

# ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

**26**

ANO VII · MAR-JUN 2014

**ENTREVISTA COM...**

**Lena Sharp**, RN, Chief Nursing Officer, Patient Safety Coordinator – Karolinska University Hospital, Estocolmo, Suécia, fala-nos sobre a sua experiência no Serviço de Radioterapia do seu hospital e da Enfermagem Oncológica na Suécia.

**MUCOSITE INDUZIDA POR TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Recentemente têm sido publicadas novas guidelines com o intuito de orientar o uso de fármacos e uniformizar as intervenções que contribuem para a resolução da mucosite. Os conhecimentos que o enfermeiro possui na área das ciências médicas e humanas permitem-lhe não só atuar, como compreender, avaliar e investigar as consequências das suas intervenções. Artigo de Revisão que nos descreve o estado da arte atual.

**COMPLICAÇÕES DA PRÓTESE FONATÓRIA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

Artigo teórico onde se pretende abordar algumas complicações decorrentes da utilização da prótese fonatória e as intervenções de enfermagem para minimizar/corrigir as mesmas de modo a melhorar a qualidade de vida do doente.

**A PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DO MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS NO PROCESSO DE TOMAR CONTA DE UM DOENTE COM CANCRO COLORETAL**

Artigo de investigação onde se pretende descrever a evolução da percepção de autoeficácia do membro da família prestador de cuidados (MFPC) face ao processo de tomar conta de um doente com cancro coloretal.

**INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO DOENTE: ATÉ ONDE PODEMOS IR?**

Artigo de investigação que não pretende criar uma teoria, pesar juízos de valor, mas apenas ir de encontro àquilo que muitos profissionais de saúde talvez já tenham sentido e reflectido: como tratamos e lidamos com os nossos familiares cuidadores?



Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa



# subcutâneo



A fotografia não corresponde a uma doente real.

**Herceptin 150 mg, pó para concentrado para solução para perfusão.** 1 frasco para injetáveis contém 150 mg de trastuzumab. Excipientes: cloridrato de L-histidina, L-histidina,  $\alpha$ ,  $\alpha$ -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:** **Câncer da mama metastático (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 com receptores hormonais positivos (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 antracilinas 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 RH+, não tratadas previamente com Herceptin. **Câncer da mama em fase precoce (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. **Câncer gástrico metastático (CGm) HER2+ (apenas para Herceptin 150 mg, pó p/ conc. p/ sol. p/ perfusão):** com capecitabina ou 5FU e cisplatina no tratamento do adenocarcinoma metastático do estômago ou da junção gastroesofágica, HER2+, que não receberam tratamento anterior para doença metastática. 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. **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. **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:** Observou-se cardiotoxicidade, por vezes fatal. Ter precaução ao tratar doentes com risco cardíaco aumentado (ex. insuficiência cardíaca, hipertensão ou doença coronária arterial,

# EVOLUÇÃO CONTÍNUA NO TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA HER2+



**Herceptin® SC**  
trastuzumab  
subcutâneo

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 cardiotoxicidade. 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 cardiotoxicidade específicas do CMm, CMp, adjuvante e neoadjuvante.* Podem ocorrer reações à perfusão durante, nas horas que se seguem e até 1 semana após a perfusão, tendo ocorrido casos fatais. Se ocorrer reação à perfusão, interromper e monitorizar doente até desaparecimento de qualquer sintoma observado. Os doentes devem ser advertidos da possibilidade deste início tardio dos sintomas e ser instruídos a contactar o médico caso estes sintomas ocorram. No caso da formulação subcutânea, observar os doentes em relação à ocorrência de reações relacionadas com a administração durante 6h após a 1ª injeção e durante 2h após injeções subsequentes. Foram notificados acontecimentos graves pulmonares. Fatores de risco associados à doença pulmonar intersticial incluem tratamento anterior ou concomitante com outros antineoplásicos associados a esta doença, tais como taxanos, gemcitabina, vinorelbina e radioterapia. Deve ter-se atenção à pneumonia, em especial em doentes que estejam a ser tratados com taxanos. **Interações:** Pode elevar a exposição de metabolito da doxorubicina. Em associação ao Herceptin, a capecitabina demonstrou concentrações mais elevadas e uma semivida mais longa. **Efeitos indesejáveis:** Reações adversas (RA) mais graves e/ou frequentes: cardiotoxicidade, reações associadas à administração, mielotoxicidade (em particular

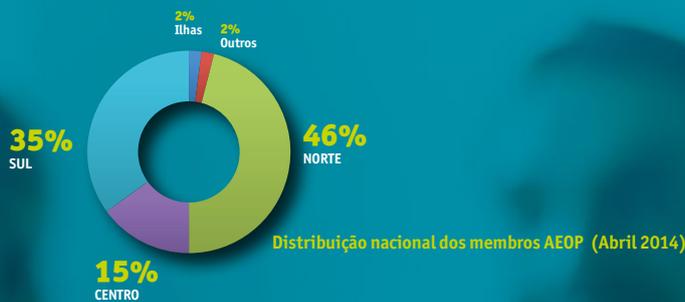
neutropenia), infeções e reações adversas pulmonares. **RA muito frequentes:** neutropenia febril, tremor, tonturas, cefaleia, conjuntivite, hipersecreção lacrimal hipotensão/ hipertensão arterial, batimento cardíaco irregular, palpitações, flutter cardíaco, fração de ejeção diminuída, afrontamentos, sibilos, dispneia, tosse, epistaxis, rinorreia, diarreia, vômitos, náuseas, tumefação labial, dor abdominal, dispepsia, obstipação, eritema, erupção cutânea, edema facial, alopecia, artralgia, tensão muscular, mialgia, astenia, dor torácica, arrepios, fadiga, síndrome gripal, reações associadas à perfusão, dor, pirexia, inflamação da mucosa, letargia, hipoestesia, dor nas extremidades, dor orofaríngea, linfodema, aumento do peso, toxicidade ungueal, dor musculoesquelética, faringite, bronquite, mal-estar torácico, dor abdominal alta, gastrite, estomatite, vertigens, afrontamento, soluços, síndrome de eritrodisestesia palmoplantar, dor mamária, onicorréxis, dispneia de esforço e disúria. **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:** agosto 2013. **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.**



Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa

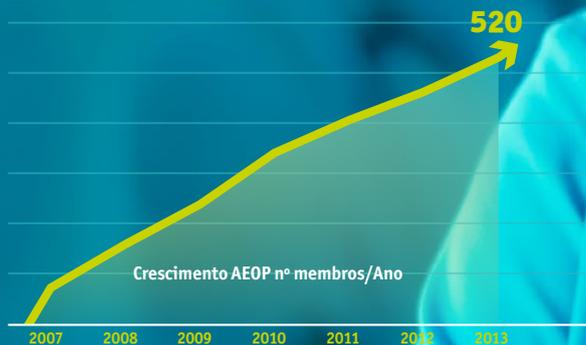
# SOMOS

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...

Lena Sharp fala-nos sobre a sua experiência no Serviço de Radioterapia do seu hospital e da Enfermagem Oncológica na Suécia.

## ARTIGOS

### 08 MUCOSITE INDUZIDA POR TRATAMENTOS

**ONCOLÓGICOS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Marlene Silva, Sandra Carvalho, Cristiana Pereira, José Martínez

### 16 COMPLICAÇÕES DA PRÓTESE FONATÓRIA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Anabela Machado Almeida, Aida Cardoso, Sandrina Nogueira

### 21 A PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DO MEMBRO DA FAMÍLIA

**PRESTADOR DE CUIDADOS NO PROCESSO DE TOMAR**

**CONTA DE UM DOENTE COM CANCRO COLORETAL**

Cristina FC Sousa Pinto, Filipe Pereira,  
Lúcio Lara Santos, Fátima Teixeira

### 32 INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO DOENTE: ATÉ

**ONDE PODEMOS IR?**

Carla Reigada, José Luís Pais-Ribeiro,  
Ana Novellas, José Luís Pereira

## INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

- 38 AEOP EM PARCERIA COM A SIOG 2014 • EONS 9: AEOP ESTARÁ PRESENTE • AEOP LANÇA LIVRO SOBRE DOR IRRUPTIVA • SOCIAL SUPPORT SARCOMA: FASE DE RECRUTAMENTO • NVIQ PROJETO EDUCACIONAL: LANÇAMENTO DE DOCUMENTOS EDUCACIONAIS • AEOP GRUPO DOR: SURVEY DOR • AEOP 7: DECORREU NO LUSO, 22-24 MAIO 2014

## DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

### 40 NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO

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

### 52 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

Marlene Silva; Sandra Carvalho; Cristiana Pereira; José Martínez; Cristina Pinto; Lúcio Lara Santos; Fátima Teixeira; Carla Reigada; José Pais-Ribeiro; Ana Novellas; José Pereira; Anabela Almeida; Aida Cardoso; Sandrina Nogueira

### COORDENADORES DOS WORKGROUPS

- **EDUCAÇÃO EM ONCOLOGIA:** Ana Paula Figueiredo, MsC, RN - [anapaulafig.fo@gmail.com](mailto:anapaulafig.fo@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 CANCRO UROLÓGICO:** José Fernando, RN - [silvafjg@gmail.com](mailto:silvafjg@gmail.com)
- **DOENTE COM SARCOMA:** Rui Santos, RN - [rmrugs60@gmail.com](mailto:rmrugs60@gmail.com)
- **DOENTE HEMATO-ONCOLÓGICO:** Helena Fernandes, RN - [helenafernandes@huc.min-saude.pt](mailto:helenafernandes@huc.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

A atividade da AEOP tem-se mantido forte e presente ao longo destes anos no panorama da Enfermagem Oncológica em Portugal e desde o ano passado também a nível Europeu. Talvez devido a esse reconhecimento por parte dos enfermeiros, foi com enorme prazer que se notou um aumento do número de participantes na 7.ª Reunião da AEOP e do número de abstracts enviados (24), sendo este o maior número até ao momento.

Mantendo a tradição, a AEOP estará em parceria no Congresso Nacional Cancro Digestivo e na SPH. Um ponto igualmente importante para a Associação será a participação na EONS 9 a decorrer em Istambul, em Setembro, com a presença de palestrantes portugueses. Desejamos uma produtiva participação a esses enfermeiros e que mais tarde partilhem connosco o que apreenderam.

Ao longo dos diversos números da Onco.News e nas diversas reuniões ou congressos onde tem participado, a AEOP tem apelado à divulgação e, sempre que possível, à publicação do que se vai produzindo. Mas mais que apelar, a AEOP dá também o exemplo da importância de submeter à apreciação do maior número possível de enfermeiros o que a evidência prática fundamentada nos ensinou e pode ajudar a melhorar a qualidade de cuidados. Exemplo disso foi o recente lançamento do livro sobre Dor Irruptiva, obra traduzida e readaptada pelo Grupo Dor. Espera-se assim que, uma linguagem mais uniformizada e linhas orientadoras dirigidas para este sintoma, se consiga contribuir para um aumento da qualidade de vida do doente oncológico.

Tal como pudemos verificar através da entrevista a Lena Sharp, nossa colega sueca, que possui um vasto conhecimento e anos de experiência na área oncológica, existem vários pontos em comum nos diversos países da Europa. Um deles é a importância de uniformizar cuidados e fazê-lo baseado em evidências. O outro será a dificuldade em conseguir que as equipas que prestam cuidados entendam a importância de seguir as linhas orientadoras e efetivamente as cumpram.

Esperamos que os artigos apresentados sirvam para

orientar os profissionais de saúde e os ajudem a prestar melhores cuidados. Poderão notar que dois deles apostam no trabalho em equipa e na importância de trazer a família para dentro da equipa que presta cuidados. Um deles versa sobre a integração da família nos cuidados ao doente e questionam até onde a percepção de auto-

eficácia do membro da família prestador de cuidados afecta o processo de tomar conta dum doente com cancro colorctal. O outro artigo debate o conceito de família nos dias de hoje e o papel que este grupo ocupa na nossa sociedade seja enquanto pessoas, cuidadores e/ou profissionais. Aqui reflete-se sobre a integração da família nos cuidados ao doente e o que se pode esperar ou exigir.

Os restantes artigos que fazem parte deste número versam sobre a prótese fonatória no doente de cabeça e pescoço e a aprendizagem feita através de avanços e retrocessos nesta área tão importante para o

doente oncológico e sobre a interferência da mucosite induzida pelos tratamentos na forma como o paciente vive a sua experiência de doença e como os enfermeiros podem compreender, avaliar e investigar as consequências das suas intervenções.

Como é salientado num dos artigos desta revista, é da competência de todos e da motivação e empenho de cada um, explorar o que já foi feito, refletir sobre o que se faz e apostar na investigação, para melhorar a prestação dos cuidados e garantir a segurança daqueles que recorrem aos cuidados de saúde. Continuamos a seguir este percurso com a convicção que fazemos a diferença na Enfermagem Oncológica.

... é da competência de todos e da motivação e empenho de cada um, explorar o que já foi feito, refletir sobre o que se faz e apostar na investigação, para melhorar a prestação dos cuidados e garantir a segurança daqueles que recorrem aos cuidados de saúde.



M. Jorge Freitas  
Diretor de Publicação da onco.news



## LENA SHARP

Lena Sharp, RN, PhD  
Chief Nursing Officer, Patient Safety Coordinator  
Karolinska University Hospital,  
Stockholm, Sweden

Lena is the Chief Nursing Officer at the Department of Oncology, Karolinska University Hospital and has a long experience in cancer nursing, in clinical work, leadership and research. Lena main focus in research is communication and patient safety issues, skin care and radiotherapy. Lena graduated as a nurse in 1985, obtained her Bsc in Nursing in 1998, an MSc in 2000 and her PhD from The Karolinska Institute in Stockholm, Sweden in 2006. Lena is an EONS executive board member and a board member of the Swedish Society of Nursing's scientific group.

### [onco.news] How is the oncology treatment in Sweden? Only in specialized hospitals?

[Lena Sharp] Sweden has 15 Oncology Departments, located at different hospitals. Cancer patients are being treated at other departments as well. We have few really large institutes in Sweden. Even if we are a large country in size, we have only 9 million citizens. The challenge is to offer equal care and treatment to all of the population in all regions. Almost no cancer care is private. We have a national tax-funded system for health care with health insurance that covers all of the population.

### What is the Karolinska Institute activity in the teaching of basic and postgraduate oncology nursing? What is the connection between the institute and the University/Nursing Schools?

The Karolinska Institute has the largest proportion of nursing students in Sweden. It also has post-graduate programs, including Oncology. I work at the hospital but my research affiliation is at the Institute. I am also involved in teaching, right now in the leadership course for the undergraduate students. I also teach professional

development, patient safety and communication in the post-graduate oncology program. Being the largest university hospital in the country, we also collaborate with several of the other nursing schools.

### How is it organized the nursing radiotherapy service?

Most of the Oncology departments also have radiotherapy service. Radiotherapy is delivered by specialist nurses in Sweden and not by radiotherapy technicians, as in most of the other European countries. These nurses have an extra one year post-graduate education. We think this is a good system, since nurses do a great job in caring for cancer patients in the high tech radiotherapy units. We generally

have high patient satisfaction rates in radiotherapy care and one of the explanations for this is that the patients see the same RT nurses every day and continuity tends to be high.

### What is the work of nurses in radiotherapy. How are the radiotherapy care organized? Nurses are using guidelines for intervention?

The nurses in the RT units work in teams with oncologists, physicist, nurse assistants and medical-technical engineers. The RT nurses have a quite independent role in the team. For instance, at most departments the RT nurses view port films and correct set-ups themselves, following strict protocols. The nurses also manage side effects, patient and family education, psychosocial care, smoking cessation, etc.

### How do you control the side effects of radiotherapy treatment and what is the connection with the patient at home?

There are evidence-based national guidelines for side effects that just have been published. But we still have the struggle (as many other counties) to make all team follow these guidelines and not just use local remedies for skin care, not based on research. At Karolinska we have had evidence-based guidelines for skin care for many years. This is due to the fact that we have published research in this field.

We are just in the process of completing national guidelines for oral care as well. These are not published yet. It has been a struggle, even here, to get everyone to follow the principals of evidence-based nursing but we are not giving up.

Most patient go through the RT process without being admitted. The RT nurses collaborate with the primary care or palliative care teams, when needed. One interesting service that have been developed and spread in Sweden is "drop-in" appointments at RT units. This means that the patients can chose when they want to come for their daily treatment, and adjust to their daily activities. This have been very much appreciated among patients and also time saving for the nursing staff that no longer have to spend a lot of time scheduling and rescheduling appointments.

The European Oncology Nursing Society presents:

[www.cancernurse.eu](http://www.cancernurse.eu)

# EONS 9

## Autumn Convention



## Istanbul, Turkey

18-19 September 2014

**SAVE THE DATE!**

**ECCO**

Two days of specialist cancer nursing educational workshops, scientific news, and networking opportunities at the Military Museum and Cultural Center in the lively city of Istanbul.

# MUCOSITE INDUZIDA POR TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Marlene Silva

Enfermeiro / Instituto Português de Oncologia do Porto / Mestre em Oncologia  
silvamarlene@hotmail.com

Sandra Carvalho

Enfermeiro / Instituto Português de Oncologia do Porto / Mestre em Oncologia  
sandrainsousacarvalho@gmail.com

Cristiana Pereira

Enfermeiro / Instituto Português de Oncologia do Porto  
cristianapereira@gmail.com

José Martínez

Enfermeiro Especialista / Instituto Português de Oncologia do Porto / Especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria / Pós-Graduação em Enfermagem Avançada  
josemanuelporto@hotmail.com

**RESUMO:** A mucosite é uma complicação frequente e debilitante do tratamento oncológico. A mucosite pode ser resultante dos efeitos citotóxicos sistémicos da quimioterapia ou dos efeitos locais da radiação na mucosa oral e gastrointestinal. Estas modalidades de tratamento oncológico, para além de destruírem as células neoplásicas que proliferam rapidamente, também destroem as células epiteliais da mucosa oral e gastrointestinal e podem induzir uma complexa cascata de eventos biológicos que contribuem para a ulceração da mucosa. A mucosite severa tem um impacto significativamente negativo no bem-estar, na qualidade de vida e nas actividades de vida diária do paciente. Pode ainda, comprometer a capacidade deste tolerar os tratamentos planeados, resultando na redução de doses ou adiamentos. A mucosite também pode implicar uma carga económica significativa devido à hospitalização prolongada e ao uso, se necessário, de analgésicos, antibióticos e alimentação parentérica, o que representa um aumento substancial dos custos do tratamento. Recentemente, têm sido publicadas novas guidelines com o intuito de orientar o uso de fármacos e uniformizar as intervenções que contribuem para a resolução da mucosite. Os conhecimentos que o enfermeiro possui na área das ciências médicas e humanas permitem-lhe não só actuar, como compreender, avaliar e investigar as consequências das suas intervenções e sentir e acompanhar a forma como o paciente vive a sua experiência de doença.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mucosite; Quimioterapia, Radioterapia, Paciente Oncológico.

**ABSTRACT:** *Mucositis is a frequent and debilitating complication of cancer treatment. Mucositis may result from systemic cytotoxic effects of chemotherapy or radiation local effects on the oral mucosa and gastrointestinal tract. These methods of cancer treatment, in addition to destroy neoplastic cells that proliferate rapidly, they also destroy the epithelial cells of oral mucosa and gastrointestinal tract and can induce a complex cascade of biological events that contribute to ulceration of the mucosa. The severe mucositis has a significantly negative impact on well-being, quality of life and activities of daily life of the patient. Can also compromise the ability to tolerate the treatment and resulting in reduced doses or postponements. Mucositis may also involve a significant economic burden due to prolonged hospitalization and the use, if necessary, of analgesics, antibiotics, and parenteral nutrition, which represents a substantial increase in treatment costs. Recently, new guidelines have been published with the aim of directing the use of drugs and uniformize measures which contribute to the resolution of mucositis. The knowledge that nurses have in the medical sciences and humanities allow not only acting, but also understand, evaluate and investigate the consequences of their interventions and sensing and monitoring how the patient experiences his disease.*

**KEYWORDS:** *Mucositis, Chemotherapy, Radiotherapy, Oncology Patient.*

## I. Introdução

A mucosite é um processo patológico caracterizado por lesões da mucosa, que vão desde uma inflamação leve a ulcerações profundas, as quais afectam uma ou mais partes do tubo digestivo, como consequência da radioterapia e/ou quimioterapia.

De acordo com as diferentes características funcionais e anatómicas da mucosa do aparelho digestivo, a mucosite pode ser dividida em oral e gastrointestinal.

A incidência e a severidade destes tipos de mucosite variam de acordo com as características do paciente e regimes terapêuticos instituídos.

A mucosite é um dos efeitos colaterais mais debilitantes na perspectiva do profissional de saúde e do paciente oncológico, na medida em que influencia profundamente a qualidade de vida deste último, pela associação a uma variedade de sintomas, tais como dor, hemorragia, disfagia, desnutrição e infecção.

Em adição, a mucosite está relacionada com longos períodos de internamento, com impacto a nível financeiro, bem como na saúde do paciente, pois pode interferir com a administração regular do tratamento programado.

### Factores de risco relacionados com o tratamento

Existe um número substancial de agentes citostáticos implicados no desenvolvimento de mucosite em pacientes com doenças oncológicas<sup>1</sup>. São altamente tóxicos para a mucosa, quer administrados isoladamente ou em combinação, sendo eles os seguintes: antimetabolitos como o MTX, a citarabina, a 6-mercaptopurina e a 6-tioguanina, alcalóides de vinca como o etoposídeo, agentes alquilantes em altas doses como o melfalan e a ciclofosfamida, além de outros como a idarrubicina, a doxorubicina e a daunorubicina. Quando estes agentes são administrados em múltiplos ciclos, o risco de desenvolver mucosite aumenta em cada ciclo.<sup>2</sup>

O grau de mucosite é dependente da intensidade da dose do regime de quimioterapia. A mucosite torna-se mais pronunciada nos tratamentos com altas doses de quimioterapia e converte-se no efeito mais limitante ao longo do tratamento.<sup>3</sup>

Segundo alguns autores, a administração prolongada ou repetida de baixas doses de agentes citostáticos está asso-

ciada ao aumento do risco de desenvolver mucosite oral, em comparação com perfusões em bólus.<sup>4,5</sup> Em contraposição, Rau Naidu et al referem que existe um risco aumentado de mucosite em pacientes que efectuem bólus e perfusões contínuas, em comparação com a administração prolongada e repetida de baixas doses de agentes citostáticos.<sup>6</sup>

Relativamente à influência do ritmo circadiano na diminuição da mucosite em pacientes submetidos a tratamento com quimioterapia ou radioterapia, ainda não está clinicamente provada a sua eficácia. No entanto, certos autores defendem a utilização de regimes de tratamento que tirem partido do ritmo circadiano normal do paciente de forma a determinar se o *timing* do tratamento pode minimizar o desenvolvimento da mucosite.<sup>7,8</sup>

O tratamento com radioterapia também pode causar mucosite oral e gastrointestinal quando administrada directamente nas seguintes regiões corporais: cabeça e pescoço, tórax, abdómen, ânus e recto. O risco e a severidade da mucosite são influenciados pelo fraccionamento da radioterapia e utilização combinada de quimioterapia, que aumentam a toxicidade sistémica e agravam a mucosite, principalmente em pacientes com carcinomas da cabeça e pescoço.<sup>9</sup> O grau e a duração da mucosite em pacientes tratados com radioterapia estão relacionados com a fonte de radiação, a dose cumulativa, a intensidade da dose, a área irradiada, os hábitos tabágicos, o consumo de álcool e outros factores de predisposição como a xerostomia ou as infecções.<sup>10,11</sup>

### Fatores de risco relacionados com o doente

Tanto as crianças como as pessoas mais idosas são referidas como tendo um risco aumentado de desenvolver mucosite, quando comparados com os adultos.<sup>12,13</sup> Nas crianças, esta situação pode estar relacionada com a maior taxa de proliferação das células da mucosa e maior incidência de malignidade hematológica, muitas vezes acompanhada por um elevado grau de imunossupressão.<sup>14,15</sup> O impacto da idade sobre a mucosite ainda não foi totalmente explicado, no entanto a redução da função renal na população mais idosa tem sido sugerida, uma vez que aumenta a toxicidade de fármacos antineoplásicos alterando a sua farmacocinética e farmacodinâmica.<sup>13</sup>

Alguns estudos indicam que o sexo feminino tem maior risco de desenvolver mucosite comparativamente ao sexo

masculino, contudo os dados são contraditórios e inconclusivos.<sup>16</sup>

Relativamente aos factores genéticos, estes têm sido apontados por influenciarem o risco de mucosite através da modulação da resposta inflamatória. Segundo o sugerido por alguns autores, pacientes que apresentam níveis elevados de citocinas pró-inflamatórias podem apresentar um risco aumentado de desenvolver mucosite.<sup>15</sup> Além disso, as diferenças na absorção, metabolismo, distribuição e excreção de fármacos devido a variações genéticas (polimorfismos) das diversas famílias de enzimas parecem ter efeitos pronunciados, causando diferenças significativas na severidade da mucosite entre os pacientes tratados com o mesmo regime de quimioterapia.<sup>17</sup>

Comparativamente a uma higiene oral deficitária, a prática de uma boa higiene oral tem sido associada a uma redução significativa na frequência da mucosite em pacientes com doenças oncológicas, o que sugere que a microflora oral pode desempenhar um papel de extrema importância na fisiopatologia da mucosite oral. A existência de lesões na cavidade oral provocadas por abrasões, cortes ou irritação da mucosa potencia a incidência e a severidade da mucosite oral, uma vez que a perda da integridade do tecido facilita a colonização de agentes patogénicos e sua disseminação sistémica.

A diminuição do fluxo salivar pode também predispor ao desenvolvimento de mucosite oral, uma vez que a saliva actua como barreira física contra bactérias e agentes ambientais nocivos. A xerostomia provocada pelos tratamentos de quimioterapia e de radioterapia pode ser atribuída à diminuição da produção de saliva, ao aumento da viscosidade e acidez da mesma, bem como à redução dos níveis de imunoglobulina A que favorecem o crescimento de uma flora oral altamente cariogénica e infecciosa.<sup>15</sup>

Pacientes imunossuprimidos e com doença periodontal crónica pré-existente têm um risco aumentado de desenvolverem uma infecção oral após o tratamento, relativamente a pacientes com uma boa higiene oral.<sup>18</sup> Também o desenvolvimento de neutropenia durante os tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia aumenta a incidência de mucosite oral.

Um estado nutricional deficiente pode igualmente aumentar o risco de mucosite, afectando a regeneração dos tecidos da mucosa e desencadeando a diminuição da renovação celular.<sup>19</sup> Outro dos factores que pode aumentar o

risco de mucosite é a diminuição da função renal, uma vez que possivelmente aumenta a toxicidade da quimioterapia.<sup>20</sup>

De igual modo, os pacientes com história de hábitos tabágicos ou que realizaram tratamentos antineoplásicos anteriores podem ter um risco aumentado de desenvolver mucosite dado que o fumo do tabaco pode afectar a capacidade de regeneração do tecido oral, enquanto que tratamentos antineoplásicos prévios podem tornar a mucosa oral e gastrointestinal mais vulnerável a danos celulares.<sup>19,21</sup>

Existem outros factores que podem influenciar o risco individual de desenvolver mucosite, desde defeitos no metabolismo de determinadas enzimas, defeitos nos mecanismos de reparação do DNA, deficiência em ácido fólico e vitamina B12, atraso na eliminação de fármacos antineoplásicos devido a insuficiência renal ou hepática, a derrames pleurais ou peritoneais e à administração específica de determinados antídotos (como o levofolinato de cálcio).<sup>22,23</sup>

A maior parte dos factores que predisõem os pacientes a desenvolverem mucosite intestinal são similares aos da mucosite oral. Contudo os principais factores de risco que podem potenciar o desenvolvimento de mucosite intestinal são o sistema imunitário, os níveis elevados de citocinas endógenas, os agentes patogénicos, a lesão intestinal, a alteração da função intestinal e a inflamação localizada.

Existem muitas estratégias para prevenir e tratar a mucosite oral e gastrointestinal, no entanto, na sua maioria, são estratégias frequentemente baseadas em relatos e experiências, pelo que as guidelines existentes são muito importantes para a uniformização dos cuidados e para o tratamento adequado.

As guidelines para o tratamento da mucosite oral e gastrointestinal foram inicialmente descritas em 2004, após uma revisão sistemática da literatura, pelo Grupo de Estudo da *Multinational Association of Supportive Care in Cancer / International Society for Oral Oncology* (MASCC/ISOO).<sup>24,25</sup> Tendo por base novas investigações, essas guidelines foram revistas e melhoradas. A última revisão, efectuada pelo grupo de estudo acima referido, foi publicada em 2013.

### Classificação da mucosite oral

Existem diferentes escalas de avaliação da mucosite oral, contudo uma das mais utilizadas é a desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) dado ser altamente representativa e fácil de utilizar.<sup>26,27</sup>

Nesta escala a severidade da mucosite oral é avaliada de 0 a 4, tendo em consideração critérios subjectivos (capacidade do paciente engolir, percepção da dor oral) e objectivos (evidência de rubor ou eritema, desenvolvimento de úlceras). Os graus 3 e 4 são os estadios mais debilitantes uma vez que os pacientes já não se conseguem alimentar adequadamente, necessitando de alimentação entérica ou parentérica como suporte nutricional<sup>26,27</sup> (Quadro1).

**Quadro 1- Escala de avaliação da mucosite oral da OMS**

Grau 0	Normal
Grau 1	Com ou sem dor eritema; sem ulceração
Grau 2	Ulceração e eritema; o paciente pode ingerir dieta sólida
Grau 3	Ulceração e eritema; paciente não pode ingerir dieta sólida
Grau 4	Ulceração ou formação da pseudomembrana; impossível a alimentação

## II. Impacto Clínico da Mucosite induzida pelo Tratamento Oncológico

A dificuldade na ingestão dos alimentos, associada à presença de lesões na mucosa oral e à dor local, bem como as alterações do trânsito intestinal devido à existência de mucosite intestinal, induzem, no paciente oncológico, alterações nutricionais e desequilíbrio hidro-electrolítico, com consequentes perda de peso e desidratação.<sup>26,28</sup>

A toxicidade aumentada devido aos tratamentos e a presença de mucosite severa pode, por si só, levar o médico a reduzir a dose de quimioterapia e/ou de radioterapia ou adiar os tratamentos por um período de tempo, o que pode comprometer a resolução do estado de saúde do paciente e reduzir a sua sobrevida.<sup>29,30</sup>

Ocorrem também alterações na qualidade de vida e na dimensão psicológica/emocional do paciente. Em primeiro lugar, porque o tratamento e o controlo dos sintomas associados à doença oncológica afectam a vertente física (alteração da imagem corporal) e o bem estar do paciente. Em segundo lugar, como a mucosite é um processo inflamatório e doloroso, raramente se manifesta como um sintoma isolado; em vez disso manifesta-se como uma síndrome que inclui sintomas como dor, disfagia, alterações no paladar, dificuldade na fala e astenia, o que leva muitas vezes a inter-

namento e afastamento social. Além disso, a alimentação, por si só, tem um significado importante na vida familiar e social dos indivíduos.<sup>31,32</sup>

O principal sintoma da mucosite é a dor. A dor afecta significativamente a ingestão nutricional, os cuidados orais e a qualidade de vida do paciente. Muitas instituições de saúde usam os bochechos com sal, cubos de gelo e colutórios que contêm lidocaína na sua composição para alívio da dor local.<sup>33</sup> Em adição a esses agentes tópicos, muitos dos pacientes com mucosite severa requerem analgésicos sistémicos, incluindo frequentemente opióides. As guidelines recomendam o uso regular de escalas de avaliação da dor, o uso da morfina como tratamento de eleição no controlo da dor induzida por mucosite oral e realçam o facto dos anestésicos tópicos apenas proporcionarem o alívio da dor a curto prazo.<sup>34,35</sup>

A ingestão nutricional pode estar severamente comprometida devido à mucosite oral, à dor local e à alteração do paladar. Deste modo, é essencial monitorizar o aporte de nutrientes, a hidratação e o peso do paciente. Uma dieta ligeira e os suplementos nutritivos são mais facilmente tolerados do que uma dieta normal.<sup>33</sup> A nutrição parentérica, administrada via cateter venoso central, é muito usada na hematologia oncológica e após transplante de medula óssea.<sup>33</sup>

### Higiene oral

A higiene oral é a base da gestão da mucosite oral e tem um papel crucial na sua prevenção, na medida em que visa prevenir os factores de risco do paciente para a estomatite, incluindo a redução do impacto da flora microbiana oral.

Os pacientes com antecedentes de cáries dentárias, periodontite e irritação/inflamação da mucosa oral têm a propensão de desenvolver mucosite severa, após a realização de quimioterapia ou radioterapia. Seria recomendado que esse tipo de problemas fosse minimizado ou eliminado previamente ao início do tratamento oncológico, no sentido de reduzir, de forma efectiva, a incidência e a severidade da mucosite oral.<sup>36,37</sup>

De forma a garantir melhores resultados, as guidelines existentes realçam que o cuidado oral básico deve atender a um protocolo sistemático, a uma abordagem interdisciplinar, uma avaliação periódica da higiene oral, à formação dos profissionais de saúde nessa área, bem como aos ensinamentos inerentes ao paciente e família.<sup>36,37,38</sup>

Ainda de acordo com as guidelines, alguns cuidados devem ser sugeridos. Por exemplo: a escovagem dos dentes, com escova macia, pelo menos duas vezes por dia, o uso de uma nova escova em cada ciclo de quimioterapia, o enxaguar a boca 4 a 6 vezes por dia com produtos não medicamentosos, tais como solução salina e bicarbonato de sódio. Em adição, comidas picantes, bebidas alcoólicas e elixires com álcool devem ser evitados.<sup>33,34,35</sup>

As guidelines da MASCC/ISOO não recomendam o uso da cloro-hexidina e de antimicrobianos tópicos na prevenção e tratamento da mucosite oral.<sup>35,39</sup>

Os pacientes que efectuam tratamento oncológico frequentemente desenvolvem xerostomia transitória ou permanente e redução na produção de saliva, o que provoca aumento da inflamação da mucosa, aumento do risco de infecção local e dificuldades na mastigação. Alguns pacientes também se queixam de espessamento das secreções salivares devido à diminuição do componente seroso da saliva. Podem ser sugeridos alguns cuidados para alívio desta sintomatologia: ingestão de pequenos golos de água, uso de produtos de suporte incluindo a saliva artificial, bochechar a cavidade oral com um preparado de água morna e bicarbonato de sódio várias vezes por dia e mascar chicletes sem açúcar para estimular o fluxo salivar.<sup>33</sup>

Nos pacientes com trombocitopenia, as hemorragias locais podem ser controladas através dos bochechos com água gelada e com o uso de agentes hemostáticos locais. Se a trombocitopenia é grave, é necessária transfusão plaquetária.<sup>33</sup>

### Que intervenções terapêuticas

Vários agentes têm sido testados para prevenir ou reduzir a mucosite. As diferentes classes desses agentes serão discutidas no contexto das guidelines de MASCC/ISOO, quando aplicável.

A crioterapia induz a vasoconstrição temporária, reduzindo o fluxo de sangue e de quimioterapia à mucosa oral<sup>38</sup>. As vantagens deste procedimento são a simplicidade, a ausência de toxicidade e o baixo custo. Vários estudos têm demonstrado que a crioterapia reduz a severidade da mucosite oral em pacientes aos quais é administrada quimioterapia em bólus.<sup>40</sup> De acordo com as guidelines é recomendado o uso da crioterapia para reduzir a mucosite oral em pacientes que recebem bólus de 5-Fu, melphalan e edatre-

xate, não tendo utilidade em perfusões contínuas quer de 5-Fu, MTX e antraciclina, uma vez que a semi-vida dessas drogas é maior.<sup>34,41</sup> De acordo com a guideline da Sociedade Europeia de Oncologia Médica, são dados cubos de gelo, ao paciente, cinco minutos antes da administração de quimioterapia, os quais deve ir mantendo na cavidade oral por trinta minutos.<sup>35</sup>

A terapia com laser é também uma importante estratégia preventiva da mucosite oral.<sup>42</sup> Este tipo de procedimento tem sido eficaz nos pacientes submetidos a quimioterapia de altas doses, que antecede um transplante de medula óssea. O laser promove a cicatrização das lesões e reduz a dor e a inflamação<sup>34</sup>, na medida em que modula vários aspectos do metabolismo celular epitelial, incluindo a proliferação, diferenciação, deslocação, restituição e reparação celular<sup>43</sup>. A terapia com laser também não produz toxicidade e não é agressiva para o paciente. Em contrapartida, é uma técnica demorada, que requer materiais caros<sup>44</sup>. As guidelines de MASCC/ISSO sugerem o uso do laser para reduzir a incidência da mucosite oral e a dor que lhe está associada, somente em pacientes que receberam quimioterapia em altas doses ou que fizeram quimioterapia e radioterapia antes do transplante de medula óssea, caso a instituição de saúde possua a tecnologia e a formação necessárias.<sup>24,25,41</sup>

A amifostina é um citoprotector, de amplo espectro, com o potencial de proteger diversos órgãos e tecidos contra a toxicidade da radioterapia e/ou quimioterapia.<sup>26</sup>

De acordo com Rubenstein et al, a amifostina não é recomendada para a prevenção da mucosite oral, excepto em pacientes com cancro do pulmão de não pequenas células, a realizarem concomitantemente quimioterapia e radioterapia. A amifostina é muito tóxica e são vários os efeitos secundários, nomeadamente, náuseas, vômitos, hipotensão, espirros, rubor, sonolência, sabor metálico na boca, reacções alérgicas e hipocalcémia.<sup>44</sup>

Deste modo, devido à insuficiente evidência dos seus benefícios, o grupo de estudo da mucosite não estabeleceu ainda uma guideline relativa ao uso deste agente na mucosite oral.<sup>35</sup>

A benzidamina, na forma de cloridrato de benzidamina, é o princípio activo dos medicamentos com designação comercial Flogoral® e Tantum Verde®. É um analgésico e anti-inflamatório não esteróide, mas também citoprotector,

anestésico e anti-microbiano.<sup>45</sup> Este fármaco é recomendado para prevenção da mucosite induzida pela radioterapia de dose moderada.<sup>24,25</sup> Trata-se de um produto seguro, no entanto, a sua eficácia para a prevenção da mucosite induzida pela quimioterapia parece permanecer desconhecida e o seu uso ainda não foi aprovado nos Estados Unidos.<sup>24,25,37</sup>

Saforis® é uma suspensão oral que contém um aminoácido rico em azoto, a glutamina. Esta reduz as lesões e promove a cicatrização da mucosa, mediante a redução da produção de citocinas pró-inflamatórias, aumento dos fibroblastos e da síntese do colagénio, respectivamente.<sup>46</sup>

A acumulação local de neutrófilos activados subsequentemente à administração de factor de estimulação de crescimento de granulócitos (G-CSF) e de factor de estimulação de crescimento de granulócitos-macrófagos (GM-CSF) tem sido relacionada com o desenvolvimento de mecanismos de defesa da mucosa oral.<sup>33</sup> Em acréscimo, o uso tópico destes factores de crescimento tem tido efeitos positivos na cicatrização de lesões. Wilkes, em 1998, verificou que a terapêutica dirigida para a estimulação do crescimento das colónias de granulócitos e macrófagos (G-CSF e GM-CSF) reduzia a mucosite oral, pelo aceleração da recuperação dos neutrófilos<sup>47</sup> e Karthaus et al, também em 1998, publicou um estudo no qual os bochechos com G-CSF reduziam a severidade da mucosite oral nos pacientes com linfoma, comparativamente ao uso do placebo<sup>48</sup>. Para além de ser uma medicação cara, actualmente não existem evidências do uso desta medicação, quer via sub-cutânea, endovenosa ou na forma de bochechos, nos pacientes com mucosite oral, pelo que são precisos mais estudos para estabelecer a eficácia destes agentes.<sup>35,37,49,50</sup>

A palifermina (kepivance) é um factor de crescimento dos queratinócitos humanos (KGF), que se liga a receptores epiteliais da superfície celular e estimula o crescimento das células que revestem a superfície da boca e o tracto intestinal. Esta molécula é, deste modo, um importante agente biológico “target-based” para a prevenção da mucosite, na medida em que exerce um efeito protector e trófico na mucosa intestinal e nas glândulas salivares.<sup>51</sup>

Em 2004, a palifermina foi aprovada pela Food and Drugs Administration (FDA) para a prevenção da mucosite oral nos pacientes hematológicos submetidos a altas doses de quimioterapia e a transplante de medula óssea.<sup>38,52,53</sup> Foram ainda verificadas reduções significativas na incidên-

cia da dor na orofaringe com a administração deste factor de crescimento.<sup>33,53</sup> As guidelines da mucosite recomendam a administração de palifermina 3 dias antes da quimioterapia de condicionamento e 3 dias após o transplante de medula óssea para prevenção da mucosite oral nestes pacientes.<sup>35</sup>

A necessidade de agentes anti-microbianos para a profilaxia e tratamento da mucosite oral tem sido discutida por vários autores e numerosos estudos têm avaliado a eficácia da variedade de agentes desinfectantes, anti-bacterianos, anti-virais e anti-fúngicos.<sup>52,54</sup> Actualmente, existem poucas evidências para a recomendação do uso destes agentes. De acordo com as recentes guidelines, o uso de anti-microbianos está contra-indicado no tratamento da mucosite oral induzida pela radioterapia e o aciclovir e seus análogos não estão recomendados na prevenção da mucosite oral causada pela quimioterapia.<sup>35</sup>

A cloro-hexidina reduz a colonização microbiana da mucosa oral, no entanto, de acordo com Rubenstein et al em 2004 e Saadeh et al em 2005, tal efeito não se tem traduzido em benefícios clínicos para o paciente em tratamento de quimioterapia ou radioterapia.<sup>32,38</sup> A cloro-hexidina, nas guidelines de 2010, não é recomendada na profilaxia ou tratamento da mucosite oral.<sup>35</sup> Em acréscimo, este fármaco tem diversos efeitos colaterais, incluindo descoloração e irritação da língua, manchas nos dentes, alterações do paladar, sensação de formigueiro e irritação da mucosa oral.<sup>55</sup>

O sucralfato é um sal de octasulfato de sacarose e alumínio, predominantemente usado no tratamento das úlceras pépticas. Uma vez em meio ácido e em contacto com a mucosa ulcerada, o sucralfato dissocia-se e gera uma camada pastosa de protecção. Adicionalmente, promove a produção de prostaglandina E2, a qual actua como citoprotector e estimulante da proliferação epitelial, da migração, do fluxo de sangue na mucosa e da produção de muco.<sup>54</sup> O uso clínico do sucralfato como agente profilático ou terapêutico da mucosite oral tem produzido efeitos controversos. Alguns estudos têm indicado que o seu uso, de forma isolada ou em associação com antibióticos ou analgésicos, reduz o nível de dor e desconforto, bem como a severidade da mucosite já instalada,<sup>50,56</sup> outros, porém, concluem que não existe benefício no seu uso, comparativamente com uma higiene oral standard.<sup>54</sup> As guidelines de MASCC/ISOO não recomendam o uso do sucralfato na mucosite oral devido à ausência de resultados consistentes.<sup>35,39</sup>

Em alguns estudos, o alopurinol parece inibir as enzimas envolvidas na formação dos metabolitos tóxicos do 5-Fu. No entanto, para comprovar os achados da eficácia dos bochechos com alopurinol, devem ser realizados ensaios clínicos controlados.<sup>24,57</sup>

O Gelclair® foi aprovado pela FDA em 2002. Consiste num gel viscoso bio-aderente, que, quando bochechado, forma um filme protector sobre a mucosa oral. Embora não conste nas recomendações de MASCC/ISOO, esta protecção proporciona um alívio rápido e sustentado da dor e do desconforto associado às lesões da mucosa oral, auxiliando os pacientes a retomar um padrão alimentar mais regular.<sup>58</sup>

O Caphosol® é uma solução electrolítica, que contém concentração elevada de fosfato e de cálcio, os quais são importantes para humedecer, lubrificar e limpar a cavidade oral. O Caphosol® está indicado como adjuvante nos cuidados orais para a prevenção e tratamento da mucosite oral.<sup>59</sup>

### III. Implicações na Prática de Enfermagem

Na medida em que a presença de mucosite é uma das principais causas de redução da dose dos citostáticos, do adiamento do início do tratamento de quimioterapia ou radioterapia e, por vezes, da suspensão do próprio tratamento, tem sido crucial, para a prática de enfermagem, uma melhor compreensão desta toxicidade.<sup>60</sup>

Os conhecimentos que o enfermeiro possui na área das ciências médicas e humanas permitem-lhe não só actuar, como compreender, avaliar e investigar as consequências das suas intervenções a nível biológico, bem como sentir e acompanhar a forma como o paciente vive a sua experiência de doença.

A mucosite tem vários factores de risco e raramente se manifesta como um sintoma isolado; em vez disso manifesta-se como uma síndrome que inclui inúmeros sinais e sintomas. Quando os enfermeiros estão mais sensibilizados para os factores de risco associados à mucosite mais facilmente identificam os pacientes em risco e, conseqüentemente, incorporam, nas suas intervenções (Quadro 2), medidas de suporte adequadas à redução e até mesmo prevenção das consequências clínicas e económicas da mucosite.<sup>60</sup>

**Quadro 2 – Intervenções de enfermagem na mucosite<sup>60</sup>**

Intervenção	Definição
Suporte emocional	Incentivar e estimular a confiança e a aceitação durante períodos de stress
Manutenção e promoção da saúde oral	Manter e promover a higiene oral de forma a diminuir o risco de lesões locais
Restauração da saúde oral	Promover a cicatrização de lesões existentes na cavidade oral
Controlo da hemorragia gastrointestinal	Limitar as perdas hemáticas pelo tracto digestivo e as suas complicações
Controlo da diarreia	Prevenir e tratar a diarreia
Gestão nutricional	Assistir e providenciar uma dieta adequada e equilibrada
Controlo hidro-electrolítico	Promover o equilíbrio hidro-electrolítico e prevenir as complicações decorrentes de níveis alterados de fluidos ou electrólitos séricos
Gestão da dor	Avaliar a intensidade e características da dor e aliviar ou reduzi-la para um nível de conforto aceitável para o paciente
Controlo da infecção	Minimizar a aquisição e transmissão de agentes infecciosos
Alteração da imagem corporal	Melhorar as atitudes e as percepções do paciente em relação ao próprio corpo

### IV. Conclusão

A mucosite oral e gastrointestinal é a complicação mais frequente, severa e debilitante decorrente dos tratamentos oncológicos. Provoca sintomas como dor, disfagia, hemorragia, fadiga, diminuição de peso, aumento do risco de infecção, entre outros, o que condiciona o prolongamento da hospitalização e acarreta gastos económicos adicionais. A mucosite exerce uma acção substancialmente negativa na qualidade de vida do paciente, pelo que a enfermagem tem um papel crucial na avaliação e gestão da mucosite oral e gastrointestinal. Contudo, a actuação do enfermeiro é dificultada por guidelines incompletas e pouco baseadas em evidências científicas consensuais para a avaliação, prevenção e tratamento da mucosite. Assim, espera-se que novas guidelines, que incluam o uso de novos agentes, possam ajudar a equipa multidisciplinar a avaliar e tratar a mucosite mais efectivamente, de forma a obter um impacto positivo na experiência e recuperação do paciente oncológico.

## BIBLIOGRAFIA

- Wilkes, J.D.; (1998). Prevention and treatment of oral mucositis following cancer chemotherapy. *Semin Oncol.* 25: 538-551.
- Sonis, S.T.; Elting, L.S.; Keefe, D. et al. (2004). Mucositis Study Section of the Multinational Association for Supportive Care in Cancer; International Society for Oral Oncology. Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology and consequences for patients. *Cancer.* 100 (9):1995-2005.
- Codacci-Pisanelli, G.; Van der Wilt, C.L.; Smid, K. et al. (2002). High-dose 5-fluorouracil with uridine-diphosphoglucose rescue increases thymidylate synthase inhibition but not 5-fluorouracil incorporation into tumors. *Oncology.* 62: 363-370.
- Petrelli, N.J.; Rustum, Y.M.; Bruckner, H.; Stablein, D. (1989). The Roswell Park Memorial Institute and Gastrointestinal Tumor Study Group phase III experience with the modulation of 5-fluorouracil by leucovorin improvement of survival and quality of life in patients with advanced colorectal carcinoma. *J Clin Oncol.* 7:1407-1418.
- Levi, F. (1999). Cancer chorotherapy. *J Pharm Pharmacol.* 51:891-898.
- Rau Naidu, M.U.; Venkat Ramana, G.; Usha Rani, P. et al. (2004). Chemotherapy-induced and/or radiation therapy-induced oral mucositis-complicating the treatment of cancer. *Neoplasia.* 6:423-31.
- Clayton, F.; Tessnow, K.A.; Fang, J.C.; Holden, J.A.; Moore, J.G. (2002) Circadian variation of topoisomerase II-alpha in human rectal crypt epithelium: implications for reduction of toxicity of chemotherapy. *Mod Pathol.* 15:1191-1196.
- Bjarnason, G.A.; MacKenzie, R.; Hodson, I. et al. (2005). A randomized prospective phase-III study comparing the acute oral mucositis of morning vs. afternoon radiotherapy (RT) in patients (pts) with squamous cell carcinoma of the head and neck (SCCHN): NCCIC-CTGHN. *J Clin Oncol.* 23(16S):5500.
- National Institutes of Health Consensus Development Panel. Consensus statement. (1990). Oral complications of cancer therapies. In: National Cancer Institute monographs. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Service, Public Health Service National Cancer Institute. 1990; 3-8.
- Franzen, L.; Funegard, U.; Ericson, T.; Henriksson, R. (1992) Parotid gland function during and following radiotherapy of malignancies in the head and neck. A consecutive study of salivary flow and patient discomfort. *Eur J Cancer.* 28:457-462.
- Rugg, T.; Saunders, M.I.; Dische, S. (1990). Smoking and mucosal reactions to radiotherapy. *J Radiol.* 9:185-195.
- Sonis, S.T.; Sonis, A.L.; Lieberman, A. (1978). Oral complications in patients receiving treatment for malignancy other than the head and neck. *J Am Dent Assoc.* 97:468-472.
- Balducci, L.; Extermann, M. (2000). Management of cancer in the older person: a practical approach. *Oncologist.* 5:224-237.
- Cheng, K.K.F.; Molassiotis, A.; Chang, A.M.; et al. (2001) Evaluation of a care protocol intervention in the prevention of chemotherapy-induced oral mucositis in paediatric cancer patients. *Eur J Cancer.* 37:2056-2063.
- Sonis, S.T.; Fey, E.G. (2002). Oral complications of cancer therapy. *Oncology.* 16:680-686.
- Tsalic, M.; Bar-Sela, G.; Benjy, A.; et al. (2003). Severe toxicity related to the 5-fluorouracil/leucovorin combination (the Mayo Clinic regimen): a prospective study in colorectal cancer patients. *Am J Clin Oncol.* 26:103-106.
- Evans, W.E.; McLeod, H.L. (2003). Pharmacogenomics, drug disposition, drug targets and side effects. *N Engl J Med.* 248: 538-49.
- Peterson, D.E.; Minah, G.E.; Overholser, C.D.; et al. (1987). Microbiology of acute periodontal infection in myelosuppressed cancer patients. *J Clin Oncol.* 5: 1461-1468.
- Raber-Durlacher, J.E. (1999). Current practices for management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer.* 7:71-74.
- Berger, A.M.; Eilers, J. (1998). Factors influencing oral cavity status during high-dose antineoplastic therapy: a secondary data analysis. *Oncol Nurs Forum.* 25: 1623-1626.
- McGuire, D.B. (2002). Mucosal tissue injury in cancer therapy. More than mucositis and mouthwash. *Cancer Pract.* 10:179-191.
- Peterson, D.E. (1999). Research advances in oral mucositis. *Curr Opin Oncol.* 11:261-266.
- Lee, J.S.; Murphy, W.K.; Shirinian, M.H.; et al. (1991). Alleviation by leucovorin of the dose-limiting toxicity of edatrexate: potential for improved therapeutic efficacy. *Cancer Chemother Pharmacol.* 28:199-204.
- Rubenstein, E.B.; Peterson, D.E.; Schubert, M.; et al. (2004). Mucositis Study Section of the Multinational Association for Supportive Care in Cancer; International Society for Oral Oncology - Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. *Cancer.* 100: 2026-2046.
- Peterson, D.E.; Bensadoun, R.J.; Roila, F. (2010). Management of oral and gastrointestinal mucositis: European Society for Medical Oncology Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology.* 21 (5): 261-265.
- National Institutes of Health Consensus Development Panel. Consensus statement. (1990) Oral complications of cancer therapies. In: National Cancer Institute monographs. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Service, Public Health Service National Cancer Institute. 3-8.
- Sonis, S.T.; Elting, L.S.; Keefe, D.; et al. (2005). Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury. Pathogenesis, measurement, epidemiology and consequences for patients. *Cancer.* 2004; 100: 1995.
- Murphy, B.A. (2007). Clinical and economic consequences of mucositis induced by chemotherapy and/or radiation therapy. *The Journal of Supportive Oncology.* 5 (9): 13-21.
- Elting, L.S.; Cooksley, C.D.; Chambers, M.S.; Cantor, S.B.; Manzullo, E.; Rubenstein, E.B. (2003). The burdens of cancer therapy: clinical and economic outcomes of chemotherapy-induced mucositis. *Cancer.* 98: 1531-1539.
- Fanning, S.R.; Rybicki, L.; Kalaycio, M.; et al. (2006). Severe mucositis is associated with reduced survival after autologous stem cell transplantation for Lymphoid malignancies. *British Journal of Haematology.* 135: 374-381.
- Mandara, J.L.; Trier, J.S. (1994). The functional morphology of the small intestine. In: Johnson LR, Alpers DH, Christensen J, Jacobson ED, Walsh JH, eds - Physiology of the Gastrointestinal Tract. Nova Torque: Raven Press.
- Woo, S.B.; Sonis, S.T.; Monopoli, M.M.; Sonis, A.L. (1993). A longitudinal study of oral ulcerative mucositis in bone marrow transplant recipients. *Cancer.* 72: 1612-1617.
- Lalla, R.V.; Sonis, S.T.; Peterson, D.E. (2008). Management of Oral Mucositis in Patients with Cancer. *Dent Clin North Am.* 52 (1): 61-viii.
- Rubenstein, E.B.; Peterson, D.E.; Schubert, M.; et al. (2004). Mucositis Study Section of the Multinational Association for Supportive Care in Cancer; International Society for Oral Oncology - Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. *Cancer.* 100: 2026-2046.
- Peterson, D.E.; Bensadoun, R.J.; Roila, F. (2010). Management of oral and gastrointestinal mucositis: European Society for Medical Oncology Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology.* 21 (5): 261-265.
- McGuire, D.B.; Correa, M.E.; Johnson, J.; Wienandts, P. (2006). The role of basic oral care and good clinical practice principles in the management of oral mucositis. *Support Care in Cancer.* 14: 541-547.
- Silverman, S. (2007). Diagnosis and management of oral mucositis. *Supportive Oncology.* 5(2): 13-21.
- Saadeh, C.E. (2005). Chemotherapy and radiotherapy-induced oral mucositis: review of prespective strategies and treatment. *Pharmacotherapy.* 25: 540-554.
- Barasch, A.; Elad, S.; Altam, A.; Damato, K.; Epstein, J. (2006). Antimicrobials, mucosal coating agents, anesthetics, analgesics and nutritional supplements for alimentary tract mucositis. *Supportive Care in Cancer.* 14 (6): 528-532.
- Aisa, Y.; Mori, T.; Kudo, M.; et al. (2005). Oral cryotherapy for the prevention of high-dose melphalan-induced stomatitis in allogeneic hematopoietic stem cell transplant recipients. *Supportive Care in Cancer.* 13 (4): 266-269.
- Migliorati, C.A.; Oberle-Edwards, L.; Schubert, M. (2006). The role of alternative and natural agents, cryotherapy, and/or laser for management of alimentary mucositis. *Supportive Care in Cancer.* 14 (6): 533-540.
- Genot, M.T.; Klastersky, J. (2005). Low level laser for prevention and therapy of oral mucositis induced by chemotherapy and/or radiotherapy. *Current Opinion in Oncology.* 17: 236-240.
- Whelan, H.T.; Smits, R.L.J.; Buchman, E.V.; et al. (2001). Effect of NASA light-emitting diode irradiation on wound healing. *Journal of Clinical Laser Medicine and Surgery.* 19: 305-314.
- D'Hondt, L.; Lonchay, C.; André, M.; Canon, J.L. (2006). Oral mucositis induced by anticancer treatments: physiopathology and treatments. *Therapeutics and Clinical Risk Management.* 2 (2): 159-168.
- Wright, J.; Feld, R.; Knox, J. (2005). Chemotherapy-induced oral mucositis: new approaches to prevention and management. *Expert Opinion in Drug Safety.* 4: 193-200.
- Evans, M.E.; Jones, D.P.; Ziegler, T.R. (2003). Glutamine prevents cytokine-induced apoptosis in human colonic epithelial cells. *Journal of Nutrition.* 133 (10): 3065-3071.
- Wilkes, J.D. (1998). Prevention and treatment of oral mucositis following cancer chemotherapy. *Seminars in Oncology.* 25: 538-551.
- Karhaus, M.; Rosenthal, C.; Huebner, G. (1998). Effect of topical oral G-CSF on oral mucositis: a randomised placebo-controlled trial. *Bone Marrow Transplantation.* 22: 781-785.
- Dazzi, C.; Cariello, A.; Giovanis, P.; et al. (2003). Prophylaxis with GM-CSF mouthwashes does not reduce the frequency and duration of severe oral mucositis in patients with solid tumors undergoing high-dose chemotherapy with autologous peripheral blood stem cell transplantation rescue: a double blind randomised, placebo-controlled study. *Annals of Oncology.* 14: 559-563.
- Kostler, W.J.; Hejna, M.; Wenzel, C.; et al. (2001). Oral mucositis complicating chemotherapy and/or radiotherapy: options for prevention and treatment. *Cancer Journal for Clinicians.* 51: 290-315.
- Borges, L.; Rex, K.L.; Chen, J.N.; et al. (2006). A protective role for Keratinocyte growth factor in a murine model of chemotherapy and radiotherapy-induced mucositis. *International Journal of Radiation Oncology, Biology and Physics.* 66: 254-262.
- Spielberger, R.; Stiff, P.; Bensing, W.; et al. (2004). Palifermin for oral mucositis after intensive therapy for hematologic cancers. *New England Journal of Medicine.* 351: 2590-2598.
- Stiff, P.J.; Emmanouilides, C.; Bensing, W.; et al. (2006). Palifermin reduces patient-reported mouth and throat soreness and improves patient functioning in the hematopoietic stem-cell transplantation setting. *Journal of Clinical Oncology.* 24: 5186-5193.
- Kostler, W.J.; Hejna, M.; Wenzel, C.; Zielinski, C.C. (2001). Oral mucositis complicating chemotherapy and/or radiotherapy: options for prevention and treatment. *Cancer Journal for Clinicians.* 51 (5): 290-315.
- Pitten, F.A.; Kiefer, T.; Buth, C.; et al. (2003). Do cancer patients with chemotherapy-induced leucopenia benefit from an antiseptic chlorhexidine-based oral rinse? A double-blind, block randomised, controlled study. *Journal of Hospital Infection.* 53: 283-291.
- Flicko, J.; Lazarus, H.M.; Flomenberg, N. (2003). Mucosal injury in patients undergoing hematopoietic progenitor cells transplantation: news approaches to prophylaxis and treatment. *Bone Marrow Transplant.* 31: 1-10.
- Scully, C.; Sonis, S.; Diz, P.D. (2006). Oral mucositis. *Oral diseases.* 12: 229-241.
- Innocenti, M.; Moscatelli, G.; Lopez, S. (2002). Efficacy of Gelclair in reducing pain in palliative care patients with oral lesions: preliminary findings from an open pilot study. *Journal of Pain and Symptom Management.* 24: 456-457.
- Miyamoto, C.; et al. (2009). A retrospective match controlled study of supersaturated calcium phosphate oral rinse vs supportive care for radiation-induced oral mucositis. *Supportive Care in Cancer.* 17:857-1039.
- Bulechek, G.M.; Butcher, H.K.; Dochterman, J.M. (2010). Classificação das Intervenções de Enfermagem. 5ª edição, Elsevier

# COMPLICAÇÕES DA PRÓTESE FONATÓRIA COMO INTERVIR

Anabela Machado Almeida

Enfermeira coordenadora do Serviço de Otorrinolaringologia – IPO Porto; Formação Avançada em Estomaterapia  
anamachado64@gmail.com

Aida Cardoso

Serviço de Otorrinolaringologia – IPO Porto; Enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária; Pós-Graduação em Controlo de Infecção Hospitalar e Enfermagem Avançada  
aidi\_cardoso@hotmail.com

Sandrina Nogueira

Serviço de Otorrinolaringologia – IPO Porto; Enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária  
sandrina\_pires\_nogueira@hotmail.com

**RESUMO:** A prótese fonatória (PF) é uma válvula unidireccional que permite que o ar passe a partir dos pulmões/traqueia ao esófago, quando o estoma é ocluído, produzindo voz. Consequentemente, melhora a qualidade de vida do paciente submetido a laringectomia total. No entanto, podem decorrer algumas complicações, pelo que os enfermeiros devem estar atentos e intervir para que a qualidade de vida se mantenha.

Para uma boa reabilitação vocal torna-se imprescindível a prestação de cuidados específicos à PF, quer por profissionais de saúde, quer pelo doente e cuidador informal, tornando-se ainda mais necessários quando as complicações surgem. Por este motivo, achamos pertinente abordar algumas complicações decorrentes da utilização da PF e as intervenções de enfermagem para minimizar/corrigir as mesmas de modo a melhorar a qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Prótese fonatória, reabilitação vocal, laringectomia total, complicações.

**ABSTRACT:** *The voice prosthesis (VP) is a one-way valve that allows air to pass from the lung / trachea to the esophagus when the stoma is occluded, producing voice. Consequently, it improves quality of life in patients undergoing total laryngectomy. However, some complications may appear, so nurses must be vigilant and act to maintain the quality of life. For a good vocal rehabilitation becomes essential to provide specific care to speech prosthesis, either by health professionals or by the patient and informal caregiver, making it even more necessary when complications appear. For this reason, we discuss some relevant complications arising from the use of speech prosthesis and nursing interventions to minimize the same in order to improve the quality of life.*

**KEYWORDS:** *Voice prosthesis, vocal rehabilitation, total laryngectomy, complications.*

## I. Introdução

Frequentemente deparamo-nos com doentes com carcinoma da laringe em que uma das modalidades terapêuticas passa pela realização da laringectomia total implicando a perda da capacidade vocal e consequentemente da qualidade de vida.

O ser humano é na sua essência um ser vocal, apresentando, desde que nasce, manifestações vocais de intenção de comunicar. É uma necessidade humana básica, um pro-

cesso contínuo que torna a existência do ser humano um ser social, sendo a voz o nosso meio de comunicação mais eficaz, tendo muita importância na expressão da personalidade do indivíduo.

Quando surge o cancro da laringe existe por vezes a necessidade de realização de uma laringectomia total com a criação de uma traqueostomia, que é um dos principais responsáveis pela perda de voz, ameaçando a vida e o bem-

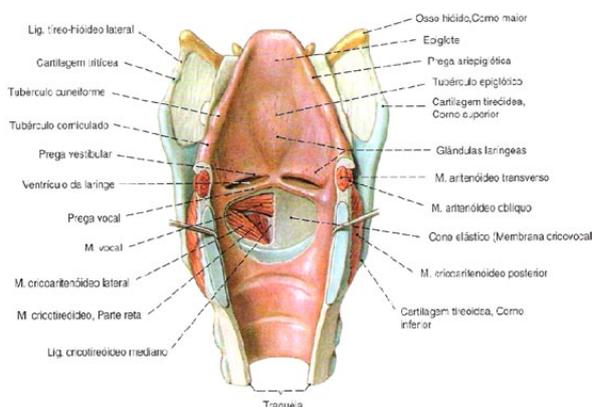
-estar do Homem. Desta forma existem opções para a reabilitação vocal, como a laringe electrónica, a voz esofágica e a voz traqueoesofágica. Esta última, é possível através da colocação de prótese fonatória (PF), sendo o método de eleição para a reabilitação vocal.

No entanto, podem surgir algumas complicações decorrentes do uso da PF, pelo que os enfermeiros devem estar atentos e intervir para que a qualidade de vida do doente se mantenha.

Na 6ª Reunião Nacional da AEOP, realizada nos dias 17 e 18 de Maio de 2013, no Luso, foi-nos possível apresentar um poster intitulado “Complicações da Prótese Fonatória – Intervenções de Enfermagem”. Após a exposição e apresentação, decidimos apresentar o mesmo em forma de artigo, dando a conhecer aos profissionais de saúde a importância da actuação da equipa multidisciplinar para ensinar, instruir e treinar o paciente e cuidador informal, incluindo-os como elementos principais em todo o processo. Deste modo, será possível minimizar o aparecimento das complicações, permitindo uma melhor reabilitação vocal e consequentemente uma melhor qualidade de vida.

## II. Contexto teórico

A laringe é um órgão que se encontra na parte frontal superior do pescoço e na extremidade superior do trato respiratório, entre a traqueia e a base da língua. Divide-se em três regiões: supra-glote, glote e sub-glote. Na cavidade laringea estão localizados as cordas vocais e as pregas vestibulares (figura 1).



**Figura 1:** Laringe. Aberta dorsalmente no plano mediano. Vista posterior. (Putz & Pabst, 1993:124).

A laringe é um órgão com múltiplas funções, tendo um papel importante no processo de respiração, deglutição e fonação (Meeker & Rothrock, 1997). Desta forma, qualquer alteração a esse nível vai implicar alterações na vida do utente, quer a nível de imagem quer a nível da comunicação.

O INE (2005) referencia que o cancro é a segunda causa de morte em Portugal, sendo o cancro da laringe o 16º mais frequentes, manifestando-se predominantemente no sexo masculino. Segundo a International Agency for Research on Cancer (IARC), na Europa, a maior incidência de cancro da laringe regista-se nos países situados a sul, como Itália, Espanha e Portugal (Gonçalves, 2005).

A taxa de incidência do cancro da laringe na região norte (Portugal) é de 5,5%, na Europa atinge 5,0% dos doentes oncológicos e a nível mundial os dados indicam 3,7 % dos tumores malignos, sendo no entanto o mais frequente na região da cabeça e pescoço (Roreno, 2008).

Existem diferentes modalidades terapêuticas para tratar o cancro da laringe, dependendo do estadio do tumor. Desde 1976, a laringectomia tem-se revelado como um dos tratamentos mais eficazes para o cancro da laringe (Magalhães, 1998).

A laringectomia total consiste na remoção total da laringe desde a base da língua à traqueia, incluindo geralmente o osso híóide e espaço pré-epiglótico. Pode por vezes ser alargada à parte da base da língua, faringe, traqueia, glândula tiroideia e tecidos moles pré-laringeos, incluindo pele (Olias et al, 2004).

A primeira larinjectomia total foi realizada por Theodore Bilroth no ano de 1873 (Kim, 2011).

Desde a primeira larigectomia total realizada, têm-se desenvolvido meios de produção de voz em alternativa à voz laringea. A prótese traqueoesofágica tem sido referida como um recurso eficaz e viável para produção de voz nos laringectomizados totais (Blom e al., 1986; Van As e al., 1998).

A primeira prótese traqueoesofágica (PTE) foi desenvolvida em 1980, pelos americanos Singer (otorrinolaringologista) e Blom (fonoaudiólogo) (Kim, 2011). A sua tecnologia tem-se desenvolvido ao longo dos anos, mas o mecanismo de funcionamento mantém-se.

A prótese fonatória (PF) é um dispositivo valvular uni-direccional com dois rebordos para retenção/encravamento, inserida numa fistula traqueoesofágica para per-

mitir uma rápida reabilitação vocal. Quando ocluído o traqueostoma, o ar é empurrado dos pulmões/traqueia para o esófago, originando uma vibração no esfíncter faringo-esofágico. O som desta vibração é o novo som da voz do paciente (Figura 2).

A opção da colocação da PF depende de uma avaliação clínica, verificando-se nesse momento os critérios de



Figura 2: Prótese Fonatória

Tabela 1:

#### Critérios para candidatos à colocação de PF

- Compreensão da anatomia pós-cirúrgica
- Ter terminado a Radioterapia
- Entendimento básico do funcionamento da PF
- Destreza manual e acuidade visual suficiente para manipular e cuidar da prótese
- Avaliação da capacidade respiratória
- Não apresentar estenose hipofaríngea significativa
- Profundidade e diâmetro do traqueostomia adequados
- Resultados positivos no teste de insuflação de ar no esófago
- Estabilidade mental

Mara Behlau, "Voz - O livro do especialista", pág. 265

inclusão (Tabela 1).

Para a sua inserção é necessário que se efectue cirurgicamente uma fistula traqueoesofágica, podendo ser inserida em 1º tempo cirúrgico como punção primária, ou seja, durante a Laringectomia Total, ou em 2º tempo cirúrgico como punção secundária, ou seja, se a reabilitação com voz esofágica não for funcional.

Mesmo com toda a motivação do utente e cumprindo os critérios anteriormente descritos existem resultados não satisfatórios na produção da voz traqueoesofágica. Para além disso o doente tem que estar atento e ser informado das complicações que poderão decorrer associadas à reabilitação de voz com prótese que podem ser: *granuloma*,

*candidíase*, *infecção*, *protusão/extrusão da prótese*, *ingestão da prótese*, *aspiração da prótese*, *fuga peri-prótese e fuga trans-prótese*.

O *granuloma* caracteriza-se pela formação de tecido de granulação à volta do orifício da punção traqueoesofágica (Figura 3) onde será necessário realizar a cauterização com nitrato de prata. Este crescimento pode estar relacionado com o tamanho da prótese e nesse caso pode haver necessidade de retificar o tamanho ou fazer a remoção temporária da mesma ou correcção cirúrgica da fistula.

O crescimento excessivo de *Candida albicans* na PF (Figura 4) ocorre em algumas situações e está relacionada com a alteração do pH da saliva, provocado por alguns tratamentos, alterações dos hábitos alimentares e uma deficiente higiene oral. Estes são os principais factores que predis põem à colonização por *Candida*, afectando mais facilmente o material de silicone. A instrução para uma boa higiene oral assim como a ingestão diária de iogurte bifídus e o uso ocasional de nistatina incluindo aplicação tópica na prótese com auxílio do escovilhão podem ser consideradas como medidas de prevenção. No entanto, no caso da PF já estar degradada haverá necessidade de substituição da mesma.

A infecção e/ou edema do orifício da punção traqueoesofágica pode fazer aumentar o comprimento do trajecto do orifício da punção podendo provocar arrastamento da prótese para a mucosa traqueal ou esofágica ou pode fazer com que a prótese fique saliente em relação ao orifício da punção. O médico geralmente prescreve antibiótico e/ou corticoide, podendo haver necessidade de alteração do tamanho da prótese. Durante a infecção pode ocorrer a protusão da prótese e subsequente *extrusão* espontânea (Figura 5), havendo necessidade de remoção da prótese para evitar desalojamento para a traqueia. Se a fistula não encerrar poderá ser indicado colocação de PF de nº superior e se a fistula ficar encerrada poderá ser necessário repetir nova punção traqueo-esofágica, para colocação de nova PF.

Acidentalmente pode ocorrer *aspiração* ou *ingestão* da prótese fonatória. Tal como acontece com qualquer corpo estranho, os sintomas imediatos podem ser vômitos, tosse e asfixia. Por vezes os doentes não sabem se foi ingerida ou aspirada. Geralmente, no caso de aspiração vai causar dificuldade respiratória, no entanto só após a realização de RX torácico é que se poderá descartar a possibilidade de ter



**Figura 3:** Granuloma peri-prótese



**Figura 4:** PF colonizada por *Candida*



**Figura 5:** Extrusão da PF



**Figura 6:** Fuga peri-prótese



**Figura 7:** Uso de "plug" na fuga trans-prótese

sido aspirada, pois muitas vezes não apresentam sintomatologia. Requer a realização de broncoscopia para remoção ou o recurso a anestesia geral. No caso da ingestão o objeto passa directamente ao estômago e trato intestinal, havendo necessidade de vigiar as fezes para despistar.

Pode também ocorrer a exteriorização da PF que se caracteriza pela saída prótese da fistula traqueoesofágica. Quando isso acontece, o doente deve efetuar RX torácico para despiste da PF na árvore brônquica e, caso se confirme, esta deve ser removida por broncofibroscopia.

Na exteriorização da PF deve ainda ser avaliado o diâmetro da fistula traqueoesofágica, no sentido de se verificar se este se encontra aumentado. Em caso afirmativo, não se deve recolocar a PF durante uns dias (para ligeiro encerramento da fistula) e deve ser colocada sonda nasogástrica (SNG). Quando esta situação for resolvida a nova prótese deve ser recolocada.

A *fuga peri-prótese* caracteriza-se pela saída de líquidos à volta da prótese (Figura 6). Os motivos mais frequentes desta complicação são o comprimento excessivo da prótese e/ou o aumento do diâmetro da fistula traqueoesofágica. Para confirmação desta complicação, deve o doente ingerir via oral água com corante, para se observar se efetivamente a saída dos líquidos é à volta da prótese. Se a fuga for ligeira, instruir a não ingestão de líquidos até 15 dias, o que pode fazer a situação reverter espontaneamente. Caso a fuga persista, colocar anel de silicone peri-prótese,

ou por último realizar a substituição e/ou redução do nº da PF.

A *fuga trans-prótese* caracteriza-se pela saída de líquidos através da prótese. Significa que a válvula se encontra danificada e pode ocorrer devido ao crescimento excessivo de *Candida albicans*. Para confirmação desta fuga, também se recorre à ingestão de água com corante, observando-se saída de líquidos pelo centro da prótese. Deve instruir-se a não ingestão de líquidos até substituição da PF ou ensinar a utilização do "plug" (Figura 7). Logo que possível deve realizar-se a substituição da PF.

Sempre que no decorrer de uma complicação haja necessidade de remoção da prótese e impossibilidade imediata de colocação de outra, o doente tem que colocar sonda nasogástrica para alimentação, ficando com dieta zero *per-os*.

### III. Conclusão

A comunicação faz parte do ser humano, sendo adquirida e desenvolvida em todo o processo de aprendizagem. No entanto o número de casos de doença oncológica a partir de finais do séc XIX tem aumentado consideravelmente em todo o mundo. Quando esses tumores compro-

metem a comunicação, nomeadamente os localizados a nível da laringe, como é o caso das laringectomia, a reabilitação vocal através da prótese fonatória assume uma das opções prioritárias.

A reabilitação do paciente laringectomizado depende da actuação da equipa multidisciplinar para ensinar, instruir e treinar o paciente e cuidador informal, incluindo-os como elementos principais em todo o processo. Deste modo, será possível minimizar o aparecimento das complicações, permitindo uma melhor reabilitação vocal e consequentemente uma melhor qualidade de vida.

Já dizia Rodrigues (2005:73) que “os enfermeiros são historicamente educadores por excelência”, neste sentido verificamos que nos cuidados prestados ao laringectomizado, nos quais está implicitamente a educação para a saúde efectuada pelo enfermeiro em todas as circunstâncias, esta traduz-se directamente nos ganhos de saúde conquistados pelo indivíduo. Porque “O desejo de prestar bons cuidados de enfermagem, adoptando uma atitude de cuidador, passa pelo conhecimento de nós próprios e pela consciência da importância do outro” (Valadas, 2005: 62).

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MEEKER, Margaret Huth, ROTHROCK, Jane (1997). Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- INE (2005). Óbitos por causa de morte (CID-10: lista 2 - Mortalidade geral - lista seleccionada - 80 causas) e sexo, segundo a idade (em anos). Estatísticas da Saúde de 2005. [Consulta no site: <http://www.ine.pt> - acedido em 2007.05.22].
- GONÇALVES, Susana Raquel Teixeira (2005). O desenvolvimento da carreira em adultos pouco escolarizados. Aveiro: Universidade de Aveiro – Departamento de Ciências de Educação e Psicologia.
- RORENO. Registo Oncológico Regional do Norte 2008. Instituto Português de Oncologia do Porto, ed. Porto, 2013.
- MAGALHÃES, Sónia (1998). Qualidade de Vida do Laringectomizado. *Enfermagem Oncológica*, n.º7.Porto (pp.18-33).
- Kim, J. U. K.; Andrade, N. M. M.; et al. (2011). Nova Técnica de confecção de fistula traqueoesofágica secundária e locação de prótese fonatória em pacientes submetidos a laringectomia total. *São Paulo: Rev. Brás. Cir. Cabeça Pescoço*, v.40, nº3, p. 120-124.
- Blom, E. D.; Singer, M. I.; Hamaker, R. C. (1986). A prospective study of tracheoesophageal speech. *Arch Otolaryngol Head Neck Surgery*, v. 112, n. 4.
- Van AS, C. J.; Hilgers, F. J. M.; De Leeuw, I. M. V.; Beinum, F. J. K. (1998). Acoustical Analyses and Perceptual Evaluation of Tracheoesophageal Prosthetic Voice: *Journal of Voice*, v. 12, n.2.
- Behlau, M. (2005). *Voz – O Livro do Especialista*. Rio de Janeiro.
- RODRIGUES, Manuel, PEREIRA, Anabela, BARROSO, Teresa (2005). *Educação para a Saúde – Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau.
- VALADAS, Maria dos Anjos Berjano (2005). Reflexão sobre a Prática do Cuidar em Enfermagem. *Sinais Vitais*, nº59, pp. 62-64.
- Atos Medical. Catálogo do Sistema Provox®. Suécia. [Em linha]. Disponível em <<http://www.atosmedical.com/>> [Consultado em 17/04/2013].
- Benninger, M. S.; Jacobson, B. H. & Johnson, A.F. (1994). *Vocal Arts Medicine - The Care and Prevention of Professional Voice Disorders*. New York: Thieme Medical Publishers.
- Freeman, M. & Fawcus, M. (2000). *Voice Disorders and their Management*. London: Whurr Publishers. 3rd Edition.
- Le Huche, F. & Allali, A. (2004). *La Voz Tomo 2 & 3*. Barcelona: Masson.
- Mathieson, L. (2006). *The Voice and Its Disorders*. London: Whurr Publishers. 6th Edition.
- PUTZ & PABST (1993). *Atlas de Anatomia Humana*. 20ª. Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Sataloff, R. T. (1997). *Professional Voice - The Science and Art of Clinical Care*. San Diego: Singular Publishing Group. 2nd Edition.

# A PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DO MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS NO PROCESSO DE TOMAR CONTA DE UM DOENTE COM CANCRO COLORETAL

Cristina FC Sousa Pinto

Assistente na Escola Superior de Enfermagem do Porto; Mestre em Oncologia  
cristinacarvalho@esenf.pt

Filipe Pereira

Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto; Doutor em Ciências de Enfermagem

Lúcio Lara Santos

Clínica de Patologia Digestiva do Instituto Português de Oncologia - Porto; Doutor em Medicina

Fátima Teixeira

Enfermeira Coordenadora da Clínica de Patologia Digestiva do Instituto Português de Oncologia - Porto.

**RESUMO:** *Objetivo:* Descrever a evolução da percepção de Autoeficácia do membro da família prestador de cuidados (MFPC) face ao processo de tomar conta de um doente com cancro coloretal.

*Métodos:* Estudo prospetivo longitudinal, onde foram avaliados MFPC de doentes com cancro coloretal em tratamento curativo ou paliativo. Os participantes foram avaliados em três momentos distintos; no início do percurso terapêutico (M1); três meses após (M2) e seis meses após (M3). Em M1 foram avaliados 41 cuidadores, em M2 88 cuidadores e em M3 98 cuidadores.

*Resultados:* Os MFPC dos doentes com cancro coloretal da amostra foram na sua maioria mulheres, casadas e reformadas, com um nível de escolaridade baixo. Ao longo do tempo estes MFPC apresentaram um nível de autoeficácia de “medianamente competentes” para a realização das atividades inerentes ao processo de tomar conta. Contudo na avaliação da percepção de autoeficácia face à dependência para tomar a medicação e cuidar da colostomia foram os domínios onde os cuidadores apresentam níveis mais baixos de percepção de autoeficácia. Ao avaliarmos a percepção de autoeficácia em função dos processos de cuidar, os cuidadores percecionam menos competência para “trabalhar com a pessoa dependente” e “negociar com os serviços de saúde”. Os MFPC que percecionam maior autoeficácia ao longo do tempo e face ao processo de tomar conta do doente dependente com cancro coloretal tendem a ser os que cuidam de doentes menos dependentes, que utilizam mais recursos, os que cuidam há mais tempo, os mais novos e com mais escolaridade.

*Conclusões:* A avaliação da percepção de autoeficácia constitui um indicador importante para os enfermeiros na monitorização da transição para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados de um doente com cancro coloretal

**PALAVRAS-CHAVE:** familiar cuidador; percepção de autoeficácia; cancro coloretal.

**ABSTRACT:** *Aim:* To describe the evolution of the perception of Self-efficacy of the family member caregiver (MFPC) during the process of taking care of a patient with colorectal cancer.

*Methods:* A prospective longitudinal design was chosen to evaluate MFPC of colorectal cancer in curative or palliative treatment. Participants were assessed in three separate times that could globally reproduce the different moments of multimodal treatment in colorectal cancer, namely: M1 – after multidisciplinary team treatment decision (without any treatment); M2 – three months after M1 (which generally includes neoadjuvant therapy and surgery in cases of rectal cancer; surgery in

*colon cancer cases; the beginning of the adjuvant treatment in patients without distant metastasis; patients in palliative treatment); M3 – six months after M1 (which generally includes patients in adjuvant or palliative treatment). In M1 were evaluated 41 caregivers, 88 caregivers in M2 and in M3 98 caregivers.*

*Results: the MFPC who took part in the sample were mostly women, married and retired, with a low level of schooling. Over time these MFPC presented a level of self-efficacy “averagely competent” for to carry out the activities related to taking care process. However the perception of self-efficacy for to take medication and take care of the colostomy were areas where caregivers had lower levels of self-efficacy perception. When evaluating the perception of self-efficacy depending on the processes of care, the caregivers perceived less competence to “working together with the ill person” and “navigation the healthcare system”. The MFPC that perceived greater self-efficacy over time tend to be those caring for less dependent patients, using more resources, those who care for longer, the younger caregivers and with more schooling.*

*Conclusions: The evaluation of the perception of self-efficacy is an important indicator for nurses in monitoring the transition of exercising the role of a familiar caregiver for a patient with colorectal cancer.*

**KEYWORDS:** *family caregiver; self-efficacy; colorectal cancer.*

## **I. Introdução**

Os membros da família são cada vez mais chamados a assumir a responsabilidade de prestarem cuidados complexos aos seus familiares dependentes, isto porque é comumente aceite que a família é o melhor meio para se integrar a pessoa dependente. O exercício do papel de prestador de cuidados enquadra-se no core da disciplina de Enfermagem, no domínio das respostas humanas às transições (Pereira, 2007; Silva 2007). O “Membro da Família Prestador de Cuidados” está definido pelo ICN (2011), como uma área de atenção para a prática de enfermagem, como o “...responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (p.115).

O assumir do papel de prestador de cuidados despoleta um processo de transição do tipo situacional. As transições do tipo situacional estão relacionadas com as alterações na situação familiar, originam definição ou redefinição na interação de papéis (Meleis, 2010).

Nos últimos vinte anos tem crescido de forma exponencial a investigação acerca do cuidado no seio da família de doentes com cancro o que resultou num quadro conceptual bastante expandido (Fletcher et al., 2012). Para estes autores a experiência de cuidar de um doente com cancro em casa traduz-se num modelo conceptual com três elementos importantes e que se interrelacionam: o processo

de stresse; o contexto onde se desenvolve e a trajetória da doença. Torna-se imperativo investigar mais acerca deste fenómeno que inclui as repercussões na saúde física do cuidador, ao nível socioeconómico e do acesso aos serviços de saúde (ibidem).

Para Schumacher e colaboradores (2000), o papel de prestador de cuidados traduz-se de forma conceptual como a habilidade do membro da família prestador de cuidados se envolver no processo de cuidar de forma progressiva e eficaz. Os autores elencaram nove processos de cuidar (monitorizar/interpretar, decidir, agir, providenciar cuidados, ajustar, aceder a recursos, trabalhar com a pessoa dependente e negociar com os serviço de saúde) e aos quais foram associados sessenta e três indicadores que traduzem o nível da perícia do membro da família prestador de cuidados (ibidem).

A competência de um membro da família prestador de cuidados de um doente com cancro é definido como a habilidade para responder de forma eficaz e sem hesitações às demandas da situação de doença, assumindo um padrão de cuidados de acordo com os processos de cuidar (Schumacher et al., 2006).

Os membros da família que assumem o cuidado em casa a um doente com cancro colorectal são um elemento

importante no sucesso do tratamento, portanto é importante discutir com estes cuidadores o impacto deste papel nas suas vidas; é essencial que estes cuidadores tenham o suporte necessário para continuarem com o papel (Taylor, 2008).

O envolvimento dos familiares cuidadores nos processos de cuidar implica a aquisição de novas competências que devem ser monitorizada pelos enfermeiros (Schumacher et al., 2000). Avaliar o nível de competência do cuidador constitui um excelente indicador da qualidade dos cuidados prestados em casa e preditivo do sucesso do tratamento e da recuperação do doente (Given & Given & Sherwood, 2012).

O conceito de autoeficácia emerge na literatura associada a Bandura (1997) e é definido como a expectativa ou a crença que o indivíduo percebe para realizar com sucesso, através do esforço pessoal, uma determinada tarefa com o fim de alcançar um resultado. Assim, podemos dizer que a autoeficácia é um conceito prospetivo, relacionado com as expectativas para realizar uma tarefa em questão, influenciado pelas características pessoais e pelas informações da tarefa a realizar (Neves & Faria, 2009). A autoeficácia é um conceito que influencia a forma como as pessoas pensam, agem, sentem e se motivam (Zulkosky, 2009). Este conceito é central para a prática de enfermagem, na medida em que a promoção de autoeficácia pode ajudar os clientes a aprender, a modificar e a moldarem comportamentos através da preparação antecipatória (ibidem). A avaliação da percepção da autoeficácia do membro da família prestador de cuidados pode ser realizada em qualquer momento do processo de transição e constituir um indicador das reais necessidades do cuidador; do reconhecimento das necessidades em cuidados do dependente e das exigências dos cuidados (Leite, 2012).

## II. Materiais e Metodos

Elaboramos um estudo prospetivo, longitudinal cujo objetivo foi avaliar a Percepção de Autoeficácia percebida pelos Membros da Família Prestadores de Cuidados (MFPC) de doentes com cancro coloretal face ao processo de tomar conta.

O estudo foi realizado na Clínica de Patologia Digestiva do IPO do Porto, onde a recolha de dados decorreu de setembro de 2011 a outubro de 2012. Foram incluídos no estudo os MFPC de doentes com cancro coloretal em tra-

tamento curativo ou paliativo; com idade superior a 18 anos e que aceitassem participar no mesmo. Os MFPC foram avaliados em 3 momentos distintos, sendo, à escala do estudo, o momento 1 (M1) o início do percurso terapêutico do doente, o momento 2 (M2) 3 meses após e o momento 3 (M3) 6 meses após, num processo de amostragem não probabilístico.

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o formulário *“Famílias que integram dependentes no autocuidado”* da autoria de um grupo de investigadores da Escola Superior de Enfermagem do Porto. O formulário utilizado na recolha de dados é constituído por diferentes subescalas que avaliam diferentes variáveis (dependência para o autocuidado; compromissos nos processos corporais; percepção de autoeficácia percebida; intensidade dos cuidados prestados pelo MFPC e os recursos utilizados no processo de tomar conta) e tem sido utilizado em diferentes estudos (Petronilho, 2013; Leão, 2012; Martins, 2011; Matias, 2011; Silva, 2011; Queirós, 2011; Duque, 2009) independentemente do evento gerador de dependência. Na presente investigação e face ao fenómeno em estudo da mesma, tivemos a necessidade de adaptar o formulário às especificidades do doente oncológico. Esta adaptação foi sustentada na experiência profissional dos investigadores; da colaboração dos atores e intervenientes do contexto (enfermeiras da Clínica de Patologia Digestiva do IPO do Porto); na revisão da literatura e ainda nos resultados de um estudo piloto.

A avaliação da “Percepção da autoeficácia” face ao processo de tomar conta foi feita com base em diferentes subescalas em que cada uma delas tem diferentes indicadores que se concretizam numa escala de *Likert* de quatro pontos: incompetente – score 1; pouco competente – score 2; medianamente competente – score 3; muito competente – score 4.

A aplicação das subescalas que avaliam a “Percepção da autoeficácia” face ao processo de tomar conta estava dependente do nível de dependência dos doentes da amostra em cada domínio do autocuidado. As diferentes subescalas que avaliam a percepção da autoeficácia face ao processo de tomar conta dos doentes dependentes com cancro coloretal da amostra apresentaram boa ou muito boa consistência interna nos diferentes momentos de avaliação, como podemos constatar pela leitura da tabela 1.

**Tabela 1.** Alfa de Cronbach da subescala de avaliação da Percepção de Autoeficácia.

Subescalas da Percepção de Autoeficácia	Valor de $\alpha$ de Cronbach no M2	Valor de $\alpha$ de Cronbach no M3
Higiene	0,936	0,894
Vestir e Despir	0,913	0,906
Tomar medicação	0,903	0,912
Colostomia	0,913	0,910

O número de MFPC que constituíram a amostra foi de 41 MFPC em M1, 88 MFPC em M2 e 98 MFPC em M3. A amostra constitui-se maioritariamente por mulheres (80%), casadas (93,0%), com uma média de idades de 58,52 anos e cujo grau de parentesco com o doente era esposa (60%) e filhas (35%). Estes resultados corroboram com outros estudos e que definem o perfil do MFPC em Portugal (Pinto e Santos, 2009; Imaginário, 2008; Campos, 2008; Petronilho, 2007; Schumacher, 2006).

### III. Resultados

A avaliação da evolução do nível da PAE reporta-se a cada um dos momentos de avaliação à escala do estudo: início do percurso terapêutico (M1); três meses após o início do percurso terapêutico (M2) e seis meses após (M3) o início do percurso terapêutico do doente dependente. Foram avaliados:

- Nível da PAE para tomar conta do doente dependente em função dos domínios do autocuidado: “tomar banho”, “vestir-se e despir-se”, “alimentar-se”, “usar o sanitário”, “virar-se”, “transferir-se”, “andar”, “tomar medicação” e “colostomia”;
- Nível da PAE para tomar conta do doente dependente em função dos “processos de cuidar” propostos por Schumacher e colaboradores (2000): “monitorizar”, “decidir”, “agir”, “providenciar cuidados”, “ajustar”, “aceder a recursos”, “trabalhar com a pessoa dependente” e “negociar com os serviços de saúde”.

#### A Percepção de Autoeficácia face ao processo de tomar conta em M1

Em M1 verificamos que para os diferentes domínios do autocuidado a maioria dos MFPC [73,1% (n= 19)] percebe-se como “medianamente competente” para tomar conta do seu familiar doente. Nos domínios do autocuidado

“tomar banho” e “vestir-se e despir-se” os MFPC percebem-se como “muito competentes”. Dos quatro doentes dependentes no autocuidado “colostomia” os MFPC percebem-se como “pouco competentes” e um MFPC como “incompetente”. No domínio do autocuidado “tomar medicação” a maioria dos MFPC percebem-se como “medianamente competentes” (Tabela 2).

Avaliamos a PAE do MFPC em função dos “processos de cuidar” propostos por Schumacher e colaboradores (2000) e que se encontram descritos na tabela 3. Verificamos que na maioria dos “processos de cuidar” os MFPC percebem-se como “medianamente competentes”. Destacamos a PAE do MFPC para “providenciar cuidados” em que a maioria se percebe como “muito competentes” (57,7%). Os níveis de PAE mais baixos relativos aos “processos de cuidar” foram “trabalhar com a pessoa dependente” e “negociar com os serviços de saúde”.

#### A Percepção de Autoeficácia face ao processo de tomar conta em M2

Em M2 a PAE global do MFPC para tomar conta do seu familiar doente situa-se em “medianamente competente” (50,7%) e “muito competente” (26,8%), como podemos observar na tabela 4. O domínio do autocuidado “tomar banho” é aquele em que os MFPC percebem maior competência, ou seja, “muito competente” [52,5%, (n=21)] para realizar as atividades inerentes a este domínio. Os domínios do autocuidado onde há maior percentagem de MFPC a perceberem níveis inferiores de autoeficácia (“pouco competentes”) são “tomar medicação” [41,5%, (n= 17)] e “colostomia” [40,0%, (n= 12)].

Ao analisarmos a PAE do MFPC em função dos “processos de cuidar” de Schumacher e colaboradores (tabela 5), verificamos que os MFPC percebem maior autoeficácia (“muito competentes”) nos processos de cuidar “agir” [56,0% (n= 28)] e “providenciar cuidados” [66,7% (n=48)]. Os MFPC percebem-se como “medianamente competentes” face ao processo de tomar conta nos processos “decidir” [50,7% (n= 36)], “ajustar” [46,9% (n= 23)], “aceder a recursos” [52,2% (n= 36)] e “monitorizar” [43,7% (n= 31)]. Os “processos de cuidar” de Schumacher e colaboradores em que os MFPC se sentem menos competentes (“incompetentes” ou “pouco competentes”) são “trabalhar com a pessoa dependente” [46,3% (n= 33)] e “negociar com os serviços de saúde” [52,3% (n=33)].

**Tabela 2.** Caracterização da PAE global do MFPC por domínio do autocuidado – escala ordinal (M1)

PAE global do MFPC por domínio do autocuidado (M1)	Incompetente N (%)	Pouco Competente N (%)	Medianamente Competente N (%)	Muito Competente N (%)	TOTAL N (%)
tomar medicação	0 (0,0)	4 (21,1)	10 (52,6)	5 (26,3)	19 (100)
tomar banho	0 (0,0)	1 (7,1)	6 (42,9)	7 (50,0)	14 (100)
vestir-se e despir-se	0 (0,0)	1 (9,1)	5 (45,5)	5 (45,5)	11 (100)
colostomia	1 (25,0)	2 (50,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	4 (100)
<b>Global</b>	1 (3,8)	5 (19,2)	19 (73,1)	1 (3,8)	26 (100)

**Tabela 4.** Caracterização da PAE global do MFPC por domínio do autocuidado - escala ordinal (M2)

PAE global do MFPC por domínio do autocuidado (M2)	Incompetente N (%)	Pouco Competente N (%)	Medianamente Competente N (%)	Muito Competente N (%)	TOTAL N (%)
tomar medicação	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (47,5)	21 (52,5)	40 (100)
tomar banho	0 (0,0)	1 (2,9)	20 (57,1)	14 (40,0)	35 (100)
vestir-se e despir-se	0 (0,0)	17 (41,5)	22 (53,2)	2 (4,9)	41 (100)
colostomia	1 (3,3)	12 (40,0)	14 (46,7)	3 (10,0)	30 (100)
<b>Global</b>	1 (1,4)	15 (21,1)	36 (50,7)	19 (26,8)	71 (100)

**Tabela 3.** Caracterização da PAE global do MFPC por “processos de cuidar” de Schumacher e colaboradores (2000) – escala ordinal (M1)

Indicador:	Incompetente N (%)	Pouco Competente N (%)	Medianamente Competente N (%)	Muito Competente N (%)	TOTAL N (%)
Monitorizar	2 (8,3)	5 (20,8)	12 (50,0)	5 (20,8)	24 (100)
Decidir	3 (13,6)	0 (0,0)	13 (59,1)	6 (27,3)	22 (100)
Agir	1 (4,5)	0 (0,0)	11 (50,0)	10 (45,5)	22 (100)
Providenciar cuidados	1 (3,8)	1 (3,8)	9 (34,6)	15 (57,7)	26 (100)
Ajustar	0 (0,0)	2 (9,1)	14 (63,6)	6 (27,3)	22 (100)
Aceder a recursos	6 (24,0)	0 (0,0)	17 (68,0)	2 (8,0)	25 (100)
Trabalhar com a pessoa dependente	2 (7,4)	10 (37,0)	14 (51,9)	1 (3,7)	27 (100)
Negociar com o sistema de cuidados de saúde	1 (5,9)	11 (64,7)	3 (17,6)	2 (11,8)	17 (100)
<b>Global</b>	1 (3,8)	5 (19,2)	19 (73,1)	1 (3,8)	26 (100)

**Tabela 3.** Caracterização da PAE global do MFPC por “processos de cuidar” de Schumacher e colaboradores (2000) – escala ordinal (M2)

Indicador:	Incompetente N (%)	Pouco Competente N (%)	Medianamente Competente N (%)	Muito Competente N (%)	TOTAL N (%)
Monitorizar	2 (2,8)	17 (23,9)	31 (43,7)	21 (29,6)	71 (100)
Decidir	1 (1,4)	15 (21,1)	36 (50,7)	19 (26,8)	71 (100)
Agir	0 (0,0)	4 (8,0)	18 (36,0)	28 (56,0)	50 (100)
Providenciar cuidados	0 (0,0)	7 (9,7)	17 (23,6)	48 (66,7)	72 (100)
Ajustar	1 (2,0)	7 (14,3)	23 (46,9)	18 (36,7)	49 (100)
Aceder a recursos	0 (0,0)	22 (31,9)	36 (52,2)	11 (15,9)	69 (100)
Trabalhar com a pessoa dependente	11 (15,9)	21 (30,4)	28 (40,6)	9 (13,0)	69 (100)
Negociar com o sistema de cuidados de saúde	13 (20,6)	20 (31,7)	16 (25,4)	14 (22,2)	63 (100)
<b>Global</b>	1 (1,4)	15 (21,1)	36 (50,7)	19 (26,8)	71 (100)

Globalmente para a totalidade dos domínios do autocuidado e dos “processos de cuidar”, a maioria dos MFPC percebe-se como “medianamente competentes” [50,7% (n=36)].

### A Perceção de Autoeficácia face ao processo de tomar conta em M3

A PAE do MFPC global para tomar conta do seu familiar doente em M3 situa-se em “medianamente competente” (59,2%) e “pouco competente” (25,0%). Em (M3) os MFPC percebem-se como “medianamente competentes” face à dependência nos domínios do autocuidado onde os doentes com cancro coloretal da amostra são mais dependentes. Falamos da PAE do MFPC para tomar conta no domínio do autocuidado “tomar banho” [50,0% (n= 20)], “vestir-se e despir-se” [56,8% (n= 21)], “tomar medicação” [54,8% (n= 23)] e “colostomia” [55,0% (n= 22)]. Contudo, é de destacar os MFPC que nos domínios do autocuidado “tomar medicação” (38,1%) e “colostomia” (40,0%) se sentem “pouco competentes” face à satisfação das necessidades resultantes da dependência nestes dois domínios do autocuidado (Tabela 6).

Em M3 verificámos que em todos os “processos de cuidar”, a maioria dos MFPC sentem-se “medianamente competentes” para tomar conta do seu familiar doente (Tabela 7). Destacamos que a PAE do MFPC nos “processos de cuidar” “agir” [60,0% (n= 30)], “providenciar cuidados” [57,9% (n= 44)], “ajustar” [53,1% (n= 26)] se situa no “muito competente”. Os MFPC em (M3) percebem-se como “medianamente competentes” nos “processo de cuidar” “monitorizar” [42,9% (n= 33)], “decidir” [46,1% (n=35)], “aceder a recursos” [50,2% (n= 40)] e “trabalhar com a pessoa dependente” [38,7% (n= 29)]. O domínio do “processo de cuidar” onde os MFPC percebem menor competência é em “negociar com o sistema de cuidados de saúde” [45,7% (n=32)].

### Evolução da PAE do MFPC para tomar conta do doente com cancro coloretal

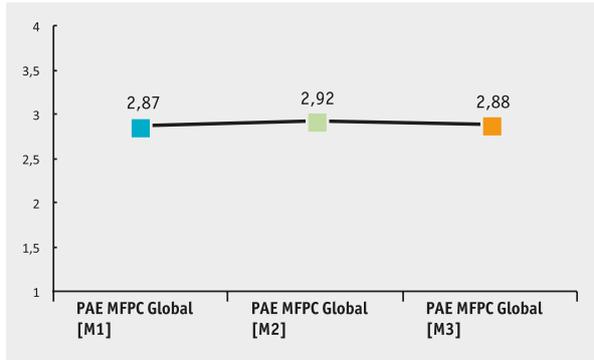
Da evolução da PAE do MFPC para tomar conta do doente com cancro coloretal ao longo dos três momentos de avaliação percebemos que, praticamente, não houve variação nos níveis médios da PAE. Do início do percurso terapêutico até um período de seis meses, os MFPC percebem-se como “medianamente competentes” (média

**Tabela 6.** Caracterização da PAE global do MFPC por domínio do autocuidado – escala ordinal (M3)

PAE global do MFPC por domínio do autocuidado (M3)	Incompetente N (%)	Pouco Competente N (%)	Medianamente Competente N (%)	Muito Competente N (%)	TOTAL N (%)
tomar medicação	0 (0,0)	0 (0,0)	20 (50,0)	20 (50,0)	40 (100)
tomar banho	0 (0,0)	48 (10,8)	21 (56,8)	12 (32,4)	37 (100)
vestir-se e despir-se	0 (0,0)	16 (38,1)	23 (54,8)	3 (7,1)	42 (100)
colostomia	0 (0,0)	16 (40,0)	22 (55,0)	2 (5,0)	40 (100)
<b>Global</b>	0 (0,0)	19 (25,0)	45 (59,2)	12 (15,8)	76 (100)

**Tabela 7.** Caracterização da PAE global do MFPC por “processos de cuidar” de Schumacher e colaboradores (2000) – escala ordinal (M3)

Indicador:	Incompetente N (%)	Pouco Competente N (%)	Medianamente Competente N (%)	Muito Competente N (%)	TOTAL N (%)
Monitorizar	1 (1,3)	19 (24,7)	33 (42,9)	24 (31,2)	77 (100)
Decidir	1 (1,3)	21 (27,6)	35 (46,1)	19 (25,0)	76 (100)
Agir	0 (0,0)	3 (6,0)	17 (34,0)	30 (60,0)	50 (100)
Providenciar cuidados	0 (0,0)	11 (14,5)	21 (27,6)	44 (57,9)	76 (100)
Ajustar	1 (2,0)	6 (12,2)	16 (32,7)	26 (53,1)	49 (100)
Aceder a recursos	2 (2,6)	24 (31,6)	40 (52,6)	10 (13,2)	76 (100)
Trabalhar com a pessoa dependente	11 (14,7)	23 (30,7)	29 (38,7)	12 (16,0)	75 (100)
Negociar com o sistema de cuidados de saúde	10 (14,3)	32 (45,7)	18 (25,7)	10 (14,3)	70 (100)
<b>Global</b>	0 (0)	19 (25,0)	45 (59,2)	12 (15,8)	76 (100)



**Gráfico 1.** Nível médio de PAE global do MFPC para tomar conta em cada um dos momentos de avaliação (M1, M2, M3)

(M1) = 2,87); média (M2) = 2,92); média (M3) = 2,88), como verificámos pelo gráfico 1.

O nível de PAE do MFPC para tomar conta do doente com cancro coloretal durante o percurso terapêutico associa-se às características sociodemográficas do MFPC, às alterações na condição de saúde do doente no domínio do autocuidado, ao tempo de prestação de cuidados e à taxa de utilização de recursos. Os MFPC que percecionam maior autoeficácia são os mais novos e com níveis de escolaridade superior (tabela 8). Os MFPC mais novos são aqueles que também têm mais anos de escolaridade. Pensamos que a formação ao longo da vida, o acesso à informação através das novas tecnologias e a compreensão da informação transmitida pelos profissionais de saúde façam com que os MFPC percecionem maior habilidade e capacidade para realizarem as atividades.

A complexidade dos cuidados, a quantidade de cuidados e o tipo de cuidados dependem do nível de dependência (Campos, 2008). Por isto, os MFPC dos doentes mais dependentes tendem a ter menor PAE, ou seja, o número de atividades e a sua complexidade podem contribuir para uma menor perceção da capacidade para a sua realização (tabela 8).

Os MFPC com maior número de horas despendidas nos cuidados, bem como aqueles que cuidam há mais tempo tendem a apresentar maiores níveis de PAE (tabela 8). Segundo alguns autores, o facto de os MFPC cuidarem há mais tempo implica maior perceção acerca das suas capacidades físicas e psíquicas o que pode contribuir para uma maior PAE (Lage, 2007).

Os MFPC que utilizam mais recursos, quando considerados necessários, são aqueles que percecionam maior autoeficácia face às atividades que realizam (tabela 8). Pensamos que a PAE influencia as escolhas dos MFPC na procura de objetivos. As avaliações de autoeficácia de uma pessoa determinam o seu nível de motivação. É em função destas avaliações que a pessoa tem um incentivo para agir e decidir a direção das suas ações pelo facto de antecipar mentalmente o que pode fazer para obter resultados (Bandura, 1997;1993;1989).

**Tabela 8.** Correlação entre o nível global de PAE e as diferentes variáveis associadas ao processo de tomar conta em cada um dos momentos de avaliação [coeficiente de correlação de Spearman (rs)]

Momento de avaliação	Nível Global de PAE do MFPC	Valor de $r_s$	Valor de $p$
Início do percurso terapêutico (M1)	Nível global de dependência no autocuidado	0,46	0,02*
	Intensidade dos cuidados	-0,32	0,03*
Três meses após o início do percurso terapêutico (M2)	Nível de escolaridade	0,40	0,001*
	Idade do MFPC	-0,26	0,001*
Seis meses após o início terapêutico (M3)	Idade do MFPC	-0,25	0,03*
	Tempo de prestação de cuidados	0,33	0,005*
	Horas semanais de cuidados	0,26	0,02*
	Nível Global de dependência no autocuidado	0,26	0,02*
	Taxa global da utilização dos recursos	0,28	0,02*

$p < 0,05^*$

#### IV. Discussão

A evolução da PAE global do MFPC por cada domínio do autocuidado foi sempre positiva, ou seja, não se verificou qualquer evolução negativa entre M1 e M3. Os níveis de PAE do MFPC mais elevados, sempre acima da média global, registaram-se face à dependência do doente para “tomar banho”, “vestir-se e despir-se”, “alimentar-se”, “transferir-se” e “andar”. Os domínios do autocuidado onde os MFPC apresentaram níveis de PAE mais baixos foram

“virar-se”, “tomar medicação” e “colostomia”. Conscientes do número de dependentes, do tipo e nível de dependência na amostra do presente estudo, os resultados são concordes com o estudo desenvolvido por Petronilho (2013).

Os níveis de PAE do MFPC face à dependência para “tomar medicação” e “colostomia” registaram sempre valores abaixo da média global. Tendo em conta o tipo e o nível de dependência dos doentes ao longo do percurso terapêutico, pensamos que estes dois domínios exigem aos MFPC mais conhecimentos e aquisição de habilidades para tomar conta, daí a percepção de menos competência.

Encontramos na literatura diferentes estudos que descrevem as necessidades dos familiares cuidadores de doentes com cancro (Given et al., 2012; Northouse et al., 2010; Given et al., 2008; Schumacher et al., 2006; Given et al., 2001). Estes estudos são unânimes em que, por um lado, a gestão do regime medicamentoso é um dos cuidados diretos assumidos pelo familiar, mas por outro esta gestão vai para além da administração do medicamento, ou seja, implica a reconhecimento por parte dos familiares cuidadores, dos efeitos que lhes estão associados. É na identificação dos efeitos secundários da medicação onde os familiares cuidadores manifestam maiores dificuldades. Pensamos estar perante resultados que dão consistência ao nosso estudo e que de alguma forma explicam os níveis de PAE do MFPC mais baixos face à dependência para “tomar medicação”. De alguma forma os relatos dos MFPC também corroboram com esta ideia:

### Notas de Campo

---

*“Lavar o meu marido, ajudá-lo a vestir é tudo muito fácil, mas tenho muito medo de não fazer as coisas bem com os medicamentos” MFPC7(M3)*

*“São muitos comprimidos que o meu pai toma, ele já era uma pessoa doente, mas antes tomava sozinho” MFPC9(M2)*

*“Os outros comprimidos que ele toma eu já estava habituada, agora isto dos medicamentos do enjoo e da quimioterapia... E se não faço bem” MFPC21(M2)*

*“Tenho a responsabilidade de dar os medicamentos ao meu marido, já o fazia antes, mas agora a quimioterapia, fico ansiosa” MFPC51(M3)*

*“É para a tensão, é para a diabetes, para o reumatismo, agora para os enjoos, para as dores, parece um farmácia, eu não sou enfermeira” MFPC103(M3)*

---

A presença da colostomia é algo novo na vida do doente e do seu MFPC e que despoleta medos e ansiedades que decorrem do cuidar e da identificação de complicações. Os MFPC que cuidam de doentes com cancro colorretal com uma colostomia apresentam maiores níveis de depressão e ansiedade face aos doentes que não têm colostomia (Cotrim, 2007). Os relatos dos cuidadores corroboram com esta ideia:

### Notas de Campo

---

*“Da última vez que falamos o meu pai ainda ia ser operado, e agora tem o saco, ainda não estou preparada” MFPC10 (M2)*

*“Vou lá chegar para cuidar disto e vou conseguir, mas ainda não estou apta” MFPC11 (M1)*

*“Com ajuda da Sr<sup>a</sup> enfermeira eu vou conseguir, mas ainda não estou operacional” MFPC21 (M2)*

*“Ainda preciso de saber mais para cuidar disto” MFPC36 (M3)*

*“Isto é tudo novo, um dia vou ser apta” MFPC59 (M3)*

---

Relativamente à PAE dos MFPC para tomar conta em função dos “processos de cuidar” de Schumacher e colaboradores, verificámos que ao longo dos três momentos, globalmente os MFPC sentem-se “muito competentes” para “agir” e “providenciar cuidados”, sendo estes os processos de cuidar onde se registaram médias mais elevadas de PAE. A PAE do MFPC para “monitorizar”, “decidir”, “ajustar” e “aceder” situa-se ao longo dos três momentos de avaliação como “medianamente competentes”. Os “processos de cuidar” onde os MFPC se sentem como menos capazes são “trabalhar com a pessoa dependente” e “negociar com os serviços de saúde” e que ao longo do tempo apresentaram médias mais baixas de PAE.

Schumacher e colaboradores (2000) afirmam que os familiares cuidadores mais hábeis e mais ativos são aqueles que reconhecem com facilidade quando o doente precisa realmente de ajuda e que todo este processo é influenciado pelo relacionamento entre o cuidador e recetor de cuidados. “Trabalhar com a pessoa dependente” significa a partilha de cuidados relacionados com a doença (ibidem). Os MFPC da amostra demonstram dificuldade na partilha de cuidados com o doente por dois motivos, sendo o primeiro o de não agravarem os compromissos nos processos corporais e o segundo por recusa do doente em participar nos cuidados:

## Notas de Campo

---

*"Eu peço para ele não fazer nada, para não se cansar"*  
MFPC1(M1)

*"Ele anda triste e assim quando cuida dele são mimos"*  
MFPC11(M2)

*"Eu não quero que ele se canse"*MFPC19(M2)

*"Quando faz o tratamento se se mexe muito fica muito enjoado, então eu faço tudo"*MFPC29(M3)

*"O que vou fazer, ele não quer tratar do saco, tenho que o fazer eu"*MFPC40(M3)

*"Eu já nem insisto, ele diz logo que nem quer olhar, como é que vai fazer"*MFPC46(M3)

*"Em frente à Sr.<sup>a</sup> enfermeira diz a tudo que sim, mas depois diz-me fazes tu"*MFPC55(M3)

"Negociar com os serviços de saúde implica, por um lado, reconhecer que o doente foi atendido de forma adequada e que isto não depende exclusivamente dos familiares cuidadores, e por outro, que o familiar cuidador reconheça a necessidade de recorrer aos serviços de saúde (Schumacher et al., 2000). Parece residir nos MFPC a dúvida de quando recorrer aos serviços de saúde, ou seja, se as alterações na condição de saúde dos doentes implicam a necessidade dos profissionais de saúde, mesmo quando tenham sido instruídos nesse sentido. Os relatos abaixo corroboram com estes resultados:

## Notas de Campo

---

*"Já tive que ir com o meu pai à Urgência, se calhar fui eu que não me apercebi a tempo"*MFPC39(M2)

*"Sinto dificuldade em ter a certeza se está realmente tudo bem"*MFPC43(M2)

*"Não posso estar sempre a olhar para ele, isto parece uma obsessão, mas o medo de acontecer alguma coisa e eu não perceber"*MFPC55(M2)

*"A minha maior dificuldade é estar atenta e ter a certeza que está tudo bem ou não"*MFPC68(M3)

*"Às vezes ele fica pior, a enfermeira disse que isso podia acontecer, mas eu fico na dúvida se é melhor telefonar"*MFPC78(M3)

Schumacher e colaboradores (2006) organizaram as exigências do cuidar do doente oncológico no seio da família em nove "processos de cuidar". Os autores defendem que a avaliação das habilidades do familiar cuidador constitui

um indicador importante para os enfermeiros, na medida em que pode facilitar o exercício do papel. Assim a PAE pode ser definida como um indicador de processo na transição para o exercício do papel de MFPC. A utilização deste indicador permite aos enfermeiros por um lado identificar as dimensões do cuidar em que os MFPC se sentem menos competentes e por outro aumentar sua consciencialização para as reais necessidades em cuidados dos seus familiares. Neste sentido, considerámos a PAE uma variável importante no presente estudo. Em síntese, os MFPC que percecionam maior autoeficácia ao longo do tempo e face ao processo de tomar conta do doente com cancro colorretal dependente tendem a ser os que cuidam de doentes menos dependentes, que utilizam mais recursos, os que cuidam há mais tempo, os mais novos e com mais escolaridade.

A PAE tem provado ser um constructo bastante versátil, com aplicações em diversas áreas, desde a psicologia, à educação, às organizações e ao controlo e manutenção da saúde (Martins & Ribeiro, 2008). É definido como o julgamento que o indivíduo faz acerca das suas capacidades para a realização de uma tarefa específica (Bandura, 1997). Trata-se de uma avaliação ou percepção pessoal quanto à própria inteligência, habilidades e conhecimentos (Bzuneck, 2006).

A avaliação da PAE pode constituir um indicador importante face ao processo de transição vivido pelo MFPC. Isto porque níveis diversos de autoeficácia podem promover ou limitar a motivação para agir, supondo-se que uma autoeficácia elevada relaciona-se com melhor saúde, realização escolar ou integração profissional, em suma, melhores perfis de participação social (Martins et al., 2008).

## V. CONCLUSÕES

A pessoa motivada envolve-se no processo de transição, tem vontade de aprender e cria expectativas positivas face aos objetivos. A percepção de autoeficácia interfere na motivação, pelo que serve de referência para que o indivíduo estabeleça metas e controle os esforços em relação ao que tem que realizar (Bandura, 1989). Os resultados desta investigação mostram que ao longo dos seis meses de avaliação os MFPC mostram-se competentes para a realização das atividades inerentes ao processo de tomar conta tendo em conta o tipo e a dependência dos doentes da amostra. Este nível de competência percecionado pelos MFPC poderia traduzir uma evolução positiva na transição. Con-

tudo estamos conscientes que a avaliação da percepção de autoeficácia se limita às atividades realizadas pelos MFPC face à dependência para o autocuidado. Tendo em conta o perfil de cuidados assumidos por estes cuidadores, fica a descoberto um conjunto de atividades em que desconhecemos a autoeficácia percebida pelos MFPC, nomeadamente na monitorização de sinais e sintomas e na gestão da dieta. Apesar disto continuámos a defender que a avaliação da percepção de autoeficácia constitui um indicador importante para os enfermeiros na monitorização da transição para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados de um doente com cancro.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura, A. (1989). Social Foundations of Thought & action. *American Psychologist*, 44, pp. 1175-1184.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-efficacy in cognitive Development and Functioning. (3<sup>rd</sup> ed., Vol. 28). *Educational Psychologist*.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy. *The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bzuneck, J. A. (2006). A motivação do aluno: Contribuições da Psicologia Contemporânea. Petrópolis: Vozes.
- Campos, J. (2008). Integração na família de uma pessoa dependente no autocuidado - impacto da acção do enfermeiro no processo de transição. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre pela Universidade Católica Portuguesa.
- Cotrim, H. (2007). Impacto do Cancro colorectal no doentes e cuidadores/família: Implicações para o cuidar. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel salazar, Porto.
- Duque, H. (2009). O doente dependente no autocuidado - estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros. Tese de Mestrado em Enfermagem Avançada pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa., Porto.
- Fletcher, B., Miskowski, C., Given, B., & Schumacher, K. (2012). The Cancer family caregiving experience :An update and expanded conceptual model. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, pp. 387-398. doi:10.1016
- Given, B., Given, C., & Kozachik, S. (2001). Family Support in Advanced Cancer. *Cancer Journal Clinic*, 51, pp. 213-231.
- Given, B., Given, C., & Sherwood, P. (2008). What Knowledge and Skills do Caregivers need? *Journal of Social Work Education*, 44, pp. 115-123.
- Given, B., Given, C., & Sherwood, P. (Março/Abril de 2012). Family and Caregiver Needs over the course of the cancer Trajectory. *The Journal of Supportive Oncology*, 10. doi:10.1016/j.suponc.2011.10003
- Given, B., Jeons, S., Sherwood, P., & Rahbat, M. (2006). The impact of providing symptom management assistance on caregiver reaction: Results of a randomized trial. *Journal of pain and symptom management*, 32, pp. 433-442. doi:10.1016
- ICN. (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Imaginário, C. (2002). O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau.
- Lage, M. I. (2007). Avaliação dos cuidados aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto., Porto.
- Leão, A. (2012). A percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados após o internamento do familiar dependente. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- Leite, P. (2012). Avaliação da percepção da autoeficácia do prestador de cuidados. Dissertação de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica entregue à Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Martins, T. (2011). A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do Concelho de Lisboa: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Avançada apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa., Lisboa.
- Matias, L. (2011). Tomar conta de dependentes em casa: estudo exploratório acerca dos recursos utilizados pelos membros da família prestadores de cuidados no concelho de Lisboa. Dissertação apresentada ao Instituto da saúde da universidades Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre.
- Meleis, A. (2010). Transitions theory: Middle-range and Situation-Specific. *Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Neves, S. P., & Faria, L. (2009). Auto-conceito e auto-eficácia: Semelhanças, Diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 6, pp. 206-218.
- Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Song, L., Zhang, L., & Mood, D. W. (Setembro/Outubro de 2010). Interventions With Family Caregivers of cancer patients: Meta-Analysis of randomized Trials. *Cancer Journal of Clinicians*, pp. 317-339. doi:10.3322/caa.20081
- Pereira, F. (2007). Informação e Qualidade do Exercício profissional dos Enfermeiros: Estudo Empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem. Dissertação da tese de Doutoramento apresentada à Universidade do Porto pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Petronilho, F. (2013). A alta hospitalar do doentes dependente no autocuidado: Decisões, Destinos; padrões de assistência e de utilização de recursos. Estudo exploratório sobre o impacto nas transições do doente e no familiar cuidador. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem pela Universidade de Lisboa.
- Pinto, C. (2007). Cuidados prestados pelo cuidador informal. Como promover a sua proficiência? Dissertação para obtenção ao grau de mestre em oncologia entregue ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar pela Universidade do Porto.
- Queirós, C. (2011). Avaliação da percepção da autoeficácia do membro da família prestador de cuidados que cuida da pessoa dependente no concelho do Porto. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Avançada.
- Schumacher, K., Bleidler, S., Beeber, A. S., & Gambino, P. (2006). A Transactional Model of Cancer family caregiving skill. *Advances in Nursing Science*, 29, pp. 271-286.
- Schumacher, K., Stewart, B., Archold, P., Dodd, M., & Dibble, S. (2000). Family Caregiving Skill: Development of the concept. *Research in Nursing & Health*, 23, pp. 191-203.
- Silva, A. P. (2007). "Enfermagem Avançada": Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, pp. 11-20.
- Silva, R. (2011). A dependência no autocuidado nos seios das famílias clássicas no Concelho do Porto: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Avançada pelo instituto de Ciências da saúde da Universidade Católica Portuguesa., Lisboa.
- Taylor, C. (2008). Supporting the carers of individuals affected by colorectal cancer. *British Journal of Nursing*, 17.
- Zulkosky, K. (2009). Self-Efficacy: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 44.

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<sup>\*\*</sup>

<sup>\*\*</sup>Não está ajustado para comparações múltiplas.

Quase duplicação da Sobrevivência a 1 e 2 anos em doentes previamente tratados<sup>1</sup>

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

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

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

### Indicação

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

<sup>\*\*</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 ( $\geq 10\%$  dos doentes) foram diarreia, erupção cutânea, prurido, fadiga,

náuseas, vômitos, apetite diminuído e dor abdominal. A maioria foram ligeiras a moderadas (grau 1 ou 2). A terapia com ipilimumab foi interrompida devido a reações adversas em 10% dos doentes. Ipilimumab é associado a reações gastrointestinais imunitárias graves. 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

# INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO DOENTE: ATÉ ONDE PODEMOS IR?

Carla Reigada

Doutoranda em Psicologia; Assistente Social / Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto; Centro Hospitalar de São João, Porto  
carlanela@portugalmail.pt

José Luís Pais-Ribeiro

Professor Associado / Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto  
jlpr@fpce.up.pt

Ana Novellas

Professora Associada; Trabalhadora Social / Universidade de Barcelona; Intituto Catalão de Oncologia, Barcelona,  
anovell@iconcologia.net

José Luís Pereira

Professor; Director Clínico / Universidade de Ottawa, Canada; Bruyère Continuing Care, Ottawa  
jpereira@bruyere.org

Estudo patrocinado pela Bolsa de Investigação Isabel Levy da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

**RESUMO:** Trata-se de um artigo teórico de índole crítica sobre o tema da família no contexto da saúde. Este texto, baseado essencialmente em oito artigos científicos selecionados pelos autores e no livro “Family Carers in Palliative Care”, convida-nos à reflexão do conceito de família nos dias de hoje e o papel que este grupo ocupa na nossa sociedade quer enquanto pessoas, cuidadores e/ou profissionais. Em cada sub-tema terminaremos com pequenas questões com fim de promover a reflexão. O presente artigo não pretende criar uma teoria, pesar juízos de valor, mas apenas ir de encontro àquilo que muitos profissionais de saúde talvez já tenham sentido e reflectido: como tratamos e lidamos com os nossos familiares cuidadores?

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados paliativos, equipa, cuidadores, atuação ética.

**ABSTRACT:** *This is a critical deliberation about the subject of family in the health context. This text, based mainly on 8 selected scientific articles and on the book “Family Carers in Palliative Care”, invites us to consider the concept of family in our days and the role this group plays in our society, either as individuals, carers and/or professionals. In each sub-theme you can find some deep issue because that is, in fact, exactly what we intended to do: to provide food for thought. It is not our intention to outline a theory, neither the judgment of values about what is good and what is not so good. Our intent is to go against what many of us “health professionals” probably have already felt and considered once: How should we treat and deal with our family’ caregivers.*

**KEYWORDS:** *Palliative care, team, caregivers, ethical intervention.*

## Introdução

Vários estudos têm sido desenvolvidos no sentido de entender melhor as necessidades e motivações do grupo cuidador de doentes em intenso sofrimento, que luta para se reorganizar e fazer jus àquilo que a sua consciência, ou “obediência”, pedem de si.

Hoje em dia falamos do conceito de família como algo em constante mudança, mas a verdade é que a essência do

conceito que surgiu nos anos 60 se mantém: a família é a origem (Minuchin, 1990; Alarcão, 2006; Percy, 2011). Esta visão desafia-nos a pensar que não foi o conceito (família) *per se* que mudou, mas sim as pessoas no seu individual, a sua estrutura, os papéis, a hierarquia e as relações de poder que se vão estabelecendo e modificando neste grupo. A família passa de uma rede extensa (conceito de família alargada) para uma rede mais nuclearizada, desmembrada

e mais individual, e cada vez mais os novos conceitos de família e as suas relações são aceites e consideradas como válidas (Alarcão, 2006; Percy, 2011).

Na época pós-moderna, a família é vista como um grupo onde vão sendo integradas pessoas que se consideram parte da vida e do caminho de alguém, mesmo sem existirem laços de consanguinidade. A família, independentemente dos conceitos alternativos que lhe vão sendo associados, é na sua essência uma estrutura dinâmica de desenvolvimento social centrada numa cultura de amor e sua realidade oferece-nos raízes para que possamos construir um futuro (Reigada, 2010).

Uma das questões centrais deste artigo narrativo é (re)pensar a família (aqui sinónimo de cuidadores familiares) na sociedade, reflectindo sobre uma etapa específica do ciclo vital familiar como é a crise gerada pelo aparecimento de uma doença incurável e progressiva. Como é vista a família? Que conceito permanece na sociedade? Como se encontra a família envolvida e implicada nos cuidados ao doente? Queremos aqui proporcionar uma reflexão crítica de como a família é integrada nos cuidados à pessoa doente e também repensar a forma como os profissionais de saúde se relacionam e cuidam este grupo definido, audaciosamente desde logo, como o grupo “cuidador”.

### I. Desafios das “Novas Famílias”

Hoje em dia a família pode ser considerada o grupo de risco do Séc. XXI. Segundo Ruder (2008), desde sempre que este núcleo foi visto como um grupo de suporte para as crianças, os idosos e os mais vulneráveis, e à medida que os anos avançam cada vez mais se o sobrecarrega por questões culturais, laborais, económicas, sociais e relacionais. A industrialização, a entrada da mulher no mercado de trabalho, a migração das populações mais jovens, a diminuição da natalidade, o desenvolvimento da medicina, a legalização do divórcio e dos casamentos homossexuais, vieram contribuir para uma mudança drástica na sociedade e especificamente vieram contribuir para transformar o conceito de disponibilidade da família para cuidar. Por consequência, a família de hoje sente mais dificuldade no âmbito laboral, tem menos tempo, tem menos filhos, tem mais dificuldades económicas, tem menos apoios do estado e as distâncias geográficas entre os elementos familiares são maiores (consequência da migração) (Twigg, 2010).

Hoje em dia as pessoas doentes vivem mais tempo,

e isso não só acresce a carga de cuidar como também o tempo de cuidar, impondo novas reorganizações. Por estas razões, novos tipos de família foram-se construindo ao longo dos anos: do conceito tradicional de estrutura alargada ou extensa foi-se progressivamente tornando nuclear ou simples, reconstituída, monoparental ou mesmo unitária (Alarcão, 2006; Caniço, Bairrada, Rodríguez & Carvalho, 2010).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2011 as famílias com 5 ou mais pessoas representavam 6,5% da população portuguesa enquanto que em 2001 esse valor era de 9,5% e em 1991 de 15,4%. Em sentido oposto aumentou a importância das famílias de menor dimensão (com 1 e 2 pessoas) representada em 2001 e 2011 por 21,4% e 31,6% respectivamente. O número de famílias institucionais também aumentou na última década (cerca de 25%) o que de certa forma traduz o recurso necessário para fazer face às necessidades de um inverno demográfico (Inverno Demográfico, s.d.). Cerca de 60% da população idosa vive só ou com pessoas também idosas e tal fenómeno tem vindo a aumentar na última década.

Em Portugal, em 1981, cerca de ¼ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% encontrava-se no grupo etário dos 65 anos ou mais. Porém, em 2011, Portugal apresentava cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 anos ou mais (Instituto Nacional de Estatística, 2010, 2011).

Por forma a repensar a (re)evolução da família, o Quadro 1 descreve sumariamente as alterações registadas a nível da população portuguesa desde o ano de 1999.

Podemos constatar que nos últimos anos a população tem vindo a diminuir, registando-se uma acentuada redução da taxa de natalidade e fecundidade, que não é totalmente compensada pela redução da taxa de mortalidade e aumento da esperança média de vida à nascença.

Os casamentos, considerados os grandes criadores de famílias, surgem cada vez mais tarde e mesmo assim têm vindo a diminuir, sendo que, quando se realizam, são quebrados pelo número de divórcios, que tem vindo a aumentar. Especificamente no que concerne à estrutura familiar, o indicador “casamentos com filhos não comuns” tem vindo a aumentar, construindo assim novas formas de família, tal como referido anteriormente. Em suma, existem cada vez menos jovens e cada vez mais pessoa idosas e possível-

mente cada vez mais dependentes. Sendo assim, quem irá prestar o cuidado no futuro?

## II. As necessidades (não) reconhecidas

No âmbito da saúde as necessidades familiares são valorizadas e tomadas como objecto de intervenção. Uma das grandes áreas que tem a família no seu alvo de intervenção são os cuidados paliativos (CP). Os profissionais que ali trabalham apostam na qualidade de informação, pois esta é reconhecida como uma necessidade geral, bem como o apoio psicológico, o suporte domiciliário, o apoio espiritual e económico, a comunicação e o auto-cuidado (Milne & Quinn, 2011). Fridriksdottir, Sigurdardottir e Gunnarsdottir (2006) referem num dos seus estudos que quando o doente se encontra internado numa unidade de cuidados paliativos a necessidade dos familiares são mais valorizadas do que em outro tipo de internamento e o risco de esgotamento mental, emocional, problemas de saúde, luto complicado e antecipatório, tristeza e depressão é frequentemente avaliado. Contudo, um outro estudo de Hudson (2006) demonstrou que os familiares sentem também necessidade de que sejam os próprios serviços os primeiros a partilhar informação e a ter uma boa comunicação entre si.

A ideia de que os profissionais de saúde reconhecem claramente as necessidades dos cuidadores e estão atentos a elas pode muitas vezes ser um pouco superficial (Ferrel, Borneman & Thai, 2011). À volta destas “necessidades reconhecidas” outras são criadas, o que disputa conflitos internos entre os cuidadores (“família”) e a equipa de saúde. Vejamos um exemplo comum: as mulheres continuam a ser por norma o centro da família e são habitualmente vistas por todos como habilitadas para cuidar; por outro lado, perante um homem cuidador a equipa aumenta a sua atenção, e a probabilidade de este ter mais apoio é maior (Ruder 2008; Kellehear, 2011). Levantam-se aqui questões éticas no cuidar. Por quem sentimos mais compaixão? Por quem somos mais solidários? Por quem temos mais tolerância? Com o cuidador homem ou com o cuidador mulher?

**Quadro 1:** População e indicadores demográficos - Portugal, 1999-2010

	População, indicadores e taxas	1999	2002	2005	2009	2010
POPULAÇÃO	População média (Nº)	10 171 949	10 368 403	10 549 424	10 632 482	10 637 346
	Saldo migratório (Nº)	38 000	70 000	38 400	15 408	3 815
	Jovens (%0)	24,0	23,4	23,1	22,7	22,7
	Idosos (%0)	23,7	24,7	25,4	26,7	27,2
	Índice de envelhecimento (%)	98,8	105,5	110,1	117,6	120,1
NATALIDADE	Taxa bruta de natalidade (‰)	11,4	11,0	10,4	9,4	9,5
	Taxa de fecundidade geral (‰)	44,6	43,7	41,8	38,7	39,8
	Idade média da mãe ao nascimento do 1º filho	26,4	27,0	27,8	28,6	28,9
MORTALIDADE GERAL	Taxa bruta de mortalidade (‰)	10,6	10,2	10,2	9,8	10,0
	Idade mortalidade (80-84)	--	--	20 576	20 175	20 252
	Esperança média de vida à nascença (anos)	75,74	76,71	77,69	78,88	79,20
NUPCIALIDADE	Casamentos (Nº)	68 710	56 457	48 671	40 391	39 993
	Casamentos sexo masculino (nº)	--	--	--	--	177
	Casamento sexo feminino (nº)	--	--	--	--	89
	Idade média da mulher ao 1º casamento	25,6	26,4	27,3	28,6	29,2
	Idade média do homem ao 1º casamento	27,3	28,0	28,9	30,2	30,8
	Casamentos com filhos comuns	--	--	4 664	4 070	--
	Casamentos com filhos não comuns	--	--	8 053	7 293	--
Divórcios	--	--	22 576	26 176	27 556	

Fonte: adaptado de Instituto Nacional de Estatística (2010).

Independentemente da reflexão intrínseca de cada um, reconhecemos a importância da família no desenvolvimento da comunidade e nos sistemas políticos e institucionais. Mas também reconhecemos que se os referidos sistemas contemplassem a qualidade de vida dos cuidadores, tal como a Organização Mundial de Saúde (OMS), não

seriam vistos como recipientes de cuidados, mas sim como possíveis consumidores do sistema de saúde (Hudson & Payne, 2011). Que sistema público existe actualmente para apoiar a família no cuidado em casa?

### III. Como a Equipa vê a Família

Ruder (2008) afirma que mais frequentemente os cuidadores são alvo de cuidados quando estão envolvidos no cuidado ao doente em condição paliativa. Talvez as necessidades da família fiquem aquém da exploração devida e muitas vezes são somente entendidas pelos profissionais de saúde como mais um recurso para ajudar o doente, ainda que a intenção de fundo se assuma não ser esta.

A família é vista frequentemente como um recurso em vez de ser vista como um alvo para cuidar. Neste sentido, os cuidadores correm o risco de ser quase como uma segunda empresa onde se delegam os cuidados quando o doente não necessita mais de internamento hospitalar, e o melhor de tudo é que esta “empresa” desempenha esta função sem ser remunerada, pois é vista como um grupo que detém a “obrigação” de fazê-lo (Twigg, 2010). Ainda hoje a sociedade entende que é contranatura não cuidar das pessoas que residem ou convivem mutuamente, e não se assume que o agir humano deve assentar em duas condições essenciais: na consciência moral e no agir ético.

Segundo Twigg (2010) existem três modelos de relação possíveis que surgem entre as instituições (hospitales/unidades de internamento) e os cuidadores, e que condicionam a forma como a equipa lida com os cuidadores:

1. Os cuidadores são vistos como recurso;
2. Os cuidadores são vistos como colaboradores;
3. Os cuidadores são vistos como clientes.

O modelo que considera o cuidador como um recurso indica a suposição implícita de que a família deve cuidar. Este é um conceito culturalmente esperado, onde o principal foco se centra única e exclusivamente no bem-estar do paciente. Neste modelo existe uma falha de base: como considerar a família um recurso sem sequer saber se esta é dotada de recursos para cuidar? Porém, neste modelo não se valoriza a possibilidade de existência de conflitos entre quem cuida e quem é cuidado e por isso a autonomia é defendida em prol do bem-estar do doente.

No segundo modelo os cuidadores são considerados colaboradores, ou seja, as equipas e as instituições aceitam partilhar o seu espaço, tempo e dedicação, ainda que

o fundo e o propósito fundamental continuem a não ser autênticos. Esta suposta dedicação ao grupo cuidador faz-se em nome do bem-estar do doente no sentido em que, se o cuidador tem bem-estar, também o paciente poderá ter. Assim sendo, nesta forma de actuar o investimento dos profissionais nos cuidadores é feito de forma interessada, tendo como objectivo central que o doente seja cuidado. O grande risco deste modelo é que se poderá estar a olhar demasiado para as questões instrumentais deixando outras dimensões de serem trabalhadas.

O modelo que considera os cuidadores como clientes tem por base as suas necessidades e reconhece-as como sendo também da responsabilidade das equipas e instituições. É aqui nesta forma de actuar que os 3 modelos se vão combinar, influenciados naturalmente pela própria cultura, religião, tradição, história e estrutura de uma sociedade.

A responsabilidade de cuidar engloba questões centrais como questões médicas, físicas, financeiras, emocionais, de decisão e de organização. A somar a tudo isto estão as consequências que advêm do cuidar, tais como fadiga, sonolência, insónia, depressão, ansiedade, burnout e elevado risco de mortalidade. O apoio psicossocial pode ser a chave para apoiar doentes e famílias e grupos de cuidadores aumentando a sua autoestima, adaptação e capacitação. A comunicação e construção de relações sólidas são a chave para que a família se comece a sentir acompanhada (Hudson, Remedios & Thomas, 2010).

Uma revisão sistemática realizada por Hudson et al. (2010), teve como objectivo averiguar que tipos de intervenções psicossociais se realizam às/com as famílias e descobriu que assentam em 4 intervenções chave: programas educativos, conferências familiares, suporte telefónico e grupos de suporte (auto-ajuda). Estas são algumas estratégias que podem ajudar a família a cuidar, ou seja, antes de exigir o cuidado é necessário educar a vários níveis como: gestão da medicação, gestão de sintomas, saber o que fazer em determinado momento, e assim o cuidador é ensinado a cuidar do paciente. Neste mesmo artigo de Hudson podemos encontrar algumas afirmações que descrevem ideias como: o cuidador deve ser entendido e ajudado; o cuidador deve ser instruído; o cuidador deve ser ensinado a notificar; o cuidador deve ser advertido; o cuidador deve ser a melhor fonte de informação a seguir ao doente.

Ficamos com a ideia de que realmente o cuidar pode tornar-se uma actividade solitária e deprimente. Conseguir-

rei eu, profissional de saúde, reconhecer as necessidade dos familiares cuidadores *per se*? (Twigg, 2010) Ou vemo-los apenas como meio para chegar a um fim? Como integrar a família nos cuidados sem esquecer que ela deve ser também alvo de cuidados?

#### IV. Como a Família quer ser vista pela Equipa

A família quer e merece reconhecimento e um dos papéis da equipa é potenciar este valor, esta vontade, e trabalhar para reconhecer e para que haja reconhecimento da família, ainda que hoje se mantenha a tendência geral das equipas para se centrar nos cuidados aos pacientes. Normalmente a experiência de cuidar tem um impacto positivo na vida da pessoa que cuida. Contudo, não podemos descurar a inevitabilidade de acontecerem experiências menos positivas. É importante que a equipa previna e atenua estas experiências mediante a evidência e avaliação de alguns factores condicionantes como seja a idade dos envolvidos; a existência de problemas de saúde nos cuidadores (doenças, sintomas), as preocupações financeiras, a educação limitada, os sintomas de difícil controlo (como seja o *delirium* no paciente) e o tempo de cuidado (a curto, médio ou longo prazo) (Milne & Quinn, 2011).

Educar o olhar para aquilo que a família quer de mim enquanto profissional, é o desafio que convida à reflexão seguinte.

Quadro 2: Quem cuida quer:	
Ser visto como importante e útil no cuidado ao seu ente querido, mas sabe que não o pode fazer sozinho e por isso apela a equipas especializadas para que o orientem em casa.	Ser informado, mas não de uma forma directiva; é importante haver oportunidade de colocar questões quantas vezes considerem necessárias, e por vezes até seria útil que essa informação fosse escrita.
Que se entenda que as suas necessidades não são estanques, são inconsistentes e alteráveis; não são gerais, mas sim particulares e distintas.	Ser reconhecido como pessoa única com uma vivência exclusiva, logo merece um apoio personalizado e direccionado ao seu bem-estar.
Ser apoiado na solidão, na raiva, na ansiedade, nos ressentimentos, nas incertezas acerca do momento da morte. Quer ter alguém com quem falar e exprimir emoções; quer uma intervenção empática e uma escuta activa.	Privacidade e segurança; quer poder expressar as suas dúvidas sem estar perto do doente de modo a não comprometê-lo.
Instrução e educação em pontos práticos do cuidar.	Ter uma relação próxima com o médico e ser membro envolvido na tomada de decisão.
Ser apoiado financeiramente.	Declarar-se no direito de manter o seu emprego e suas atividades lúdicas.

Todos os intentos acima descritos permitem a uma equipa reconhecer que é necessário trabalhar as relações de cuidado, isto é, trabalhar para que todos os implicados possam manter as seis sensações necessárias a uma relação terapêutica: sensação de segurança, sensação de pertença, sensação de missão, sensação de continuidade, sensação de sentido da vida e sensação de realização (Fridriksdottir et al., 2006; Ashby & Mendelson, 2011; Nolan & Hudson, 2011; Stajduhar & Cohen, 2011).

São as intervenções específicas que vão ter resultados, ainda que muitas vezes não imediatos (Novellas & Pajuelo, 2003).

Reconhece-se que as intervenções alternativas para a família, como massagens terapêuticas ou pequenos períodos de internamento para os doentes, podem também contribuir para diminuir a ansiedade e aumentar o bem-estar do cuidador e assim sentirem que também estão a ser cuidados (Nolan & Hudson, 2011). É urgente mudar a visão de que a família é uma “fábrica do cuidar” para que se possa dar lugar à humanização.

#### V. Até onde podemos ir?

Em relação aos cuidadores, como ajudar e integrar efetivamente? Apoiando-os, descobrindo a melhor maneira de fazê-lo e reflectindo sobre em que assenta a sua base.

Munuera (2003) reconhece que pela mediação é feita a verdadeira intervenção. A mediação permite solucionar um conflito de modo construtivo na medida em que se reconhece que por detrás desse conflito existem pessoas com capacidades, possuidoras de uma dignidade valiosa e intrínseca, ou seja, residente em si mesmo. Todos os participantes envolvidos numa tomada de decisão (equipa, doente e cuidadores) devem negociar uma solução pela mediação e todas as soluções devem satisfazer todos por igual. A mediação permite a capacitação de uma forma autodeterminada e, por sua vez, permite que as tomadas de decisão sejam centradas nas vontades e motivações de cada um.

Negociar é diferente de mediar. O primeiro conceito remete-nos para a intenção de chegar a um acordo e o segundo para a intenção de permitir a reflexão. Assim, podemos dizer que a intenção é a estrutura base da actuação do profissional de saúde (Munuera, 2003). Quero chegar a um acordo ou quero permitir chegar a um acordo?

## Conclusão

São os casos de grande complexidade que chegam normalmente às equipas de saúde. A crise gerada pela entrada da doença numa família pode ser considerada uma crise paranormal, portanto, será muito mais difícil ser trabalhada (Alarcão, 2006). Considerando as emoções como a base dessa desordem, a mediação pode ser uma técnica de trabalho a ter com a família. Com este instrumento reconhece-se que alguém ganha na medida em que alguém ganha, em contraposição às situações ganha-perde ou perde-perde.

Entre os profissionais e famílias há muitas vezes sentimentos e visões diferentes fazendo com que, muitas vezes, as famílias se sintam isoladas, incompreendidas e abandonadas; sentem-se pressionadas a dividir a sua atenção por inúmeras tarefas que têm de aprender a lidar, pois poucos lhes reconhecem alguma alternativa. A consequência desta pressão pode resultar em claudicação.

Apesar de se identificarem barreiras emocionais e instrumentais, seria interessante realizar um estudo de investigação que permitisse identificar a pressão que os recursos de saúde exercem sobre a família, comparando ambas perspectivas, para que desta forma as equipas tenham oportunidade de proporcionar um cuidado mais directo e personalizado ao cuidador.

## REFERÊNCIAS

1. Minuchin, S. (1990). *Famílias, funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
2. Alarcão, M. (2006). (des)Equilíbrios familiares. Coimbra: Quarteto.
3. Percy, A. (2011). A cura espiritual de Siddhartha: a sabedoria de Hermann Hesse. Alfragide: Estrela Polar.
4. Reigada, C. (2010). Ir cada vez mais além. In Neto, I. (coord) (2010). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Aetheia Editores.
5. Ruder, S. (2008). The Challenges of Family Member Caregiving: How the Home Health and Hospice Clinician Can Help at the End of Life. *Home Healthcare Nurse*, 6 (2).
6. Twigg (2010). Models of Carers: How Do Social Care Agencies Conceptualise Their Relationship with Informal Carers? *Journal of Social Policy*, 18(1), 53-66.
7. Caniço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E. & Carvalho, A. (2010). *Novos tipos de família. Plano de cuidados*. Editora: Imprensa da Universidade de Coimbra.
8. Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Indicadores sociais*. Lisboa: INE.
9. Milne, D. & Quinn, K. (2011). Family carers of people with advanced cancer. In Hudson, P. & Payne, S. (2011). *Family carers in palliative care* (pp.211-230). New York: Oxford
10. Fridriksdottir, N., Sigurdardottir, V. & Gunnarsdottir, S. (2006). Important needs of families in acute and palliative care settings assessed with the family inventory of needs. *Palliative Medicine*, 20, 425-432.
11. Hudson, P. (2006). How well do family caregivers cope after caring for a relative with advanced disease and how can health professionals enhance their support? *Journal of Palliative Medicine*, 9 (3), 694-703.
12. Ferrel, B., Borneman, T. & Thai, C. (2011). Family caregivers in hospitals and palliative care units. In Hudson, P. & Payne, S. (2011). *Family carers in palliative care* (pp.131-147). New York: Oxford University Press.
13. Kellehear, A. (2011). Understanding the social and cultural dimensions of family caregiving. In Hudson, P. & Payne, S. (2011). *Family carers in palliative care* (pp21-36). New York: Oxford University Press.
14. Hudson, P. & Payne, S. (2011). The future of family caregiving: research, social policy and clinical practice. In Hudson, P. & Payne, S. (2011). *Family carers in palliative care* (pp.277-303). New York: Oxford University Press.
15. Hudson P, Remedios C, Thomas K. (2010). A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. *BMC Palliative Care*, 9(7), 2-6. doi:10.1186/1472-684X-9-17.
16. Nolan, M. & Hudson, R. (2011). Family and palliative care in care homes for older people. In Hudson, P. & Payne, S. (2011). *Family carers in palliative care* (pp.169-189). New York: Oxford University Press.
17. Stajduhar, K. & Cohen, R. (2011). Family caregiving in the home. In Hudson, P. & Payne, S. (2011). *Family carers in palliative care* (pp.149-168). New York: Oxford University Press.
18. Novellas, A. & Pajuelo, M.M. (2003). *Atención a los familiares del enfermo en cuidados paliativos*. Las Palmas: Editorial Gafos.
19. Munuera Gómez, PILAR (2003). *Mediación, nueva estrategia de comunicación en Cuidados Paliativos*. Medicina Paliativa, 10.

**AEOP EM PARCERIA COM A SIOG 2014**



De 23 a 25 de Outubro realiza-se em Lisboa a 14.ª Conferência Anual da Sociedade Internacional de Oncologia Geriátrica (SIOG).

Este ano, a SIOG celebra a sua missão, reunindo especialistas multidisciplinares em cancro e envelhecimento através do tema da sua conferência anual “Bringing Two Worlds Together: Oncology and Geriatrics”. A AEOP estará presente como sponsor científico. Toda a informação deste evento estará disponível no nosso site.

**EONS 9 [Istambul, 18-19 Set. 2014] AEOP estará presente**

Decorrerá em Setembro em Istambul, Turquia, o 9.º Congresso Europeu de Enfermagem Oncológica. Pela primeira vez, a AEOP está representada na comissão científica e conta ainda com a participação de colegas portugueses nas sessões científicas e na moderação das mesmas. O programa científico pode ser consultado através do nosso site em [www.aeop.net](http://www.aeop.net)

## AEOP LANÇA LIVRO SOBRE DOR IRRUPTIVA

Durante o Curso sobre Dor Irruptiva que decorreu à margem da Reunião da AEOP 7, foi apresentado o livro com as *guidelines* internacionais da Dor Irruptiva, tradução do documento da EONS, validado e revisado pelos colegas do Grupo das Práticas Clínicas - AEOP Grupo Dor. Este livro está a ser divulgado e oferecido a todos os colegas interessados.



## SOCIAL SUPPORT SARCOMA Fase de recrutamento



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.

## NVIQ PROJETO EDUCACIONAL LANÇAMENTO DE DOCUMENTOS EDUCACIONAIS

Com a implementação deste projecto educacional, concluímos no final de Janeiro de 2014 os documentos educacionais dirigidos a doentes e aos profissionais sobre estratégias eficazes de controlo das NVIQ.

Para os doentes em tratamento com quimioterapia e radioterapia, divulgamos um *toolkit* com informação relevante. Para a população em geral, divulgamos informação relevante na página Web da MSN Saúde. Para os profissionais, apresentamos dois documentos educacionais: um *tool* com informação de acesso rápida e resumida sobre as *guidelines* de tratamento; outro mais estruturante a que chamamos Linhas de Orientação, como estratégia de prevenção do sintoma Náusea e Vômito. Todos estes documentos foram construídos a partir de um grupo alargado de discussão nacional e dos workshops realizados em Lisboa, Porto e Coimbra. Foram apresentados e distribuídos na última Reunião Nacional da AEOP em Maio.



## AEOP GRUPO DOR Survey Dor



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 seus resultados servirão para um projecto investigacional a ser desenvolvido nesta área.

## AEOP 7: DECORREU NO LUSO, 22-24 MAIO 2014



Pelo 7.º ano consecutivo, a AEOP realizou a sua Reunião Nacional, na bonita vila do Luso, local emblemático onde a actividade científica aliada com o encontro entre gerações e colegas de diferentes unidades de oncologia e de diferentes hospitais fizeram desta reunião mais um êxito nacional.

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

Tivemos:

- 2 Cursos Pré Reunião
- 280 Congressistas inscritos
- 25 Trabalhos em poster
- 2 Palestrantes Internacionais
- Programa Social

Dos 25 trabalhos apresentados na AEOP 7, foram premiados:

### Trabalhos Boas Práticas

1.º – *Projecto de vacinação dos doentes submetidos a Transplante Alogénico de Células Progenitoras da Hematopoiese (TCPH)* - [Lucia M. Bacalhau, IPO Lisboa]

2.º – *Boas práticas na administração de quimioterapia intratecal - Monitorização de um projecto de melhoria* [Helena Xavier, Cândida Damião, Outros.CH Lisboa Central]

### Trabalhos Investigação

1.º – *Intervenções de Enfermagem com resultados na adaptação em mulheres com cancro mama* [Luís Ferreira, Inês Cruz, Outros. ESE Porto]

2.º – *A pessoa com dor crónica: Estratégias de coping* [Ana Leonor, Paulino Sousa. ESE Porto]

Na sessão de encerramento ficaram definidos os dias 23 e 24 de Maio de 2015 para a realização da AEOP8, na vila de Monte Real, Leiria.

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 PELE

INFARMED APROVA YERVOY DA BRISTOL-MYERS SQUIBB



A Bristol-Myers Squibb (BMS) anuncia, em comunicado de imprensa, que o Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde autorizou, para utilização em meio hospitalar no tratamento do melanoma avançado em doentes adultos previamente tratados, o medicamento YERVOY® (ipilimumab), uma imunoterapia inovadora que vem preencher uma lacuna existente nesta área terapêutica.

Esta decisão é saudada pela Bristol-Myers Squibb e médicos envolvidos no tratamento e na assistência de doentes que lidam com esta doença devastadora, onde a esperança média de vida através da quimioterapia convencional é de apenas seis a nove meses.

A decisão tomada pelo Infarmed simboliza um importante marco no tratamento do melanoma avançado. Os resultados que temos vindo a alcançar para o tratamento do melanoma avançado através de tratamentos standard como a quimioterapia e a radioterapia têm sido extremamente fracos. O ipilimumab, que potencia a

resposta do sistema imunitário para procurar e destruir as células do melanoma, é a primeira e única terapia a demonstrar a sobrevivência a longo prazo, em alguns doentes.

Aprovado na Europa em Julho de 2011, o ipilimumab representa um dos avanços mais significativos no tratamento de melanoma avançado nos últimos 30 anos. É o primeiro e único tratamento aprovado que demonstra o benefício de prolongar a vida dos doentes previamente tratados para o melanoma avançado, num ensaio de fase III aleatorizado.

As taxas de sobrevivência estimadas nos ensaios para um e dois anos de tratamento com ipilimumab foram de 46% e 24% respectivamente, o que representa quase o dobro do controlo, com alguns doentes vivos após 3, 4 anos de tratamento. No estudo, a mediana da sobrevivência global foi de 10 meses (IC 95%: 8,0 - 13,8) para o YERVOY® e de 6 meses (IC 95%: 5,5 - 8,7) para o braço de controlo gp100. No Congresso da Sociedade Europeia de Oncologia Médica, em Outubro de 2012, para além da apresentação do crescente número de dados de sobrevivência a longo prazo para o ipilimumab no tratamento de melanoma metastático, também foram apresentados os resultados de cinco anos de acompanhamento de três estudos de fase 2.

Os tipos de acontecimentos adversos atribuídos ao YERVOY® relacionam-se geralmente com o seu mecanismo de acção (imunitário). YERVOY® pode resultar em reacções adversas graves e fatais relacionadas com o mecanismo de acção imunitário devido à activação e proliferação de células-T. Os acontecimentos adversos associados ao YERVOY® são geridos utilizando as normas orientadoras específicas, que incluem a administração de corticosteróides sistémicos, interrupção/descontinuação da dose e/ou outros

agentes imunossupressores. Orientações de tratamento descritas no resumo de características do medicamento (RCM), que incluem a interrupção/descontinuação (novo RCM prevê atraso de dose para gestão das reacções adversas imunitárias), administração de corticosteróides sistémicos e/ou outros imunossupressores.

O ipilimumab representa um passo de mudança genuíno no tratamento do melanoma avançado. A possibilidade de acesso a um novo medicamento que tem o potencial de prolongar a vida é um passo encorajador para estes doentes e para os familiares de quem sofre desta devastadora doença. A aprovação do ipilimumab é uma óptima notícia para os doentes, para as suas famílias e para os médicos que tratam estes doentes em Portugal.

A aprovação pelo Infarmed para a utilização do ipilimumab em meio hospitalar no tratamento de melanoma avançado em doentes adultos previamente tratados segue-se ao acesso ao tratamento com o ipilimumab num número crescente de países Europeus, incluindo Áustria, Bélgica, Dinamarca, Inglaterra, Finlândia, França, Alemanha, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Escócia, Espanha, Suécia, Suíça e País de Gales.

Historicamente, a cirurgia, a radiação e a terapia dirigida por citotóxicos têm sido o pilar do tratamento na maioria dos cancros avançados. Contudo, a sobrevivência a 5 anos, continua baixa para muitos doentes com tumores sólidos avançados. A Imuno-Oncologia, que utiliza a capacidade natural do sistema imunitário do doente para combater o cancro, tem sido reconhecida como uma nova modalidade terapêutica, com potencial de prolongar a sobrevivência a longo prazo.

A Imuno-Oncologia, uma abordagem inovadora com evolução rápi-

da no tratamento do cancro, que se foca em agentes que trabalham directamente com o sistema imunitário do corpo para combater as células do tumor, tornou-se uma área prioritária de pesquisa e desenvolvimento da BMS. A companhia está comprometida em conseguir avanços neste importante campo de investigação, com o objectivo último de melhorar os *outcomes* dos doentes e a sobrevida a longo prazo de entre uma extensa variedade de cancros. O ipilimumab representa o primeiro composto aprovado do nosso robusto *pipeline* na área da Imuno-Oncologia.

POP, 28 FEVEREIRO 2014

## NOVO FÁRMACO NO MELANOMA E METÁSTASES

Um fármaco inovador desenvolvido pela Amgen demonstrou eficácia na redução do melanoma e suas metástases, segundo dados de um ensaio retrospectivo de fase III, apresentado em Março passado, em Phoenix, EUA, no 67º Congresso da Sociedade Americana de Cirurgia Oncológica, avança comunicado de imprensa.

“O melanoma permanece uma doença devastadora e difícil de tratar, e o talimogene laherparepvec continua a demonstrar resultados neste setting”, referiu Sean E. Harper, Vice-Presidente Executivo de I&D da Amgen. Uma análise retrospectiva de um ensaio com uma imunoterapia oncológica em desenvolvimento pela Amgen, em doentes com melanoma metastizado, demonstrou que o novo fármaco, denominado talimogene laherparepvec (TVEC), reduziu significativamente a dimensão do tumor.

Os resultados preliminares deste ensaio de fase 3 permitiram observar a resposta tumoral de 295 doentes tratados com T-VEC (injecção directa sobre a lesão), com melanomas não ressecáveis de estadio IIIB, IIIC

ou IV, comparativamente ao tratamento com factor estimulante de colónias de granulócitos-macrófagos (GM-CSF). Foram monitorizadas perto de 4.000 lesões tumorais para esta análise. Metade das lesões foram injectadas directamente com T-VEC pelo menos uma vez, enquanto as restantes não foram injectadas, incluindo lesões tumorais viscerais (metástases envolvendo órgãos sólidos, como o pulmão e o fígado).

Os resultados demonstraram uma redução da dimensão do tumor igual ou superior a 50%, em 64% das lesões injectadas. Além disso, um terço dos tumores não-viscerais não injectados e 15 % das metástases viscerais também sofreram uma redução de pelo menos 50%. Durante o estudo foram realizadas 35 cirurgias relacionadas com melanoma, em 30% das quais foi possível remover com sucesso toda a doença residual.

**Activar a resposta imunitária anti-tumoral:** O T-VEC é uma imunoterapia oncológica experimental, desenhada para se replicar selectivamente no tecido tumoral onde é injectado directamente e iniciar posteriormente uma resposta imunitária sistémica anti-tumoral. O fármaco injectado directamente no tecido tumoral replica-se preferencialmente nas células tumorais causando a morte destas células, libertando ainda uma variedade de antigénios derivados de tumores capazes de desencadear uma resposta imunitária. O T-VEC foi ainda desenvolvido para expressar o factor estimulante das colónias dos macrófagos-granulócitos (GM-CSF), um factor de crescimento das células brancas do sangue que contribuem para a actividade do sistema imunológico. O objectivo desta combinação de acções é iniciar uma resposta imunitária anti-tumoral sistémica que tem como alvo células tumorais disseminadas no organismo (as metástases).

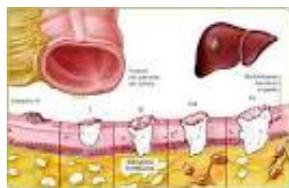
**Sobre o melanoma:** É um tipo de cancro da pele caracterizado por um crescimento descontrolado dos melanócitos, as células responsáveis pela pigmentação da pele. É um dos cancros da pele mais agressivos e graves.

Actualmente surgem 132.000 novos casos de melanoma no mundo por ano, cerca de 1.100 novos casos em Portugal por ano (dados Globocan 2012) e tem vindo a aumentar nos últimos anos. O melanoma representa 3,1% dos casos de cancro na Europa (União Europeia a 28), tem uma incidência estimada de 10,2 novos casos por 100.000 habitantes por ano (taxa ajustada pela idade) e é o cancro da pele que causa maior número de mortes relacionadas com a doença. A incidência de melanoma em Portugal é de 6,7 novos casos por 100.000 habitantes por ano (taxa ajustada pela idade), representa 2,2% dos novos casos de cancro e tem maior incidência no sexo feminino (1,6% no sexo masculino e 3,1% no sexo feminino).

POP, 8 ABRIL 2014

## CANCRO COLORECTAL

### BAYER INICIA UM ENSAIO DE FASE III COM REGORAFENIB



A Bayer HealthCare anunciou, em comunicado de imprensa, que iniciou o período de recrutamento do estudo COAST, ensaio que avalia a utilização do regorafenib (Stivarga®) em doentes com cancro colo-rectal (CCR) após ressecção cirúrgica de metástases hepáticas.

Este ensaio de fase III aleatorizado, duplamente cego, controlado

com placebo, avalia o regorafenib em terapêutica adjuvante, após recessão de metástases hepáticas com intenção curativa.

“O ensaio COAST é outro passo em frente no compromisso da Bayer em explorar todo o potencial clínico do regorafenib no cancro colo-rectal em doentes em diversos estádios da sua doença”, afirmou o Dr. Jörg Möller, membro do comité executivo da Bayer HealthCare e Director do Desenvolvimento Global. “Muitos doentes com cancro colo-rectal avançado que metastizou para o fígado vêm a sofrer de recorrência da doença apesar da cirurgia ter sido realizada com intenção curativa, pelo que são necessárias novas opções terapêuticas”.

#### Desenho do ensaio de fase III

O ensaio clínico COAST (*Patients with Stage IV Colorectal Cancer treated with Adjuvant Regorafenib Versus Placebo after Curative Treatment of Liver Metastases in A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Phase-III Study*) estuda o regorafenib em doentes com cancro colo-rectal após ressecção curativa das metástases hepáticas e após conclusão da quimioterapia planeada. O estudo irá avaliar se iniciar a terapêutica com o regorafenib oral em adjuvante irá conduzir a um aumento de sobrevivência livre de doença e sobrevivência global. O ensaio irá recrutar aproximadamente 750 doentes que serão seleccionados aleatoriamente numa razão de 1:1 para receberem 160 mg de regorafenib ou placebo. A segurança e tolerabilidade serão continuamente monitorizadas em ambos os braços do ensaio. O ensaio será conduzido na América do Norte, Brasil, Europa, Ásia, Israel e Austrália.

Para informação adicional do ensaio consulte por favor [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov).

POP, 28 FEVEREIRO 2014

## SOBREVIDA NO CANCRO DO PÂNCREAS METASTIZADO

O Abraxane®, paclitaxel formulado como nanopartículas ligadas à albumina, da Celgene, medicamento recentemente aprovado na Europa para tratamento de primeira linha de doentes adultos com adenocarcinoma metastático do pâncreas, será um dos temas em debate nos Encontros da Primavera, reunião de excelência para debate dos últimos avanços em oncologia que comemora este ano a sua 10ª edição, avanço comunicado de imprensa.

O Abraxane® em associação com a gemcitabina foi aprovado, em Janeiro, pela Autoridade Europeia do Medicamento (EMA) para o tratamento de primeira linha de doentes adultos com adenocarcinoma metastático do pâncreas (AMP). Trata-se do primeiro tratamento em sete anos a ser aprovado na Europa para o cancro do pâncreas.

A decisão da EMA foi fundamentada nos resultados do estudo MPACT (*Metastatic Pancreatic Adenocarcinoma Clinical Trial*), publicado no New England Journal of Medicine em Outubro de 2013 por Von Hall et al, que compara o regime de Abraxane/gemcitabina com a gemcitabina em monoterapia. Este estudo recrutou 861 doentes com AMP de centros universitários e da comunidade em 11 países na América do Norte, Europa e Austrália, permitindo que os resultados sejam generalizáveis a uma população mais alargada de doentes com AMP. Os resultados de sobrevivência global à data de Setembro de 2012 revelaram um benefício de 1,8 meses para os doentes tratados com Abraxane/gemcitabina (mediana [95% CI]: 8.5 [7.89, 9.53] meses vs 6.7 [6.01, 7.23] meses, respectivamente; p=0.000015). A redução global no risco de morte foi de 28 %.

O novo tratamento conta com

um mecanismo de acção dirigido ao tumor do pâncreas que permite uma optimização da actuação do fármaco e melhora o acesso do medicamento às células do tumor.

Os Encontros da Primavera decorrem entre 27 e 29 de Março em Évora e dedicam no sábado, dia 29, várias palestras com oradores de renome nacional e internacional ao debate do cancro gastrointestinal. O cancro do pâncreas, segunda neoplasia maligna mais frequente do tubo digestivo, estará em destaque com uma apresentação que pretende fazer uma actualização sobre as mais recentes novidades na área.

POP, 27 MARÇO 2014

### **MERCK SERONO DIVULGA NOVOS DADOS POSITIVOS DE ENSAIO DE FASE FINAL DO CETUXIMAB**

A Merck Serono, a divisão biofarmacêutica da Merck, anunciou esta sexta-feira, em comunicado de imprensa, novos dados do biomarcador, a partir de uma análise retrospectiva do estudo fase III CRYSTAL, o qual comparou Cetuximab® + Folfiri versus Folfiri.

A análise envolveu o subgrupo de doentes KRAS wild-type (exão 2) com cancro colo-rectal metastático (CCRM). Foi observada uma melhoria clínica significativa nos doentes RAS não mutado quando o Cetuximab® foi adicionado ao Folfiri em primeira linha no CCRM1.

Os novos dados serão apresentados na Reunião Anual da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO) 2014, a decorrer entre 30 de Maio e 3 de Junho, durante a sessão Gastrointestinal (Colorectal) no dia 2 de Junho das 10:00 – 10:12h. Os resultados desta análise reforçam o compromisso da Merck na melhoria dos cuidados de saúde do doente e sustentam o papel de liderança da empresa na inovadora área de personalização da terapêutica do cancro.

Nesta nova análise, 430 (65% dos 666 doentes) amostras de tumor dos doentes com KRAS não mutado (exão 2) foram avaliadas para a detecção de mutações adicionais no RAS (definidas como mutações nos exões 3 ou 4 do KRAS e/ou exões 2, 3 ou 4 do NRAS).

Destes, 367 eram RAS não mutado, enquanto 63 apresentavam mutação. A análise mostra um aumento de 27.7% na taxa de resposta (RR), 3.0 meses na mediana da sobrevivência livre de progressão (PFS) e 8.2 meses na mediana da sobrevivência global (OS), nos doentes com CCRM com tumores RAS não mutados (n=367) a receber em 1ª linha Cetuximab® + Folfiri, comparativamente aos doentes a receber Folfiri (RR: 66.3% vs. 38.6%, respectivamente; odds ratio: 3.11; 95% intervalo de confiança [IC]: 2.03–4.78; p<0.0001; PFS: mediana 11.4 meses vs. 8.4 meses, respectivamente; hazard ratio [HR]: 0.56; 95% IC: 0.41–0.76; p=0.0002; OS: mediana 28.4 meses vs. 20.2 meses, respectivamente; HR: 0.69; 95% IC: 0.54–0.88; p=0.0024).

“Os dados desta análise demonstram claramente o benefício clínico em tratar doentes com cancro colo-rectal metastático, RAS não mutado, com Cetuximab® + Folfiri, comparativamente ao Folfiri”, mencionou o Dr. Steven Hildemann, Chefe Global do Departamento Médico e Responsável Global Médico e de Segurança da Merck Serono. “Esta análise do CRYSTAL contribui para evoluirmos na compreensão desta doença e confirma a importância do teste do biomarcador RAS nos cuidados centrados no doente e uma verdadeira abordagem personalizada no cancro colo-rectal metastático”.

“A nova análise do estudo CRYSTAL está em linha com os resultados observados noutros estudos com tratamentos com inibidores dos

receptores dos factores de crescimento epidérmico, em doentes com cancro colo-rectal metastático, tumores RAS não mutado”, comentou o Professor Fortunato Ciardiello, Professor de Oncologia Médica na Segunda Università degli Studi di Napoli, em Nápoles, Itália, e autor principal da análise RAS do CRYSTAL. “Acima de tudo estes resultados reforçam a necessidade de se realizar o teste RAS na altura do diagnóstico, de forma a suportar os médicos na selecção do tratamento de primeira linha mais adequado para os doentes com CCRM.

No grupo de doentes com mutações no exão 2 do KRAS, identificados na análise inicial do KRAS (n=397), ou outras mutações RAS (n=63), a receber Cetuximab® + Folfiri (n=246), não se observou benefício, comparativamente ao Folfiri (n=214) (RR: 31.7% vs. 36.0%, respectivamente; odds ratio: 0.85; 95% IC: 0.58–1.25; p=0.40; PFS: mediana 7.4 meses vs. 7.5 meses, respectivamente; HR: 1.10; 95% IC: 0.85–1.42; p=0.47; OS: mediana 16.4 meses vs. 17.7 meses, respectivamente; HR: 1.05; 95% IC: 0.86–1.28; p=0.64). Esta análise de sub-grupo confirma os dados do OPUS e outros estudos, os quais demonstraram que os doentes com mutações RAS não beneficiam de terapêutica anti-EGFR.

No seguimento de uma actualização das indicações do Cetuximab®, aprovada pela Comissão Europeia em Dezembro de 2013, o Cetuximab® está agora indicado no tratamento de doentes com cancro colo-rectal metastático, RAS não mutado, e com expressão do receptor do factor de crescimento epidérmico (EGFR), em primeira linha em associação com FOLFOX, ou em monoterapia em doentes que não responderam a tratamentos que incluíram irinotecano e/ou oxaliplatina

e em intolerantes ao irinotecano. Cetuximab® está contra-indicado em associação a quimioterapia contendo oxaliplatina em doentes com CCRm RAS mutante ou para os quais o RAS não é conhecido.

POP, 16 MAIO 2014

## CIENTISTAS RELACIONAM MUTAÇÃO GENÉTICA E CANCRO DO PÂNCREAS

Um grupo de cientistas de Xangai encontrou uma relação entre a mutação de um gene humano com o desenvolvimento de um tipo de cancro do pâncreas, descoberta publicada pela revista Nature Medicine, avança o portal Terra.

“Este tipo de cancro foi detectado pela primeira vez há 100 anos, mas sempre tinha sido um mistério”, explicou a investigadora Lu Yanjun, que lidera o projecto, ao jornal oficial Shanghai Daily, que repercutiu nesta quarta-feira (28) a descoberta.

Lu e a sua equipa do Hospital Popular Número 10 de Xangai detectaram que em todas as amostras estudadas do carcinoma adenoescamoso de pâncreas, um dos tipos mais agressivos de cancro pancreático, havia uma mutação do gene denominado UPP1. E descobriram que essa mutação interfere na formação e no desenvolvimento da doença. “Conhecer a mutação do UPP1 permitirá estabelecer uma medida de diagnóstico rápido e um alvo para a medicação no futuro”, disse Lu.

Ele é especialmente difícil de detectar nos estágios iniciais porque a maioria dos pacientes é assintomática e só costuma ser diagnosticado em períodos avançados, quando menos de 10% dos pacientes consegue sobreviver à doença por mais de cinco anos.

Fonte: <http://saude.terra.com.br/doencas-e-tratamentos/cientistas-relacionam-mutacao-genetica-e-cancer-de-pancreas,5699bea091246410VgnCLD200000b0bf46d0RCRD.html>

## PÍLULA AJUDA NA PREVENÇÃO DE TUMORES DO OVÁRIO E CÓLON

A pílula ajuda na prevenção de certos tipos de cancro, como o do ovário e do cólon, ao contrário de mitos que atribuem à contraceção hormonal responsabilidades no cancro da mama, segundo a Sociedade Europeia de Contraceção, avança a agência Lusa, citada pelo jornal i.

O presidente da Sociedade, Johannes Bitzer, disse esta quinta-feira em Lisboa que os benefícios da contraceção hormonal oral vão além de evitar a gravidez, indicando como outras vantagens a prevenção do cancro do ovário, endométrio e cólon. “Um dos mitos frequentes é de que a pílula pode levar a desenvolver cancro da mama. A contraceção hormonal não produz cancro. O que acontece é que quando ele existe, a pílula pode potenciá-lo”, disse Johannes Bitzer numa conferência de imprensa em Lisboa, onde pela primeira vez se realiza o Congresso Europeu da Contraceção. Aliás, as recomendações entre os profissionais de saúde vão no sentido de que as doentes com cancro da mama não façam contraceção hormonal. Quanto ao efeito preventivo em relação a outros tumores, Johannes Bitzer indicou que as estimativas apontam para que as mulheres que tomam a pílula tenham menos 40% de risco de desenvolver cancro do ovário. Sobre outros mitos em torno da pílula, o especialista diz serem muito frequentes as afirmações ou crenças de que este anticoncepcional diminui a fertilidade. “Isso não acontece e, na realidade, até pode haver um efeito contrário. A pílula pode, por exemplo, proteger no futuro contra gravidezes extra uterinas”, referiu Bitzer.

O aumento de peso e a diminuição do desejo sexual são outros mitos frequentes, mas sem qualquer evidência científica. Sobre o futuro da

contraceção, Johannes Bitzer indicou que estão a ser estudados métodos não hormonais e que se dirigem a interromper o momento da fecundação. Segundo explicou, o esperma e o óvulo precisam de proteínas para facilitar a sua reunião. O que está a ser estudado é a forma de produzir anti-proteínas que bloqueiem a fecundação. Ainda se desconhece se este método, que não deve estar disponível nos próximos dez anos, vai passar pela toma de comprimidos ou injeções e qual a duração do tratamento, mas Bitzer acredita que o futuro da contraceção vai passar por este anticoncepcional não hormonal.

O Congresso Europeu da Contraceção, que decorre até sábado, junta em Lisboa mais de 2.000 especialistas.

Fonte: <http://www.ionline.pt/artigos/portugal-iciencia/pilula-ajuda-na-prevencao-tumores-ovario-colon/pag/-1.2014-05-30>

## MERCK SERONO REVELA PIPELINE DAS MOLÉCULAS EM DESENVOLVIMENTO PARA VÁRIOS TIPOS DE CANCRO

A Merck Serono, a divisão biofarmacêutica da Merck, anunciou esta segunda-feira que serão apresentados novos dados relativos a nove moléculas em investigação na oncologia e imuno-oncologia, na 50ª Reunião Anual da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO), a decorrer em Chicago de 30 de Maio a 3 de Junho, 2014. Estes dados representam o compromisso da Merck na pesquisa e desenvolvimento na oncologia e imuno-oncologia, e na melhoria dos resultados nos doentes através de compostos desenvolvidos internamente, bem como os adquiridos e alinhados com a estratégia da empresa.

“Estamos empolgados para apresentarmos os dados mais recentes do desenvolvimento dos nossos compostos candidatos na oncologia, incluindo dados de Fase I do nosso

promissor anticorpo monoclonal anti-PD-L1 – um marco importante que destaca o potencial do nosso *pipeline* na imunooncologia”, mencionou Belén Garijo, Presidente e CEO da Merck Serono. “Através do espectro dos nossos esforços, da pesquisa ao desenvolvimento, nós mantemos os doentes no centro das nossas actividades, com o objectivo de transformar a pesquisa inovadora em medicamentos diferenciados, adaptados às suas necessidades”.

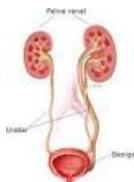
O pipeline da Merck Serono na oncologia e imunooncologia inclui mais de 22 programas no início e em estadios finais de desenvolvimento, visando uma diversidade de câncros. Dados notáveis apresentados este ano na ASCO incluem dados preliminares do anticorpo monoclonal em investigação, o anti-PD-L1 (MSB0010718C), e do inibidor c-Met (MSC2156119J), ambos para tumores sólidos avançados, e o TH-302, um pró-fármaco activado pela hipóxia no mieloma múltiplo e glioblastoma.

Os abstracts estão disponíveis no website da ASCO em <http://abstracts.asco.org/>.

POP. 3 JUNHO 2014

## CANCRO UROLÓGICO

### VACINA CONTRA O CANCRO DA PRÓSTATA



A descoberta de uma vacina que parece capaz de detectar e destruir as células cancerígenas é uma nova esperança no combate a uma doença que afecta cerca de 4 mil portugueses por ano, avança a revista Visão. A pesquisa realizada pelo médico brasileiro Fernando Kreutz, da Universidade de Porto Alegre, teve como finalidade marcar as célu-

las “doentes”, tornando-as “visíveis”. O objectivo é que uma vez detectadas pelo sistema imunitário este consiga destruí-las. A vacina é fabricada a partir de células tumorais do doente que são posteriormente reproduzidas em laboratório. Posteriormente, através de radiação, são reintroduzidas no organismo do doente. A estrutura celular recebe uma substância moduladora que é administrada ao paciente e “o sistema imunológico reconhece isso e prolifera, multiplica essas células que vão destruir o tumor.”

Em 2002 começaram a ser realizados testes com um grupo de 48 pacientes com idade média de 63 anos. Todo o grupo foi submetido ao tratamento convencional, com radioterapia e hormonas, mas a 26 deles foi também administrada a vacina. “No grupo de controlo que recebeu o tratamento convencional, tivemos 19% de mortalidade, exactamente o que era esperado estatisticamente. No grupo vacinado, tivemos uma mortalidade de 9%”, conta o médico.

A produção da vacina que pode revolucionar à área da saúde neste campo, ainda não tem, no entanto, data prevista.

POP. 1 ABRIL 2014

### ESTUDO APONTA AVANÇOS NO TRATAMENTO DO CANCRO DA PRÓSTATA

Uma nova estratégia de tratamento permitiu prolongar a vida de homens afectados por um cancro avançado de próstata, indicam os resultados de um teste clínico difundido neste domingo (01) durante uma conferência médica, avança a AFP, citada pelo portal Terra.

O estudo, feito com 790 homens que acabaram de ser diagnosticados com um cancro invasivo de próstata, demonstra que a quimioterapia combinada com tratamento hormonal prolonga a vida destes pacientes em cerca de um ano. “A terapia hormo-

nal é o tratamento clássico do cancro da próstata desde os anos 1950”, disse Christopher Sweeney, oncologista do Instituto do Cancro Dana-Farber de Boston (Massachusetts, nordeste dos EUA), que desenvolveu esta pesquisa apresentada na conferência anual da American Society of Clinical Oncology (ASCO), celebrada este fim-de-semana em Chicago (Illinois, norte). Ele reforça que este é o primeiro estudo que identifica uma estratégia que prolonga a vida de pessoas que acabam de receber um diagnóstico de cancro da próstata com metástase. “Os resultados são importantes e esta terapia deveria ser o novo tratamento de referência para homens cujo cancro se propagou e podem suportar uma quimioterapia”, acrescentou Sweeney.

O cancro da próstata é estimulado por hormonas masculinas ou andrógenas no sangue. O tratamento hormonal visa a reduzir a sua quantidade. Embora esta terapia seja eficaz, a longo prazo o cancro torna-se resistente na maior parte dos casos. A quimioterapia só costuma ser usada depois de a doença avançar, apesar do tratamento hormonal.

Metade dos 790 pacientes participantes no estudo foram tratados unicamente com terapia tradicional e os 50% restantes foram submetidos ao tratamento de supressão hormonal combinado com Docetaxel® (Taxoten), um agente que impede a divisão e a multiplicação das células cancerosas. Após um acompanhamento de 29 meses, 136 das pessoas tratadas apenas com terapia hormonal faleceram contra 101 do grupo que também se submeteu à quimioterapia. O tempo médio de sobrevivência do grupo tratado apenas com terapia hormonal foi de 44 meses, e de 57,6 meses nos pacientes que receberam Taxoten. O tempo médio de aparecimento de sinais clínicos de um novo avanço do cancro foi de 19,8 meses

no primeiro grupo e de 32,7 no segundo.

Fonte: <http://saude.terra.com.br/doencas-e-tratamentos/estudo-aponta-avancos-no-tratamento-do-cancer-de-prostata,282eab8f5a856410VgnCLD200000b0bf46d0RCRD.html>

## **DIVULGADO PRIMEIRO TRATAMENTO EFICAZ CONTRA CANCRO DA BEXIGA**

Uma equipa internacional de investigadores apresentou neste sábado o primeiro tratamento imunológico de nova geração capaz de reduzir os tumores em cancro da bexiga, doença na qual não foram alcançados avanços terapêuticos em quase 30 anos, avança a agência EFE, citada pelo portal Terra.

Esta é a principal conclusão de um estudo divulgado na 50ª reunião da Sociedade Americana de Oncologia Clínica, segundo o qual 43% dos pacientes que participaram do trabalho viram o tamanho de seus tumores reduzido. O carcinoma de bexiga metastásico é associado a uma má previsão e opções terapêuticas limitadas. É o nono tumor mais comum no mundo. Trata-se de um tratamento dirigido e um avanço em imunoterapia, tratamento de doenças mediante a potencialização ou enfraquecimento dos mecanismos imunológicos.

Concretamente, os investigadores, de centros dos EUA, França e Espanha, usaram um fármaco - um anticorpo monoclonal - em pesquisa projectado para bloquear uma proteína chamada PD-L1.

De um total de 68 pacientes seleccionados para este estudo, 30 previamente tinham recebido tratamento padrão e cujos tumores tinham sido caracterizados como positivos para PD-L1 (que têm alterada essa proteína). O trabalho encontra-se numa primeira fase de desenvolvimento, os primeiros testes com pacientes nos quais se medem, entre outros, a taxa de resposta e a segurança do fármaco, neste caso propriedade da Roche.

As células tumorais são capazes de evadir o sistema imune e o fazem de múltiplas maneiras. Cada tipo de impedimento que a célula tumoral cria ao sistema imune se chama ponto de controlo.

Cristina Cruz, investigadora do Hospital Vall d'Hebron de Barcelona - único centro espanhol neste estudo -, explicou a um grupo de jornalistas que neste trabalho o que se testou é como resistir um desses pontos de controlo (o PD-L1). “É a primeira vez que uma destas imunoterapias de nova geração é pesquisada em cancro da bexiga e resulta especialmente surpreendente a eficácia que o tratamento consegue”, segundo a especialista. Assim, comprovou-se que se este anticorpo for usado nos pacientes com PDL1 positivo “consegue-se um benefício que é substancialmente maior que se esta proteína fosse negativa” (não aparece alterada). “A maioria das respostas, com redução do tamanho do tumor, aconteceram muito rápido, em torno das seis semanas, apesar de alguns pacientes terem precisado de um pouco mais de tempo para responder”.

Fonte: <http://saude.terra.com.br/divulgado-1-tratamento-eficaz-contr-a-cancer-de-bexiga,223dac8fbf456410VgnCLD200000b0bf46d0RCRD.html>

POP, 3 JUNHO 2014

## **CANCRO HEMATOLÓGICO**

### **VITAMINA D AUMENTA PROBABILIDADE DE SOBREVIVER A TIPOS DE CANCRO**



A vitamina D vinda da luz do sol pode aumentar as probabilidades de sobrevivência dos doentes com cancro, especialmente da mama, intestino e linfoma, sugere uma nova pesquisa. O nutriente é fabricado pelo próprio

corpo sob a pele em reacção à luz do sol e é também encontrado em peixes como salmão e sardinha, além de ovos, cereais matinais e leite em pó. As informações são do Daily Mail, citadas pelo portal Terra.

O novo estudo, feito pelo Institute for Nutritional Sciences, descobriu que doentes com cancro que têm níveis mais elevados da vitamina D quando são diagnosticados tendem a sobreviver e permanecer em remissão por mais tempo do que os que são deficientes do nutriente. A vitamina D ajuda o organismo a absorver o cálcio e o fósforo necessários para a saúde dos ossos e afeta uma grande variedade de processos biológicos pela ligação a uma proteína receptora de vitamina D. Esta proteína está presente em praticamente todas as células do corpo.

“Ao rever os estudos que examinaram os níveis de vitamina D em 17.332 pacientes com cancro, descobrimos que o nutriente está associado a melhores resultados em vários tipos de cancro”, disse Hui Wang, um dos investigadores. “A conclusão sugeriu que a vitamina D pode influenciar no prognóstico das pessoas com cancro da mama, colo-rectal e linfoma, particularmente”, acrescentou.

A equipa analisou 25 estudos que mediam os níveis de vitamina D em pacientes com cancro no momento do diagnóstico e rastreou a taxa de sobrevivência. Os resultados mostraram que a maior quantidade do nutriente esteve associada a um aumento de 4% na sobrevivência entre pessoas com cancro. “Considerando que a deficiência em vitamina D é uma questão mundial, é importante ter certeza de que todos apresentam níveis suficientes do nutriente”, concluiu Wang.

POP, 5 MAIO 2014

## CANCRO MAMA

### PESQUISA DESCOBRE PROTEÍNA QUE TRAVA CANCRO DA MAMA E METÁSTASE DO PULMÃO



Investigadores espanhóis descobriram que a proteína TC21 tem um papel essencial no desenvolvimento do cancro da mama e da metástase de pulmão, dois processos malignos que ficam bloqueados quando esta proteína é inibida ou eliminada, avança o Diário Digital.

A pesquisa, dirigida e apresentada em conferência colectiva pelo investigador do CSIC (Centro Superior de Pesquisas Científicas) Xosé R. Bustelo, foi publicada na Nature Communications e financiada pela Associação Espanhola Contra o Cancro (AECC). O estudo pré-clínico realizado com ratos confirmou que ao inibir esta proteína não só se impede o crescimento dos tumores de mama mais comuns e da metástase de pulmão, mas também dos dois tipos de cancro da mama mais agressivos: o Her2 e os triplos negativos, os subtipos mais difíceis de tratar por conta de sua alta malignidade.

O estudo também permitiu descobrir que a inibição ou inactivação crónica desta proteína “pode fazer com que o tumor desenvolvesse mecanismos de resistência para combater a inibição desta proteína”, um risco especialmente elevado nos tratamentos crónicos ou muito longos, segundo Bustelo. No entanto, os cientistas também identificaram os mecanismos moleculares que desencadeariam essa resistência, “o que significa que também será possível desenvolver estratégias terapêuticas para preveni-la”, especificou o investigador. “Demonstramos que esta proteína pode ser um bom alvo terapêutico para o cancro da mama

porque a sua inibição não causa danos ao organismo e, por outro lado, é muito efectiva para travar os tumores da mama e a metástase de pulmão, mas a partir de agora os esforços da pesquisa centrar-se-ão em encontrar inibidores desta proteína.” “É um caminho longo que representa anos de estudo e de várias fases e provas até chegar a um tratamento efectivo em pacientes, mas vale a pena apostar nisso”, assegurou Bustelo. Por sua vez, Balbino Alarcón, do CSIC e um dos co-autores do estudo, explicou que a inibição também é efectiva para outra classe de tumores como os linfomas, embora inútil como tratamento terapêutico para outros tipos de cancro como o de pele, o de cólon ou o de pulmão.

Fonte: [http://diariodigital.sapo.pt/news.asp?id\\_news=702324](http://diariodigital.sapo.pt/news.asp?id_news=702324)

POP, 15 MAIO 2014

### UMA NOVA ALTERNATIVA PARA PRESERVAR A FERTILIDADE EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA

A forma de lidar com o cancro já não se baseia apenas em combater a doença. Há cada vez mais estudos e investigações orientados para melhorar a qualidade de vida dos pacientes que sobrevivem. Em todas as esferas. Incluindo, por exemplo, a da fertilidade. Agora, um grupo de investigadores americanos descobriu que a administração de uma hormona juntamente com a quimioterapia nas mulheres com cancro da mama triplo negativo pode ajudá-las a prevenir a menopausa precoce, um dos efeitos colaterais desse tratamento oncológico. Esta nova opção poderia ser mais uma alternativa – já se utiliza muito o congelamento de tecido ovárico ou a vitrificação de ovócitos – para ajudar as mulheres que tiveram cancro a ser mães, avança o El País.

A investigação, liderada por uma equipa da Clínica Cleveland (Ohio), mostra que aquelas mulheres que re-

ceberam goserelina juntamente com a quimioterapia, um medicamento injectável que já se usa para o tratamento de cancro da mama ou próstata, tiveram um risco 64% menor de desenvolver uma falha ovárica prematura em comparação com as que não receberam. Apenas 8% delas tiveram esse problema, em comparação com 22% das que não receberam goserelina, segundo os resultados apresentados este sábado no Congresso Anual da Sociedade Americana de Oncologia Clínica, que está sendo realizado em Chicago.

O estudo, que foi seleccionado como um dos avanços do dia pela organização do congresso, no qual o El País participou a convite da Boehringer Ingelheim, dirige-se a combater um dos efeitos da quimioterapia: a menopausa precoce. Os testes realizados com 257 mulheres pré-menopáusicas com cancro da mama mostram que aquelas que receberam goserelina tiveram 50% mais probabilidades de engravidar do que as que receberam placebo. E o medicamento teve outro efeito positivo: quem o recebeu juntamente com a quimioterapia teve o dobro de possibilidades de seguir com a vida depois de quatro anos. Um resultado do qual ainda não é possível tirar conclusões, afirmou Ache Moore, responsável pela investigação, já que o estudo não tinha sido projectado para isso. “Fazem falta mais estudos para aprofundar esses dados”, assinalou.

O que a goserelina – que também é usada para regular o momento da ovulação em tratamentos de fertilidade – faz é interromper a actividade dos ovários. Inactivos, com o ciclo menstrual paralisado, sofrem menos danos com a quimioterapia do que se estivessem activos. “O que se produz de alguma forma é uma menopausa temporária para evitar a permanente”, explicou Moore em entrevista colectiva.

Os resultados obtidos com esse medicamento, destacou Clifford Hudis, presidente da Sociedade Americana de Oncologia Clínica, são importantes. A partir deles, seria possível ampliar o seu uso para mulheres jovens com outros tumores, não só aquelas com cancro da mama triplo negativo. “Preservar a fertilidade é uma preocupação comum entre as mulheres jovens diagnosticadas com cancro, e estas descobertas podem significar uma opção simples e nova”, ressaltou Moore.

FONTE: [HTTP://BRASIL.ELPAIS.COM/BRASIL/2014/05/31/SOCIEDAD/1401559840\\_383514.HTML](http://BRASIL.ELPAIS.COM/BRASIL/2014/05/31/SOCIEDAD/1401559840_383514.HTML)  
2014-06-02

## INIBIDOR DE AROMATASE PODE MUDAR TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA

Um trabalho inédito apresentado esta semana no maior congresso de oncologia clínica do mundo (Asco), que está a decorrer nos EUA, indica que o princípio activo exemestano é mais eficaz para evitar a reincidência de tumores em mulheres jovens (na pré-menopausa) com estágio inicial de cancro da mama do que a terapia-padrão normalmente usada para esses casos, o tamoxifeno.

Para chegar a essa conclusão, os pesquisadores analisaram dois ensaios clínicos, chamados SOFT e TEXT, envolvendo 4.690 mulheres. A idade média das participantes era de 43 anos. Foi a primeira vez que um trabalho científico demonstrou o valor da terapia adjuvante com inibidor da aromatase em mulheres jovens com cancro da mama do tipo dependente da hormona.

Nos estudos, todas as mulheres foram submetidas a tratamentos para bloquear a função dos ovários. Depois, uma parte usou exemestano e a outra, tamoxifeno. De acordo com os investigadores, o tratamento com exemestano reduziu o risco relativo de recorrência do cancro da mama

em 34%, na comparação com o tamoxifeno.

O exemestano pertence a uma classe de terapias chamada inibidores da aromatase, que geralmente é indicada para mulheres mais velhas, na pós-menopausa, quando essas pacientes apresentam tumores da mama sensíveis a hormonas, em estágio inicial. O princípio activo age bloqueando a produção desta hormona no organismo. O exemestano é o princípio activo do medicamento Aromasin®, produzido pela Pfizer.

O trabalho, conduzido por investigadores do Oncology Institute of Southern Switzerland, na Suíça, foi apresentado no 50º Congresso Americano de Oncologia Clínica (ASCO), em Chicago, nos EUA. O evento, que reúne cerca de 30 mil especialistas em oncologia de diferentes países, é palco para apresentação das últimas novidades de estudos envolvendo diversos tumores, novos medicamentos e discussões sobre directrizes de tratamento.

Fonte: comunicado de imprensa POP, 4 JUNHO 2014

## CANCRO GINECOLÓGICO COMBINAÇÃO DE DUAS NOVAS MOLÉCULAS CONSEGUE TRAVAR MELHOR O CANCRO DO OVÁRIO



Uma equipa do Instituto Oncológico Dana-Farber de Boston, nos EUA, constatou que a combinação de dois fármacos experimentais evita, de maneira mais eficaz, a progressão do cancro do ovário em pacientes que sofreram uma recaída, o que poderia representar uma alternativa à quimioterapia padrão, avança a agência EFE, citada pelo portal Terra.

Este estudo é um dos trabalhos divulgados no sábado na reunião da Sociedade Americana de Oncolo-

gia Clínica (ASCO). Nele foram comparados dois tipos tratamento: a combinação das moléculas “olaparib” e “cediranib”, e a primeira sozinha, em mulheres com cancro do ovário (com mutações no gene BRCA ou sensíveis à quimioterapia com platinos). Segundo os resultados, as mulheres que receberam a combinação dos dois fármacos conseguiram manter a doença estagnada durante 17,7 meses, frente aos nove meses das que só tomaram “olaparib”.

Além disso, as taxas de redução do tumor foram marcadamente mais altas no grupo que combinou os dois medicamentos, 80% a mais, contra 48% no grupo que só tomou “olaparib”: cinco pacientes no grupo de combinação e dois pacientes no grupo de apenas “olaparib” tiveram uma remissão completa do tumor. Trata-se da primeira vez que se explora a combinação de dois fármacos para os casos de cancro do ovário.

O estudo está na fase II, onde se prova a eficácia do tratamento num número reduzido de pacientes - neste caso 90. Logo, para dados mais conclusivos é preciso aguardar os testes clínicos que incluem quatro fases.

No entanto, a investigadora principal, Joyce Liu, do Dana-Farber de Boston, disse em entrevista colectiva que “a significativa actividade vista na combinação das duas moléculas sugere que poderia ser uma alternativa eficaz à quimioterapia”.

Ela destacou que esta proposta ainda não é viável para a prática clínica, pois nenhum destes dois medicamentos foi aprovado pela FDA, a agência norte-americana que regula os medicamentos. “Precisamos de testes adicionais que confirmem o que encontramos neste estudo”, ressaltou a médica.

Quanto aos efeitos secundários, alguns apareceram com mais frequência, como pressão arterial alta, fadiga e diarreia, no grupo que com-

binou os dois fármacos, embora tenham sido “geralmente controláveis”.

Até 80% das mulheres com este tipo de cancro sofrem recaídas depois da quimioterapia e, quando o cancro reaparece, é mais difícil de tratar, já que se estende pela pélvis, abdómen e até mesmo pulmões. O tratamento padrão actual para o cancro do ovário recorrente é a quimioterapia, o que, frequentemente, causa efeitos secundários significativos.

O cancro do ovário é o oitavo tumor mais comum e a sétima causa de morte por cancro entre mulheres de todo o mundo. “A recaída e a resistência aos tratamentos sempre foram um desafio”, disse Gregory Masters, especialista de ASCO, que assegurou que estas pesquisas poderiam representar novas opções para o combate da doença.

<http://saude.terra.com.br/combinacao-de-duas-novas-moleculas-consegue-frear-melhor-o-cancer-de-ovario,e21964e512456410VgnCLD200000b0bf46d0RCRD.html>

2014-06-03

## ESTUDOS APOSTAM EM IMUNOTERAPIA PARA COMBATER O MELANOMA E O CANCRO CERVICAL

Activar e ampliar a resposta do sistema imune para atacar o cancro transformou-se numa linha de pesquisa estratégica para a comunidade científica, e, neste sentido, foram apresentados esta segunda-feira, durante a reunião anual da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO), quatro novos estudos que aprovam a imunoterapia como via para ajudar o paciente, avança a agência EFE, citada pelo portal Terra.

A imunoterapia é o tratamento das doenças mediante a potencialização ou enfraquecimento dos mecanismos imunológicos. As células tumorais podem ser identificadas como estranhas pelas células do sistema imune, desencadeando assim uma resposta que as destrói. A limitação está nesse sistema nem sempre

funcionar, já que as células tumorais às vezes conseguem escapar deste mecanismo de destruição.

Os cientistas já conhecem aspectos importantes de como os tumores se protegem do sistema imune que deveria destruí-los. Um trabalho da Universidade da Califórnia em 441 pacientes com melanoma avançado mostrou que dirigir um anticorpo a uma proteína chamada PD-1 consegue uma resposta de longo prazo numa alta percentagem de pacientes: a sobrevivência global num ano foi de 69% em todos os subgrupos de pacientes. “Este é provavelmente o maior teste em fase I, se conseguirmos comprovar a segurança e a eficácia do anticorpo, em oncologia”, disse Antoni Ribas, principal autor do estudo, que apontou que, apesar de serem dados iniciais, mostram que “estamos diante de algo importante”.

Noutro dos trabalhos de melanoma, uma equipa do Centro Gustave Roussy de Paris usou o fármaco imunoterápico ipilimumab no tratamento de pacientes em fase avançada e mostrou uma redução do risco de reincidência de 25% em relação ao grupo placebo. “É um tratamento promissor”, afirmou Alexander Eggermont. O ipilimumab foi aprovado pela FDA (agência norte-americana que regula os medicamentos) para casos de melanoma com metástases não operáveis. Esta é a primeira vez que a sua efectividade é comprovada na fase mais inicial da doença.

O terceiro estudo também inclui este fármaco, mas o combina com nivolumab e mostrou uma sobrevivência média “sem precedentes” em melanoma avançado: aproximadamente três anos e meio. Esta combinação quase dobrou a média de sobrevivência registada em estudos anteriores com um só fármaco.

Embora pequeno, a Sociedade Americana de Oncologia Clínica destacou um estudo sobre cancro

cervical causado pelo vírus do papiloma humano (HPV).

O Instituto Nacional do Cancro de Bethesda, nos EUA, aplicou um novo tratamento personalizado com “resultados promissores”. É um sistema baseado nas células T que conseguiu reduzir completamente o cancro em duas mulheres com metástases sem remissão pelo ano seguinte. É a primeira vez que o método foi testado para cancro do colo do útero.

As mulheres com cancro cervical com metástases têm opções limitadas de tratamento e a média de sobrevivência com os primeiros tratamentos quimioterapia e a combinação dela com bevacizumab, é de 13 e de 17 meses em média, respectivamente. Para esta doença não há segunda linha de tratamento (se dá quando já não se responde à primeira linha). Neste estudo nove pacientes receberam o tratamento baseado em células T e três responderam ao tratamento: uma obteve uma redução de 39% do tumor e as duas completa remissão. O tratamento, no entanto, ainda é experimental e está associado a efeitos secundários significativos, alertou Christian Hinrichs, ao ressaltar que é preciso investigar por que é eficaz em determinadas mulheres e em outras não. Em imunoterapia “temos avançado muito, em pouco tempo chegamos à conclusão que isto pode ajudar os pacientes”, concluiu Ribas.

Fonte: <http://saude.terra.com.br/estudos-apostam-em-imunoterapia-para-combater-o-melanoma-e-o-cancer-cervical,3241e0aa65e56410VgnCLD200000b2bf46d0RCRD.html>

POP, 4 JUNHO 2014

## ONCOLOGIA: VÁRIOS

### VANTAGENS DA RADIOCIRURGIA NO TRATAMENTO DO CANCRO

A Radiocirurgia baseia-se numa tecnologia de detecção de tumores em tempo real e permite eliminar certos cancros numa só sessão. Graças a uma máquina especial, a dose

única de radiação é aplicada no local exato. Em 10 minutos consegue-se o mesmo resultado do que com a cirurgia convencional.

O equipamento combina a a técnica de TAC (Tomografia Axial Computadorizada) utilizada habitualmente em diagnóstico e a técnica de radioterapia. O resultado é um feixe de prótons com uma precisão superior.

O centro oncológico da Fundação Champalimaud, em Lisboa, um dos hospitais pioneiros, a nível mundial, neste tipo de tratamento, espera tratar 15 mil pessoas em 2014.

“É um aparelho de localização parecido com o GPS. Diz-nos o que se está a passar à medida que o tratamento é efetuado. Permite-nos verificar e corrigir os movimentos para que o tratamento tenha um elevado nível de precisão. Na próstata, temos uma estrutura, a uretra, através da qual passa a urina. Com a nossa técnica e com a localização, podemos, de forma selectiva, evitar tocar nessa estrutura e assim reduzir ao mínimo os efeitos secundários do tratamento”, explicou Carlo Greco, diretor da área do cancro da Fundação Champalimaud.

A clínica da fundação portuguesa afirma que o tratamento funciona em todos os tipo de cancro, mesmo no caso de tumores mais resistentes à quimioterapia e à radioterapia, como é o caso do cancro do rim.

O método permite tratar várias lesões numa só sessão, o que dá uma nova esperança aos doentes metastáticos. “Antes do tratamento fazemos uma tomografia computadorizada, na posição do tratamento. Podemos ver o volume e anatomia do alvo, neste caso trata-se da próstata”, explicou o responsável.

“É uma técnica rentável porque podemos reduzir o número de sessões de forma significativa. Normalmente, o cancro da próstata é tratado

em cinco sessões. Nalguns casos, tratamos doenças em fase inicial numa só sessão. O tratamento é efetuado durante uma única exposição à radiação. Uma radiação elevada tem grandes vantagens em termos de conveniência e conforto para o paciente”, acrescentou Carlos Greco.

Muitos tratamentos são feitos em regime ambulatorio. O doente pode ir para casa no mesmo dia. “Foi-me diagnosticado um cancro na próstata maligno, depois um filho meu veio aqui ao instituto Champalimaud, marcou-me uma consulta, vim cá, chegou-se à conclusão que deveria fazer uma radiocirurgia à qual fui sujeito. Aquilo é como fazer uma radiografia, um TAC não senti nada, dores, nada, nem incómodo e presentemente sinto-me bem”, contou José, um dos doentes que pôde ser tratado numa só sessão.

A Fundação Champalimaud atende mais de 300 pessoas por dia, ao abrigo de acordos com companhias de seguros ou subsistemas públicos e não recebe doentes do Sistema Nacional de Saúde.

Em aberto está a possibilidade de os hospitais públicos estabelecerem protocolos com a instituição privada.

COPYRIGHT © 2014 EURO NEWS

## **EQUIPA FINLANDESA IDENTIFICA NOVA MOLÉCULA ANTICANCERÍGENA**

Um grupo de cientistas e médicos finlandeses identificou uma nova molécula com capacidade para destruir as células cancerígenas, avança o PIPOP - Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica.

Liderados por Marko Kallio, os especialistas do Centro de Pesquisa Técnica VTT Technical, da Universidade de Turku e da Universidade da Finlândia Oriental identificaram a molécula Cent-1 como uma possível terapia no combate ao cancro, depois

de terem obtido bons resultados em testes realizados em dois centros de investigação no país.

A pesquisa usou um modelo computacional e testes baseados em células para criar um método capaz de acelerar significativamente a descoberta de novos compostos e, assim, reduzir os custos de desenvolvimento de novos fármacos oncológicos. O método analisou 65 mil compostos antes de identificar a molécula Cent-1, que mostra capacidade para eliminar as células tumorais através de um mecanismo semelhante ao do fármaco rigosertib, actualmente em desenvolvimento comercial.

A estrutura química da molécula Cent-1 é diferente da do rigosertib, que não inibe os seus genes-alvo, o que lhe confere um mecanismo de acção diferente e pode potenciar o desenvolvimento de medicamentos muito mais eficazes.

O estudo, publicado na revista Molecular Cancer Therapeutics, tinha ainda como finalidade provar que é possível acelerar o processo de desenvolvimento de medicamentos através da identificação de novos compostos que possuem propriedades de ligação semelhantes ao fenotipo celular, mas uma estrutura química diferente.

FONTE: PIPOP - [HTTP://WWW.PIPOP.INFO/NOTICIAS/DETALHES.PHP?ID=2185](http://WWW.PIPOP.INFO/NOTICIAS/DETALHES.PHP?ID=2185)  
2014-05-27

## **IMUNOTERAPIA É NOVA REVOLUÇÃO NA LUTA CONTRA CANCRO**

A imunoterapia obteve grandes avanços na luta contra cancros como o melanoma, que se acreditava incurável, embora cientistas ainda não compreendam porque o tratamento funciona bem em alguns casos e não noutros, avança a AFP, citada pelo portal Terra.

A técnica, saudada como a inovação de 2013 pela revista Science,

consiste em treinar o sistema imunológico para atacar os tumores.

Em alguns casos, a abordagem desarma as defesas dos tumores e noutros selecciona as células imunes mais fortes do paciente, desenvolve-as em laboratório e reinjecta-as para reforçar o ataque do corpo ao cancro. “A beleza desta abordagem é que é mais selectiva e está a produzir remissões duradouras e estáveis”, disse Steven O’Day, professor associado de Medicina na escola médica Keck, da Universidade da Carolina do Sul.

Segundo uma pesquisa publicada no final do ano passado, 40% dos pacientes com melanoma avançado que foram tratados com imunoterapia não apresentavam indícios de cancro sete anos depois. Os resultados dos três testes clínicos divulgados esta segunda-feira na Sociedade Americana de Oncologia Clínica, em Chicago, podem aumentar esta cifra.

Um deles, um ensaio de fase I feito com pacientes com melanoma inoperável, levou a uma sobrevida média sem precedentes de três anos e meio para um cancro que costuma matar em cerca de um ano. “Isto é realmente revolucionário e agora, os tratamentos do melanoma estão a ficar tão bons que estamos a ver pela primeira vez um avanço significativo contra tumores sólidos muito difíceis de tratar”, acrescentou O’Day.

Tumores sólidos são encontrados na maior parte dos cancros, inclusive no do útero, última fronteira no tratamento com imunoterapia.

Cientistas dos Institutos Nacionais de Saúde anunciaram esta segunda-feira que uma nova técnica - que consiste em retirar células imunológicas de um tumor e cultivar bilhões delas em laboratório para reinseri-las no corpo do paciente - teve sucesso em duas entre nove pacientes. As mulheres, ambas na casa dos 30 anos, foram desenganadas pelos médicos, que lhes deram menos de

um ano de vida antes de participarem dos testes, e o cancro tinha-se espalhado por todo o seu corpo. Agora, elas não apresentam sinais de cancro: uma 22 meses e outra mais de um ano após o tratamento.

Mas o motivo de a técnica não funcionar com as outras pacientes permanece um mistério, que os cientistas ainda trabalham duro para desvendar. Enquanto isso, novos estudos estão sendo lançados sobre o uso da imunoterapia para tratar cancros oral e anal que, como o cancro do útero, são provocados pelo vírus do papiloma humano (HPV).

No que diz respeito ao melanoma, assim como aos cancros do rim e pulmão, um novo tipo de medicamento que bloqueia uma proteína chamada PD-1 incentivou o campo de pesquisas. “A PD-1 é talvez o avanço mais excitante no tratamento do cancro numa década”, disse Mark Schoenebaum, analista do Grupo ISI.

As gigantes farmacêuticas Bristol-Myers Squibb e Merck estão na corrida para produzir medicamentos que vão ajudar o sistema imunológico a reconhecer e atacar o cancro.

Especialistas afirmam que o campo da imunoterapia tem um mercado potencial de 35 mil milhões de dólares.

FONTE: [HTTP://SAUDE.TERRA.COM.BR/IMUNOTERAPIA-ENOVA-REVOLUCAO-NA-LUTA-CONTRA-CANCER,5041922B8CE56410VGNCLD200000B1BF46D0RCRD.HTML](http://SAUDE.TERRA.COM.BR/IMUNOTERAPIA-ENOVA-REVOLUCAO-NA-LUTA-CONTRA-CANCER,5041922B8CE56410VGNCLD200000B1BF46D0RCRD.HTML)  
2014-06-03

## DESCOBERTO COMO CHÁ VERDE ACTUA CONTRA O CANCRO

Há muito tempo se conhecem os benefícios do chá verde, incluindo a protecção contra o cancro e até a destruição directa de tumores na pele. Por isso, os cientistas têm-se esforçado para tentar desvendar os mecanismos fisiológicos pelos quais o chá verde e os seus extractos actuam na redução do risco de cancro ou

retardando o crescimento das células cancerosas.

Wai-Nang Lee, do Instituto de Pesquisas Biomédicas de Los Angeles (EUA), afirma agora ter encontrado uma explicação que, segundo ele, pode abrir uma nova área de pesquisas contra o cancro.

“Esta é uma maneira inteiramente nova de olhar para o metabolismo,” disse o Dr. Lee. “Não é mais um caso de glicose que entra e energia que sai. Agora nós entendemos como o metabolismo das células de cancro pode ser interrompido, e podemos estudar como usar esse conhecimento para tentar alterar o curso do cancro ou prevenir o cancro.”

### Controlo metabólico

A equipa descobriu como o EGCG (epigallocatequina galato), o componente biológico activo do chá verde, altera o metabolismo das células cancerosas.

O mecanismo opera através da supressão da expressão de uma enzima que já se sabia estar associada com o cancro, chamada LDHA.

Ainda mais importantes, as experiências revelaram um inibidor da enzima, o oxamato, que é conhecido por reduzir a actividade da LDHA, operando da mesma maneira: ele também destrói o sistema metabólico das células de cancro - o estudo em tumores do cancro do pâncreas.

“Ao explicar como o componente activo do chá verde pode prevenir o cancro, este estudo irá abrir as portas para toda uma nova área de investigação do cancro e ajudar-nos a compreender como outros alimentos podem prevenir ou retardar o crescimento de células cancerosas,” completou Lee.

FONTE: [HTTP://WWW.DIARIODASAUDE.COM.BR/NEWS.PHP?ARTICLE=COMO-CHA-VERDE-ATUA-CONTRA-CANCER&ID=9809](http://WWW.DIARIODASAUDE.COM.BR/NEWS.PHP?ARTICLE=COMO-CHA-VERDE-ATUA-CONTRA-CANCER&ID=9809)  
POP, 17 JUNHO 2014



## Ensaios clínicos fase III e IV – Informação

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

Retirado em 2 Fevereiro 2014 em <http://www.cancer.gov/clinicaltrials/search/results?protocolsearchid=12374660>

### SARCOMA PARTES MOLES NO ADULTO

#### ■ *Standard Palliative Care Versus Standard Palliative Care Plus Polychemotherapy in Metastasized Malignant Melanoma*

**PHASE:** Phase IV  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 to 75  
**SPONSOR:** Other  
**PROTOCOL IDS:** ADO-MM-PAL8, NCT00226473

#### ■ *HD IL-2 + Vemurafenib in Patients With BRAF Mutation Positive Metastatic Melanoma*

**PHASE:** Phase IV  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 and over  
**SPONSOR:** Other  
**PROTOCOL IDS:** 12PLK01, NCT01683188

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

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

#### ■ *An Open-Label Study of Zelboraf (Vemurafenib) in Patients With Braf V600 Mutation Positive Metastatic Melanoma*

**PHASE:** Phase IV  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 and over  
**SPONSOR:** Pharmaceutical / Industry  
**PROTOCOL IDS:** ML28711, NCT01898585

#### ■ *HD IL-2 + Ipilimumab in Patients With Metastatic Melanoma*

**PHASE:** Phase IV  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 and over  
**SPONSOR:** Other  
**PROTOCOL IDS:** 12PLK02, NCT01856023

#### ■ *Imiquimod to Detect Residual Lesions and Prevent Recurrence of Lentigo Maligna*

**PHASE:** Phase III, Phase II  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 and over  
**SPONSOR:** Other  
**PROTOCOL IDS:** Trial Photoderm Graz 2010-1, NCT01088737

#### ■ *Phase II/III Clinical Study CSF470 Plus BCG Plus GM-CSF vs IFN Alpha 2b in Stage IIB, IIC and III Melanoma Patients*

**PHASE:** Phase III, Phase II  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 to 65  
**SPONSOR:** Pharmaceutical / Industry  
**PROTOCOL IDS:** CASVAC0401, NCT01729663

#### ■ *Modified Melanoma Vaccine for High Risk or Low Residual Disease Patients*

**PHASE:** Phase III, Phase II  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Approved-not yet active  
**AGE:** Not specified  
**SPONSOR:** Other  
**PROTOCOL IDS:** 0419-12-HMO, NCT01861938

#### ■ *A Treatment Combination for Patients With Unresectable Stage III or Stage IV Melanoma*

**PHASE:** Phase III  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 and over  
**SPONSOR:** Pharmaceutical / Industry  
**PROTOCOL IDS:** 11718, UVACC-ONYX-11718, UVACC-HIC-11860, EUDRACT-2005-0000941-12, BAYER-UVACC-ONYX-11718, NCT00111007

#### ■ *Standard High-Dose Alpha Interferon Versus Intermittent High-Dose Alpha Interferon*

**PHASE:** Phase III  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 to 70  
**SPONSOR:** Other  
**PROTOCOL IDS:** MM-ADJ-5, NCT00226408

#### ■ *Comparative Study of Individualized Sensitivity-Directed Chemotherapy Versus DTIC*

**PHASE:** Phase III  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 and over  
**SPONSOR:** Other  
**PROTOCOL IDS:** 101.321-13/07, EudraCT Nr. 2008-001686-28, NCT00779714

#### ■ *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  
**SPONSOR:** Other  
**PROTOCOL IDS:** PIP2, CSET 1443, NCT00949039

#### ■ *Neurotropic Melanoma of the Head and Neck*

**PHASE:** Phase III  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 and over  
**SPONSOR:** Other  
**PROTOCOL IDS:** TROG 08.09, 2009/039, ACTRN12610000478011, NCT00975520

---

■ *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

---

■ *MelaViD: A Trial on Vitamin D Supplementation for Resected Stage II Melanoma Patients*

**PHASE:** Phase III  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 to 75  
**SPONSOR:** Other  
**PROTOCOL IDS:** S480/209, 2009-012049-46, NCT01264874

---

■ *Ipilimumab or High-Dose Interferon Alfa-2b in Treating Patients With High-Risk Stage III-IV Melanoma That Has Been Removed by Surgery*

**PHASE:** Phase III  
**TYPE:** Biomarker/Laboratory analysis, Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 and over  
**SPONSOR:** NCI  
**PROTOCOL IDS:** NCI-2011-02649, ECOG-E1609, CDR0000692568, E1609, U10CA180820, U10CA021115, NCT01274338

---

■ *A Phase 3 Study to Compare Efficacy and Safety of Masitinib to Dacarbazine in the Treatment of Patients With Non-Resectable or Metastatic Stage 3 or Stage 4 Melanoma Carrying a Mutation in the Juxta Membrane Domain of C-Kit*

**PHASE:** Phase III  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 and over  
**SPONSOR:** Pharmaceutical / Industry  
**PROTOCOL IDS:** AB08026, NCT01280565

---

■ *Melanoma Margins Excision Trial*

**PHASE:** Phase III  
**TYPE:** Health services research, Supportive care, Treatment  
**STATUS:** Approved-not yet active  
**AGE:** 18 to 85  
**SPONSOR:** Other  
**PROTOCOL IDS:** 2011PLAS03, NCT01457157

---

■ *Adjuvant PEG Intron in Ulcerated Melanoma*

**PHASE:** Phase III  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 to 70  
**SPONSOR:** Other  
**PROTOCOL IDS:** EORTC-18081, 2009-010273-20, NCT01502696

---

■ *Whole Brain Radiotherapy Following Local Treatment of Intracranial Metastases of Melanoma*

**PHASE:** Phase III  
**TYPE:** Supportive care, Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 and over  
**SPONSOR:** Other  
**PROTOCOL IDS:** ANZMTG 01-07, ACTRN12607000512426, NCT01503827

---

■ *Melanoma Gamma Knife*

**PHASE:** Phase III  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 and over  
**SPONSOR:** Other  
**PROTOCOL IDS:** 2011-0875, NCI-2012-01349, NCT01644591

---

■ *BRIM8: A Study of Vemurafenib Adjuvant Therapy in Patients With Resected Cutaneous BRAF Mutant Melanoma*

**PHASE:** Phase III  
**TYPE:** Biomarker/Laboratory analysis, Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 and over  
**SPONSOR:** Pharmaceutical / Industry  
**PROTOCOL IDS:** GO27826, 2011-004011-24, NCT01667419

---

■ *A Study of the BRAF Inhibitor Dabrafenib in Combination With the MEK Inhibitor Trametinib in the Adjuvant Treatment of High-risk BRAF V600 Mutation-positive Melanoma After Surgical Resection.*

**PHASE:** Phase III  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 and over  
**SPONSOR:** Pharmaceutical / Industry  
**PROTOCOL IDS:** 115532, NCT01682083

---

■ *Relevance of Imiquimod as Neo-adjuvant Treatment to Reduce Excision Size and the Risk of Intralesional Excision in Lentigo Malignant of the Face*

**PHASE:** Phase III  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 and over  
**SPONSOR:** Other  
**PROTOCOL IDS:** BRD11/06-S, NCT01720407

---

■ *Vitamin D Supplementation in Cutaneous Malignant Melanoma Outcome*

**PHASE:** Phase III  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 to 80  
**SPONSOR:** Other  
**PROTOCOL IDS:** 2012LRDVMCM, 2012-002125-30, NCT01748448

---

■ *Study Comparing the Efficacy of MEK162 Versus Dacarbazine in Unresectable or Metastatic NRAS Mutation-positive Melanoma*

**PHASE:** Phase III  
**TYPE:** Treatment  
**STATUS:** Active  
**AGE:** 18 and over  
**SPONSOR:** Pharmaceutical / Industry  
**PROTOCOL IDS:** CMEK162A2301, 2012-003593-51, NCT01763164

---

■ *Sargramostim or Hypertonic Saline Before Sentinel Lymph Node Biopsy in Treating Patients With Stage IB-II Melanoma*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 to 75

SPONSOR: Other

PROTOCOL IDS: 11-002177, NCI-2013-00645, NCT01826864

---

■ *Autologous Dendritic Cell-Tumor Cell Immunotherapy for Metastatic Melanoma*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Approved-not yet active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Pharmaceutical / Industry

PROTOCOL IDS: CL-CA-P01-00-US, NCT01875653

---

■ *Study Comparing Combination of LGX818 Plus MEK162 and LGX818 Monotherapy Versus Vemurafenib in BRAF Mutant Melanoma*

PHASE: Phase III

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Pharmaceutical / Industry

PROTOCOL IDS: CMEK162B2301, NCT01909453

---

■ *A Phase II Prospective Randomized Study of Cell Transfer Therapy for Metastatic Melanoma Using Tumor Infiltrating Lymphocytes Plus IL-2 Comparing Two Different Chemotherapy Preparative Regimens*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 to 66

SPONSOR: NCI

PROTOCOL IDS: 140022, 14-C-0022, NCT01993719

---

■ *Study of 4-Demethyl-4-cholesteryloxycarbonylpenclome in Patients With Brain Tumors*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: NCI, Other

PROTOCOL IDS: DTI-022, R44CA125871-03, NCT02038218

---

■ *Phase II Study of CD62L+-Derived T Lymphocytes Transduced With a T Cell Receptor Recognizing the NY-ESO-1 Antigen and Aldesleukin Following Lymphodepletion in Patients With NY-ESO-1 Expressing Melanoma*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

STATUS: Approved-not yet active

AGE: 18 to 66

SPONSOR: NCI

PROTOCOL IDS: 140058, 14-C-0058, NCT02062359

---

■ *Molecularly Targeted Therapy in Treating Patients With Melanoma That is Metastatic or Cannot be Removed by Surgery*

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: NCI, Other

PROTOCOL IDS: 2013-184, NCI-2014-00670, WIRB Pro #20140190, WO #1-822810-1, Invest #161467, Study #1144561, P30CA022453, NCT02094872

---

■ *Study of Cell Transfer Therapy for Metastatic Melanoma Using 4-1BB Tumor Infiltrating Lymphocytes Plus IL-2 Following a Non-Myeloablative Lymphocyte Depleting Chemotherapy*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 to 66

SPONSOR: NCI

PROTOCOL IDS: 140062, 14-C-0062, NCT02111863

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.msds.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, EUA.  
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 inclui

**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