar que a situação não se deteriore ou deteriore o menos possível, em relação a diferentes variáveis como a



autoimagem, as relações interpessoais, as laborais, as afetivas e ao bem-estar (Villoria, 2002).

O conceito de adaptação pode ser compreendido e analisado como um processo ou um resultado (Brennan, 2001; Simonet, 2010, Villoria, 2002). Todavia neste estudo centramo-nos na adaptação direcionada ao resultado, porque nos interessa perceber e distinguir os indivíduos bem adaptados à doença e os que não se conseguem adaptar, assim como valorizar o grau de adaptação da pessoa à doença. Segundo Brennan (2001) um dos critérios para avaliar o grau de adaptação ao cancro encontra-se diretamente relacionado com a presença de sintomas psicológicos, compreendendo as alterações emocionais, reveladas por altos níveis de depressão e ansiedade. Segundo esta perspetiva a adaptação caracteriza-se pela ausência de emoções negativas, no entanto, também pode ser avaliada considerando a presença de estados de ânimo positivos, como o grau de satisfação ou bem-estar. Podem ainda ser valorizados os sintomas físicos ou psicossomáticos relacionados com a doença, como o grau de funcionalidade do doente, as mudanças que potencialmente se modificarão na autonomia pessoal, afetiva, sexual, laboral, entre outros (Villoria, 2002).

Podemos inferir que a adaptação à doença oncológica, entendida como um resultado, engloba avaliar o estado do indivíduo tendo em conta diferentes variáveis que conduzem à adaptação. Villoria (2002) salienta que é reconhecida a inexistência de um instrumento que agrupe todas as características para medir a adaptação a esta situação de doença, dada a multidimensionalidade do conceito e variáveis inerentes à própria doença.

Reconhecendo o “cuidar de enfermagem” como o cerne da disciplina, ele é construído na interação enfermeiro/doente (Basto, 2009; p. 12) e tendo o enfermeiro como desígnio ajudar as pessoas na adaptação aos processos de saúde e doença (Vieira, 2009), tanto na adaptação funcional aos défices, como na adaptação a múltiplos fatores (OE, 2012); sendo necessário conhecer os padrões de resposta desencadeados face à transição saúde/doença, importa também identificar os resultados, e seus indicadores, que são sensíveis aos cuidados de enfermagem, potenciando a qualidade dos cuidados prestados e promovendo a avaliação da assistência em saúde (Meleis, 2010).

Focalizados nesta problemática, delinhamos construir uma escala que avalie a eficácia das intervenções de enfermagem dirigidas à promoção da adaptação, em doentes

com patologia oncológica mamária, visando monitorizar o resultado da adaptação à doença. A centralização no resultado do processo adaptativo ajudar-nos-á a reconhecer as doentes que estão melhor adaptadas e/ou compreender qual o “nível de adaptação” (Roy & Andrews, 2001) ao processo de doença.

Ao longo da descrição serão realçadas as etapas percorridas no processo de construção do instrumento de medida, tornando elucidativa a definição do conteúdo da escala. Importa destacar que partimos para a construção de um instrumento de raiz, focalizado na adaptação das mulheres ao cancro da mama pelo facto, já mencionado, de não existir nenhuma escala que avalie o constructo de adaptação, direcionada a doentes com cancro, especificamente da mama, e que seja sensível aos cuidados de enfermagem. Existem escalas que avaliam o resultado adaptativo, mas apenas direcionado a alguns constructos específicos, como por exemplo as estratégias de *coping*, a qualidade de vida ou o bem-estar.

## II. Métodos

O presente estudo tem como objetivo descrever a segunda parte do processo de construção de um instrumento que pretende monitorizar a adaptação da mulher ao cancro da mama e que esperamos seja sensível aos cuidados de enfermagem. Concomitantemente e ao longo do processo assegurámos também a validade de conteúdo da mesma. Sendo o método científico decisivo para dar resposta ao problema de investigação passamos a explicitar detalhadamente a metodologia utilizada nas seis etapas percorridas na construção da escala. Foram utilizadas as abordagens, exploratória, qualitativa e quantitativa, inerentes ao processo de construção do instrumento de medida.

Partimos do pressuposto de que a mensuração de um conceito mais abstrato e multidimensional como a adaptação implica a sua operacionalização. Este processo acarreta a explicitação e determinação de indicadores empíricos que permitam medi-lo e que lhe são próximos, pois como refere Fortin (2009, p.340), “*O indicador empírico é a expressão quantificável e mensurável de um conceito abstrato*”.

Certificamo-nos ainda de que não existia nenhuma escala que avaliasse este domínio. As escalas que existem não avaliam diretamente a adaptação, mas domínios que a incluem, nomeadamente as estratégias de *coping*, a qualidade de vida ou o bem-estar.



O processo de construção do instrumento de medida foi desenvolvido ao longo de seis etapas. Neste artigo focalizar-nos-emos na sexta etapa, uma vez que as outras foram já descritas no artigo “Indicadores de resultado clinicamente úteis no contexto das estratégias terapêuticas promotoras da adaptação em doentes com cancro da mama”, publicado no número 18 desta revista. As cinco etapas reportam, respetivamente: à revisão da literatura, direcionada à procura de evidência empírica relacionada com os processos adaptativos à doença oncológica da mama; entrevistas a mulheres com diagnóstico de cancro da mama e que se vincularam a um grupo de autoajuda; com base nos resultados das duas etapas anteriormente descritas, procedemos ao processo de seleção dos indicadores de resultado, sensíveis aos cuidados de enfermagem, enunciados na NOC (*Nursing Outcomes Classification*) (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2010); tendo por base os indicadores de resultado da NOC identificados, procedemos a uma leitura crítica das ligações entre as classificações da NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) e NOC (Johnson, et al., 2006); posteriormente e já munidos de um amplo painel de indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem no domínio em estudo, procedemos à geração de consensos utilizando uma metodologia do tipo “grupo focal” (Polit, Beck & Hungler, 2004) recorrendo a um painel de peritos.

As etapas anteriormente desenvolvidas visaram a criação de raiz dos itens constitutivos da escala e simultaneamente a sua redução. Neste processo de construção tentamos garantir a validade de conteúdo do instrumento, a partir da base conceptual que pretendemos medir, chegando aos diferentes domínios ou dimensões que explicam o fenómeno e assegurando que todas as variáveis e/ou tópicos importantes foram englobadas nas dimensões da escala (Pocinho, 2012).

Na sexta etapa, que aqui descreveremos em pormenor, e munidos de 110 de indicadores de resultado, sensíveis aos cuidados de enfermagem, emergentes dos procedimentos das etapas anteriores, efetuamos um *survey* nos Institutos de Oncologia Nacionais, no sentido de conseguirmos um consenso de perfil quantitativo e alargado.

Construímos uma escala de relevância de tipo Likert com cinco alternativas de resposta (de “1” a “5”), entre o “pouco relevante” ao “muito relevante”, sendo pedido aos respondentes para se pronunciarem face a cada um dos

indicadores. Estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão na amostra: enfermeiros que exercessem funções há mais de 6 meses; desenvolvessem a atividade assistencial com doentes com cancro da mama; que aceitassem participar no estudo. Aplicaram-se os questionários, depois das devidas autorizações. A amostra foi do tipo não probabilístico, designadamente de conveniência. As características sociodemográficas e clínicas da amostra são apresentadas na tabela 1.

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra (n=235)

|                                 | n   | %    | $\bar{x}$ | DP  |
|---------------------------------|-----|------|-----------|-----|
| <b>Sexo</b>                     |     |      |           |     |
| Masculino                       | 30  | 12,8 |           |     |
| Feminino                        | 201 | 85,5 |           |     |
| <b>Idade</b>                    |     |      | 33,5      | 7,9 |
| <b>Experiencia profissional</b> |     |      |           |     |
| em anos                         |     |      | 10,2      | 7,1 |
| em meses                        |     |      | 9,9       | 3,6 |
| <b>Categoria profissional</b>   |     |      |           |     |
| Enfermeiro                      | 138 | 58,7 |           |     |
| Enfermeiro Graduado             | 68  | 28,9 |           |     |
| Enfermeiro Especialista         | 21  | 8,9  |           |     |
| Enfermeiro Chefe                | 7   | 3    |           |     |
| <b>Serviços</b>                 |     |      |           |     |
| Medicina                        | 33  | 14,0 |           |     |
| Cirurgia                        | 89  | 37,9 |           |     |
| Ambulatório                     | 56  | 23,8 |           |     |
| Outros                          | 51  | 21,7 |           |     |

Alicerçando-nos nas respostas obtidas, avançamos para a definição de consensos. O estabelecimento dos critérios de consenso confluem com as opções de estudos anteriores que utilizaram esta metodologia (Goossen, 2000; Sousa, 2006; Pereira, 2007). Assim, e para o presente estudo foi decidido considerar o valor das frequências acumuladas, de score 4 e 5, igual ou superior a 75%, como critério para a inclusão de indicadores. Não se considerou o valor da média e da mediana, dado que os valores de ambas foram sempre superiores a 4. Após a extração dos dados resultaram 27 indicadores de resultado que cumpriam os critérios definidos.

Posteriormente, e consolidando a fase teórica, olhamos para os 27 indicadores emergentes e partimos para uma análise crítica da sua representação em relação ao enunciado teórico, tendo por base o construto e objeto em estudo. Após esta reflexão, consideramos que ainda existiam alguns territórios teóricos deficitários, o que nos levou a acrescentar indicadores. Assim, sob o ponto de vista teórico foram acrescentados mais 8 indicadores aos 27 emergentes. A versão final do instrumento de medida passou a integrar 35 indicadores de resultado.

### III. Resultados

O resultado deste estudo culminou numa escala denominada “Instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama”, constituída por 35 indicadores de resultado, que julgamos sensíveis aos cuidados de enfermagem. As respostas podem ser selecionadas numa escala de concordância de tipo Likert com seis alternativas (de “1” a “6”), variando do “discordo completamente” ao “concordo completamente” e “não aplicável”. Os valores totais situam-se entre 35 e 155, sendo que quanto maior o valor obtido melhor será o resultado adaptativo.

A estrutura organizacional da NOC permitiu-nos inferir os domínios mais abrangentes dos itens que compõem a escala. Os mais abrangentes são denominados “resultados” e enquadram o nível 3 da classificação, bem como os indicadores de resultado que lhes correspondem e que incluem o nível 4 da codificação. Os de nível mais atómico (nível 4) constituem os itens da escala e os de maior abrangência, e que lhes dão origem (nível 3), abarcam 18 áreas de resultados que enumeramos na tabela 2.

Julgamos que o instrumento de medida desenvolvido pode vir a ser um contributo com utilidade clínica, possibilitando que o enfermeiro monitorize o resultado da adaptação das mulheres ao processo de doença oncológica da mama. Não se pretende que constitua apenas um instrumento para conseguir metas, mas possibilite alcançar resultados e os monitorize ao longo de um contínuo, refletindo o estado da doente (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2010). Neste sentido, também pretendemos que o instrumento seja aplicado sob a forma de formulário, permitindo que o enfermeiro descodifique, analise e perceção a resposta adaptativa da doente face a cada indicador de resultado, facilitando a sua categorização e potenciando a enunciação do diagnóstico de enfermagem

**Tabela 2.** Descrição dos conceitos dos domínios emergentes (resultados), tendo por base a NOC (Nível 3 – Resultados)

|   |  |
|---|--|
| <b>Aceitação: Estado de saúde</b> (Aceitação de mudança significativa no estado de saúde)   | <b>Desempenho de papel</b> (Congruência entre o comportamento de um indivíduo no desempenho do seu papel e as expectativas em relação a este)                |
| <b>Adaptação à deficiência física</b> (Aceitação de mudança significativa no estado de saúde)   | <b>Bem-estar pessoal</b> (A satisfação que um indivíduo manifesta com o seu estado de saúde e circunstâncias de vida)  |
| <b>Adaptação psicossocial: Mudança de Vida</b> (Aceitação de mudança significativa no estado de saúde)  | <b>Esperança</b> (Otimismo que é pessoalmente satisfatório e apoia a vida)   |
| <b>Ambiente Familiar Social</b> (Apoio ambiental caracterizado pelo relacionamento e pelos objetivos dos membros da família)                                      | <b>Imagem Corporal</b> (Perceção da própria aparência e das funções do organismo)  |
| <b>Apoio Social</b> (Disponibilidade percebida e real provisão de assistência confiável por parte de outras pessoas)  | <b>Motivação</b> (Vontade interior que movimenta ou estimula o indivíduo a uma ação positiva)  |
| <b>Autocontrolo da agressividade</b> (Autocontenção de comportamento agressivo, combativo ou destrutivo em relação aos outros)                                    | <b>Enfrentamento</b> (Ações pessoais para controlar stressores que consomem os recursos individuais)   |
| <b>Autocontrolo da depressão</b> (Ações pessoais para minimizar a melancolia e manter o interesse pelos eventos de vida)  | <b>Autocontrolo ansiedade</b> (Ações pessoais para eliminar ou reduzir sensações de apreensão, tensão ou desconforto decorrentes de fonte não identificável) |
| <b>Autocontrolo da doença</b> (Ações pessoais para controlar a doença e prevenir o seu progresso)   | <b>Autoestima</b> (Julgamento sobre o próprio valor)   |
| <b>Crenças de saúde: Perceção quanto aos recursos</b> (Convicção pessoal de que o indivíduo possui os meios adequados para desempenhar um comportamento de saúde) | <b>Funcionamento sexual</b> (Integração de aspetos físicos, socio-emocionais e intelectuais da expressão e do desempenho sexuais)                            |

e respetiva intervenção terapêutica. A aplicação sob a forma de formulário poderá ainda possibilitar o esclarecimento de eventuais dúvidas e proporcionar a intensificação da relação estabelecida entre a doente e o enfermeiro, reforçando o “cuidar de enfermagem”.

### IV. Discussão

O conceito de adaptação serviu de alicerce a todo o processo de construção da escala e permitiu a construção dos itens, enunciados como indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem. As diferentes etapas de construção ajudaram-nos a definir áreas integrantes do conceito, porque “Um conceito é definido pelos operantes que se ligam ao seu uso.” (Serra, 2000, p.280).

A revisão da literatura desenvolvida permitiu-nos apontar as áreas que promovem a adaptação na população em estudo. Importa salientar que a maioria dos estudos revisados centravam-se no âmbito da psicologia e no domínio da adaptação cognitiva, focalizando as estratégias de *coping* que potencialmente induzem adaptação. Abordavam apenas áreas da adaptação psicológica, não focando outras áreas, do domínio somático, instrumental ou relacionadas com o autocuidado, territórios que também englobam o conceito de adaptação e que contribuem decididamente para a transição saudável para uma doença crónica, como é a doença oncológica. A este propósito destaca-se um estudo desenvolvido e direcionado a doentes com cancro da mama, envolvendo uma intervenção com um grupo de psicólogos e de enfermeiros, alicerçado no suporte individual psicossocial e na terapia cognitivo comportamental. Os resultados indicam um maior grau de satisfação com o grupo intervencionado por enfermeiros, diferença atribuída ao contributo dos enfermeiros nos domínios da esfera somática (Arving, et al. 2007).

Nas entrevistas efetuadas às pessoas que pertenciam a um grupo de autoajuda, as respostas brotaram de forma clara e elucidativa, o que facilitou o processo de análise de conteúdo. Os pormenores foram descritos como se estivessem a vivenciar o evento crítico naquele momento. Daqui inferimos que a fase de diagnóstico se revela emocionalmente marcante, pois determinados episódios emocionais, podem ser de tal forma relevantes que são recordados de forma particularmente crua e nítida, com uma intensidade surpreendente, mesmo muitos anos depois (Izard, 1991; Damásio, 1999; LeDoux, 2000). Este facto é associado com situações fisiológicas, nomeadamente as descargas de adrenalina, denominado de “*memória de impacto*” (LeDoux, 2000).

A consulta de um grupo de peritos permitiu-nos refletir, discutir e compreender melhor a amplitude da temática. A reflexão partilhada através de quem lida diariamente com estes doentes e se confronta com as suas dificuldades de adaptação, permitiu-nos identificar áreas a descoberto e que deveríamos acrescentar, como o autocuidado.

A leitura refletida e crítica das ligações entre os diagnósticos de enfermagem, as intervenções e os resultados, ainda nos possibilitou acrescentar territórios inerentes ao conceito.

Ao longo do processo de construção do instrumento de medida fomos definindo e dando corpo ao conteúdo da escala e concomitantemente garantindo a validade do mesmo. O facto de nos termos ancorado nas classificações de enfermagem, nomeadamente na NOC, também corroborou para a validade de conteúdo da escala. Na sua génese, as classificações de enfermagem (como a NANDA e o NOC) são construídas tomando por base revisões da literatura, os *surveys* realizados em larga escala e os trabalhos com grupos de peritos. Este facto fortifica o trabalho de conceção do instrumento desenvolvido e alinha com os princípios orientadores e preconizados na construção de um instrumento de medida (Ribeiro, 2010; Fortin, 2009; Almeida & Freire, 2003).

O instrumento de medida desenvolvido integra dezoito áreas de resultados, que julgamos sensíveis aos cuidados de enfermagem. Este resultado parece-nos apontar para o carácter multidimensional do constructo de adaptação, direcionado às mulheres com cancro da mama. Estes 18 resultados são especificados através de 35 itens que correspondem aos indicadores de resultado. Estes últimos constituíram o âmago do formulário e facilitarão a identificação da forma como as doentes se estão a adaptar e quais as áreas que necessitam de intervenção.

O modelo teórico de enfermagem de Calista Roy também iluminou a conceção do instrumento de medida. A autora considera que a meta de enfermagem é a promoção da adaptação, focando o resultado em quatro modos adaptativos, designadamente: fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência (Roy & Andrews, 2001). Se analisarmos os 18 resultados emergentes na escala desenvolvida e os modos adaptativos definidos neste modelo, constatámos que os mesmos estão interligados com os resultados do instrumento de medida.

Os resultados refletidos nos domínios emergentes (resultados) da escala consubstanciam que o conceito de adaptação à doença oncológica da mama apresenta características intrínsecas a um constructo pluridimensional. Neste pressuposto, Villoria (2002) alerta para o facto de não existir um instrumento que reúna todos os requisitos necessários para medir a adaptação ao cancro. Refere que existem instrumentos que focam a qualidade de vida e as estratégias de *coping*, mas não medem especificamente a adaptação a esta situação de doença, dado o seu carácter abrangente e

multidimensional. Salienta ainda que um bom instrumento deve contemplar as respostas do doente e não as valorizações do clínico, que possa ser aplicado em qualquer fase do processo de doença e considere a adaptação como resultado e não como um processo. Moreira e Canavarro (2011) também relatam para a dificuldade inerente à definição conceptual da adaptação, referindo que o conceito se associa aos estados emocionais e à qualidade de vida, ressaltando que para uma melhor compreensão da adaptação ao cancro da mama devem ser consideradas outras áreas da vida que poderão ser influenciadas pela doença.

Na disciplina de enfermagem, Meleis (2010) considera que deve ser potenciada a identificação de resultados de transições saudáveis, que permitam a sua mensuração e promovam o desenvolvimento da investigação clínica, possibilitando a avaliação das intervenções de enfermagem. No contexto de uma transição saudável, os indicadores de resultado podem conduzir a uma melhoria da prática de enfermagem, favorecendo o desenvolvimento de intervenções terapêuticas alinhadas com esse objetivo. No entanto, ressalva que os “resultados” podem ocorrer ao longo do processo de transição, não ocorrendo apenas no final desta. Por este facto, considera favorável mensurar os resultados de uma transição saudável ao longo de todo o processo. O desenvolvimento do conhecimento na disciplina de enfermagem não passa apenas pela transição em si, mas pela diferença que os enfermeiros podem fazer ao ajudar as pessoas a alcançar a vivência de uma transição saudável.

No contexto da doença oncológica, avaliar os resultados que nos indicam adaptação à transição pode ser útil e vantajoso. Esta doença insere-se no contexto da doença crónica, o que pressupõe um prolongamento no tempo, ao que acresce as diferentes fases pelas quais as doentes passam, desde o diagnóstico, aos tratamentos que, na maioria das vezes, são agressivos, estigmatizantes e com grande impacto nas suas vidas e das suas famílias. A monitorização da transição, através do acompanhamento das doentes, com o recurso a indicadores de resultado da adaptação à situação de doença oncológica da mama, capazes de serem suficientemente específicos e discriminativos, que permitam evidenciar a individualidade da doente e terem especificidade suficiente para assegurar a sensibilidade e ser o “core” da disciplina da enfermagem. Ambicionando estas premissas, a singularidade dos indicadores também permitirão

influenciar o delineamento de intervenções terapêuticas de enfermagem eficazes e eficientes, com repercussões na melhoria dos cuidados prestados aos doentes.

## 5. Conclusão

Adaptar-se implica uma interação entre o homem e o mundo, revelando a adequação a um determinado contexto. A doença oncológica constitui um contexto aversivo, stressor, ao qual a pessoa reage na tentativa de reparar a relação perturbada entre si e o meio, desencadeando um processo de adaptação. É impelido a desenvolver estratégias que lhe permitam ajustar-se à nova situação, tentando alterar a situação ou diminuir as emoções desagradáveis que ela originada.

Sabemos também que, segundo Darwin, o ser vivo melhor adaptado tem maiores probabilidades de sobrevivência do que o menos adaptado. Podemos então inferir que a adaptação do indivíduo ao seu referencial será tanto maior quanto maior for a rentabilização dos recursos e das competências desenvolvidas para os rentabilizar, possibilitando o aumento da eficiência face ao estado anterior (Branco, 2010).

Sendo objeto dos cuidados de enfermagem o bem-estar do cliente (Basto, 2009) e tomando como foco os “...padrões das respostas humanas...” (Meleis & Tran-genstein, 1994, p. 223), a melhor compreensão da doente no seu referencial espaço temporal, potenciará a identificação de indicadores de resultado de bem-estar, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Neste sentido, e na posse de um instrumento que permita monitorizar os resultados do processo de adaptação a esta situação de doença, o enfermeiro poderá integrar os resultados do mesmo no seu processo de tomada de decisão, potenciar e simultaneamente avaliar a eficácia das terapêuticas de enfermagem. Pensamos que irá contribuir, deste modo, para a adaptação da mulher com cancro da mama, prevenindo resultados indesejáveis e promovendo a qualidade do exercício profissional de enfermagem.

Na disciplina de enfermagem têm sido realçados os processos de transição, mas torna-se evidente a necessidade de identificar os indicadores de resultado de uma transição saudável, como meio de potenciar a investigação sobre o processo da transição e avaliar as intervenções clínicas (Meleis, 2010). Nesta perspetiva, o Conselho Internacional



de Enfermeiros preconiza que a investigação em enfermagem deve contemplar a compreensão das estruturas que afetam a capacidade dos indivíduos, visando minimizar os efeitos danosos da doença, mas “também deve ser dirigida aos resultados das intervenções de enfermagem, de forma a assegurar a qualidade e a relação custo benefício do cuidar em enfermagem” (*International Council of Nurses*, 2007, p.2).

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L., & Freire, T. (2008). Metodologia da investigação em psicologia e educação (5ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Antoni, M. H. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, p. S88 S98.
- Arving, C., Sjöden, P., Bergh, J., Hellbom, M., Johansson, B., Glimelius, B., & Brandberg, Y. (2007). Individual Psychosocial Support for Breast Cancer Patients - A Randomized Study of Nurse Versus Psychologist Interventions and Standard Care. *Cancer Nursing*, 30(3).
- Basto, M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar Enfermagem*, 13(2), pp. 11-18.
- Branco, R. (2010). Adaptation: A multi-dimensional concept? *Adaptação*. Adaptation (pp. 98-103). Vila Real: Instituto Internacional Casa de Mateus.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer - Coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10, pp. 1-18.
- Damásio, A. (1999). O Erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano (19ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Fortin, M. (2009). Fundamento e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Goossen, W. (2000). Towards strategic use of nursing information in the Netherlands. Groningen: CIP - Gegevens Koninklijke Bibliotheek Den Haag.
- International Council of Nurses. (2007). ICN Position Statement on Nursing Research. Geneva: ICN.
- Izard, C. (1991). *The Psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., & Swanson, E. (2006). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- LeDoux, J. (2000). *O Cérebro emocional: as misteriosas estruturas da vida emocional*. Cascais: Pergaminho.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2014). O Cancro da Mama. Obtido em 2 de Setembro de 2014, de Web site de Liga Portuguesa Contra o Cancro: <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=14>
- Maluf, M., Mori, L., & Barros, A. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51 (2), pp. 149 - 154.
- Matos, P., & Pereira, M. (2002). Áreas de intervenção na doença oncológica. Em P. M., & C. Lopes, *O doente oncológico e sua família* (pp. 15-25). Lisboa: Climepsi.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, pp. 255-259.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Moreira, H., & Canavarró, M. (2009). Qualidade de Vida e perturbação Emocional no Cancro da Mama. Um Estudo Longitudinal sobre a Qualidade de Vida e Perturbação Emocional Durante o Percurso do Cancro da Mama. *Saúde Mental*, 11(6), 11 - 24.
- OE. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, F. (2009). *INFORMAÇÃO E QUALIDADE do Exercício profissional dos enfermeiros* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem : métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, J. (2010). *Saúde, Metodologia de Investigação em Psicologia da* (3ª ed.). Porto: Legis .
- Roy, C., & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 279 - 308.
- Simonet, G. (2010). The concept of adaptation: interdisciplinary scope and involvement in climate change. *S.A.P.I.E.N.S.*, 3(1), 1-9.
- Sousa, P. (2006). *Sistemas de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Coimbra: Formasau .
- Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro* (2 ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda.
- Villoria, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psicologia de l'Educació.

## AEOP 8

### Em planeamento, Maio 2015

Iniciamos já a preparação da próxima Reunião Nacional da AEOP. Em 2015 iremos estar no Palace Hotel Monte Real, em Monte Real, Leiria. Reserve na sua agenda o fim-de-semana de 22-23 de maio.



Será uma oportunidade para a comunidade de enfermagem oncológica discutir o estado de arte na investigação e na prática da oncologia nacional.

Está publicado a estrutura do programa para 2015, sendo que iremos ter novidades relativamente à organização nos anos anteriores. Poderá manter-se informado dos desenvolvimentos em [www.aeop.net](http://www.aeop.net)

## EONS 9 [Istambul, 18-19 Set. 2014] AEOP esteve presente



Decorreu em Istambul, no passado mês de Setembro, o 9.º Congresso Europeu de Enfermagem Oncológica. A AEOP participou no programa com o contributo de alguns palestrantes portugueses que realizaram apresentações de qualidade, aumentando assim a nossa representatividade europeia. Aos nossos colegas ficam os agradecimentos e reconhecimento do mérito das suas apresentações.

## SOCIAL SUPPORT SARCOMA Fase de análise



SOCIALSUPPORTSARCOMA

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 (fase terminada), 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 término em Junho de 2014.

Como objectivo primário pretende-se analisar a autogestão da doença Sarcoma por parte do doente submetido a tratamento com QT, RT e/ou Cirurgia. Na fase que se segue procederemos à análise dos dados. Nesta revista publicamos os primeiros resultados do estudo.

## 10.º CONGRESSO CANCRO DIGESTIVO, ALGARVE



Decorre em Outubro, no Algarve, no Hotel Sana Algarve, o 10.º Congresso Nacional Cancro Digestivo organizado pelo GICD. AEOP esteve presente com programa científico em paralelo. Destacamos uma sessão inovadora na área dos Tumores Neuroendócrinos e a apresentação final das Linhas de Consenso sobre a PEG, entretanto já publicadas.

Mais uma ótima reunião científica com a possibilidade de discussão e planeamento da atividade do Grupo AEOP Digestivos em planeamento para 2015.

## AEOP EM PARCERIA COM A SIOG 2014



Realizou-se a 14.ª Conferência Anual da Sociedade Internacional de Oncologia Geriátrica (SIOG), que teve lugar em Lisboa, em 23-25 Outubro de 2014.

Este ano, a SIOG celebrou a sua missão, reunindo especialistas multidisciplinares em cancro e envelhecimento através do tema anual da conferência *Bringing Two Worlds Together: Oncology and Geriatrics*. A AEOP esteve presente como sponsor científico e com a apresentação de uma palestra numa das sessões científicas, pela nossa colega do *Board* da AEOP, Elisabete Valério. Mais um marco importante nas atividades internacionais da AEOP.

## REUNIÃO SPH, 21 E 22 NOVEMBRO, ÉVORA

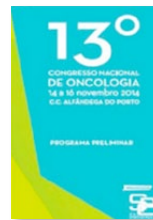


Decorre nos próximos dias 21 e 22 de Novembro, a Reunião Nacional de Hematologia, este ano na cidade de Évora. Mais uma vez a AEOP estará presente com um programa científico em paralelo ao clínico. Contamos com uma vasta comunidade científica de enfermagem ligada aos tumores hematológicos. Toda a informação em [www.aeop.net](http://www.aeop.net)

## REUNIÃO DO CONSELHO CONSULTIVO DA AEOP, 13 DEZEMBRO 2014

Está em planeamento a reunião interna do Advisor da AEOP para o dia 13 Dezembro, em Coimbra. Irão estar em planeamento as atividades da AEOP para 2015, planeamento estratégico e decisões importantes da atividade da AEOP no futuro. Tomarão parte na reunião o *Board* da AEOP e os Grupos de Trabalho específicos.

## 13.º CONGRESSO MULTIDISCIPLINAR ONCOLOGIA, PORTO



Com o tema “Perspetiva multidisciplinar e multiprofissional da Oncologia”, o 13.º Congresso Nacional de Oncologia será um momento de partilha e troca de ideias

da comunidade oncológica portuguesa, através da participação ativa de todos os grupos profissionais, sociedades científicas e grupos de estudo envolvidos no tratamento do cancro em Portugal.

AEOP será responsável por apresentar duas sessões científicas importantes na área do interesse nacional da enfermagem oncológica e com a presença de 2 palestrantes internacionais.

As comunicações livres de enfermagem serão coordenadas pela AEOP, sendo atribuídos os seguintes prémios:

- 1.º Prémio - 750 Euros
- 2.º Prémio - 500 Euros

Estarão em apresentação 10 trabalhos em forma de comunicação livre, distribuídas por duas sessões. Estamos certos de que será mais um útil momento de parceria científica.

## AEOP GRUPO DOR Survey Dor Oncológica



Com o objectivo de se fazer um diagnóstico de situação sobre os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros perante o doente com dor oncológica, o Grupo AEOP Dor está a trabalhar num *survey* sobre *avaliação dos conhecimentos e atitudes dos enfermeiros perante a dor*. Os resultados servirão para um projeto investigacional a ser desenvolvido nesta área. Estes resultados estarão brevemente disponíveis no nosso site e no Grupo AEOP Dor.



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 HEMATOLÓGICO

Fármaco contra linfoma Hodgkin avança para estudo Fase II



A Sociedade norte-americana de Leucemias e Linfomas (LLS, na sigla em inglês) firmou uma parceria com a Affimed Therapeutics para co-financiar um estudo de fase II com o composto experimental AFM13, um novo anticorpo tetravalente para tratar pacientes com tipos específicos de Linfoma de Hodgkin (tumor que afeta o sistema linfático).

O AFM13 é um imunoterápico de primeira linha projetado para tratar pacientes que sofrem com Linfoma de Hodgkin ou doenças malignas positivas para CD30.

Richard Winneker, responsável da área de investigação da LLS, ressalva que, “embora a taxa de cura para o Linfoma de Hodgkin seja elevada em comparação com outros tipos de cancro do sangue, os pacientes refratários e que sofrem recaídas têm poucas opções terapêuticas”.

O responsável sublinha também que os atuais tratamentos para estes pacientes envolvem terapias com fár-



macos citotóxicos e radioterapia, que são provavelmente responsáveis pelo desenvolvimento de tumores secundários e outros efeitos colaterais de longo prazo que ocorrem mais tarde na vida do paciente, motivo pelo qual esta nova terapia pode dar resposta à necessidade crítica de terapêuticas mais seguras e eficazes.

A sociedade mostra-se empenhada em promover o avanço de terapias inovadoras, particularmente para pacientes com necessidades médicas não satisfeitas, e esta nova fórmula de imunoterapia da Affimed tem vindo a assumir-se como uma opção terapêutica promissora para estes doentes.

“A parceria entre a Affimed e a LLS é uma validação importante do elevado potencial da nossa plataforma TandAb e reforça a nossa estratégia de desenvolver esta terapia para tumores hematológicos”, disse Adi Hoess, CEO da Affimed.

Num estudo de fase I, o AFM13 revelou um bom perfil de segurança, uma vez que foi bem tolerado em todas as doses testadas. Além disso, mostrou sinais claros e significativos de eficácia em alguns pacientes com prognóstico reservado, incluindo doentes que não responderam ao tratamento com o recém aprovado Adceptris da Seattle Genetics. O objetivo agora é avançar para um estudo de fase II.

FONTE: PR NEWSWIRE. 2013-09-20

### Nova estratégia de combate ao linfoma por imunoterapia

Uma nova forma de combater o linfoma, através do recurso à imunoterapia, acaba de ser anunciada. O tratamento aumentou o poder anticancerígeno das células do sistema imunológico e mostrou ser eficaz num estudo preliminar com seis doentes que sofriam de linfoma.

Investigadores do Centro Celular e de Terapia Genética do Colégio de Medicina de Baylor, do Hospital Pediátrico do Texas e do Hospital Metodista, nos Estados Unidos, explicaram que o objectivo principal da terapia é “ensinar o sistema imunológico a reconhecer as células cancerígenas e eliminá-las”.

Os cientistas do Colégio de Medicina de Baylor dotaram as células do sistema imunitário de novas capacidades, que lhes permitissem reconhecer e atacar com maior facilidade as células cancerígenas. A estratégia dos investigadores consiste em aumentar o poder dos anticorpos em reconhecer as células e potenciar a actividade dos linfócitos T.

Para este estudo, o anticorpo CD19, que reconhece uma proteína na superfície das células do linfoma, foi adaptado para que formasse uma nova estrutura designada por receptor de anticorpos quiméricos (CAR). Quando o CAR identifica o CD19 no linfoma, conecta-se e dispara linfócitos T que matam as células tumorais, deixando as células saudáveis intactas.

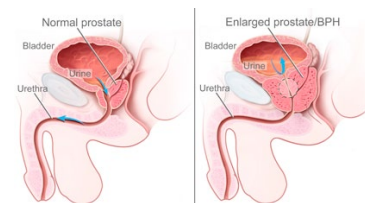
Os linfócitos T não se reproduzem com facilidade e têm um período de vida curto no organismo. Para reverter este problema, os cientistas utilizaram a molécula especial estimulante CD28, com o objetivo de aumentar o número de linfócitos T e a sua longevidade.

O estudo avaliou seis doentes que tiveram as suas células sanguíneas modificadas em laboratório e reintroduzidas posteriormente no corpo. Cada paciente recebeu dois tipos de linfócitos T que continham a CAR, com ou sem CD28.

Os linfócitos T que continham CD28 mostraram melhores resultados, foram mais eficazes e mantiveram-se mais activos contra o tumor.

FONTE: COLÉGIO DE MEDICINA DE BAYLO. 2011-04-21

## CANCRO UROLÓGICO



### Cancro da próstata: Novo teste melhora tratamento

O instituto britânico de pesquisa do cancro está também a desenvolver um teste de saliva de baixo custo para detetar esta doença.

Um novo teste de sangue que verifica a eficácia do tratamento do cancro da próstata vem dar nova esperança aos doentes. O teste, desenvolvido no Reino Unido, poderá melhorar drasticamente a eficácia dos tratamentos da doença em fase avançada.

Embora seja muito eficaz numa fase inicial do tratamento, em muitos casos as hormonas glicocorticóides – um tratamento à base de esteroides que é receitado a cerca de 90% dos doentes – não funciona, relata o jornal britânico Daily Mail.

Alias, num em cada cinco pacientes, o tratamento acaba por acelerar o crescimento de tumores, dizem os autores da pesquisa citados pelo jornal britânico. Um problema que a equipa do Institute of Cancer Research (Londres) conseguiu controlar, prometendo assim salvar milhares de vidas.

O teste de sangue desenvolvido pelos investigadores revela, de forma muito precisa, se o tratamento está ou não a ser eficaz, permitindo que a terapia seja interrompida antes de começar a tornar-se nociva para os pacientes.

O estudo, que recorreu a biopsia e amostras de sangue de 16 pacientes, conseguiu provar que os glicocorti-

cóides podem, nalguns casos, aumentar o número de células tumorais.

O fenómeno ocorre quando o organismo se adapta àquela substancia, tornando as células resistentes aos glicocorticóides, sendo que o novo teste deteta, em minutos, se esta alteração do ADN do tumor ocorre ou não, permitindo assim que a terapia seja interrompida e corrigida.

### FDA aprova nova indicação para o uso de Xtandi™

A Astellas Pharma e a Medivation anunciaram que a Food and Drug Administration (FDA) aprovou uma nova indicação para o uso de enzalutamida (XTANDI™) cápsulas para tratar doentes com cancro da próstata metastático resistente à castração (CPRCm). A aprovação desta nova indicação resulta da revisão prioritária do suplemento New Drug Application (sNDA) da FDA que se baseou nos resultados do ensaio clínico de fase III PREVAIL.

A FDA aprovou inicialmente XTANDI™, apresentado em cápsulas, inibidor da via de sinalização do receptor androgénico, de toma única diária, em Agosto de 2012 para o uso em doentes com cancro da próstata metastático resistente à castração, previamente submetidos a quimioterapia com docetaxel. A nova indicação aprova XTANDI™ para uso em homens com cancro da próstata metastático resistente à castração que não receberam quimioterapia. O cancro da próstata metastático resistente à castração define-se como um cancro que não se limita à glândula prostática e progride apesar da terapêutica de privação androgénica.

“A revisão prioritária e a aprovação da FDA desta nova indicação de XTANDI™, permite agora o uso de uma importante terapêutica por parte dos doentes com cancro da próstata metastático resistente à castração”

em todos os estadios da sua doença”, afirma Sef Kurstjens, M.D., Ph.D., director do Departamento Médico da Astellas Pharma, e presidente da Astellas Pharma Global Development. “Estamos muito satisfeitos com o facto de estes doentes terem agora XTANDI™ disponível como opção de tratamento”, diz o responsável.

No ensaio clínico de fase III PREVAIL, os homens que receberam XTANDI™ e terapêutica com análogo da GnRH exibiram uma superioridade estatisticamente significativa na sobrevivência global e atrasaram o tempo de progressão radiográfica ou morte quando comparado com placebo e terapêutica com análogo da GnRH.

XTANDI™ reduziu significativamente o risco de progressão radiográfica ou morte em 83% quando comparado com placebo (HR=0,17;  $p < 0.0001$ ).

XTANDI™ reduziu significativamente o risco de morte em 29% quando comparado com placebo (HR=0,71;  $p < 0,0001$ ).

Em comparação com placebo, o tratamento com XTANDI™ também atrasou o tempo de início de quimioterapia e o tempo até ocorrência de acontecimentos músculo-esqueléticos.

O perfil de segurança de XTANDI™ foi actualizado para reflectir informação de ambos os ensaios clínicos de fase III, AFFIRM e PREVAIL.

“A Enzalutamida foi estudada e aprovada para doentes com cancro da próstata metastático que é resistente à terapia hormonal primária, um estadio da doença a que chamamos cancro da próstata metastático resistente à castração. Neste cenário, a enzalutamida demonstrou prolongar a sobrevivência global e atrasar significativamente a progressão do cancro da próstata”, afirmou Tomasz M.

Beer, M.D., F.A.C.P., investigador co-principal do estudo PREVAIL, director do Knight Cancer Institute e professor de medicina na Oregon Health & Science University. “Além disso, no ensaio clínico PREVAIL, o tempo mediano para início de quimioterapia foi atrasado em 17 meses com enzalutamida em comparação com placebo, pelo que o resultado é um período de tempo bastante significativo durante o qual os homens têm a sua doença controlada sem necessidade de quimioterapia.”

FONTES: RCM PHARMA

### Cancro da próstata tem taxa de cura elevada quando detectado precocemente

A Associação Portuguesa de Urologia (APU) celebra a Semana das Doenças da Próstata – de 15 a 21 de Setembro – com uma mensagem de alerta para todos os homens acima dos 45 anos, avança o SAPO Saúde.

A vigilância médica periódica é essencial para despistar o cancro da próstata, uma vez que este não apresenta sintomas numa fase inicial. Apesar de ser a segunda causa de morte por cancro no homem nos países ocidentais, a sua possibilidade de cura é de 85% quando detectado precocemente.

Em Portugal, o cancro da próstata atinge anualmente 3.500 a 4 mil portugueses, sendo que 1800 acabam por morrer. Uma vez que a patologia é assintomática nos estádios iniciais, o homem não pode estar à espera que surjam sintomas para consultar o médico assistente ou urologista.

Arnaldo Figueiredo, Presidente da APU, sublinha que “o estigma e o medo associados aos exames realizados para despistar as doenças da próstata, após os 45 anos, deverão ser combatidos pois que, controvérsias à parte, só dessa forma é que se consegue combater este tipo de patologias

e diminuir o número de mortes que elas provocam”.

Apesar das causas do cancro da próstata não serem conhecidas, sabe-se que o factor hereditariedade e idade têm um grande peso. A detecção pode ser feita com o doseamento do PSA (antígeno específico da próstata), uma análise ao sangue que doseia uma substância libertada pela próstata para a corrente sanguínea. A subida deste valor levanta a suspeita da doença, devendo ser complementada com o exame do toque rectal.

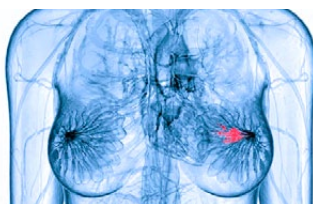
Prostatite, Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP) e Cancro da Próstata são os tipos de patologia da próstata mais frequentes, sendo que a incidência destas duas últimas doenças tem sido maior nas últimas décadas, devido não só ao aumento da esperança média de vida, mas porventura também com as alterações dos hábitos alimentares e pelos novos métodos de diagnóstico.

Embora o cancro da próstata seja usualmente a doença mais falada, a HBP é a patologia prostática mais frequente, dando origem a cerca de 10.000 cirurgias por ano e atingindo metade dos portugueses com 60 anos e 90% com 80 anos. Há homens que não dão muita importância aos sinais de HBP, embora eles estejam presentes. Até ao dia em que, subitamente, não conseguem urinar.

Esta patologia pode causar problemas maiores com o decorrer do tempo: a retenção urinária parcial com resíduo miccional progressivamente crescente pode levar a infecções urinárias, incontinência, cálculos na bexiga e mesmo insuficiência renal.

FONTE: [HTTP://SAUDE.SAPO.PT/NOTICIAS/SAUDE...](http://SAUDE.SAPO.PT/NOTICIAS/SAUDE...)

## CANCRO MAMA



### Existem contraceptivos que aumentam o risco de cancro da mama

Um estudo desenvolvido nos Estados Unidos concluiu que mulheres que optam por pílulas anti-concepção, sobretudo aquelas com elevadas concentrações de estrogénio, poderão correr um maior risco de serem vítimas de cancro da mama, explica o Globo.

De acordo com a investigadora Elisabeth Beaver, cientista do Centro de Pesquisas Fred Hutchinson, em Washington, “os resultados sugerem que o uso de pílulas anticoncepcionais está associado ao aumento do risco de cancro de mama. Esse risco pode variar de acordo com a formulação dos contraceptivos orais”, explicou.

Em questão, explica-se, está a dose de estrogénio, através da substância etinilestradiol, que nas concentrações mais baixas varia de 0,02 - 0,03 mg e nas mais altas 0,05 mg. No caso das primeiras, verificou-se que a probabilidade de contrair um cancro aumentava 1,6 vezes, e no segundo, 2,7 vezes.

No estudo foram avaliados casos de 1102 mulheres diagnosticadas com cancro e 21.952 indivíduos de controle, sendo que, ao contrário de pesquisas anteriores que dependiam apenas do relato dos intervenientes para confirmar o uso destes tipos de contraceptivos, aqui usaram-se registos eletrónicos de farmácia, que permitiram confirmar os dados recolhidos.

### Descoberta nova mutação que aumenta risco de cancro da mama

A nova mutação relaciona-se com um gene chamado PALB2. Os cientistas analisaram amostras médicas e genéticas de 154 famílias em oito países, entre as quais 362 mulheres eram portadoras de mutações deste gene.

Segundo as conclusões publicadas no New England Journal of Medicine, as mulheres correm 35% mais riscos de desenvolver a doença.

As outras duas mutações conhecidas associadas ao risco de sofrer cancro da mama, BRCA1 e BRCA2, estão ligadas a uma probabilidade de 55% a 65% de desenvolver a doença aos 70 anos.

Anualmente, estas mutações levam milhares de mulheres a submeterem-se a mastectomias preventivas, como foi o caso, no ano passado, da atriz americana Angelina Jolie, que não tinha cancro quando foi operada.

«Desde que as mutações do BRCA1 e do BRCA2 foram descobertas em meados dos anos 90, não foram encontrados genes com importância similar», disse o autor principal do estudo, Marc Tischkowitz, do Departamento de Genética Médica da Universidade de Cambridge.

Apenas de 5% a 10% de todos os cancros da mama estão relacionados com o BRCA1 e o BRCA2, de acordo com o Instituto Nacional do Cancro. Não está claro em que medida o PALB2 está na população em geral, mas os cientistas acreditam que seja escassamente encontrado.

No entanto, o risco individual varia. As mulheres com mais casos de cancro da mama na família correm um risco maior.

«Agora que identificamos o gene, estamos em posição de fornecer melhor assessoria e aconselhamento», acrescentou Tischkowitz.

## Cancro da mama: sessão única de radioterapia pode ser adotada este ano no Reino Unido

Uma nova opção de tratamento contra o cancro da mama – que pode substituir semanas de radioterapia por uma única sessão – está em processo de avaliação pelo NHS (National Health Service), o serviço nacional de saúde do Reino Unido, perspectivando-se que possa estar disponível para os pacientes até do final do ano.

A alternativa clínica, designada radiação intraoperatória, é administrada através de uma sonda inserida no interior do seio, depois de o tumor ser removido por meio de uma cirurgia. A sonda emite radiação no local exato da operação por cerca de 30 minutos.

Caso seja aprovada pelo NHS, este novo procedimento de oncologia – considerado adequado para doentes no estágio inicial da doença – pode beneficiar cerca de 36 mil pessoas no Reino Unido, além de permitir poupanças ao sistema de saúde

Atualmente, os doentes de cancro submetem-se a cirurgias para remover o tumor e depois sujeitam-se a séries variáveis de sessões de radioterapia para tentar debelar a doença, o que amplia os efeitos negativos do tratamento – como náuseas, queda de cabelo e perda de peso.

Testes realizados em mais de 2 mil pessoas indicam que a nova técnica tem um efeito similar à radioterapia convencional. No entanto, como o procedimento foi desenvolvido recentemente, não há dados de longo prazo disponíveis sobre os efeitos.

Além de reduzir o número de deslocações ao hospital, a dose única teria a vantagem de evitar danos potenciais em órgãos como coração,

pulmão e esófago – um risco normalmente associado às séries de quimioterapia aplicadas em diversos tipos de cancro.

Segundo opinião de Carole Longson, do NICE (sigla do instituto britânico de excelência clínica), dado que o tratamento é novo, a sua utilização «deve ser avaliada cuidadosamente».

## ONCOLOGIA: VÁRIOS

### Imunoterapia e radioterapia travam resistência de tumores

Uma pesquisa realizada em Inglaterra conclui que um regime combinado de imunoterapia e radioterapia pode travar a resistência dos tumores aos tratamentos.

Os resultados do estudo realizado na Universidade de Manchester indicam que um regime combinado de imunoterapia e radioterapia permitiu impulsionar a ação do sistema imunológico e destruir células cancerígenas que não tinham sido eliminadas apenas com radiação.

A terapia combinada melhorou a sobrevivência de ratos com vários tipos de tumores e protegeu os animais contra a recidiva da doença, segundo um artigo publicado na revista *Cancer Research*.

Através desta nova abordagem, a imunoterapia ajuda o organismo a identificar as células cancerígenas, facilitando a sua destruição. A terapia será testada em breve num ensaio clínico para perceber quais os benefícios efetivos.

FONTE: UNIVERSIDADE DE MANCHESTER. 2014-10-08

## Cientistas trabalham em promissor sistema de detecção de cancro, um biomarcador do futuro

O engenheiro mexicano Jorge Soto e a médica grega especialista em biologia molecular Fay Christodoulou estão a desenvolver um sistema de detecção antecipada do cancro e de doenças metabólicas que pode reduzir em até 50 vezes o custo dos sistemas actuais.

O sistema baseia-se na detecção de diferentes tipos de micro RNA, biomarcadores presentes no mapa genético do ser humano que podem ser detectados no sangue, para o estabelecimento de padrões que estão associados a determinados tipos de cancro ou doenças metabólicas.

Em conferência de imprensa, Soto sustentou entre as suas mãos uma máquina que tem o tamanho e a forma de um garrafão de água de cinco litros e que foi produzida com uma moderna impressora 3D.

No interior da máquina há placas quadradas brancas e uma série de buracos. «Trata-se de uma prova de 96 buracos e em cada um há uma fórmula química que basicamente funciona como uma armadilha em busca do micro RNA específico», disse o mexicano.

Por sua vez, Christodoulou explicou que o objectivo é detectar qual micro RNA está activo nos nossos corpos para estabelecer um padrão e ver se este está relacionado com algum tipo de cancro ou doença metabólica.

Cada buraco da placa tem um nome associado e, uma vez realizado o teste, os biomarcadores activos brilham numa cor diferente que o resto. Isto permite estabelecer e processar os diferentes padrões para detectar se sofremos de alguma dessas doenças.



«O micro RNA é o biomarcador do futuro. O primeiro foi descoberto há 20 anos e o seguinte demorou muito tempo para ser encontrado. Até 2005 não se estabeleceu a relação entre este biomarcador e determinadas doenças e até 2008 não sabíamos que podíamos encontrá-lo no sangue humano», resumiu a médica.

Num estudo de DNA o que se pode dizer é que alguém tem «X% de possibilidades de desenvolver cancro, mas não se realmente irá desenvolver a doença».

«Este sistema permite monitorizar em tempo real os micro RNA que temos activos nos nosso corpo e detectar a doença de forma antecipada. É muito diferente combater um cancro com 7% de hipóteses de sobrevivência e fazê-lo com 70%», acrescentou.

Além de melhorar a detecção antecipada deste tipo de doenças, outro dos benefícios do projecto, denominado «MirOculus», é o facto de ser mais barato.

«As máquinas que fazem este tipo de estudo são muito, muito, grandes e caras. O teste mais barato custa 25 mil dólares, o nosso reduz esse custo em até 50 vezes», assegurou o mexicano.

O objectivo destes jovens pesquisadores é conseguir que, num futuro próximo, estes testes se tornem mais comuns em qualquer centro médico e que o cancro «deixe de ser visto como uma notícia tão má».

Actualmente esta pesquisa está a desenvolver testes clínicos na detecção do cancro da mama na Alemanha e até ao momento já foram compilados dados de 200 pacientes.

«Temos o ouro nas mãos», disse uma entusiasmada Christodoulou que, ao lado de Soto participou da conferência anual TEDGlobal 14, que acontece no Rio de Janeiro até sábado.

## Descoberto novo mecanismo capaz de travar propagação do cancro



Investigadores britânicos do Colégio Universitário de Londres descobriram um novo mecanismo usado pelas células tumorais que lhes permite assumir um estado líquido para navegar através de todo o corpo, facilitando a formação de metástases.

A descoberta, garantem os cientistas, acarreta uma nova esperança no combate ao cancro, no sentido em que, ao perceber o modo como as células se movimentam através do corpo, será possível desenvolver novas técnicas mais eficazes no combate à doença.

Num artigo publicado no Journal of Cell Biology, os cientistas sublinham que a capacidade das células se transformarem num estado líquido é desencadeada por sinais químicos que podem ser bloqueados, a fim de impedir que as células cancerígenas se espalhem.

No seu estudo, a equipa conseguiu desligar os sinais, travando assim a formação das metástases.

FONTE: MEDICAL XPRESS. 2014-08-19

# 8 AEO P

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](mailto:cidaliampacheco@veranatura.pt)



## Ensaios clínicos fase III e IV – Informação

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

Retirado em 20 Outubro 2014 em <http://www.cancer.gov/clinicaltrials/search/results?protocolsearchid=12374660>

### SARCOMA TECIDOS MOLES, CRIANÇA

■ *Radiation Therapy With or Without Combination Chemotherapy or Pazopanib Hydrochloride Before Surgery in Treating Patients With Newly Diagnosed Non-Rhabdomyosarcoma Soft Tissue Sarcomas That Can be Removed by Surgery*

PHASE: Phase III, Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Active

AGE: 2 and over

SPONSOR: NCI

■ *Study of Fixed vs. Flexible Filgrastim to Accelerate Bone Marrow Recovery After Chemotherapy in Children With Cancer*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Approved-not yet active

AGE: 1 to 25

SPONSOR: NCI, Other

PROTOCOL IDS: 2013-062, NCI-2013-02001, P30CA022453, NCT01987596

■ *Activated T Cells Armed With GD2 Bispecific Antibody in Children and Young Adults With Neuroblastoma and Osteosarcoma*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Approved-not yet active

AGE: 13 months to 29 years

■ *Proton Radiation for the Treatment of Pediatric Bone and Non-Rhabdomyosarcoma Soft Tissue Sarcomas*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 30 and under

■ *Sunitinib or Cediranib for Alveolar Soft Part Sarcoma*

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Active

AGE: 16 to 20

■ *Radiolabeled Monoclonal Antibody Therapy in Treating Patients With Refractory, Recurrent, or Advanced CNS or Leptomeningeal Cancer*

PHASE: Phase I

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: Any age

■ *A Phase I Study of NK Cell Infusion Following Allogeneic Peripheral Blood Stem Cell Transplantation From Related or Matched Unrelated Donors in Pediatric Patients With Solid Tumors and Leukemias*

PHASE: Phase I

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 4 to 35

■ *A Pilot Study of Genetically Engineered NY-ESO-1 Specific (c259) T Cells in HLA-A2+ Patients With Synovial Sarcoma*

PHASE: Phase I

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 4 to 55

■ *NK White Blood Cells and Interleukin in Children and Young Adults With Advanced Solid Tumors*

PHASE: Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Active

AGE: 2 to 25

### SARCOMA UTERINO

■ *Study Comparing Isolated Pelvic Perfusion With TNF- $\alpha$  0.3 mg and Melphalan 1.5 mg/kg Versus Standard Treatment in Patients With Non Resectable, Recurrent Gynaecologic or Digestive Pelvic Cancer*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 to 76

■ *Randomized Study Comparing Two Dosing Schedules for Hypofractionated Image-Guided Radiation Therapy*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Other

PROTOCOL IDS: 10-154, NCT01223248

■ *Gemcitabine Hydrochloride and Docetaxel Followed by Doxorubicin Hydrochloride or Observation in Treating Patients With High-Risk Uterine Leiomyosarcoma Previously Removed by Surgery*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: NCI, Other

■ *A Study of Trabectedin (YONDELIS) in Patients With Locally Advanced or Metastatic Liposarcoma or Leiomyosarcoma*

PHASE: Phase III

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Active

AGE: 15 and over

---

■ *Bevacizumab, Chemotherapy and Valproic Acid in Advanced Sarcomas*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

---

■ *Study on Efficacy and Tolerability of Vorinostat in Patients With Advanced, Metastatic Soft Tissue Sarcoma (STS)*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

---

■ *A Study of Axitinib in Patients With Advanced Angiosarcoma and Other Soft Tissue Sarcomas*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 16 and over

---

■ *Efficacy of Gemcitabine With Pazopanib as Second Line Treatment in Patients With Metastatic or Relapsed Uterine or Soft Tissue Leiomyosarcomas*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

STATUS: Approved-not yet active

AGE: 18 and over

---

■ *Phase II Study of Regorafenib in Metastatic Soft Tissue Sarcoma*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

---

■ *IRCI Gynae Sarcomas, High Grade Uterine Sarcoma*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

STATUS: Approved-not yet active

AGE: 18 and over

---

■ *PPALM-Palm Oil and Pentoxifylline Against Late Morbidity*

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Approved-not yet active

AGE: Over 18

SPONSOR: Other

PROTOCOL IDS: CCR3894, NCT02230800

---

■ *Activity of Trabectedin or Gemcitabine + Docetaxel in Uterine Leiomyosarcoma*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

---

■ *Dasatinib and Ipilimumab in Treating Patients With Gastrointestinal Stromal Tumors or Other Sarcomas That Cannot Be Removed by Surgery or Are Metastatic*

PHASE: Phase I

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

---

■ *Dendritic Cell Vaccine With or Without Gemcitabine Pre-Treatment for Adults and Children With Sarcoma*

PHASE: Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Active

AGE: 1 to 100



Nos doentes apropriados, tratados com quimioterapia alta ou moderadamente emetizante, que se encontrem em risco de náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia (NVIQ)



## A PREVENÇÃO COMEÇA QUANDO A TERAPÊUTICA TRIPLA<sup>a</sup> É INICIADA

No Ciclo 1, Dia 1, inicie o tratamento com Terapêutica Tripla- **EMEND<sup>®</sup>** ou **IVEMEND<sup>®</sup>**, um antagonista de 5-HT<sub>3</sub>, e um corticosteróide - para prevenção de primeira linha das NVIQ.

EMEND<sup>®</sup>, em associação terapêutica com outros agentes anti-eméticos, está indicado na prevenção das náuseas e vômitos imediatos e tardios associados a ciclos iniciais e repetidos de:

- Quimioterapia altamente emetizante.
- Quimioterapia moderadamente emetizante.

**EMEND 80 & 125 IVEMEND 150. Denominação do medicamento** EMEND 125 mg cápsula e EMEND 80 mg cápsulas. IVEMEND 150 mg pó para solução para perfusão. **Forma farmacêutica e Composição quantitativa e qualitativa** Cada cápsula de 125 mg contém 125 mg de aprepitant; cada cápsula de 80 mg contém 80 mg de aprepitant. Cada frasco para injetáveis contém fosaprepitant dimeglumina equivalente a 150 mg de fosaprepitant. Após reconstituição e diluição, 1 ml de solução contém 1 mg de fosaprepitant. **Indicações terapêuticas** Prevenção de náuseas e vômitos, agudos e tardios, associados a quimioterapia antineoplásica altamente emetizante, baseada em cisplatina ou moderadamente emetizante. **Posologia e modo de administração** EMEND administrado por via oral durante 3 dias em esquema terapêutico com corticosteróide e antagonista da 5-HT<sub>3</sub>, na dose de 125 mg, no Dia 1 e de 80 mg, nos Dias 2 e 3. IVEMEND 150 mg administrado em perfusão IV durante 20-30 minutos, iniciada 30 minutos antes da quimioterapia, associado a corticosteróide e a antagonista da 5-HT<sub>3</sub>. **Contra-indicações** Hipersensibilidade a fosaprepitant, aprepitant ou excipientes; administração concomitante de pimozida, terfenadina, astemizol ou cisaprida. **Efeitos indesejáveis** Fosaprepitant convertido em aprepitant, esperando-se reações adversas associadas com o aprepitant. Reações adversas com maior incidência: soluços, astenia/fadiga, elevação da ALT, obstipação, cefaleias e anorexia. Ainda a referir candidíase, infecção a estafilococos, anemia, neutropénia febril, aumento de peso, polidipsia, desorientação, euforia, ansiedade, tonturas, sonhos anómalos, alterações cognitivas, conjuntivite, acufenos, bradicardia, afrontamentos, diarreia, dispepsia, eructações, náuseas, vômitos, disgeusia, obstipação grave, refluxo gastroesofágico, úlcera duodenal perfurada, dor abdominal, xerostomia, enterocolite, estomatite, exantema, acne, fotossensibilidade, hiperhidrose, prurido, lesões cutâneas, mialgia, poliúria, disúria, polaquiúria, dor abdominal, edema, rubor facial, desconforto pré-cordial, letargia, elevação da AST, elevação da fosfatase alcalina, hiperglicémia, hematúria microscópica, hiponatremia, diminuição de peso, síndrome de Stevens-Johnson e, para fosaprepitant, tromboflebite, eritema, rubor, dor, endurecimento no local de perfusão. **Advertências e precauções especiais de utilização** Precaução se administração concomitante de substâncias activas principalmente metabolizadas através do CYP3A4 e de intervalo terapêutico estreito; especial precaução se administração concomitante com irinotecano. Evitar administração de indutores fortes de CYP3A4. No tratamento crónico com varfarina, monitorizar cuidadosamente INR durante tratamento com EMEND ou IVEMEND e 2 semanas seguintes. Administrar sempre IVEMEND diluído por perfusão IV lenta. **Interações medicamentosas e outras formas de interação** Durante o tratamento, CYP3A4 inibido; após tratamento, indução transitória moderada do CYP2C9, e ligeira de CYP3A4 e glucoronidação. Reduzir cerca de 50% a dose de dexametasona oral, co-administrada com fosaprepitant 150 mg no Dia 1, e no dia 2. Precaução durante este período com ciclosporina, tacrolimus, sirolimus, everolimus, alfentanilo, diergotamina, ergotamina, fentanilo, e quinidina. Interações clinicamente significativas entre EMEND ou IVEMEND 150 mg, docetaxel e vinorelbina não esperadas; precaução com etoposido e vinorelbina orais. Eficácia dos contraceptivos hormonais pode diminuir durante tratamento com fosaprepitant e 28 dias seguintes; usar métodos de contracepção alternativos ou de reforço. Precaução na administração de aprepitant ou fosaprepitant com inibidores de CYP3A4 pelo aumento significativo de concentrações plasmáticas de aprepitant.

<sup>a</sup> Terapêutica Tripla = EMEND<sup>®</sup>, um antagonista do 5-HT, e um corticosteróide.

 **MSD Oncology**

www.msd.pt | www.univadis.pt | Linha Verde MSD 800 20 25 20 | Merck Sharp & Dohme, Lda. Quinta da Fonte, Edifício Vasco da Gama, 19 - Porto Salvo 2770-192 Paço de Arcos | NIPC: 500 191 360.  
Copyright © 2013 Merck Sharp & Dohme Corp., uma subsidiária de Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.  
Todos os direitos reservados. ONCO-1070738-0000  
Para mais informações contactar o Titular da A.I.M. MSRM Uso Exclusivo Hospitalar.

Um regime anti-emético que inclua

**EMEND<sup>®</sup>** **IVEMEND<sup>®</sup>**  
(aprepitant, MSD) (fosaprepitant dimeglumina, MSD)

Prevenção Superior Desde o Início



## 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](http://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