

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

25

ANO VII · NOV-FEV 2014

ENTREVISTA COM...

Enfermeira Mónica Castro, colaboradora da revista onco.news, fala-nos um pouco da sua experiência no University College London Hospital, em Londres.

SEXUALIDADE NO DOENTE OSTOMIZADO

Artigo de investigação onde se utiliza a PEO (Perceived Effect of an Ostomy) para descrever os principais aspetos da sexualidade no doente ostomizado. Foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre todas as dimensões da PEO: sexualidade, actividades quotidianas, auto-estima e cuidados com a ostomia.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM RADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

Artigo teórico de abordagem às principais competências dos enfermeiros nesta atividade clínica tão relevante em oncologia.

IMPACTO DO CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO NA QUALIDADE DE VIDA

Artigo teórico sobre o impacto do cancro no doente e seus familiares e as alterações da qualidade de vida daí decorrentes.

CONTROLO SINTOMÁTICO NO DOENTE ONCOLÓGICO: BOAS PRÁTICAS DE CUIDADOS

Artigo teórico que descreve intervenções fundamentais de enfermagem para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas, para a monitorização das terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, e para o controlo da dor e outros sintomas.



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, α , α -trealose di-hidratada, polissorbato 20. **Herceptin 600 mg/5 ml solução injetável.** 1 frasco para injetáveis contém 600 mg de trastuzumab. Excipientes: hialuronidase humana recombinante, L-histidina, cloridrato de L-histidina monohidratado, α , α -trealose di-hidratada, L-metionina, polissorbato 20, água para preparações injetáveis. **Indicações terapêuticas:** **Câncer da mama metastático (CMm) HER2+:** a) Em monoterapia, em doentes previamente submetidos a ≥ 2 regimes de quimioterapia (QT) (incluindo, pelo menos, 1 antraciclina e 1 taxano, a não ser que esse tratamento não seja adequado). Doentes 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 antraciclina não sejam adequadas. c) Com docetaxel, em doentes não submetidos previamente a QT. d) Com inibidor da aromatase, em doentes pós-menopáusicas com CMm com 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 ≥ 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.**

7A EOP

REUNIÃO NACIONAL



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

23 | 24
MAIO 14
Grande Hotel do Luso

- > CURSO PRÉ-REUNIÃO
- > SESSÕES CIENTÍFICAS
- > SIMPÓSIOS TEMÁTICOS
- > APRESENTAÇÃO
E DISCUSSÃO TRABALHOS

www.aeop.net

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





Onco.news dedica-se à publicação de artigos científicos na área da enfermagem oncológica, nas variantes temáticas de epidemiologia, biologia molecular e patológica, cirurgia, radioterapia e quimioterapia, tanto no cancro do adulto como no pediátrico.

Toda a informação sobre a revista poderá ser encontrada em www.aeop.net.

INDEXANTES:



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



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



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

MEMBRO



PARCERIA



ÍNDICE

03 EDITORIAL

M. Jorge Freitas, Director da OncoNews

05 ENTREVISTA COM...

Enfermeira Monica Castro fala-nos da sua experiência em Oncologia num Hospital de Londres

ARTIGOS

07 **SEXUALIDADE NO DOENTE OSTOMIZADO: ESTUDO EXPLORATÓRIO**
Daniela Fernandes

14 **COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM RADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO**
Davide Fernandes, Leandra Vale

21 **IMPACTO DO CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO NA QUALIDADE DE VIDA: ANÁLISE REFLEXIVA**
Susana Miguel, Mercedes Gudiño, Andreia Silva

30 **CONTROLO SINTOMÁTICO NO DOENTE ONCOLOGICO: BOAS PRÁTICAS DE CUIDADOS**
Paula Banha, Duarte Costa, Isabel Mendes

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

36 **AEOP EM PARCERIA COM A SIOG 2014 · 30.º ANIVERSÁRIO DA EONS · SOCIAL SUPPORT SARCOMA: FASE DE RECRUTAMENTO · NVIQ (PROJETO EDUCACIONAL): RESULTADOS · 7.ª REUNIÃO NACIONAL DA AEOP · ENCONTROS DA PRIMAVERA**

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

38 **NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO**
Também disponível em www.aeop.net

47 **ENSAIOS CLÍNICOS FASE III E IV - INFORMAÇÃO**

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

FICHA TÉCNICA

ONCO.NEWS

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

DIRECTOR DE PUBLICAÇÃO

M. Jorge Freitas Almeida, MsC, RN
Especialista em Enfermagem Comunitária
Mestrado em Bioética
Unidade de Investigação Clínica - Instituto Português de Oncologia, Porto
mjorgefreitas@sapo.pt

COORDENADOR EDITORIAL

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

CONSELHO CIENTÍFICO

Ana Pinto Fonseca, MsC, RN
Mestrado em Ciências de Enfermagem
Docente na Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus - Universidade de Évora
afonseca@uevora.pt

Bruno Magalhães, MsC, RN
Mestrado em Saúde Pública
Docente na Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria, Porto
Oncologia Cirúrgica, Instituto Português de Oncologia, Porto
bruno.magalhaes@netcabo.pt

Eunice Sá, MsC, RN
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Mestrado em Psicologia da Saúde
Coordenadora do GIÊSEL, Professora Adjunta
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Pólo Artur Ravara
esa@esel.pt

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

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

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

CONSELHO EDITORIAL

Davide Fernandes, Leandra Vale, Paula Banha, Duarte Costa, Isabel Mendes, Daniela Fernandes, Susana Miguel, Mercedes Godino, Andreia Silva

COORDENADORES DOS WORKGROUPS

- **EDUCAÇÃO EM ONCOLOGIA:** Ana Paula Figueiredo, MsC, RN - anapaulafig.lo@gmail.com
- **DOENTE COM CANCRO CABEÇA E PESCOÇO:** Pedro Cardoso, RN - pedromadal@gmail.com
- **DOENTE COM CANCRO DIGESTIVO:** Ana Paula Moreira, RN - ana.paula.moreira@sapo.pt
- **DOENTE COM CANCRO MAMA:** Elisabete Valério, MsC, RN - evalerio@ipporto.min-saude.pt
- **DOENTE COM CANCRO PULMÃO:** Esmeralda Barreira, MsC, RN - merbarreira@gmail.com
- **DOENTE COM CANCRO UROLÓGICO:** José Fernando, RN - silvafjg@gmail.com
- **DOENTE COM SARCOMA:** Rui Santos, RN - rmrgs60@gmail.com
- **DOENTE HEMATO-ONCOLÓGICO:** Helena Fernandes, RN - helenafernandes@huc.min-saude.pt
- **DOENTE COM DOR:** Carina Raposo, RN - karyraposo@gmail.com

DESIGN E COMPOSIÇÃO GRÁFICA

Medesign, Lda

PERIODICIDADE

Quadrimestral

IMPRESSÃO

Universal 3

TIRAGEM

600 exemplares

DEPÓSITO-LEGAL

262108/08

Editamos a primeira revista onco.news de 2014! Como acontece anualmente, a Direção da AEOP e os colegas que pertencem aos Grupos de Trabalho específicos reuniram em Coimbra no início de Dezembro com o objetivo de validar e definir as atividades mais relevantes para 2014, em particular aquelas que envolvem os Grupos de Trabalho.

Este ano estaremos presentes nos eventos de Oncologia em parceria com outras organizações, permitindo alargar o nosso âmbito de atividade, de discussão, de reflexão e produção de conhecimento científico com interesse para a AEOP e para a comunidade científica de enfermagem oncológica. Já em Março estaremos na Reunião da Primavera, em Évora; em Outubro, no Congresso Nacional Cancro Digestivo, no Algarve; em Novembro estaremos na Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia que este ano se realiza também em Évora. Para além destas reuniões científicas, temos agendada a nossa 7.^a Reunião Nacional que se realizará novamente no Grande Hotel de Luso, no centro do país.

Estamos a divulgar o programa provisório da AEOP7, sendo já disponível o acesso a uma grande parte da informação através da nossa página web. Como tem sido habitual, está aberta a submissão de trabalhos em forma de poster, cujas apresentações têm sido um momento de especial interesse do programa, permitindo a discussão dos trabalhos e abrindo-se logo aí a possibilidade de os publicar nesta nossa revista. Este ano teremos a colega Lena Sharp, com experiência em Radioterapia, do Karolinska University Hospital de Estocolmo, Suécia, que nos conferenciará sobre Radiodermite. Contamos com o importante apoio da Ordem dos Enfermeiros e teremos sessões científicas com temas atuais e pertinentes para as práticas. Na véspera da Reunião, teremos dois cursos com inscrição obrigatória através do nosso site, uma conferência de abertura e a habitual sessão de abertura da Reunião. Contamos com os indispensáveis

apoios da indústria farmacêutica para podermos repetir o sucesso que têm sido estas reuniões.

Em termos internacionais, a AEOP colabora ativamente com a Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica. Além de toda a atividade da nossa presidente junto do Board, como membro eleito no ano passado, estaremos presentes nas comemorações dos 30 anos da EONS (European Oncology Nursing Society) em Londres, cerimónia que decorrerá em Abril, e estaremos na EONS 9, que este ano se realiza em Istambul. Estaremos ainda no meeting do Advisory Council, que decorrerá em Novembro na Islândia. A AEOP estará presente como sponsor científico e na Comissão Científica do Congresso da SIOG (International Society of Geriatric Oncology) e no 16th World Congress of Psycho-Oncology and Psychosocial Academy (da International Psycho-Oncology Society), que decorrerão em Lisboa no final de Outubro.

Estivemos em Janeiro deste ano representados no 2.^o Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros, na reunião das associações e na moderação de uma sessão científica. Fechamos o Projeto Educativo da NVIQ, que decorreu durante 2013, com a publicação dos documentos finais que serão divulgados este ano.

Estamos a planear dois novos projetos educacionais que vão ao encontro das necessidades atuais da Oncologia e dos enfermeiros das práticas clínicas. Brevemente daremos informação mais detalhada.

Perante todo este planeamento, 2014 será um ano muito intensivo em termos de participação dos enfermeiros e da Associação, num ano difícil em termos de apoios e num ano difícil em termos de motivação dos profissionais, pelas circunstâncias que todos conhecemos. No entanto, quero ainda acreditar que a AEOP poderá fazer a diferença nesta área, será a organização

quero ainda acreditar que a AEOP [...], será a organização catalisadora dos colegas que trabalham diretamente com o doente oncológico.

catalisadora dos colegas que trabalham diretamente com o doente oncológico. Se as circunstâncias nos obrigam a abdicar do muito que podemos e devemos fazer para a enfermagem oncológica, que seja a AEOP a promover o contrário, criando espaços de discussão, de produção de conhecimento, de contacto privilegiado entre colegas de diferentes unidades e hospitais de Oncologia portugueses. Vamos manter a inovação, vamos continuar a contar consigo, vamos continuar a crescer quer em número de membros quer em representatividade, independentemente das adversidades que vão surgindo. Só assim a enfermagem oncológica crescerá!

Relativamente a esta revista, publicamos quatro artigos, um de investigação e três de revisão teórica. Temos um artigo sobre a atividade da enfermagem em Radiologia de Intervenção, um sobre o impacto do cancro no doente com patologia de Cabeça e Pescoço, um artigo sobre estratégias de controlo de sintomas e um de investigação sobre a sexualidade do doente com cancro. Publicamos a habitual rubrica sobre os ensaios clínicos mais recentes e em curso, neste número, dedicado ao sarcoma de partes moles no adulto. Temos ainda a habitual publicação das novidades em Oncologia e sobre as atividades da AEOP. A entrevista neste 25.º número dá voz à nossa colega Coordenadora Editorial, enfermeira Mónica Castro, que tem uma experiência de quase dois anos em Londres na área da oncologia e que nos fala sobre a sua experiência num país que tem sido a porta de entrada para muitos colegas recém-formados e até mesmo para outros já com alguns anos de trabalho em Portugal.

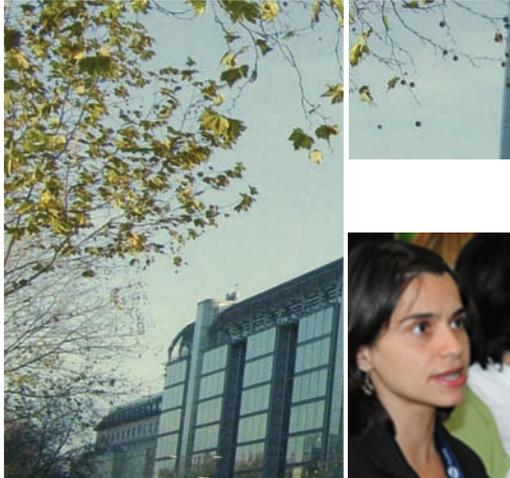
Contamos com o seu apoio em 2014 para que possamos manter este projeto que tem sido reconhecido por muitos, fora da própria Associação, como de qualidade. Queremos chegar mais longe com todos aqueles que a nós se quiserem juntar! Basta participar através dos nossos canais permanentemente disponíveis: correio eletrónico e contacto telefónico.

Conto consigo na AEOP7, na reconfortante vila do Luso.



M. Jorge Freitas
Diretor de Publicação da onco.news

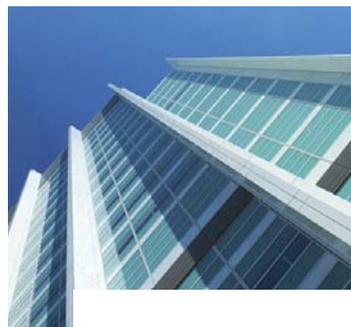




Mónica Castro

Enfermeira Mónica Alexandra Castro em entrevista à onco.news

Enfermeira desde 2012 no Department of Oncohematology. University College London Hospital, Londres



sempre tive vontade de experienciar um período de trabalho na área de enfermagem fora de Portugal

[onco.news] – **A colega é mais uma das muitas que deixou uma unidade de oncologia dos Hospitais Portugueses para ir trabalhar para Londres. Porquê essa opção? Hoje pode dizer que encontrou o que procurava?**

[Mónica Alexandra Castro] – Antes de iniciar a minha resposta devo primeiro referir que sempre tive vontade de experienciar um período de trabalho na área de enfermagem fora de Portugal. Não me tendo sido possível cumprir esse objetivo

enquanto estudante e perante a falta de perspectiva em evoluir em termos de carreira, educação ou salarial, pareceu-me que esta seria uma oportunidade/incentivo para a mudança.

Responder de forma definitiva à pergunta de ter encontrado o que procurava torna-se mais complicado e tem que se colocar num contexto: (i) Encontrei oportunidades de aprender outras metodologias de trabalho, embora também o fosse possível em Portugal se tivesse mudado de local de trabalho, no entanto, aqui essa diferença é mais acentuada e engloba não só cuidados, como estruturas e filosofias de vida; (ii) Encontrei a possibilidade de evoluir academicamente podendo, em certos casos, alguns módulos formativos serem financiados pelo local de trabalho; (iii) Encontrei um acréscimo no valor salarial.

Como caracteriza o sistema de saúde inglês na área da oncologia. Privado vs público. Existem unidades de oncologia em todos os hospitais?

Não posso, duma forma fidedigna, comparar o sistema público com o sistema privado. A minha atividade profissional tem-se desenrolado no sector privado, onde a capacidade financeira do doente ou o sistema de seguros onde estão inseridos, lhe possibilita usufruir da parcela privada do serviço de saúde, com melhor serviço hoteleiro e menor tempo de espera para consultas e realização de exames e procedimentos. No entanto do que tenho conhecimento, em termos de esquema de quimioterapia e guias de orientação de tratamento são extremamente idênticos.

Como caracteriza o seu serviço de Oncohematologia?

O meu serviço é bem mais suis generis que a Maioria dos serviços privados. Isto porque se trata duma ala particular inserida num hospital público, usufruindo dos serviços públicos – nomeadamente Laboratórios, Imagiologia, Bloco operatórios, Unidades de Cuidados Intensivos, mas simultaneamente tendo um “chef” particular, possibilidade de visitas 24h, possibilidade dum familiar 24h no quarto.

Como funciona o ensino e formação. No Hospital e fora dele. A formação que faz

é reconhecida em termos de cuidados e em termos monetários? Como está organizado o sistema inglês nas carreiras de Ascensão dos enfermeiros? Por concurso, por créditos

A formação hospitalar é obrigatória e dinamizada dentro de cada serviço dependendo das necessidades. Para tal cada enfermeiro tem uma bolsa de horas que pode utilizar anualmente. A formação escolar por sua vez, é reconhecida e faz-se por créditos. Esta formação pode ser ou não financiada pelo próprio serviço dependendo do número de pessoas que pretendem fazer a formação e da verba disponível.

A ascensão profissional, por sua vez, faz-se por concurso tendo em conta anos de experiência, área de experiência e formação realizada. Tendo em conta o tipo de formação o valor salarial é acrescido. No entanto não existe um salário tabelado mas sim um limite inferior e superior no qual o profissional se encaixa e que vai negociar com o empregador mediante capacidades pessoais, conhecimentos, formação adquirida, experiência profissional.

As diferenças salariais e de atividades variam de hospitais?

As diferenças salariais dependem do hospital e do nível onde estamos integrados. As atividades variam, obviamente, do serviço em que prestamos cuidados e do tipo de necessidade dos doentes e do serviço.

Encontra diferenças entre tratar um doente Onco-Hematológico em Portugal e Reino Unido?

As necessidades de tratamento e acompanhamento dos doentes Hemato-oncológicos são semelhantes em qualquer país. Poderão existir algumas especificidades impostas pela multiculturalidade dos doentes que acedem aos serviços de saúde britânicos.

Defende que cuidar o doente Hemato-Oncológico requer preparação diferente de tratar outros doentes? Em que sentido?

Como enfermeiros generalistas, saídos do ensino universitário português, estamos aptos a prestar cuidados de enfermagem gerais a toda a população. Contudo, à

medida que as unidades se vão tornando cada vez mais específicas, isso implica também uma maior necessidade de conhecimentos e de competências específicas que o ensino geral não produz. Uma vez que a formação académica não engloba a especialização na área de Oncologia, os conhecimentos e produção de saberes processa-se num campo informal, sendo dinamizado pela própria necessidade de quem cuida dos doentes Hemato-oncológicos sente.

Como é feita a ligação do doente com a comunidade na alta e no seguimento deste durante os tratamentos?

O doente sempre que tem alta hospitalar leva um relatório médico para o Médico de Família, vulgarmente conhecido por GP. Nesse relatório estão contidas informações relativas à doença e a tratamento em curso. No caso de o doente necessitar de algum apoio, o GP ou enfermeira desse centro podem atuar sem necessidade de estar a direcionar o doente para o hospital de origem. Se necessário, tanto o GP como o doente podem sempre telefonar para o hospital para esclarecimentos de dúvidas. Para além disso existem as Clinical Nurses Specialists – ou enfermeiros clínicos especializados em determinadas áreas como Sarcoma, Cabeça e Pescoço, Mama, que fazem o seguimento pessoal do seu grupo de doentes, através de contacto telefónico, visita ao hospital e domicílio.

Como encara a multiculturalidade de colegas no serviço e Hospital? Elas não são notadas ou facilmente se encaixam na cultura inglesa? E como são recebidos pelos doentes?

A multiculturalidade é a imagem de marca de Londres. Em qualquer local público ou privado, independentemente do tipo de unidade, é praticamente impossível não se encontrar uma equipe que não englobe alguém de outro país, de outra cultura, outro credo ou filosofia. Como tal a aceitação tem que ser um aspeto obrigatório e necessário para a sã convivência. Este aspeto facilita a baixa incidência de discriminação sociocultural, que de qualquer forma se detetada é formalmente sancionada pelo patronato. Da minha experiência pessoal e do feedback que tenho de outros portugueses a trabalharem no UK, não existe discriminação quer por

parte dos colegas, quer por parte dos doentes e uma forma geral somos bem recebidos e acarinhados. A integração processa-se numa forma gradual e implica adaptação não só às normas institucionais bem como aos protocolos de atuação e à necessidade de validação antes de podermos efetuar alguns procedimentos, tais como Cateterizar, Prestar cuidados a um Cateter Venoso Central ou Administrar Cítotoxicos. Mesmo assim, globalmente, o nosso nível de formação e capacidade de integração é bastante apreciada no UK, quer pelas entidades empregadoras, quer pelos diferentes membros da equipe hospitalar onde estamos integrados.

Em termos de gestão do serviço e hospital, como funciona? Ela é proactiva nas boas práticas ou é normativa?

O hospital tem um Manual de Boas Práticas e Guias de Procedimentos bastante extensos e abrangentes. Sempre que se coloca alguma questão nova, esta é discutida pelos pares considerados mais aptos perante a matéria para que se possam produzir diretrizes normativas para aquele assunto. No entanto, todas as diretrizes sofrem obrigatoriamente uma revisão a cada 2 anos ou sempre que exista um fator justificativo para proceder a mudanças

As associações profissionais e de doentes têm papel activo? Como funciona?

Existem várias associações tanto de profissionais como de doentes com um papel ativo na área de Oncologia. Uma das mais emblemáticas será o MacMillan Cancer Support que tem uma estrutura de apoio organizada e presente em várias cidades e hospitais do UK. Para além disso é uma fonte de informação técnica fiável, utilizada e recomendada pelos profissionais de saúde.

A forma de funcionamento e apoio fornecido depende da abrangência de cada uma das associações e como é óbvio do seu capital financeiro. No entanto, através de uma consulta ao website desses grupos facilmente se torna perceptível o tipo de apoio que vamos obter e como o podemos solicitar. Em todos a consultadoria telefónica é possível para esclarecimentos.

SEXUALIDADE NO DOENTE OSTOMIZADO: ESTUDO EXPLORATÓRIO

Daniela Fernandes

Hospital Garcia de Orta · Enfermeira, Mestre em Sexologia
danyguilhermes@gmail.com

RESUMO: O estoma causa impacto em várias esferas da vida da pessoa, inclusive na dimensão da sexualidade, bem como na vivência do seu parceiro sexual. O tema sexualidade abrange inúmeros aspetos, marcados pela subjetividade humana e que envolvem percepções e significados. Uma pessoa ostomizada enfrenta alterações físicas, psicológicas e sociais que têm implicações em termos do seu autocuidado, nomeadamente na alimentação, no processo de eliminação, nos cuidados de higiene, na vida familiar, social e profissional.

A consciencialização em relação à doença e as estratégias de adaptação utilizadas parecem estar relacionadas com a capacidade da pessoa integrar o estoma no seu autoconceito e autoimagem.

Recorrendo à PEO (*Perceived Effect of an Ostomy*) (Ilsa, L., Peter, J., 1995), pretendeu-se descrever os principais aspetos da sexualidade no doente ostomizado. Quer o interesse sexual, quer até comportamentos de ordem meramente afetiva, incluem-se entre aqueles que geram um Maior grau de preocupação nestes sujeitos. Complementarmente foram também avaliadas as atividades quotidianas, autoestima e os cuidados com a ostomia, verificando-se que as competências de relacionamento social, o interesse pela vida e a percepção de solidão revelam-se como responsáveis por um grau elevado de preocupação.

Relativamente à influência do género e da condição laboral, observou-se que as mulheres ostomizadas revelam uma menor preocupação com as várias dimensões da sua sexualidade, tendo-se igualmente concluído que os sujeitos que ainda se encontram profissionalmente ativos demonstram uma menor preocupação quer com a sexualidade, quer com as atividades quotidianas, autoestima e cuidados com a ostomia. Foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre todas as dimensões da PEO (*Perceived Effect of an Ostomy*) (sexualidade, atividades quotidianas, autoestima e cuidados com a ostomia).

PALAVRAS-CHAVE: sexualidade, estoma, ostomizados.

ABSTRACT: *The stoma affects various spheres of a person's life including his/her sexuality and his/her partner. The topic sexuality covers a lot of aspects that range from subjectivity and which involve perceptions and meanings. An ostomate has to cope with physical, psychological and social changes that have implications in his/her self-care – in diet, in the process of elimination, in hygienic care – and in his/her family, social and professional life.*

Using the PEO (Perceived Effect of an Ostomy) (Ilsa, L. Peter, J., 1995) intended is to describe the main aspects of sexuality in diseased with ostomy. Either the sexual interest, either until behavior of a purely

emotional, include among those who generate a greater degree of concern in these subjects. In addition, were also evaluated the daily activities, self-esteem and care with the ostomy, noting that the powers of social relationship, interest in the life and the perception of solitude show as responsible for a high degree of concern.

Regarding the influence of the genus and condition observed labor-women with ostomy show a less concern with the various dimensions of their sexuality, having-is also concluded that the subjects that are still professionally assets, show a less concern either with sexuality, either with the everyday activities, self-esteem and care with ostomy. Were found statistically significant correlations between all the dimensions of PEO (Perceived Effect of an Ostomy) (sexuality, everyday activities, self-esteem and care with ostomy).

KEYWORDS: *sexuality, stoma, ostomates.*

1. Introdução e Conceitos

Ao contrário do que sucede com outros animais, para o Homem a sexualidade não se restringe à sua função reprodutiva, é muito mais complexa e abrangente, inserindo-se num processo superior de "...busca da gratidão sexual como parte integrante da qualidade de vida." (Abrantes, 2003).

Aliás, porque a sexualidade no Homem é tão atípica em relação à dos outros seres, pensa-se que esta, tal como a postura ereta, terá efetivamente contribuído para que o ser humano adquirisse características únicas entre os organismos vivos que habitam o planeta Terra.

De facto, a sexualidade afigura-se como um fenómeno central no ser humano que é simultaneamente complexo e rico, sendo influenciado por aspetos biológicos, fisiológicos, psicológicos, sociais, religiosos e culturais. Assim, não se limita às uniões familiares, não é exclusiva dos casais de sexos opostos, ultrapassando largamente o ato sexual em si, e não se circunscrevendo de forma alguma à prática sexual centrada no aparelho genital do adulto.

A pessoa ostomizada é aquela que se submeteu a uma cirurgia motivada pela presença de uma doença ou ferimento no sistema digestivo/urinário, tendo como resultado a abertura de um orifício artificial no abdómen, com o objetivo de desviar as fezes/urina do seu trajeto natural, que passarão a ser recolhidas através da adaptação de um dispositivo coletor na parede abdominal. Existem diferentes tipos de estomas e a indicação de qual será adequado para cada paciente só será feita depois de estabelecido um diagnóstico.

Embora a criação de um estoma seja considerada um procedimento cirúrgico simples que, em muitos casos, salva a vida da pessoa, as complicações são frequentes e, mesmo com um pós-operatório sem ocorrências, o seu impacto

emocional pode ser bastante negativo (Hurnrghan et al. (1989); Daniels (2000), ambos citados por Ayaz et al., 2003). Wade (1990), citado por Merino & Piwonka em 1999, realizou um estudo em que verificou que um terço de um grupo de 215 ostomizados referia depressão após a colostomia. Os danos na autoimagem e autoconceito dos utentes eram tão significativos que a Maioria das pessoas experimentava fraqueza, fragilidade e sentimentos de estigmatização após a criação do estoma (Klopp, citado por Merino & Piwonka, 1999). Do mesmo modo, e de acordo com o autor, a ansiedade e a vergonha relacionadas com o estoma podem levar a alterações no estilo de vida da pessoa, incluindo falta de motivação para as atividades profissionais e para viajar, comportamentos alterados em relação à família e amigos e problemas a nível da sexualidade.

Na assistência, quando a pessoa com estoma é questionada sobre sua vida sexual, geralmente responde que "está tudo bem" ou que "tudo mudou", no entanto, mostra-se reticente quando estimulada a dar continuidade ao assunto. A relutância dessas pessoas em falar sobre a sua sexualidade, num atendimento de rotina no serviço de saúde, dificulta o conhecimento e a compreensão de suas estratégias de confronto com esta dimensão. Por isso, não se pode ignorar que o estoma causa impacto na vida da pessoa, bem como na do seu parceiro sexual.

Dado que a expressão da sexualidade abrange inúmeros aspetos da subjetividade humana, envolvendo percepções e significados individuais, este estudo procurou conhecer as representações sociais sobre a sexualidade da pessoa com estoma e identificar a sua repercussão no relacionamento sexual com o cônjuge/parceiro.

2. Material e Métodos

Tipo de estudo

Estando perante uma área de investigação pouco desenvolvida em Portugal e sobre a qual as evidências encontradas na literatura são pouco conclusivas ou até mesmo contraditórias, o presente estudo tem um carácter essencialmente exploratório. No âmbito desta tipologia, o desenho de investigação conduz-nos a um estudo transversal, direcionado para análises descritivas, diferenciais e correlacionais.

Esta investigação tem como ponto central estudar a sexualidade dos sujeitos ostomizados e, complementarmente, analisar outros aspetos (atividades quotidianas, autoestima e cuidados com a ostomia) que tendem também a sofrer alterações após a ostomia, podendo igualmente ter influência sobre a vida sexual.

Objetivos

No âmbito do presente estudo foram formulados os seguintes objetivos:

Descrever e analisar as perceções/grau de preocupação com os efeitos da ostomia, ao nível da sexualidade, das atividades quotidianas, autoestima e cuidados com a ostomia.

- Analisar a influência do tipo de ostomia, do género, do estado civil e da condição laboral, sobre a sexualidade, as atividades quotidianas, a autoestima e os cuidados com a ostomia, nos sujeitos ostomizados.
- Analisar, nos sujeitos ostomizados as relações entre a idade, a capacidade para trabalhar e o tempo de ostomia.
- Analisar, nos sujeitos ostomizados as relações entre a sexualidade, as atividades quotidianas, a autoestima e os cuidados com a ostomia.

Instrumentos

Caracterização demográfica

A caracterização sociodemográfica foi realizada através das respostas a um questionário formado por 8 itens, construído pela autora do estudo. É composto por questões como a idade, sexo, etnia, estado civil, orientação sexual, local de residência, religião e habilitações literárias.

Avaliação Pós-Ostomia

Na avaliação dos ostomizados foi utilizada a escala *Perceived Effect of an Ostomy* (PEO). Consiste num instru-

mento com 46 itens no original, mas que na versão utilizada na nossa investigação ficou apenas com 34 itens, sendo as respostas dadas numa escala tipo Likert. Numa tentativa de organizar os principais conteúdos avaliados pelo instrumento, embora sem qualquer procedimento estatístico associado, propomos uma divisão em 4 áreas: 6 itens relacionados com aspetos referentes à vida sexual (itens 21 ao 26); 13 itens que remetem para as atividades quotidianas (itens 01 ao 13); 7 itens que podemos entender como estando relacionados com a autoestima (itens 14 ao 20) e por fim 8 itens relacionados com os cuidados com a ostomia (itens 27 ao 34).

As pontuações variam de 1 a 7, sendo que a pontuação mais baixa remete para um menor grau de preocupação e a pontuação mais elevada reenvia para um Maior grau de preocupação.

3. Resultados e discussão

A amostra do estudo é constituída por um total de 60 inquiridos com idades compreendidas entre os 30 anos e 89 anos, sendo que a Maioria (53,3%) possui mais de 65 anos.

Os sujeitos que participaram nesta investigação pertenciam a ambos os sexos: 65% do sexo masculino e 35% do sexo feminino.

Quanto ao estado civil, a Maioria dos participantes são casados (73,3%), sendo que 11,7% são solteiros e 15% são viúvos/divorciados.

Relativamente à situação profissional, 68,3% dos participantes encontram-se reformados e 30% encontram-se numa situação ativa.

Quanto ao tipo de ostomia, verifica-se que 75% dos participantes têm uma ostomia do tipo colostomia, 5% do tipo ileostomia e 20% do tipo urostomia.

Já no que concerne à reversibilidade da ostomia, verificamos que as ostomias definitivas apresentam Maior prevalência (85%) do que as temporárias (3,3%). A Maioria dos sujeitos (83,3%) refere não ter tido a informação que julgava necessária sobre o seu problema, o que denota uma falta importante por parte dos profissionais de saúde.

Em média, os doentes possuem a ostomia há mais de 7 anos.

No tratamento estatístico realizado, tendo várias dimensões avaliadas pela escala PEO (sexualidade, atividades quotidianas, autoestima e cuidados com a ostomia), procedeu-se à utilização do teste de normalidade de Kol-

mogorov-Smirnov para verificar se os dados seguem a distribuição normal. Com um valor de K-S inferior a 3 e níveis de significância abaixo de 0,05 verificamos que os dados não seguem a distribuição normal, sendo necessário utilizar testes não paramétricos para testar as hipóteses. Contudo, essa evidência pode não comprometer os resultados, uma vez que sempre que se tem uma amostra superior a 30 por cada grupo, utiliza-se o Teorema do Limite Central que defende que à medida que a dimensão das amostras utilizadas para calcular a distribuição amostral da média aumenta, a distribuição da média amostral tende para a distribuição normal, independentemente do tipo de distribuição da variável em estudo. Procedeu-se à realização das médias das respostas dadas pelos indivíduos às variáveis sexualidade, atividades quotidianas, autoestima e cuidados com a ostomia para se perceber se a criação de ostomia causa alterações a esses níveis.

Assim sendo, tendo em conta que a escala de avaliação dos itens da PEO varia entre 1 e 7 pontos, reportando o valor mais baixo para um nível menor de preocupação com os efeitos da ostomia e o valor mais elevado para um Maior grau de preocupação, observamos o seguinte: a capacidade de abraçar ou beijar apresenta a média mais elevada (4,40), seguida pelo interesse sexual (4,18) e pela satisfação sexual (4,17), parecendo evidenciar-se dificuldades na manutenção de uma tonalidade afetiva bem como na persistência do interesse na atividade sexual, com consequências sobre a satisfação sexual; estranhamente, no polo oposto, com a média mais baixa (4,0), surge a preocupação com a capacidade em ter relações sexuais. Este último dado faz-nos crer que as relações sexuais permanecem viáveis, apresentando apenas um razoável grau de preocupação. Contudo, também poderá ter acontecido que os sujeitos tenham dado uma resposta de acordo com a desajustabilidade social, minimizando esta preocupação (Gráfico 1).

Ao nível das atividades quotidianas verifica-se, na maioria dos itens desta dimensão, um apreciável grau de preocupação (quase todas as médias encontram-se entre 4 e 5 pontos), sendo de destacar pelos seus valores mais elevados, as competências de relacionamento social (4,88), as perceções de valor pessoal (4,84), o interesse pela vida (4,82) e a forma como se julgam percecionados a nível social e conjugal (4,73). Sendo estes os 4 itens em que os sujeitos manifestam maiores preocupações, já do lado do menor grau de preocupação, encontramos as competências para realizar

Gráfico 1: Médias das respostas sobre sexualidade

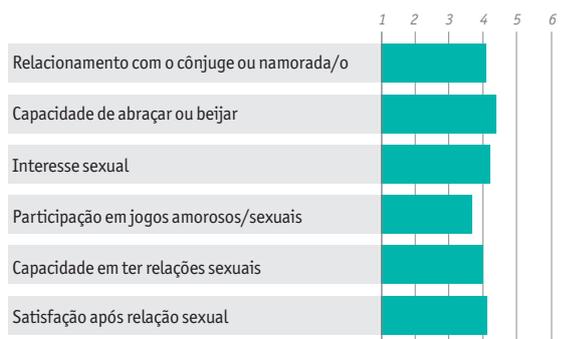


Gráfico 2: Médias das respostas sobre as atividades quotidianas



práticas desportivas (3,33) e a capacidade para trabalhar fora de casa (3,58), provavelmente porque estes dois aspectos são pouco valorizados pelos inquiridos (não esqueçamos que 68,3% da amostra se encontra na situação de reforma (Gráfico 2).

No que concerne à dimensão autoestima, as pontuações médias encontram-se entre os 3 e os 4 pontos, observando-se que a perceção de um estado de solidão (4,15) e a capacidade de revelar a sua condição de ostomizado (4,11) são

os itens em que os inquiridos revelam uma Maior preocupação. Este dado poderá ser relevante ao nível da prevenção dos afetos negativos e oscilações do humor nesta população, bem como no auxílio na assunção/adaptação à nova condição.

Por último, relativamente aos cuidados com a ostomia, todos os itens evidenciam um grau de preocupação semelhante situando-se em torno dos 4,5 pontos. Este é um valor acima da média da escala de respostas (3,5), denotando uma provável necessidade de Maior informação facultada pelos profissionais de saúde que lidam com estes doentes.

Procedeu-se seguidamente à realização do teste não paramétrico Mann-Whitney para comparar diferenças entre dois grupos, a fim de averiguar se a reversibilidade/irreversibilidade da ostomia (temporária ou definitiva) influenciam alterações sobre a sexualidade, as atividades quotidianas, a autoestima e os cuidados com a ostomia. Apesar de se verificar uma tendência para as pessoas que têm ostomia temporária apresentarem melhores resultados médios nas 4 áreas globais em análise, não se registaram diferenças estatisticamente significativas, com um nível de significância inferior a 0,05.

Relativamente à influência do género, verificam-se diferenças significativas em todas as dimensões do PEO, tendo-se evidenciado que as mulheres ostomizadas apresentam sempre resultados inferiores aos dos homens, na sexualidade, nas atividades quotidianas; na autoestima e nos cuidados com a ostomia.

Já no que concerne ao estado civil, não se verificam diferenças significativas ao nível das dimensões do PEO, induzidas por esta variável.

Quanto à variabilidade resultante da condição laboral (ativo/reformado), a análise estatística demonstrou a existência de diferenças significativas nas dimensões sexualidade e autoestima, observando-se que os sujeitos ostomizados que ainda se encontram profissionalmente ativos

revelam melhores resultados nestas duas categorias.

Quanto à análise das relações entre as variáveis idade, capacidade para trabalhar e tempo de ostomia, utilizou-se a correlação não paramétrica de Spearman. Foram encontradas as seguintes correlações: uma relação moderada e negativa entre a idade e a capacidade para trabalhar fora de casa, entre o tempo de ostomia, entre as atividades quotidianas, a autoestima, a sexualidade e os cuidados com a ostomia, ou seja, quanto Maior a idade piores são os resultados apresentados em cada uma destas variáveis. Uma relação forte e positiva entre a capacidade para trabalhar e a sexualidade, as atividades quotidianas, autoestima e autocuidados com a ostomia, ou seja, quanto Maior a capacidade para trabalhar melhores são os resultados nas variáveis acima referidas. Por fim, uma relação fraca e positiva entre o tempo de ostomia e as atividades quotidianas e os cuidados com a ostomia, ou seja, quanto Maior o tempo de ostomia Maiores as preocupações com a ostomia e melhor a vida no dia-a-dia (Tabela 1).

Por fim, para averiguar se existe uma relação entre as diferentes dimensões da escala PEO, utilizou-se igualmente a correlação de Spearman, tendo-se verificado a existência de correlações significativamente positivas entre todas as dimensões da PEO (Tabela 1). Isto quer dizer, particularmente em relação à variável sexualidade, que esta dimensão

Tabela 1: Correlações entre idade, capacidade para trabalhar, tempo de ostomia, atividades quotidianas, autoestima, sexualidade e cuidados com a ostomia

		Correlations							
		Idade	Capacidade de trabalhar fora de casa	Há quanto tempo é portador de ostomia?	Atividades quotidianas	Auto-estima	Sexualidade	Cuidados com a ostomia	
Spearman's rho	Idade	Correlation Coefficient	1,000	-.705*	-.288*	-.626**	-.411*	-.554*	-.476**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.030	.000	.001	.000	.000
		N	59	40	57	58	58	52	56
Capacidade de trabalhar fora de casa		Correlation Coefficient	-.705**	1,000	.057	.685**	.402*	.611*	.537**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.732	.000	.011	.000	.001
		N	40	40	39	39	39	37	38
Há quanto tempo é portador de ostomia?		Correlation Coefficient	-.288*	.057	1,000	.359**	.179	.132	.317*
		Sig. (2-tailed)	.030	.732	.	.006	.183	.356	.017
		N	57	39	58	57	57	51	56
Atividades quotidianas		Correlation Coefficient	-.626**	.685**	.359**	1,000	.573**	.717**	.622**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.006	.	.000	.000	.000
		N	58	39	57	59	59	53	57
Auto-estima		Correlation Coefficient	-.411*	.402*	.179	.573**	1,000	.573**	.679**
		Sig. (2-tailed)	.001	.011	.183	.000	.	.000	.000
		N	58	39	57	59	59	53	57
Sexualidade		Correlation Coefficient	-.554*	.611*	.132	.717**	.573**	1,000	.622**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.356	.000	.000	.	.000
		N	52	37	51	53	53	53	51
Cuidados com a ostomia		Correlation Coefficient	-.476**	.537**	.317*	.622**	.679**	.622**	1,000
		Sig. (2-tailed)	.000	.001	.017	.000	.000	.000	.
		N	56	38	56	57	57	51	57

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

está relacionada com as atividades quotidianas, autoestima e cuidados com a ostomia.

E todas as variáveis influenciam a sexualidade.

A presente investigação teve como principal objetivo compreender no paciente ostomizado as alterações a nível da sexualidade, atividades quotidianas, autoestima e cuidados com a ostomia.

Pelos dados recolhidos e analisados verifica-se que existe uma Maior percentagem de homens caucasianos com ostomia, podendo este facto estar relacionado com o estilo de vida e tipo de alimentação realizada por estes sujeitos.

A faixa etária superior aos 65 anos é aquela onde o quadro clínico é mais prevalente. Esta constatação deve-se possivelmente ao facto de a Maioria das ostomias realizadas se deverem à evolução de uma doença crónica, nomeadamente cancro do intestino grosso como referência a OMS (1998).

A idade tem influência sobre todas as dimensões da PEO (sexualidade, atividades quotidianas, autoestima e cuidados com a ostomia), tendo-se verificado que quanto mais elevada esta é Maiores dificuldades os indivíduos ostomizados apresentam ao nível da sexualidade, das atividades quotidianas, da autoestima e dos cuidados com a ostomia.

Os sujeitos mais jovens têm melhores capacidades para assumir o autocuidado, o que leva ao desenvolvimento de autonomia e independência no controlo sobre o próprio corpo, dispensando a ajuda de terceiros. Este aspeto proporciona um meio de expressão e alívio de emoções desagradáveis relacionadas com o estoma, tais como a necessidade de ser cuidado, o medo e a ansiedade decorrentes da falta de controlo das eliminações intestinais/urinárias e da necessidade do uso de bolsas.

O facto da existência da ostomia há um período mais alargado, muitas vezes definitivo, revela uma melhor vivência do seu dia-a-dia.

As mulheres apresentam comparativamente com os homens valores inferiores em todas as variáveis. Segundo Santos (2000), na sociedade os corpos sofrem influências várias, tanto sociais, políticas, económicas, culturais, religiosas e históricas, cada indivíduo é influenciado mediante o contexto social em que se encontra inserido. Atualmente o corpo “sofre” muitas influências, nomeadamente pelos media, que influenciam principalmente a imagem feminina. Para Rocha (1991) e Santos (2000) a aparência saudável e a beleza têm um papel importante na dinâmica da vida em

sociedade, constituindo um objeto de desejo para todos. O mercado de consumo criou a representação de “corpo ideal”, o que leva o sujeito ostomizado a sentir-se diferente na sua aparência física.

4. Conclusão

Esta investigação tem um carácter pioneiro, não havendo estudos semelhantes e devido à quase inexistência de bibliografia, particularmente no que respeita à realidade portuguesa.

Neste estudo participaram 60 indivíduos, 39 do sexo masculino e 21 do sexo feminino.

A sexualidade é parte integrante e fundamental da vida humana. É influenciada por diversos fatores e contribui significativamente para o bem-estar das pessoas. A sua vivência é extremamente importante, e poderá ter reflexos positivos, negativos, ou até neutros, durante toda a existência de cada pessoa. O adoecimento, por sua vez, também é um elemento que se mostra presente na vida das pessoas, e, por vezes, para o alcance da cura ou aumento da sobrevida, torna-se necessária a realização de tratamentos cirúrgicos que podem gerar uma alteração corporal, como é o caso do estoma intestinal/urinário. As mudanças induzidas por este quadro clínico, com destaque para as alterações na imagem corporal, influenciam diversos aspetos da vida da pessoa, incluindo na esfera da sexualidade.

No enfrentar da nova situação, requerem-se adaptações físicas e psicológicas, para que a rotina diária seja restabelecida. Sendo a sexualidade parte integrante da vida, o seu significado e a importância a ela atribuída pelas pessoas ostomizadas, assim como suas representações, são elementos essenciais na determinação das mediações a serem estabelecidas para a continuidade da trajetória de vida, com definição de novos rumos, em face dessa condição resultante do facto de se ser portador de estoma.

A vivência da sexualidade pelo ostomizado é influenciada por aspetos de ordem psicológica, bem como de ordem fisiológica, decorrentes do ato cirúrgico, no qual pode haver comprometimento de estruturas adjacentes ao aparelho genital/sexual.

Na assistência à pessoa ostomizada, a sexualidade é um dos aspetos menos alvo de atenção pelos profissionais de saúde, existindo ainda grandes dificuldades na abordagem dessa dimensão da vida. Paralelamente, também os sujeitos

ostomizados revelam grande inibição relativamente à sua sexualidade. Consta-se que não existem intervenções sistematizadas, no que se refere à sexualidade do ostomizado.

Ignorar o problema menosprezando as questões que lhes são dirigidas e protelar a informação são atitudes comuns dos profissionais de saúde, quando questionados sobre assuntos sobre os quais não possuem domínio, como é o caso da sexualidade. É importante desenvolver a habilidade de ouvir e pesquisar o que a pessoa sente, sem ignorar ou criticar suas dúvidas, angústias e ansiedades, e oferecer-lhe informações coerentes e reais, utilizando discernimento e bom senso, especialmente no que se refere à forma de abordagem.

A imagem corporal alterada pela presença do estoma reforça estratégias de ocultação do corpo. Porém soluções simples e práticas para melhorar a vivência da sexualidade foram apontadas e elaboradas pelos ostomizados, a partir das dificuldades enfrentadas e de necessidades resultantes da presença do estoma.

Os profissionais de saúde devem estar atentos não apenas aos aspetos relativos à assistência da pessoa ostomizada, nas fases diagnósticas e de tratamento específico, mas também àqueles relativos ao processo de reabilitação pós-alta hospitalar.

A autoirrigação, por ser um método simples e barato, pode ser realizado pela própria pessoa, desde que devidamente treinada por profissional capacitado. É uma técnica que deve ser indicada e difundida, uma vez que foi apontada como positiva para a melhoria da qualidade de vida das pessoas ostomizadas. Pode ser associada ao uso do oclisor intestinal, uma vez que sua utilização substitui o uso de saco coletor, sendo facilitador das práticas sexuais.

A percepção destes sujeitos como seres totais, por partes dos profissionais da equipa de saúde, pode contribuir significativamente para que a recomendação das técnicas de autoirrigação e o uso do oclisor intestinal componham o leque de alternativas na rotina de atendimento prestada pela equipa que assiste a pessoa ostomizada.

A assistência à pessoa ostomizada precisa de ser elaborada de forma integral, procurando englobar os múltiplos aspetos da vida, não se limitando apenas à doença e ao cuidado técnico, que são importantes, mas não únicos. O trabalho interdisciplinar da equipa de saúde deve também ser destacado, tendo como objetivo não apenas a cura da

doença ou a resolução de uma inadequação, mas sim visualizando a pessoa ostomizada na sua totalidade, buscando um real encontro entre sujeitos (profissional - pessoa assistida).

A busca de alternativas para minimizar as dificuldades está presente no processo de reabilitação da pessoa ostomizada, e o apoio do/a parceiro/a é fundamental para a manutenção da harmonia das relações pessoais/conjugais, especialmente no que toca a esfera da sexualidade. Assim, demonstra-se que é possível construir e renovar caminhos, quando existe encorajamento, parceria e, principalmente, acesso à informação.

A sexualidade das pessoas ostomizadas, assim como a de qualquer sujeito em geral, é pluri-determinada por fatores interligados que irão influenciar a sua vivência e, por vezes, definir o seu caminho. A capacidade de compreensão da realidade, de vencer bloqueios, crenças, medos e mitos, a qualidade do relacionamento conjugal e o acesso a informações, produtos e serviços de saúde qualificados serão essenciais para determiná-lo.

A realização deste trabalho apresenta algumas limitações, designadamente o facto de não existir um instrumento aferido para a população portuguesa, tendo existido a necessidade de traduzir e adaptar a escala sem, no entanto que a mesma tenha sido validada. Devido a tratar-se de uma amostra reduzida, a generalização dos resultados obtidos para a população dos sujeitos ostomizados está inviabilizada.

BIBLIOGRAFIA

1. Abrantes, P. (2003). Sexualidade e doença crónica. In: A sexologia: Perspectiva Multidisciplinar, Vol. 1, nº18, coords. Fonseca, L.; Soares, C.; Machado Vaz, J.; Quarteto Editora, Coimbra.
2. Ayaz, S., Irkorucu, O.; Karadag, A., Mente, B., Ozkan, S. & Uner, A. (2003). Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *International Journal of Colorectal Disease*, 18, 234-238.
3. Pieper, B & Mikols, C. (1998) Perceived Effect of na Ostomy In Handbook of Sexuality-related measures. David, C., Yarber, W., Bauserman, R., Schreer, G., Davis, S., USA, 491-494.
4. Piwonka, M. & Merino, J. (1999). A multidimensional modelling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*. 26 (6): 298-305
5. Ressel, L. & Gualda, D. (2003). A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo*.
6. Rocha, E. (1991). Corpo deficiente: em busca da reabilitação? Uma reflexão a partir da ética das pessoas portadoras de deficiência física. Dissertação apresentada no Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
7. Santos, V. (2000). Representações do corpo e a ostomia. Estigma. In: Santos, V., Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu. 89-102.
8. Santos, V. (2000). A estomaterapia através dos tempos. In: Santos, V., Cesaretti I. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu. 1-17.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM RADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

Davide Fernandes

Departamento de Imagem, Instituto Português de Oncologia Porto
enfildavidefernandes@gmail.com

Leandra Vale

Departamento de Imagem do Instituto Português de Oncologia Porto
leandraelav@gmail.com

RESUMO: Radiologia de Intervenção é uma especialidade médica onde se realiza tratamento e diagnóstico guiado por imagem e que requer um perfil específico dos profissionais.

A existência de informação acerca das competências e habilidades que devem caracterizar estes profissionais é importante para estabelecer qual o perfil ideal para a máxima eficiência. No decorrer da nossa prática, com maior predominância em Sala de Angiografia, surge a necessidade de refinar e diferenciar as funções desempenhadas. No entanto, após pesquisa bibliográfica e institucional constatámos que estas nem sempre se encontram bem explícitas. Este artigo tem origem na vontade de procura e aprofundamento do conhecimento. Através da reflexão na prática diária e na pesquisa bibliográfica, concluímos que o enfermeiro em RI deve ser dotado de uma personalidade proactiva e dinâmica, deve possuir uma destreza manual refinada e ser capaz de se inserir numa equipa multidisciplinar muito variada.

PALAVRAS-CHAVE: Radiologia de intervenção; enfermeiro; competências e habilidades.

ABSTRACT: *Interventional Radiology is a medical specialty conducting image guided treatment and diagnosis, and requires a specific professional profile.*

Information about competences and abilities that characterize these professionals is vital to define the ideal profile for maximum efficiency. With practice, specially in angiography rooms, comes the need to refine and differentiate the performed tasks. However after bibliographic and institutional research we found these are not always clearly stated. This article emerges from the necessity of acquiring and deepening knowledge. Through daily reflexion in practice, and bibliographic research we come to the conclusion that a nurse in Interventional Radiology must possess a proactive personality, be gifted with a refined manual dexterity and be able to integrate a diverse multidisciplinary team.

KEYWORDS: *Interventional Radiology; Nurse; Competences and Skills.*

I. Introdução

Os avanços tecnológicos contemporâneos na área da saúde procuram utilização de procedimentos cada vez menos invasivos, potenciando o nascimento de subespecializações da medicina, tais como a Radiologia de Intervenção (RI).

A evolução constante e o aumento da complexidade de procedimentos em RI (vasculares e não vasculares) têm

proporcionando a inserção do enfermeiro nesta especialidade da saúde, exigindo destes profissionais o desenvolvimento de novas competências.

A existência de apoio de enfermagem diferenciado é uma componente vital para a prestação de um atendimento holístico centrado na pessoa.

O enfermeiro em RI deve ser dotado de um perfil adequado à vasta área de atuação da Radiologia de Interven-

ção, desde o diagnóstico ao cuidado paliativo. É importante estabelecer quais as competências/habilidades necessárias.

Partindo do conceito geral de competência, definido por Aliti et al (2008) como “a capacidade das pessoas em agrupar valores, visão e estratégias, tanto pessoais como para a organização, somados às habilidades e atitudes desenvolvidas por cada profissional”, o objetivo deste artigo é de fornecer informação clara e estruturada sobre o perfil do enfermeiro em RI, dando importância às competências e habilidades que este deve ter no desenvolvimento do seu exercício profissional.

O perfil aqui descrito nasce devido à procura pelo conhecimento da atuação do profissional na área, uma vez que a Radiologia de Intervenção não faz parte dos planos curriculares das faculdades, e também devido à inexistência de bibliografia nesta área, o que dificulta a integração nestas unidades. Este decorre quase exclusivamente da experiência prática de enfermeiros que exercem as suas funções nesta especialidade.

II. Que competências em RI

Cada vez mais as organizações exigem saber específico a um determinado posto de trabalho. Para manter a competitividade e produtividade, as instituições repensam constantemente as interações do indivíduo com o seu posto de trabalho e com os objetivos do mesmo, exigindo-lhe um constante desenvolvimento do seu perfil profissional, com intuito de ir ao encontro das necessidades da população a que a elas recorrem.

Com o desenvolvimento e crescimento exponencial da especialidade de RI, existe a necessidade de melhorar o conhecimento da realidade profissional, de forma a permitir aos profissionais uma Maior autonomia e competência na sua atividade assistencial.

Em Portugal, a bibliografia e estudos referentes a esta especialidade são escassos ou até mesmo inexistentes o que obriga a que a Maior parte do exposto neste artigo se origine no conhecimento prático.

A validade e importância do conhecimento prático é reconhecida por vários autores entre os quais Patricia Benner (1982) que refere mesmo que o conhecimento e as habilidades podem ser adquiridos mesmo sem uma grande base teórica. Referindo-se a esta autora, Ana Queiroz (2007) conclui que “(...) é muito importante para que se

perceba que nem todo o conhecimento que os enfermeiros precisam de desenvolver na profissão é obtido dentro das salas de aula”.

A evolução tecnológica na área da saúde proporcionou o aparecimento de procedimentos cada vez menos invasivos, tornando a RI numa especialidade cada vez mais essencial no tratamento e diagnóstico de doenças oncológicas.

A RI compreende um leque alargado de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos normalmente realizados por via percutânea e que podem ser classificados em vasculares e não vasculares. Estes procedimentos podem substituir ou complementar outras linhas de tratamento como a cirurgia ou a Quimioterapia sistémica.

A Maioria dos procedimentos são realizados apenas com anestesia local, no entanto, pode por vezes ser necessária a sedação ou anestesia geral. Todos os procedimentos implicam a utilização de técnica asséptica e uma grande parte implica a administração de meios de contraste endovenoso. Entre os procedimentos de diagnósticos mais utilizados em Oncologia destacamos:

- Biópsia Hepática eco-guiada (no diagnóstico de malignidades hepáticas);
- Biópsia Pulmonar guiada por TC (para estadiamento e diagnóstico de doença pulmonar).

Dada a natureza das intervenções, uma grande parte dos procedimentos é realizada em ambulatório. Em procedimentos mais complexos e com o conseqüente aumento do risco para o paciente, pode ser necessário o internamento prévio. Em todos os procedimentos, são utilizados equipamentos de diagnóstico por imagem, tais como a Ecografia, Tomografia Computorizada (TC), Ressonância Magnética (RM) e Angiografia. Deste modo, a atuação junto do doente pode realizar-se em ambientes variados, quer seja na própria unidade de internamento, em sala de Ecografia, TC, RM ou sala de Angiografia.

Dos mais recentes avanços nesta área, e segundo a *Sociedade Americana de Radiologia de Intervenção* destacam-se em Oncologia:

- A Ablação não-cirúrgica (Crio-ablação e Termo-ablação) de tumores, evitando o dano nos tecidos circundantes;
- A Embolização (Químio-embolização ou Rádio-embolização), tratando diretamente o tumor, impedindo em simultâneo a sua irrigação sanguínea.

De acordo com *guidelines* inglesas (2006), independentemente da complexidade do mesmo, um enfermeiro deve estar presente para tornar o procedimento mais seguro. Nesta perspetiva, a presença do enfermeiro na equipa multidisciplinar de RI é fundamental.

Além das competências gerais, este deve possuir competências e formação específica relativamente a este campo de atuação que se sustentem em dimensões de desenvolvimento pessoal e de conhecimento científico.

O conceito de competência, embora muito recente, é de grande importância nos sistemas organizacionais da sociedade moderna, onde se incluem as instituições de saúde.

Para Durand (1998), este conceito define-se pelas capacidades técnicas, afetivas, cognitivas e sociais de um determinado indivíduo para a conclusão eficaz de uma tarefa específica. Este mesmo autor refere que o conhecimento, as habilidades e as atitudes constituem as três dimensões da competência.

O conhecimento define-se pela informação assimilada e estruturada mentalmente pelo indivíduo e que lhe permite compreender o mundo e as situações com que se depara. A Habilidade é a capacidade de traduzir esse conhecimento em atos com vista à consecução de um objetivo. A Atitude compreende os aspetos sociais e afetivos compreendidos na relação humana.

No caso específico do enfermeiro em RI, é importante definir bem o seu papel e, acima de tudo, as características indispensáveis para a realização de funções neste contexto específico.

Pré-procedimento

O cuidado prévio ao paciente que vai ser submetido a uma intervenção vascular ou não-vascular é fundamental. Nesta fase de intervenção o papel do enfermeiro passa por diferentes abordagens:

Numa primeira abordagem, é avaliado o estado físico e psicológico do paciente. Junto deste e da família deve avaliar-se o grau de conhecimento e ansiedade relativos ao procedimento a ser realizado (independentemente da sua complexidade) e agir em conformidade. É neste momento que se inicia também o ensino sobre os cuidados a ter, bem como sinais de alerta relativos ao procedimento a realizar.

É da competência do enfermeiro despistar contra-indicações, tais como alergias medicamentosas (exemplo do contraste iodado) ou outras (alterações de coagulação).

Por último é efetuada a preparação técnica do procedimento e a gestão da equipa multidisciplinar, através da comunicação de que todas as condições se encontram reunidas para se iniciar o procedimento em segurança.

No quadro abaixo referem-se de, forma resumida, as competências necessárias neste momento.

Quadro 1: Resumo de Competências antes do Procedimento

COMPETÊNCIAS/ HABILIDADES	EXEMPLO DE INTERVENÇÃO
Conhecimento científico	Administração e monitorização de fármacos; Despiste e reconhecimento de reações adversas
Escuta ativa	Abertura de espaço à colocação de dúvidas e medos
Comunicação	Explicação do procedimento
Destreza manual	Disponibilização de acesso venoso periférico/central
Tomada de decisão	Demonstrar autonomia em intervenções específicas
Trabalho em equipa	Articulação e colaboração direta ou indireta com restantes elementos

Durante o procedimento

A Sala de Angiografia é uma unidade onde, pela especificidade da natureza dos cuidados, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente, funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto peri-procedimento. Assim, podemos destacar os riscos para o doente que se submete ao ato invasivo (infecção, reação alérgica, radiação). Não podemos esquecer os riscos para os elementos da equipa cuja atenção deve ser apenas o conjunto de atos que garantam que o doente recebe um tratamento o mais eficiente e eficaz possível e com o mínimo de complicações.

Durante o procedimento, a equipa de enfermagem (constituída pelos enfermeiros circulante e instrumentista) desempenha um papel importante, quer na assistência direta ao Radiologista, quer na manutenção da segurança do ambiente bem como na comunicação com os restantes elementos da Equipa multidisciplinar.

Enfermeiro circulante é o profissional que, no conjunto da equipa, tem como atribuições específicas a redução dos riscos inerentes à natureza do procedimento. Cabe a este a

promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do ato, gerindo as intervenções fora da área esterilizada.

A Ordem dos Enfermeiros (2004) define-o como“(...) profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite”.

O enfermeiro instrumentista, para além dos conhecimentos de anatomia e fisiologia, de interesse para o procedimento, deve ter conhecimentos sobre a intervenção.

No geral, as suas responsabilidades centram-se em assegurar a integridade da área esterilizada, agilizar o procedimento, tornando-o fluido e eficaz, colaborando diretamente com o Radiologista na manipulação de recursos e na sua correta funcionalidade. É também da sua responsabilidade, assegurar que o paciente se encontra estável e com todas as condições reunidas para que se dê término ao

procedimento. Por último deve supervisionar a higiene e integridade da sala e equipamentos antes e depois do procedimento.

No pós-procedimento

A atenção da enfermagem após o procedimento imediato e mediato deve ser estabelecida em conformidade com a técnica desenvolvida. Como tal, também aqui é necessário o conhecimento aprofundado da técnica.

A educação do doente, nomeadamente o plano não-farmacológico, possíveis complicações tardias e sua resolução (eventualmente em Clínica de origem) e suporte emocional são cruciais nesta fase. O enfermeiro é o principal responsável por assegurar uma alta segura, através do despiste de complicações imediatas (hematomas, hemorragias, vigilância das características da drenagem, entre outras), assim como do esclarecimento de dúvidas e avaliação do grau de conhecimento transmitido.

Por último, devem ser efetuados todos os registos necessários à continuidade e individualização do cuidado para uma comunicação eficaz com a equipa.

Quadro 2: Resumo de Competências durante o Procedimento

COMPETÊNCIAS/ HABILIDADES	EXEMPLO DE INTERVENÇÃO
Conhecimento científico	Aquisição de conhecimentos sobre os procedimentos desenvolvidos. Assegurar assepsia. Monitorização de sinais vitais
Destreza manual/ Agilidade apurada	Manipulação de cateteres, guias, balões de angiografia, outros materiais e instrumentos dispendiosos e específicos. Assegurar hemostase eficaz
Diálogo/ observação/ atenção	Despistar possíveis complicações que estejam a decorrer no momento do procedimento. Aumentar a fluidez do processo
Autocontrolo e concentração e proatividade	Atuar em situações de urgência, mantendo a calma. Prever as necessidades da equipa e doente em cada momento da intervenção
Adaptabilidade	Agir em diferentes situações de forma assertiva. Adaptar-se a mudanças súbitas de exigências
Trabalho em equipa	Articulação e colaboração direta ou indireta com restantes elementos

Quadro 3: Resumo de Competências após o Procedimento

COMPETÊNCIAS/ HABILIDADES	EXEMPLO DE INTERVENÇÃO
Conhecimento científico	Administração e monitorização de fármacos; Despiste e reconhecimento de complicações e insucesso do procedimento. Diminuir dor e/ou desconforto
Comunicação verbal e não-verbal e relação interpessoal	Abertura de espaço à colocação de dúvidas e medos; Providenciar plano não farmacológico para alta segura
Gestão de emoções	Suporte emocional na alteração de imagem corporal
Capacidade de organização e gestão de recursos	Inteirar-se da dinâmica institucional e assegurar a reposição eficaz de recurso caros e de difícil obtenção
Comunicação escrita	Efetuar registos claros e objetivos assegurando continuidade de cuidados
Trabalho em equipa	Articulação e colaboração direta ou indireta com restantes elementos e equipas

III. Um exemplo prático: a quimioembolização

Apesar dos avanços científicos na vigilância e tratamento do Hepatocarcinoma, uma grande parte destes pacientes continuam a não reunir os critérios necessários a ser submetidos a tratamento curativo com transplante devido ao estágio avançado da doença.

Não só nestes tumores, mas também no Carcinoma Colo-retal com metastização hepática, a Quimioembolização (esquemática na figura seguinte) representa um importante papel no tratamento paliativo ou complementar.

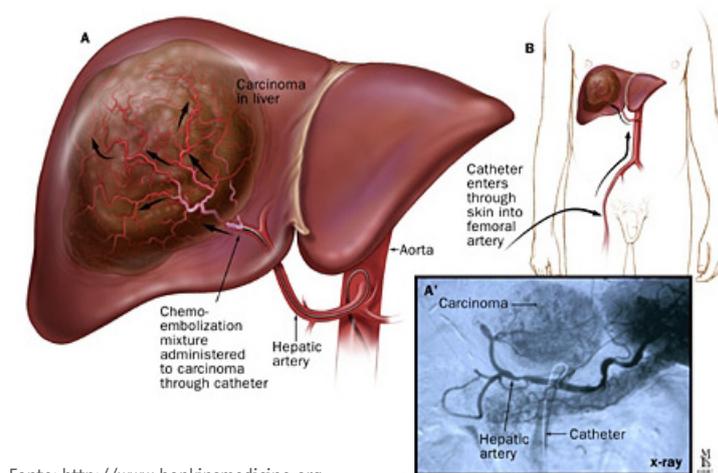
A Sociedade de Radiologia de Intervenção americana define Quimioembolização como um tratamento com base num agente embólico impregnado com medicamento citostático que será libertado na circulação sanguínea num determinado período de tempo.

A libertação deste agente embólico é efectuada após a cateterização selectiva de um ramo adequado da artéria hepática. Isto condiciona necrose tumoral isquémica, ao mesmo tempo que minimiza os danos no tecido hepático circundante, assim como permite que o agente citostático permaneça durante um período relativamente longo no tumor em alta concentração. A oclusão do vaso em causa com agentes embólicos complementares, maximiza este efeito. São exemplos de citostáticos usados, a Doxorrubicina e o Irinotecano.

Embora minimamente invasivo, este tratamento implica riscos para o doente. As complicações inerentes podem ser vasculares (complicações do acesso, lesão da artéria hepática, embolização de vasos e órgãos não desejados) e não vasculares (sépsis, Síndrome Pós-Embolização, falência hepática, bacteriémia). Como tal, o mesmo deve ser assistido por uma equipa multidisciplinar especializada, onde se inclui a equipa de enfermagem (2010). No quadro 4, apresentamos de forma sucinta, o plano de cuidados inerentes a este procedimento.

IV. Conclusão

A Radiologia de Intervenção é uma especialidade em crescimento e abrange uma área de atuação alargada. Este facto obriga a ter uma equipa versátil que se depara com



procedimentos, patologias e doentes muito diferenciados e variados.

O enfermeiro que integra esta equipa deve ser dotado de um conjunto de características específicas, para que a sua atuação responda aos objetivos do serviço e às necessidades dos doentes aí tratados.

Dividindo a sua intervenção em três momentos diferentes, o enfermeiro em Radiologia de Intervenção deve ser dotado de uma personalidade proactiva, independente e autónoma, mas sempre orientada pelas necessidades do paciente e sua família representativa que o acompanha no procedimento. Por outro lado, a capacidade de gestão das suas próprias emoções deve ser sólida para que seja capaz de reduzir a ansiedade do doente face ao procedimento invasivo, assim como prepará-lo para as possíveis alterações posteriores (nomeadamente da imagem corporal, muito frequentes em Radiologia de Intervenção) de forma objetiva e assertiva.

Neste campo, as competências técnicas devem estar bem assumidas. Na manipulação de materiais altamente dispendiosos e diferenciados, é exigida destreza manual e agilidade. A responsabilidade pela assepsia e implementação/administração de protocolos terapêuticos implica conhecimento científico em constante evolução, responsabilidade, capacidade de raciocínio lógico rápido e eficaz, atenção e orientação para os resultados.

Quadro 4: Plano de Cuidados em Químioembolização

PRÉ-PROCEDIMENTO	
Intervenções	Justificação
Certificar-se de que o doente se encontra em internamento e em jejum de 8h	<i>Procedimentos angiográficos, nomeadamente hepáticos implicam vigilância organizada durante pelo menos 24h, devido aos riscos que acarretam</i>
Assegurar a existência do material e fármacos necessários à intervenção	<i>Procedimentos angiográficos implicam a existência de materiais muito específicos e onerosos, tais como fios-guia e introdutores vasculares. No caso da Químioembolização, são necessários citotóxicos com preparação prévia</i>
Conferir a identificação do paciente e o exame a ser realizado	<i>Prevenir erro médico</i>
Conferir o esquema medicamentoso	<i>Evitar sobredosagem ou interações medicamentosas e Adaptar protocolo terapêutico ao doente.</i>
Conferir existência de controlo analítico	<i>Despistar alterações relevantes, nomeadamente da coagulação;</i>
Explicar o procedimento ao doente, referindo qual o objectivo, os benefícios e riscos.	<i>Reduzir a ansiedade, informar</i>
Despistar contra-indicações.	<i>Nomeadamente reacção alérgica ao contraste iodado</i>
Realizar tricotomia inguinal	<i>Evitar foco infeccioso no local de abordagem</i>
Avaliação de sinais vitais (saturação O2, ECG, tensão arterial, pulso)	<i>Obter valores de referência; despiste precoce de complicações</i>
Assegurar acesso venoso de preferência no lado contrário ao acesso femoral	<i>Prolongador longo para reduzir exposição radiológica do profissional</i>
Administrar terapêutica pré-procedimento segundo protocolo (#)	<i>Minimizar efeitos colaterais, tais como dor e náuseas</i>
Acompanhar o doente à sala intervenção e posicioná-lo na mesa de Angiografia	

Colaborar com o radiologista: · Na canalização da artéria femoral · Preparação de seringas com contraste iodado, solução salina e fármacos intra-arteriais · Preparação de citotóxicos · Preparação de material embólico · Manipulação de guias, introdutores vasculares e stents · Manter campo operatório limpo e organizado	<i>Agilizar o procedimento; aumentar a segurança doente e dos profissionais; reduzir tempo de intervenção e tempo de exposição radiológica; evitar acidentes</i>
Vigiar estado de consciência e hemodinâmico do doente	<i>Prevenir e detectar complicações precocemente (crise vagal, choque, etc.)</i>
Administrar fármacos segundo protocolo do Serviço	<i>Reduzir desconforto relacionado com vômito, dor ou outras queixas, solucionar situações emergentes</i>
Prestar cuidados necessários em SOS ao doente	

PÓS-PROCEDIMENTO	
Intervenções	Observações
Transferir doente para maca assegurando imobilidade do introdutor inguinal	
Remover introdutor, efectuar hemostase e penso compressivo	<i>Palpar previamente o pulso arterial. Compressão manual acima do orifício de entrada do introdutor vascular, com um mínimo de 15 minutos. Alívio de pressão aos 10 minutos. Despistar sinais de hematoma. Penso compressivo a ser reavaliado em 24h</i>
Alertar o doente para os cuidados após o procedimento	<i>Alerta precoce de complicações tardias. Imobilização do Membro durante 8h. (em extensão)</i>
Registar	<i>Continuidade de cuidado centrados na:</i> · <i>Vigilância de Sinais Vitais</i> · <i>Membro em extensão até 8h</i> · <i>Vigiar penso, remover em 24h</i> · <i>Retomar dieta em 4-6h, se tolerância</i> · <i>Despiste hemorragia, infecção e efeitos secundários</i>

INTRA PROCEDIMENTO	
Intervenções	Observações
Iniciar monitorização contínua	<i>Identificar complicações precocemente</i>
Preparar mesa operatória com todo o material necessário para iniciar procedimento, usando técnica asséptica	<i>Agilizar o procedimento, diminuindo o risco de infecção</i>
Desinfectar e preparar campo operatório, incluindo protecção de intensificador de imagem	<i>Prevenir infecção cruzada</i>
Testar e efectuar <i>flush</i> de todo o material necessário ao procedimento: · Montar introdutor vascular · Hidratar guias · Preencher cateteres de punção e arteriografia com solução salina · Preparar injector automático eletrónico, purgando-o	<i>Assegurar o correcto funcionamento e eficiência do material; reduzir tempo total da intervenção</i>

BIBLIOGRAFIA

- Aliti, G., Senhem, Eliana, Canoas, R. S. (2008) - Perfil do Enfermeiro de Unidade de Hemodinâmica: Habilidades e Competências.
- Benner, P. From novice to expert. *AJN The American Journal of Nursing*, 82(3), 1982.
- Queiroz, Ana. As Competências dos Profissionais de Enfermagem: Como as afirmar e as desenvolver, em www.forumenfermagem.org
- Board of Faculty of Clinical Radiology, The Royal College of Radiologists, The Royal College of Nursing. Guidelines for Nursing Care in Interventional Radiology. The Roles of the Registered Nurse and Nursing Support, 2006 em <http://www.rcr.ac.uk/>
- Durand, T. - Forms of incompetence. Fourth International Conference on Competence-Based Management. Oslo: Escola Norueguesa de Gestão, 1998.
- Ordem dos Enfermeiros - Tomada de posição - Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante, Lisboa, 2004.
- Chan, D., Downing, D., Keough, C. E., Saad, W. A., Annamalai, G. d'Othee, B. J., et al. . Joint practice guideline for sterile technique during vascular and interventional radiology procedures: From the Society of Interventional Radiology, Association of Perioperative Registered Nurses, and Association for Radiologic and Imaging Nursing, for the Society of Interventional Radiology (Wael Saad, MD, Chair), Standards of Practice Committee. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 23, 2012.
- Turrini, Ruth - Unidades de Radiologia Intervencionista/Hemodinâmica: caracterização do enfermeiro e da estrutura da unidade. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 12, 2010 em <http://www.fen.ufg.br>

The European Oncology Nursing Society presents:

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.

IMPACTO DO CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO NA QUALIDADE DE VIDA

ANÁLISE REFLEXIVA

Susana Miguel;

Serviço de CCP/ORL, IPO Lisboa; Enfermeira Especialista
susanasmiguel@gmail.com

Mercedes Gudiño

Serviço de CCP/ORL, IPO Lisboa
mercheg.aguilera@gmail.com

Andreia Silva

Serviço de CCP/ORL, IPO Lisboa
acristianasilva@gmail.com

RESUMO: O impacto do Cancro de Cabeça e Pescoço implica importantes alterações que condicionam significativamente o estilo de vida do doente, na medida em que podem existir mudanças na imagem corporal, na respiração, na mastigação e na comunicação. A sobrevivência do Cancro de Cabeça e Pescoço tem vindo a aumentar, em consequência do diagnóstico precoce e eficácia do tratamento. Em consequência cresce também a preocupação com a Qualidade de Vida destas pessoas. Pretende-se reflectir sobre a temática deste sobrevivente, analisando o impacto do cancro na pessoa e família e as alterações da qualidade de vida daí decorrentes, com o objetivo da melhoria da prestação de cuidados de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Impacto Cancro, Cancro Cabeça e Pescoço, Qualidade de Vida, Sobreviventes.

ABSTRACT: *Head and Neck Cancer's impact implies important changes affecting patient's life style significantly, in the way that there may be changes in body image, breathing, mastication and communication. Head and Neck cancer survival has been increasing, as a result of an early diagnosis and treatment effectiveness, consequently increasing also the concern with these people's quality of life. We intend to reflect about this survivor's theme, analyzing the impact of cancer in the individual and his family and in the consequent quality of life changes, aiming a better nursing care.*

KEYWORDS: *Cancer Impact, Head and Neck Cancer, Quality of Life, Survivors.*

I. O contexto

Com os avanços científicos, para muitas neoplasias foi possível obter a cura, e para outras prolongar a vida para além do que seria de esperar pela história natural da doença. Para muitos doentes o cancro deixou de ser uma doença iminentemente fatal, tornando-se uma doença crónica que dura meses ou anos, muitas vezes com tratamentos complexos (Pimentel, 2003).

O desenvolvimento das novas terapêuticas (cirurgia, radioterapia, quimioterapia e terapêutica biológica) permitiu um aumento considerável da sobrevivência do doente oncológico, no entanto por vezes estão presentes efeitos adversos graves (Pimentel, 2003).

As terapêuticas cirúrgicas e não cirúrgicas dos tumores malignos na área de cabeça e pescoço com frequência originam um elevado grau de morbilidade, com importantes

alterações funcionais ao nível da respiração, mastigação, deglutição, fonação, e alterações estéticas com graves implicações na vida de relação do doente (Caçador, Adónis, Pacheco, Estribeiro e Olias, 2004).

Pelo descrito, torna-se essencial incluir nos objetivos terapêuticos a noção de qualidade de vida (Caçador, et al., 2004). A qualidade de vida de um doente oncológico “representa a maneira como ele se vê a si próprio, sendo portanto uma noção totalmente subjetiva e individual, influenciada pela sua cultura, diferenciação, crenças, religião e expectativas em relação à doença e terapêutica” (Caçador et al., 2004).

Pretende-se com o presente artigo realizar uma análise reflexiva sobre a temática do sobrevivente de Cancro de Cabeça e Pescoço, analisando o impacto do cancro na pessoa e família (pessoa significativa) e as alterações da qualidade de vida daí decorrentes, para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem a estes doentes, na medida em que sabemos que o enfermeiro tem um importante papel no apoio e orientação ao doente e família na vivência do processo de doença, tratamento e reabilitação, afetando definitivamente a qualidade de vida futura (Instituto Nacional do Câncer, 2008).

Importa antes de prosseguir contextualizar do ponto de vista estatístico a realidade do doente com Cancro de Cabeça e Pescoço. Segundo dados do Globocan referentes a 2008, no Mundo existem 12.662 novos casos de cancro e estão estimados 7.564 casos de morte por cancro (Globocan 2008: Section of Cancer Information – World). Na tabela podemos ver a incidência e a mortalidade dos principais tumores na área de Cabeça e Pescoço, no Mundo e em Portugal (Tabela 1).

Na área de Cabeça e Pescoço, para o ano 2013 são esperados 41.380 novos casos de cancro da cavidade oral e

faringe nos Estados Unidos da América (American Cancer Society, 2013). A taxa de incidência é duas vezes maior nos homens do que nas mulheres (American Cancer Society, 2013). Recentemente tem sido atribuída importância a novos fatores de risco como o vírus de Epstein-Barr ou o vírus do Papiloma Humano especialmente nos tumores da nasofaringe e laringe, respetivamente (Herchenhorn e Dias, 2004).

Por outro lado, de 2005 a 2009, as taxas de mortalidade diminuíram 1,3% por ano nos homens e 2,2% por ano nas mulheres (American Cancer Society, 2013).

O cancro altera todos os domínios da Qualidade de Vida. As sequelas dos tratamentos, que podem surgir ou persistir durante anos, muitas vezes repercutem-se no bem-estar dos sobreviventes (Pinto e Ribeiro, 2006). Englobando todas as fases, cerca de 84% das pessoas com cancro da cavidade oral e faringe sobrevive após um ano de diagnóstico. As taxas de sobrevivência relativa aos 5 e 10 anos situam-se nos 62% e 51%, respetivamente (American Cancer Society, 2013).

II. Sobrevivente de cancro

A terminologia de sobrevivente de cancro surge na década dos 80, como consequência da melhoria na eficácia nas terapias curativas, bem como na mudança de prognóstico da doença oncológica (Pinto e Ribeiro, 2007).

A sobrevivência ao cancro pode ser definida de diversas maneiras, segundo diferentes autores. The National Cancer Institute (2004) define a sobrevivência ao cancro dando ênfase “à saúde e à vida de uma pessoa depois do tratamento do cancro, até ao final da vida. Aborda questões relacionadas com aspetos físicos, psicossociais e económicos relacionados com o cancro, além das fases de tratamento e diagnóstico. Sobrevivência inclui questões relacionadas com

Tabela 1. Taxa de incidência e mortalidade em Portugal e no resto do Mundo dos principais tumores de Cabeça e Pescoço

		Lábio e cavidade oral	Nasofaringe	Laringe	Tiroide
Incidência %	Mundo	2.1	0.7	1.2	1.7
	Portugal	2.4	0.3	1.4	1.5
Mortalidade %	Mundo	1.7	0.7	1.1	0.5
	Portugal	2.3	0.3	1.7	0.3

Fontes: dados relativos a Portugal: Globocan 2008. Section of Cancer Information – Portugal. International Agency for Research Cancer. In <http://globocan.iarc.fr/factsheet.aspx>
 Dados relativos ao resto do Mundo: Globocan 2008. Section of Cancer Information – World. International Agency for Research Cancer. In <http://globocan.iarc.fr/factsheet.aspx>

a capacidade de obter cuidados de saúde, acompanhamento do tratamento, efeitos tardios do tratamento, segundos câncros, e qualidade de vida”. Nesta perspectiva, os membros da família, amigos e prestadores de cuidados fazem também parte do processo de sobrevivência.

Miller (2011) considera que a definição de sobrevivência ao cancro engloba “ausência de doença após a conclusão do tratamento” e “o processo de viver com, através e além de cancro”. Segundo esta definição, a sobrevivência do cancro começa no momento do diagnóstico e inclui as pessoas que continuam a ter tratamento para reduzir o risco de recorrência ou para controlar a doença crónica (Miller, 2011). Para Funk, Karnell e Christensen (2012), a sobrevivência a longo prazo começa nos 5 anos após o diagnóstico, com a implicação que o cancro foi curado.

Mullan descreve a experiência de cancro em três fases, (Pinto e Ribeiro, 2007):

Fase Aguda – inicia-se com o diagnóstico e continua até ao fim do tratamento. Nesta fase existe presença dos efeitos colaterais dos tratamentos. Em termos sociais, a adaptação à mudança de papel na estrutura familiar e no trabalho; em termos espirituais, pensamentos sobre a vida e morte. Muitas vezes existe a necessidade de apoio psicossocial.

Fase Intermédia – começa com o fim do tratamento (também denominada fase de remissão da doença). A pessoa move-se entre o “estar doente” e “estar bem”, existe alguma esperança cautelosa e também presença do medo da recidiva.

Fase Permanente – engloba a duração de vida do sobrevivente, quando o risco de recorrência é pequeno, em que se pode considerar equivalente a uma cura, ou uma remissão controlada. Nesta fase, o doente experimenta um aumento da confiança na sobrevida.

O enfermeiro inserido na equipa multidisciplinar tem um papel muito importante em todas estas fases. Na medida em que tem em conta as características específicas do doente (condições de vida, diversidade cultural, papel social, valores e crenças individuais, entre outros), individualizando os cuidados; de maneira sequencial informa dos procedimentos dos tratamentos a realizar, e trabalha com a pessoa promovendo o seu autocuidado (Pastor, Alonso, Basallote, Cabello, Contreras, Cubillo, et al, 2011,12). O enfermeiro, devido à sua formação, é um profissional que pode participar no planeamento e execução de ações preventivas,

de deteção precoce, ou de promoção de estilos de vida saudáveis na população de sobreviventes, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

III. Que qualidade de vida?

A qualidade de vida relacionada com a saúde e a sua avaliação tem-se tornado progressivamente mais importante nos cuidados de saúde, especialmente no domínio das doenças crónicas. Tradicionalmente, a meta dos cuidados médicos para os doentes oncológicos foca-se na sua sobrevivência e no controlo local de sintomas e complicações, assentando num modelo biomédico. Contudo esta abordagem é deficitária em conhecimento e compreensão do bem-estar mental e emocional dos doentes.

A qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se à perceção do doente acerca dos efeitos da sua doença e o impacto da mesma nas suas atividades de vida diária, e assenta em duas premissas: primeiro, é um conceito multidimensional, que incorpora os domínios físico, psicológico, social e emocional; segundo, é subjetiva e deve centrar-se no doente refletindo as suas experiências (Leung, Lee, Chien, Chao, Tsai e Fang, 2011). Pimentel (2003, p.191) salienta que não existe uma definição única de qualidade de vida relacionada com saúde, descrevendo-a como “a perceção dos doentes sobre as suas capacidades em quatro grandes dimensões: bem-estar físico e atividades quotidianas, bem-estar psicológico, relações sociais e sintomas.”

A Qualidade de Vida assume particular relevância nas pessoas com Cancro da Cabeça e Pescoço porque a interação social e a expressão emocional dependem em grande parte da estrutura funcional e integridade dessa parte do corpo. Funções básicas como a capacidade de emissão de voz, a respiração, a salivação, a mastigação, também lhe estão associadas (Pinto e Ribeiro, 2006).

Neste contexto um doente oncológico de cabeça e pescoço sofre modificações pluridimensionais que podem condicionar consideravelmente a sua qualidade de vida relacionada com a saúde, justificando a importância da integração da avaliação deste parâmetro na prática clínica em oncologia (Silveira, Gonçalves, Sequeira, Ribeiro, Montes e Pimentel, 2012).

Tanto o diagnóstico como o tratamento do cancro têm um grande impacto na qualidade de vida do doente pois irão produzir alterações muito importantes e duradouras no tempo. A avaliação da qualidade é importante na com-

preensão das diferenças individuais na resposta à doença, com objetivo de desenvolver intervenções preventivas, intervindo precocemente de forma a maximizar a qualidade de vida (Pinto e Ribeiro, 20078).

Instrumentos de Medida da Qualidade de Vida (QoL)

Existem questionários de avaliação da qualidade de vida específicos para doentes com Cancro de Cabeça e Pescoço. É feita uma breve apresentação de três destes instrumentos que se encontram validados para português, o que torna estas ferramentas disponíveis para serem aplicados com segurança na nossa população, visando melhor entender o real impacto do Cancro de Cabeça e Pescoço na vida dos indivíduos afetados, o que pode ajudar na escolha terapêutica e auxiliar no direcionamento dos programas de reabilitação e suporte psicossocial (Vartanian, Carvalho, Furia, Junior, Rocha, Sinitcovisky, et al, 2007).

- Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL). A versão atual é composta por doze questões relacionadas com funções específicas de cabeça e pescoço: aparência, atividades, recreação, deglutição, mastigação, fala e função do ombro. Assim como relacionadas com a atividade, recreação, dor, humor e ansiedade.
- Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida: Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-H&N). Inclui 5 domínios: físico, sociofamiliar, emocional, funcional e doze questões específicas do Cancro de Cabeça e Pescoço.
- Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida: European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Avalia sete domínios: dor, deglutição, sentidos, fala, comer social, contacto social e sexualidade, além de apresentar onze itens específicos sobre problemas dentários, trismo, xerostomia, saliva espessa, tosse, mal-estar, consumo de analgésicos, suplementos nutricionais, sonda para a alimentação e perda/ganho de peso. Deve ser aplicado conjuntamente com o questionário Quality of Life Questionnaire Core-30 da EORTC (avalia a qualidade de vida global em indivíduos portadores de neoplasia em geral).

Preferencialmente, o questionário deve ser preenchido pelo doente, e na eventualidade de não ser possível, poderá

ser um profissional de saúde treinado a aplicá-lo. Apesar de não existir um consenso na eleição do questionário mais adequado, vários autores recomendam que seja curto, conciso, fácil de entender, autoaplicado pelo doente, baixo custo, mínimo tempo de preenchimento e com critérios de validação psicométrica bem estabelecidos.

Impacto do Cancro na Qualidade de Vida

A American Cancer Society (2012), tendo por base as premissas de Ferrell (1997), define a qualidade de vida como um conceito amplo, multidimensional, que considera o bem-estar social, físico, psicológico e espiritual de uma pessoa, todos eles interrelacionados (Figura 1).



Figura 1 – Dimensões da Qualidade de Vida, segundo a American Cancer Society (2012).

O bem-estar físico é o grau com que os sintomas e os efeitos colaterais como dor, fadiga, má qualidade do sono, alterações corporais, entre outros, podem afetar a capacidade de realizar as atividades diárias normais. A dimensão emocional ou psicológica refere-se à capacidade de manter o controlo sobre a ansiedade, depressão, medo de recorrência do cancro, problemas de memória e concentração, incapacidade para fazer planos de futuro e vulnerabilidade, entre os principais. Na dimensão social salienta-se principalmente as relações com familiares e amigos, incluindo a intimidade e sexualidade, as alterações na rotina da vida diária, assim como preocupações com o emprego, seguros e impacto financeiro que também afetam o bem-estar social. Por fim, a dimensão espiritual é derivada do significado da experiência do cancro, quer no contexto da religião quer

através da manutenção de esperança e resistência em face da incerteza sobre a saúde no futuro, valorização da vida e algumas mudanças nos valores e objetivos na vida. Por isto, o cancro é uma das doenças mais temidas da humanidade, pois altera de uma forma ou outra todas as dimensões da pessoa.

Mas apesar dos efeitos enunciados e de todas as mudanças que a pessoa tem de fazer após um diagnóstico e consequente tratamento do cancro, também estão descritos efeitos positivos que os doentes experimentam: “muitos sobreviventes relatam que ganharam Maior apreço pela vida, melhoraram as relações com a família e amigos, sentem um acentuado senso de significado e propósito na sua vida, e tornaram-se mais eficazes a lidar com o stresse e outros desafios da vida, como um resultado da sua experiência com o cancro” (American Cancer Society, 2012).

Marques (2012), também ele sobrevivente de cancro, descreve no seu livro algumas destas alterações, a nível do impacto físico que o cancro tem na qualidade de vida da pessoa, patentes em expressões “só me faltavam os cheiros. Não pude sentir – mas sei que estavam lá – os odores do campo, da terra molhada, das plantas...” (Marques, 2012), ou o impacto psicológico: “costumo dizer que vou vivendo entre a esperança, o esquecimento e o medo” (Marques, 2012), ou até mesmo o impacto espiritual: “para a aprendizagem desta nova situação há dois parâmetros de transcendente importância: a fé e o tempo [...] sinto ter ganho alguma qualidade humana neste trânsito da doença, isso reside justamente na aquisição de um grau superior de paciência e de tolerância. Passei a viver o dia-a-dia” (Marques, 2012).

Impacto do Cancro no Doente e Familiares

Os efeitos tardios do cancro e dos seus tratamentos (cirurgia e/ou radioterapia e/ou quimioterapia) são uma realidade com impacto significativo nos doentes na área de Cabeça e Pescoço. Os doentes tratados a tumores do trato aerodigestivo superior podem ficar com alguma disfunção, podendo existir problemas com a alimentação e hidratação, e em casos específicos haver mesmo necessidade de serem alimentados por sonda (National Institute for Clinical Excellence, 2004).

Funk, Karnell e Christensen, (2012) concluíram que, após 5 anos, 50% dos indivíduos apresentavam problemas de alimentação, 28,5% sintomas depressivos, 17,3% dor.

Em termos de comportamentos de risco, 13,6% continuavam a fumar e 38,9% mantinham hábitos alcoólicos.

Existem também cirurgias em que é necessário a presença de traqueostomia ou traqueotomia, em que o doente tem de lidar com o estoma (definitivo ou temporário) e com a necessidade de reabilitação da fala. No caso de tumores da língua e boca podem também surgir problemas a longo prazo com a fala e alimentação. Estes doentes podem também apresentar, em resultado do esvaziamento cervical, muitas vezes associado a este tipo de cirurgia, problemas ao nível do pescoço e ombro. A realização de radioterapia pode originar problemas dentários, xerostomia e alterações da mucosa (National Institute for Clinical Excellence, 2004).

A doença oncológica não afeta apenas o doente, na medida em que ocorre num contexto de um sistema familiar, produzindo efeitos negativos no funcionamento do sistema e em cada um dos seus elementos (Caleiras, 2012). Caleiras (2012) refere ainda que o diagnóstico de cancro num indivíduo é capaz de afetar todo o sistema familiar e os seus elementos. A forma mais ou menos ajustada e adaptada como estes reagem e o modo como comunicam refletir-se-á em efeitos positivos ou negativos no doente. A família, em especial o cuidador, passa a integrar nas suas rotinas diárias o apoio ao doente, nomeadamente no vestir, alimentar-se, administração e gestão financeira, transporte, entre outras. O controlo dos sintomas, a administração de terapêutica e a articulação com os profissionais de saúde são também atividades que necessitam de apoio (Caleiras 2012).

Não esquecendo as importantes alterações que o Cancro de Cabeça e Pescoço produz, a família vai promover competências para lidar com as novas situações, sejam elas definitivas ou temporárias. Vai servir de auxílio para o doente e para enfermeiros, nas situações de fragilidade que o doente viverá ao longo do seu percurso no sistema de saúde e na comunidade.

Além das alterações decorrentes do tratamento oncológico no doente com Cancro de Cabeça e Pescoço, importa também salientar pela sua especificidade as alterações/complicações que podem ocorrer na cavidade oral.

Complicações Oraís da Terapia do Cancro Cabeça-Pescoço

As complicações orais (Tabela 2) resultam do cancro e das terapias usadas no tratamento, causando efeitos agudos e crónicos e toxicidades que são sub-reportadas, sub-

-reconhecidas e sub-tratadas (Epstein, Thariat, Bensadoun, Barasch, Murphy, Kolnick, et al 2012), com elevado grau de complexidade e interferência no dia-a-dia.

Tabela 2 - Complicações orais do cancro e das terapias usadas no Cancro de Cabeça e Pescoço

	COMPLICAÇÕES	SINTOMAS
CRÓNICAS	Dor na mucosa	Atrofia da mucosa, dor neuropática
	Saliva	Viscosidade da saliva, hipossaliva
	Alteração neurossensorial	Alteração do paladar, halitose, alteração da mucosa
	Limitação do movimento	Abertura e movimento dos lábios limitado; alterações na articulação temporo-mandibular; alteração da mobilidade da língua
INFECÇÃO	Mucosa	Dor, halitose
	Dental	Desmineralização dentária, cáries
	Periodontal	Perda da inserção periodontal
RISCO DE LESÃO DA MUCOSA	Necrose	Necrose do tecido mole e ósseo
	Impacto estético	Isolamento social, baixa qualidade de vida, depressão
	Discurso	Isolamento social, depressão
	Mastigação / disfagia	Impacto sobre a ingestão de energia ou nutrientes

Fonte: Epstein et al, 2012

Desta forma, reiteramos a necessidade dos profissionais da saúde, nomeadamente os enfermeiros, estarem atentos a estes aspetos, atuando com medidas preventivas para amenizar os efeitos secundários da radioterapia, fornecendo informações sobre o tratamento, considerando os desconfortos e orientando medidas para aliviá-los, além de promover suporte para reduzir a ansiedade e depressão, promovendo uma melhor reação do doente ao tratamento (Sawada, Dias, e Zago, 2006).

IV. Sobreviventes de cancro de cabeça e pescoço – que implicação para a prática de cuidados?

A avaliação da Qualidade de Vida fornece uma avaliação individual do impacto da doença, na perspetiva da pessoa. Permite compreender as diferenças individuais nas respostas à doença, desenvolvendo intervenções preventivas ou precoces de forma a potenciar a qualidade de vida (Pinto

e Ribeiro, 2007). Deste modo pode resultar em alteração dos procedimentos terapêuticos e de reabilitação, e, consequentemente, auxiliar na decisão terapêutica (Vartanian, Carvalho, Fúria, Junior, Rocha, Sinitcovisky, et al, 2007).

Perante estes factos emerge a necessidade de se avaliar a Qualidade de Vida, tornando-a cada vez mais uma ferramenta imprescindível na orientação das melhores alternativas de tratamento e reabilitação do doente.

O cancro afeta muitas dimensões de saúde e bem-estar. Idealmente, o tratamento deverá não só prolongar a vida mas também diminuir os efeitos secundários da doença e potenciar a capacidade da pessoa retomar a sua vida normal (Pinto e Ribeiro, 2006). Perante a complexidade de todo o processo de reabilitação, o enfermeiro tem um papel muito importante no ensino ao doente e família, procurando minimizar e/ou detetar precocemente estas alterações. Como realça Fisher (2006, p.97), o enfermeiro é visto “...como professor, mentor, facilitador”.

O fornecimento de informação aos doentes é um dos fatores mais importantes do “*supportive cancer care*” ao longo de todo o *continuum* de cancro. O objetivo é preparar os doentes para o seu tratamento, aumentar a adesão ao tratamento, aumentar as suas capacidades de coping em relação à doença e promover a recuperação do doente (Husson, Mols e Poll-Franse, 2011).

O crescente movimento de sobrevivência fez centralizar de novo a preocupação na vida, após as necessidades do tratamento e reabilitação dos doentes de cancro. O trabalho para viver com doença residual ou com os efeitos do tratamento define as necessidades de reabilitação (McCray, 2000).

O processo de reabilitação deve incluir saneamento dentário, terapia de deglutição, fisioterapia, apoio psicológico e social. O doente deve ser tratado por uma equipa multidisciplinar, existindo uma inter-relação entre a equipa hospitalar, os cuidados primários e os serviços sociais (Pastor, Alonso, Basallote, Cabello, Contreras, Cubillo, et al, 2011).

Neste processo importa também detetar e tratar dependências, nomeadamente álcool e tabaco (Pastor, et al, 2011). Num estudo realizado em Portugal (Silveira, Gonçalves, Sequeira, Ribeiro, Montes e Pimentel, 2012), verificou-se que 50% eram ex-fumadores. Os autores salientam ainda que os ex-fumadores abandonaram os hábitos tabágicos frequentemente após a data de diagnóstico da doença.

Neste contexto o profissional de enfermagem tem um papel muito importante na promoção dos estilos de vida saudáveis, podendo influenciar positivamente a saúde da sociedade, ajudando as pessoas a fazerem escolhas informadas de estilos de vida saudáveis: nas áreas da nutrição, do exercício e do uso do álcool e do tabagismo (Sands e Wilson, 2003), isto porque a promoção da saúde é uma meta importante para as pessoas de todas as idades e situações de saúde (Sands e Wilson, 2003).

A American Cancer Society, em termos de guidelines para sobreviventes de cancro, recomenda um conjunto de medidas com ênfase na nutrição e exercício físico: alcançar e manter um peso saudável ao longo da vida, manter uma dieta saudável, adotar um estilo de vida fisicamente ativo e limitar o consumo de álcool (Kushi, Doyle, McCullough, Rock, Demark-Wahnefried, Bandera, et al 2012).

Jacobs, Palmer, Schwartz, DeMichele, Mao, Carver et al (2009), tendo por base os pressupostos do Institute of Medicine of the Nacional Academies, referem que a sobrevivência do cancro é uma das fases que tem sido negligenciada na área da prática clínica, educação ou investigação, pelo que considera quatro componentes essenciais centrados nos cuidados ao sobrevivente e dez recomendações para melhorar os cuidados prestados:

Principais componentes dos cuidados aos sobreviventes:

1. Prevenção de recidivas e novos cancros, e outros efeitos tardios;
2. Vigilância da evolução do cancro, recidiva, ou tumores secundários; avaliação de efeitos clínicos e psicológicos tardios;
3. Intervenção sobre consequências/sequelas do cancro e seu tratamento;
4. Coordenação entre os profissionais especializados e os cuidados de saúde primários para assegurar que todas as necessidades de saúde dos sobreviventes são supridas.

Recomendações para cuidar dos sobreviventes:

1. Aumentar a consciencialização sobre os sobreviventes de cancro;
2. Fornecer um plano de cuidados para os sobreviventes;

3. Desenvolver diretrizes de prática clínica para sobreviventes de cancro;
4. Definir os cuidados de saúde de qualidade para os sobreviventes de cancro;
5. Superar os desafios do sistema de Saúde;
6. Encarar a sobrevivência como um problema de Saúde Pública;
7. Fornecer formação sobre a sobrevivência aos profissionais de saúde;
8. Preocupações com o emprego dos sobreviventes de todas as idades;
9. Melhorar o acesso aos seguros de saúde, tornando-os adequados e acessíveis;
10. Investir na investigação.

V. Considerações finais

Nas últimas décadas tem-se verificado uma melhoria significativa do prognóstico da pessoa com cancro. Os recentes avanços tecnológicos na área da radioterapia, quimioterapia, cirurgia e reconstrução, acompanhado de uma Maior sensibilização das pessoas para esta patologia, têm proporcionado diagnósticos mais precoces, tendo o decurso da doença melhorado significativamente.

O cancro deixou de ser uma fatalidade, pois em muitas das fases da doença é possível o controlo, permitindo grandes períodos de sobrevida. Os sobreviventes de cancro representam deste modo uma nova realidade nos serviços de saúde. Assim, os profissionais de saúde devem conhecer as suas necessidades de forma a desenvolver intervenções adequadas, dirigidas aos processos educacionais e apoio psicossocial, à pessoa e à família, com vista ao bem-estar e qualidade de vida após a vivência de um cancro (Pinto e Ribeiro, 2007).

O enfermeiro é o profissional mais habilitado e disponível para apoiar e orientar o doente e família na vivência do processo de doença, tratamento e reabilitação, tendo impacto na qualidade de vida futura (Instituto Nacional do Câncer, 2008).

A monitorização das necessidades específicas dos sobreviventes de cancro torna-se fundamental para minimizar a morbilidade que lhe está associada e contribuir para ganhos em saúde, pelo que o aumento da sobrevida de pessoas portadoras de doença crónica coloca a tónica na premissa da Organização Mundial de Saúde: não basta “dar anos à vida”, é crucial que se dê “vida aos anos”.

BIBLIOGRAFIA

1. Pimentel, F. (2003). Qualidade de vida do doente oncológico. Porto: Tipografia Nunes Lda.
2. Caçador, M., Adónis, C, Pacheco, R., Estibeiro, H. e Olias, J. (2004) Qualidade de vida no tratamento conservador da laringe – Métodos de avaliação. Revista Portuguesa de ORL. 42 N.º 4: 305-313.
3. Instituto Nacional do Câncer. (2008). Intervenções de Enfermagem no controlo do câncer. In Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para controlo do câncer – uma proposta de integração ensino-serviço. (pp.243-347). Rio de Janeiro: Esdeva. (3ª edição).
4. Globocan 2008. Section of Cancer Information – World. International Agency for Research Cancer. Consultado a 24 de Abril de 2013: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>.
5. Globocan 2008. Section of Cancer Information – Portugal. International Agency for Research Cancer. Consultado a 24 de Abril de 2013: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>.
6. American Cancer Society (2013). Cancer Treatment and Survivorship Facts & Figures 2013. Atlanta: American Cancer Society.
7. Herchenhorn, D. e Dias, J. (2004) – Advances in Radiochemotherapy in the treatment of head and neck cancer. Revista Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo 59 (1): 39-46.
8. Pinto, C. e Ribeiro, J. (2007). Sobrevivente de Cancro: Uma outra realidade! Texto contexto Enfermagem Florianopolis. Janeiro/Março. 16(1) P. 142-148.
9. National Cancer Institute. NCI Dictionary of Cancer terms. Consultado em 1 de Agosto de 2013. <http://www.Cancer.gov/Dictionary?CdrId=445089>.
10. Miller, R. (2011). About Survivorship- Cancer.net - American Society of Clinical Oncology. Consultado em 12 de Abril de 2013: <http://www.cancer.net/survivorship/about-survivorship>.
11. Funk, G.; Karnell, H. e Christensen, J. (2012). Long-term Health-Related Quality of Life in Survivors of Head and Neck Cancer. Archives of Otolaryngology Head and Neck Surgery. Vol. 138 (2). Fevereiro. P.123-133.
12. Pastor, P., Alonso, E., Basallote, M., Cabello, M., Contreras, J., Cubillo, G. et al (2011). Câncer de cabeça y cuello: processo assistencial integrado. Consejería de Salud. Junta da Andaluzia. Acedido em: 13 de Janeiro de 2013: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/
13. Leung, S., Lee, T., Chien, C, Chao, P., Tsai W. e Fang, F. (2011) – Health Related quality of life in 640 head and neck cancer survivors after radiotherapy using EORTC QLQ-30 and QLQ- H&N35 questionnaires. BMC Cancer, 11:128. P.1-10.
14. Pinto, C. e Ribeiro, J. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.24 (1). P. 37-56.
15. Silveira, A, Gonçalves, J., Sequeira, T., Ribeiro, C., Lopes, C., Monteiro, E. e Pimentel, F. (2012). Oncologia de cabeça e pescoço: enquadramento epidemiológico e clínico na avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia. 15(1). p. 38-48.
16. Vartanian, J., Carvalho, A., Fúria, C., Junior G., Rocha, C., Sinitcovisky, L., et al. (2007). Questionários para a avaliação de Qualidade de Vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil. Revista Brasileira Cirurgia Cabeça Pescoço. 36(2). P. 108-115.
17. American Cancer Society (2012). Cancer Treatment and Survivorship Facts & Figures 2012. Atlanta: American Cancer Society.
18. Marques, J. (2012). Palavras Guardadas – Crónicas. Lisboa. ISBN 978-989-20-3027-2. 319 P.
19. National Institute for Clinical Excellence. (2004). Guidance on Cancer Services – Improving outcomes in head and neck cancers. London. ISBN: 1-84257-812-X
20. Caleiras, M. (2012). A comunicação da família, enquanto fator de (Des)Construção da vivência e sobrevivência do jovem adulto sobrevivente a um cancro. Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Consultado a 15 de Abril de 2013, em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/2283>.
21. Epstein, J., Thariat, J., Bensadoun, R., Barasch, A., Murphy, B., Kolnick, L. et al. (2012) Oral Complications of Cancer and Cancer Therapy- From Cancer Treatment to Survivorship. A Cancer Journal for Clinical. 62. P. 400-422.
22. Sawada, N.; Dias, A. e Zago, M. (2006) – O Efeito da radioterapia sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Revista Brasileira de Cancerologia. 52(4). P.323-329.
23. Fisher, P. (2006) Survivorship. Clinical Journal of Oncology Nurse. 10(1). P.93-98.
24. Husson O., Mols, F. e Poll-Franse, V. (2011). The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. Annals of Oncology. 22. P. 761-772.
25. McCray, N. (2000). Questões psicossociais e da qualidade de vida. In S. Otto, Enfermagem em Oncologia (pp. 893-912). Loures: Lusociência.
26. Sands, J. e Wilson, A. (2003). Promoção de estilos de vida saudáveis. In W. Phipps, J. Sands e J. Marek, Enfermagem médico cirúrgica-conceitos e prática clínica (P. 57-79). Loures: Lusociência.
27. Kushi, L., Doyle, C., McCullough, M., Rock, C., Demark-Wahnefried, W., Bandera, E. et al. (2012) American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention - Reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. A Cancer Journal for Clinicians. 62. P. 30-67.
28. Jacobs, L., Palmer, S., Schwartz, L., DeMichele, A., Mao, J., Carver, J., et al. (2009). Adult cancer survivorship: evolution, research, and planning care. A Cancer Journal for Clinicians. 59(6). P. 391-410.

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

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



YERVOY® (ipilimumab) vs. gp100: HR=0,66 (IC 95%: 0,51; 0,87), p=0,0026^{**}

*Não está ajustado para comparações múltiplas.

— YERVOY® (ipilimumab)
— gp100

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

Taxa de Sobrevivência 46% a 1 ANO ¹	Taxa de Sobrevivência 24% a 2 ANOS ¹
--	---

e uma eficácia consistente em doentes tratados em primeira linha¹

49,3% ³ Taxa de Sobrevivência	32% Taxa de Sobrevivência
59,5% ⁴ a 1 ANO ^{3,4}	a 2 ANOS ^{1**}

Indicação

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

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

Referências:

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

YERVOY (IPILIMUMAB) Informações essenciais compatíveis com o RCM
Nome do medicamento: YERVOY 5 mg/ml concentrado para solução para perfusão (ipilimumab). **Indicações terapêuticas:** YERVOY é indicado para o tratamento do melanoma avançado (irressecável ou metastático) em adultos. **Posologia e modo de administração:** Posologia: O regime de indução de YERVOY recomendado é de 3 mg/kg administrado por via intravenosa durante um período de 90 minutos cada 3 semanas para um total de 4 doses. Os doentes devem receber todo o regime de indução (4 doses) como tolerado, independentemente do aparecimento de novas lesões ou agravamento de lesões já existentes. A avaliação da resposta tumoral deve ser realizada apenas após o final da terapia de indução. Os testes à função hepática e à função da tireóide devem ser avaliados no início do tratamento e antes de cada dose de YERVOY. Adicionalmente, quaisquer sinais ou sintomas de reações adversas imunitárias, incluindo diarreia e colite, têm de ser avaliadas durante o tratamento com YERVOY (ver RCM completo para informação adicional). A gestão das reações adversas imunitárias pode requerer atrasar uma dose ou a interrupção permanente da terapia com YERVOY e a instituição de corticosteróides sistémicos em doses elevadas. Em alguns casos, pode ser considerada a adição de outra terapia imunossupressora (ver RCM completo para informação adicional). A redução da dose não é recomendada. **Modo de administração:** O período de perfusão recomendado é de 90 minutos. YERVOY pode ser utilizado para administração intravenosa sem diluição ou pode ser diluído em solução injetável de cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9%) ou solução injetável de glucose 50 mg/ml (5%) para concentrações entre 1 e 4 mg/ml. YERVOY não pode ser administrado por via intravenosa rápida nem como injeção em bólus. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **Efeitos indesejáveis:** Ipilimumab é mais frequentemente associado com reações adversas resultantes de actividade imunitária aumentada ou excessiva. A maioria destas, incluindo as reações graves, tiveram resolução após o início de terapia médica adequada ou após ipilimumab ser retirado. Em doentes que receberam 3 mg/kg de ipilimumab em monoterapia no estudo MDX010-20, as reações adversas notificadas mais frequentemente (> 10 % dos doentes) foram diarreia, erupção cutânea, prurido, fadiga,

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

CONTROLO SINTOMÁTICO NO DOENTE ONCOLÓGICO

BOAS PRÁTICAS DE CUIDADOS

Paula Banha

Centro Hospitalar Setúbal, Serviço Oncologia;
Enfermeira Especialista Enfermagem Saúde Mental e
Psiquiátrica; Pós graduação em Cuidados Paliativos
paulacristinacb@gmail.com

Duarte Costa

Centro Hospitalar Setúbal, Serviço Oncologia;
Enfermeira Chefe
duarte.costa@chs.min-saude.pt

Isabel Mendes

Centro Hospitalar Setúbal, Serviço Oncologia; Enfermeira
Graduada; Pós graduação em Enfermagem Oncológica
isabelrdmendes@hotmail.com

RESUMO: Num Serviço de Oncologia o alvo das intervenções de enfermagem são doentes em tratamento de quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, terapêutica biológica, terapêuticas target, cuidados paliativos e terapêutica de suporte, e onde se torna imperativo o controlo sintomático.

Produzir um guia de boa prática de cuidados no contexto do controlo sintomático no doente oncológico levou-nos a refletir não só sobre os diagnósticos de enfermagem, como também sobre os conceitos de adesão ao tratamento, autocuidado, autocontrolo, avaliar, monitorizar, intervenções farmacológicas e não farmacológicas, que serão aqui tratadas segundo a linguagem CIPE.

É por isso fundamental que as intervenções de enfermagem estejam direcionadas para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas e para as intervenções, tanto farmacológicas como não farmacológicas, e para o seu controlo. Um controlo adequado da dor e de outros sintomas é um fator central na qualidade de vida de doentes com doença avançada.

Os objetivos são fornecer orientações gerais sobre abordagem e tratamento no contexto do controlo sintomático, baseadas nas experiências clínicas e na evidência científica, suportada pelas referências bibliográficas, e uniformizar a intervenção de enfermagem ao nível do controlo de sintomas no doente oncológico. A elaboração de guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem é considerada instrumento de qualidade. É nestes instrumentos que os enfermeiros devem basear a sua intervenção, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes.

Estes instrumentos, quando rigorosamente elaborados e utilizados, podem ser uma base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da ação à eficácia dos resultados.

PALAVRAS-CHAVE: Controlo de sintomas; adesão.

ABSTRACT: *In a department of Oncology target nursing interventions are patients undergoing chemotherapy, radiation therapy, hormone therapy, biological therapy, target therapies, palliative and supportive care, and where it becomes imperative to control symptoms.*

Creating a good practice guide care in the context of symptomatic control in the cancer patient led us to reflect not only on nursing diagnoses, but also on the concepts of treatment adherence, self-care, self-monitoring, assessing, monitoring, pharmacological and no pharmacological interventions, which will be addressed here in the language CIPE.

It is therefore essential that nursing interventions are directed to the systematic evaluation of signs

and symptoms and interventions, both pharmacological and non-pharmacological and their control. Adequate control of pain and other symptoms is a central factor in the quality of life of patients with advanced disease.

The goals are to provide general guidance on the evaluation and treatment in the context of symptomatic control, based on clinical experience and scientific evidence, supported by references and standardizing nursing intervention at the level of symptom control in the cancer patient.

The guides development of good practice guiding nursing care, are considered quality instruments. It is these instruments that nurses must base their intervention, making the care they provide safer, visible and effective. These instruments, when rigorously developed and used, can be a basis for the systematization of nursing interventions, adjusting the efficiency and safety of the action, the effectiveness of the results.

KEYWORDS: *Symptom control; treatment compliance.*

I. Introdução

Exercer funções num Serviço de Oncologia fez-nos pensar na melhor estratégia para um controlo sintomático eficaz, sendo o controlo destes sintomas fundamental para a qualidade de vida dos doentes. O descontrolo sintomático pode estar associado aos tratamentos realizados, à progressão da doença ou às co-morbilidades, dependendo do tipo de tratamento e sua extensão. O alvo das intervenções de enfermagem são os doentes em tratamento de quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, terapêutica biológica, terapêuticas target, cuidados paliativos e terapêutica de suporte.

Produzir este guia de boa prática de cuidados no contexto do controlo sintomático, no doente oncológico, levou-nos a refletir não só sobre os diagnósticos de enfermagem, como também sobre os conceitos de adesão ao tratamento, autocuidado, autocontrolo, avaliar, monitorizar, intervenções farmacológicas e não farmacológicas, que serão aqui tratadas segundo a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), definida no Quadro 1:

As consequências de uma boa prática clínica em enfermagem são evidentes quando determinam ganhos em saúde para os clientes, alvo das intervenções de enfermagem, integrando uma avaliação adequada e intervenções corretas do controlo dos sintomas, aspetos fundamentais na prestação de cuidados ao doente oncológico.

Os objectivos deste Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados passam por:

- Fornecer orientações gerais sobre abordagem e tratamento no contexto do controlo sintomático, baseadas

- nas experiências clínicas e na evidência científica;
- Uniformizar a intervenção de enfermagem ao nível do controlo de sintomas no doente oncológico.

Quadro 1. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Adesão ao regime terapêutico	Desempenhar atividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso do tratamento prescrito como prestador de cuidados ou apoiante.
Auto controlo	Tipo de ação realizada pelo próprio. Disposições que se tomam para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, manejar as suas próprias necessidades básicas e íntimas e as suas atividades de vida.
Auto cuidado	Tipo de ação realizada pelo próprio. Tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida.
Monitorizar	É um tipo de vigiar, com características específicas. Observar alguém ou alguma coisa em ocasiões específicas ou regulares.
Avaliar	É um tipo de observar, com características específicas. Estimar as dimensões, qualidade ou significado de alguma coisa.
Intervenções farmacológicas	Administração de fármacos para prevenção e/ou tratamento de sintomas.
Intervenções não farmacológicas	Aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e/ou tratamento de sintomas que não envolvam a administração de fármacos.

2. Fundamentação

Firmino (2009), citado por Sousa (2012), refere que as intervenções de enfermagem devem estar direcionadas para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas e para as intervenções, tanto farmacológicas como não farmacológicas, e para o seu controlo.

Twycross (2003) resume a abordagem científica ao controlo de sintomas em cinco categorias, nomeadamente, a avaliação do sintoma, explicação dos procedimentos antes do tratamento, controlo (através do tratamento individualizado), observação contínua com a avaliação do impacto do tratamento e a atenção aos pormenores, não fazendo juízos não fundamentados.

Para Neto (2010), o controlo sintomático consiste em saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem no decorrer da doença e que têm repercussões diretas no bem-estar do doente.

A evidência científica demonstra que o controlo adequado da dor e de outros sintomas é um fator central na qualidade de vida de doentes com doença avançada (Singer, Martin e Kelmer (1999); Steinhäuser et al (2000).

Controlo Sintomático

O controlo de sintomas tem por base a avaliação, o tratamento e a monitorização. Como princípios gerais para este controlo, temos de:

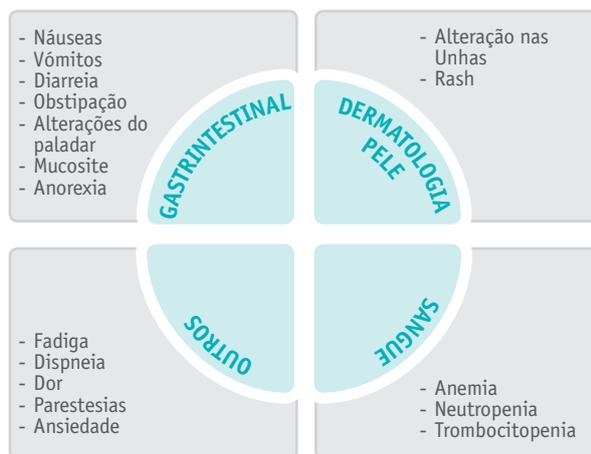
- Avaliar antes de tratar: determinar a causa ou causas dos sintomas;
- Explicar as causas dos sintomas e as medidas terapêuticas de forma clara e acessível ao doente e à família;
- Não esperar que o doente se queixe, antes perguntar e observar de forma a antecipar, tanto quanto possível, o aparecimento dos sintomas;
- Adotar uma estratégia terapêutica mista, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Estabelecer prazos para o cumprimento dos objetivos terapêuticos e adotar estratégias de prevenção de sintoma que possam surgir, como deixar medicação de resgate prescrita;
- Monitorizar os sintomas: utilizando instrumentos de medida standardizados e recorrendo a métodos de registo adequados;
- Reavaliar regularmente as medidas terapêuticas;
- Dar atenção aos detalhes: de forma a otimizar o controlo dos sintomas e a minimizar os efeitos secundários

adversos das medidas terapêuticas instituídas.

Segundo Twycross (2003), deve-se tentar determinar as características e o início dos sintomas, fatores de alívio e de agravamento, os sinais e sintomas associados, impacto no dia a dia e resposta a terapêuticas anteriores. Deve-se ter em consideração que os sintomas podem advir da própria doença, do tratamento, da debilidade e da comorbilidade. É importante verificar qual o mecanismo patológico subjacente a um determinado sintoma, para o poder tratar adequadamente, e registar a resposta obtida, seja positiva ou negativa, o que vai ajudar no planeamento da estratégia de controlo eficaz. Por último é fundamental determinar o impacto do sintoma na vida do doente.

O esquema seguinte descreve os sintomas apresentados pelos doentes de Maior foco de atenção por parte dos profissionais:

Figura 1: Avaliação de sintomas



Avaliação de sintomas: que instrumentos?

A avaliação de sintomas deve ser realizada de forma sistemática na admissão e nas evoluções diárias, tendo em consideração as discrepâncias encontradas entre o que o doente refere e o que os profissionais e até a própria família referem como sintomas e intensidade dos mesmos (Kurtz et al., citados por Sousa, 1996).

Vários instrumentos foram desenvolvidos para avaliar os sintomas, no entanto neste Serviço as escalas utilizadas são a Common Terminology Criteria for Adverse Events

v3.0 (CTCAE), o Termómetro de Distress, Escala Visual Analógica, Escala Numérica e Escala de Edmonton (ESAS). Apesar destes instrumentos Dennis, Librach e Chow (2011), citados por Sousa (2012), referem que em qualquer avaliação a principal ferramenta envolve múltiplas conversas com o doente e com os familiares de forma a conhecer os antecedentes do doente antes de se concentrar na avaliação dos sintomas, de modo a poder responder às questões colocadas e conseguir lidar com as emoções demonstradas pelo doente e a sua família.

A Palliative Performance Scale e o Índice de Karnofsky são utilizados para a avaliação da capacidade funcional do doente.

Adesão ao tratamento

Segundo Dias et al. (2011), é importante conhecer os fatores que influenciam a adesão ao tratamento para que se possam delinear estratégias que promovam esta adesão, a nível educacional e/ou comportamental. Para este autor, o termo adesão sugere uma diminuição do poder dos profissionais de saúde na decisão do tratamento, promovendo a aliança terapêutica entre os profissionais e o doente e consequentemente uma decisão partilhada.

Sendo o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde o mais indicado para o bem-estar da pessoa (Vermeire, 2001, cit. por Dias et al, 2011), é frequentemente o doente que o administra, o que torna o papel dos profissionais limitado, remetendo-se ao ensino e o aconselhamento (Steiner e Ernest, 2000, cit. por Dias et al, 2011) e sendo a decisão do doente.

A não adesão é a principal causa para o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso de utilização dos serviços de saúde.

Dias et al. (2011), citando a OMS (2003), agrupam os fatores que influenciam a adesão do doente à terapêutica, os fatores sociais e culturais, os relacionados com os serviços e os profissionais de saúde, os relacionados com a doença de base e a co-morbilidade, os fatores relacionados com o tratamento e os relacionados com a pessoa doente. No entanto, são vários os autores que realçam a importância da relação do profissional com o doente, nomeadamente na transmissão de informações sobre o tratamento, onde a comunicação vai influenciar a adesão, mas também as suas expectativas e decisões.

Dias et al., citando Machado (2009), referem que o profissional de saúde, no sentido de promover a adesão, deve estabelecer com o doente e o seu cuidador uma relação empática, onde esteja presente a escuta ativa, tendo em conta as características socioculturais e as necessidades psicossociais.

Os dois tipos de estratégias adotadas na promoção da adesão ao tratamento são baseados no modelo de Bugalho e Carneiro (2004), que integram as intervenções educacionais, que incluem a administração de informação oral e escrita, a promoção de programas educacionais individuais ou em grupo e as intervenções comportamentais, o que implica envolver o doente no tratamento e nas decisões, aperfeiçoar a comunicação, simplificar os regimes terapêuticos, adequá-los às necessidades dos doentes e fornecer memorandos.

A monitorização da eficácia das intervenções, avaliando a intensidade dos sintomas utilizando as mesmas escalas, avaliando a adesão ao tratamento, reforçar o ensino, esclarecer dúvidas, facilitar o acesso dos doentes e famílias aos cuidados de saúde, facultando os contatos telefónicos e agendando consultas periódicas, facilitam o controlo sintomático.

Intervenções farmacológicas e não farmacológicas

Intervenção farmacológica significa a administração de fármacos para prevenção e/ou tratamento de sintomas, enquanto a não farmacológica significa a aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e/ou tratamento de sintomas que não envolvam a administração de fármacos. O quadro seguinte resume as intervenções nestas duas vertentes:

Quadro 2: Intervenções enfermagem

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

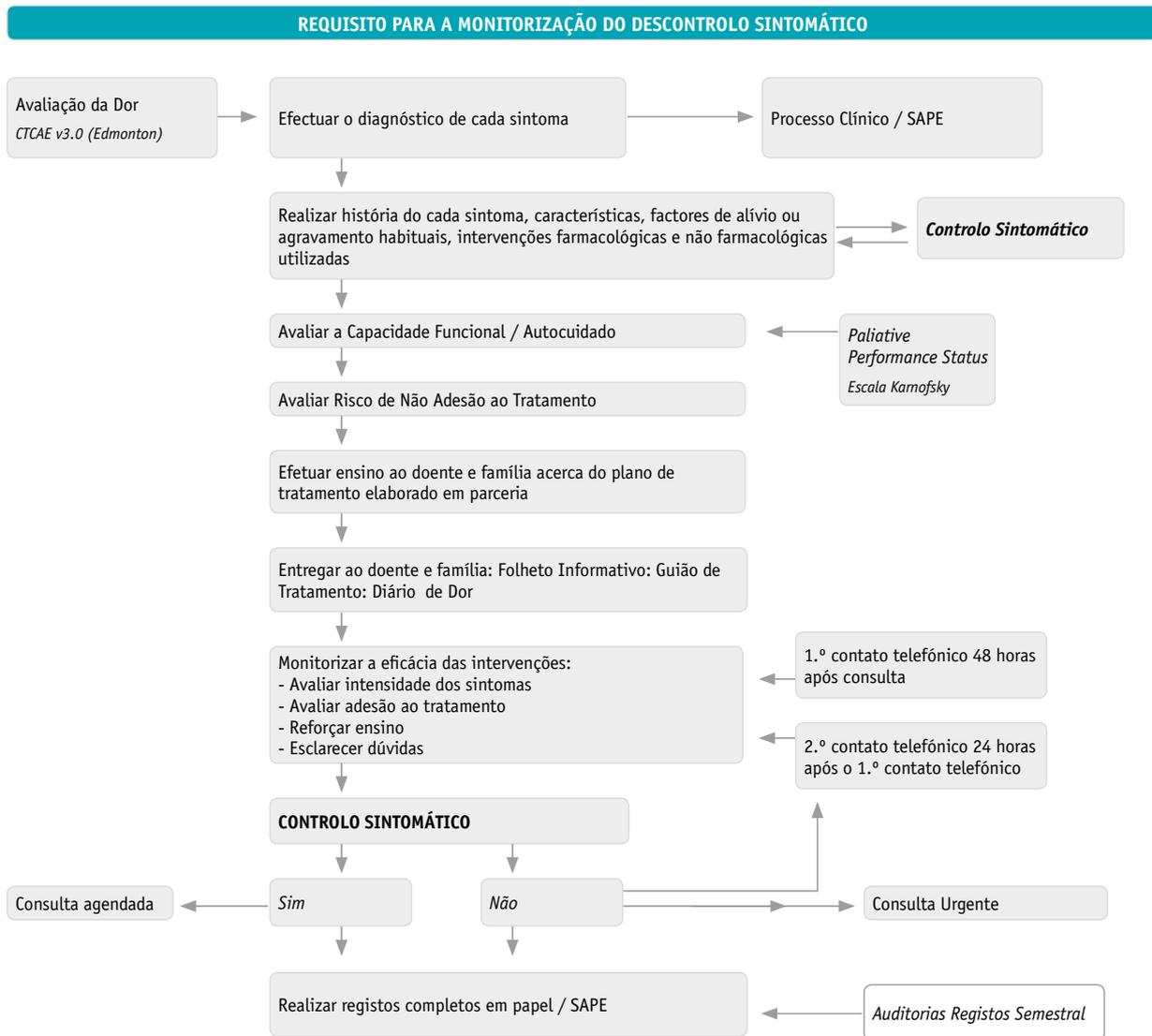
- Informar sobre a finalidade da medicação prescrita.
- Informar da necessidade de cumprir esquema terapêutico, dosagem e horário.
- Instruir sobre a via de administração.
- Instruir sobre terapêutica de resgate.
- Informar sobre possíveis efeitos colaterais da terapêutica e estratégias para o seu controlo.
- Inculcar confiança na medicação prescrita.

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS

- Incentivar à realização de exercício de acordo com o seu estado físico.
- Incentivar à elaboração de um esquema de atividades que respeite as suas capacidades.
- Incentivar a identificar fatores de alívio e de agravamento dos sintomas.
- Instruir sobre intervenções como controlo da atenção, relaxamento, massagem, reestruturação cognitiva, no alívio sintomático.

O esquema seguinte (adaptado de Marmelo H, 2012) descreve o algoritmo de atuação na monitorização do controlo sintomático do doente oncológico no hospital de dia e na consulta externa:

Figura 2: Intervenções farmacológicas e não farmacológicas



3. Conclusão

As consequências da não adesão ao regime terapêutico são tão graves que justificam um Maior investimento nas medidas de promoção da adesão, para reduzir as barreiras ou obstáculos ao cumprimento do mesmo. Neste sentido, as intervenções de enfermagem incidem sobre o avaliar os sintomas do doente, efetuar o diagnóstico com o apoio da escala de controlo de sintomas CTCAE v3.0, Termómetro do Distress, Escala Visual Analógica, Escala Numérica ou Edmonton (cuidados paliativos); verificar quais os sintomas que mais incomodam o doente; realizar a história de cada sintoma; avaliar a capacidade funcional do doente/cuidador e verificar a sua capacidade de autocuidado; verificar o risco de não adesão ao tratamento; elaborar um plano de intervenção; efetuar o ensino ao doente/cuidador; fornecer informação escrita; instruir sobre a possibilidade de contactar a equipa; informar sobre o contato telefónico; monitorizar a eficácia das intervenções realizadas e efetuar registos.

Os enfermeiros, ao colocarem em prática as suas competências, sustentadas por modelos teóricos, e através do seu papel pedagógico, contribuem de maneira ímpar para o sucesso de adesão aos protocolos terapêuticos, e consequentemente um controlo sintomático eficaz.

A produção e a divulgação da intervenção de enfermagem no controlo sintomático do doente oncológico em tratamento permitirão que os enfermeiros tenham acesso a informação fiável e atualizada.

Os guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem são considerados instrumentos de qualidade. É nestes instrumentos que os enfermeiros devem basear a sua intervenção, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes.

Estes instrumentos, quando rigorosamente elaborados e utilizados, podem ser uma base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da ação à eficácia dos resultados.

BIBLIOGRAFIA

1. CASTRO, Susana C. P. (2001) – Como aprende o cuidador principal do doente oncológico em fase terminal a cuidar no domicílio. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Tese de Mestrado.
2. DIAS et al. (2011) – Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura, *Millenium*, 40; 201-219.
2. Direção Geral Saúde (2001) – Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: Graffina, Lda. ISBN 972-9425-95-7.
3. DIREÇÃO GERAL SAÚDE (2005) – Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa: Europress, Lda. ISBN 972-675-124-1.
4. DIREÇÃO GERAL SAÚDE (2008) – Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa: Graffina, Lda. ISBN 972-9425-95-7.
5. FERRELL, Betty R. et al. (1994) – Pain Management for Elderly Patients with Cancer at Home. *Cancer Supplement*. 74(7):2139-46. <http://search.ebscohost.com>.
6. MARMELO, H (2012) – Controlo da dor em ambulatório no doente oncológico em cuidados paliativos. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente oncologia. ESEL
7. ORDEM DOS ENFERMEIROS – Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® – do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP® Catalogue». DPI Cromotipo. ISBN 978-989-96021-1-3 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
8. ORDEM DOS ENFERMEIROS – Cuidados Paliativos para uma morte Digna – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) – do original «Palliative Care for Dignified Dying. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue», 2010. DPI Cromotipo. ISBN 978-989-84444-02-8
9. ORDEM DOS ENFERMEIROS – Dor. Guia Orientador de Boas Práticas. DPI Cromotipo, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5.
10. OREM, Dorothea E. (1980) – Nursing: concepts of practice. 2ª Edição. New York: McGraw-Hill Book Company. ISBN 0-07-047718-3
11. PACHECO, Susana (2004) – CUIDAR. A pessoa em fase terminal. Perspectiva ética. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-30-4.
12. REDMAN, Barbara K. (2003) – Measurement Tools in Patient Education. 2ª Edição. New York: Springer Publishing Company. ISBN 0-8261-9859-7
13. SOUSA, Daniela Almeida (2012) – Sintomas em cuidados paliativos: da avaliação ao controlo - Dissertação de Mestrado em Oncologia.
14. TWYCRoss, Robert (2003) – Cuidados paliativos. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-093-6.

AEOP EM PARCERIA COM A SIOG 2014



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

A população mundial está a envelhecer e o cancro é uma doença do envelhecimento. Assim, há um aumento previsto no número de adultos mais velhos com cancro. A fim de oferecer melhor qualidade de cuidados baseados em evidências para este crescente grupo de indivíduos, é essencial fundir os princípios da Geriatria e da Oncologia. 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 participará como sponsor científico e estará representada na Comissão Científica e organizadora pela nossa colega Elisabete Valério, actual coordenadora do Grupo de Trabalho AEOP Mama. Toda a informação sobre o evento estará disponível brevemente no nosso site.

30º ANIVERSÁRIO EONS



No próximo dia 9 Abril irá decorrer o 30º aniversário da EONS, no Royal Marsden de Londres, local onde se iniciou o projeto europeu da Enfermagem Oncológica. A AEOP estará representada pela sua presidente, coordenadora do evento, que contará com representantes de todas as organizações europeias de oncologia, assim como das associações e sociedades dos países membros.

A AEOP, como membro efectivo, associa-se a esta comemoração.

SOCIAL SUPPORT SARCOMA

Fase de recrutamento



SOCIALSUPPORTSARCOMA

O estudo investigacional *Autogestão do doente com Sarcoma em tratamento multidisciplinar* está a ser 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 será desenvolvido e implementado por ambas as entidades. A AEOP será a promotora do estudo através do seu Grupo Sarcomas e a ESEP dará 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 terminará 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. Neste momento estão recrutados para o estudo 30 doentes distribuídos pelos dois centros.

NVIQ PROJETO EDUCACIONAL

RESULTADOS

O conhecimento do potencial emético dos tratamentos oncológicos de QT e/ou determinada RT, relativamente ao seu pico e intervalo de ocorrência, é importante para os cuidados de enfermagem e para as estratégias a adotar. O controlo das náuseas e vômitos é imprevisível para cada indivíduo, daí a necessidade dos tratamentos serem individualizados e adaptados a cada doente.

Com a implementação deste projeto, concluímos no final de Janeiro de 2014 a elaboração dos 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 do MSN Saúde.

Para os profissionais, apresentamos dois documentos educacionais: um *toolkit* com informação de acesso rápida e resumida sobre as *guidelines* de tratamento. Divulgamos ainda um documento 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. Todos estes documentos podem ser visualizados no nosso site.



AEOP 7

Luso, 22-24 Maio 2014



Entramos na fase final de preparação da Reunião Nacional AEOP 7, a decorrer novamente no Grande Hotel de Luso, nos dias 22-24 de Maio de 2014.

Estão abertas as submissões de trabalhos a apresentar em Posters tanto na vertente de Investigação como de Boas Práticas Clínicas, a serem enviadas para os nossos e-mails. O final da submissão decorre a 24 de Abril.

Já estão abertas as inscrições para a Reunião que podem ser feitas on-line.

Mais uma vez este ano o valor da inscrição inclui todo o programa social.

Simultaneamente estão abertas as inscrições para os 2 Cursos Pré-Reunião, um na área da Dor e outro sobre Revisão Sistemática da Literatura, com o limite de 20 colegas em cada.

Todas as novidades desta Reunião poderão ser encontradas no nosso site, em www.aeop.net. Chamamos a atenção para o regulamento dos trabalhos a apresentar. Este ano, todos eles serão publicados em revista específica da Reunião a ser distribuída no local.

REUNIÃO PRIMAVERA, MARÇO 2014



De 27 a 30 Março decorre mais uma edição dos Encontros da Primavera, em Évora. A AEOP estará mais uma vez com a responsabilidade de organizar um programa científico. Este ano, teremos um tema na área da adaptação do doente com cancro da mama, uma sessão científica sobre a Dor Oncológica na perspetiva dos prestadores de cuidados; e duas sessões de discussão pública sobre duas áreas distintas: uma na área do tratamento e prevenção da Radiodermite e outra sobre o pós-cirúrgico do tumor da parótida. Teremos uma sessão científica em comum sobre cancro no doente idoso e a discussão de trabalhos apresentados em forma de poster.

Contamos com mais um êxito científico, como tem sido habitual nos últimos anos.

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 DIGESTIVO

Estudo identifica proteína capaz de gerar cancro do fígado

Um estudo com peixes zebra identificou um novo oncogene, a proteína UHRF1, capaz de gerar cancro do fígado, revela um artigo publicado na revista Cancer Cell, avança a agência Lusa, citada pelo semanário SOL.

Os peixes zebra são considerados uma das melhores espécies para se investigar sobre os genes humanos, porque os seus órgãos desenvolvem-se de maneira parecida.

No estudo, os cientistas, nomeadamente do Instituto de Investigações Biomédicas August Pi i Sunyer do Hospital Clínico de Barcelona, em Espanha, descobriram que a proteína UHRF1 e a sua exposição excessiva estão implicadas no desenvolvimento do carcinoma hepatocelular.

Nos humanos, a UHRF1 manifesta-se em excesso em 40 a 50 por cento dos doentes com cancro do fígado e está associada a um mal prognóstico.

O carcinoma hepatocelular é um tipo de cancro do fígado que representa cerca de 80 por cento dos tumores hepáticos malignos.

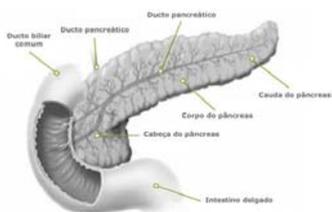
Após seis anos de trabalho, os investigadores, não só de Espanha, mas também do Reino Unido e dos

Estados Unidos, identificaram, pela primeira vez, a proteína UHRF1 como um oncogene - gene relacionado com o aparecimento de tumores - combinando um modelo de cancro em peixe zebra, com dados de tumores humanos.

No estudo, 75 por cento dos 300 peixes zebra expostos em excesso a UHRF1 desenvolveram tumores em 20 dias, tendo os cientistas identificado uma sobreexposição ao mesmo oncogene em quase 50 por cento dos doentes com cancro do fígado, analisados, com pior prognóstico.

POP, 2014-01-31

Abraxane da Celgene recebe aprovação da expansão da indicação na UE



A Celgene anunciou esta terça-feira que a Comissão Europeia expandiu a aprovação do seu medicamento Abraxane® (paclitaxel ligado às proteínas) em combinação com o Gemzar® (gemcitabina) da Eli Lilly para incluir o tratamento de primeira linha de adultos com cancro pancreático metastático, avança o site FirstWord Pharma.

Alan Colowick , presidente da Celgene Europa, Oriente Médio e África, referiu que a decisão torna o Abraxane® “o primeiro tratamento na Europa a ser aprovado para o cancro do pâncreas em quase sete anos”.

A aprovação, que segue um parecer positivo do Comité de Medicamentos para Uso Humano da Agência Europeia de Medicamentos, em Novembro de 2013, foi baseado em dados do ensaio estágio final MPACT. Os resultados mostraram

que o tratamento com Abraxane® mais Gemzar® demonstrou uma melhoria significativa na sobrevida global mediana em comparação com Gemzar® isoladamente, de 8,5 meses versus 6,7 meses respectivamente. Além disso , a combinação de Abraxane® mais Gemzar® foi associada a uma redução global de 28 por cento no risco de morte .

O Abraxane® foi aprovado na Europa em 2008 para o tratamento do cancro da mama metastático. O produto foi aprovado para a mesma indicação pela FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) em 2005 e recebeu a autorização para expansão da indicação para cancro do pulmão de não pequenas células em 2012. Em Setembro do ano passado, o medicamento da Celgene foi aprovado nos EUA para o tratamento do cancro pancreático em estágio avançado.

FONTE: FirstWord Pharma:
<http://www.firstwordpharma.com/node/1176635>
POP, 2014-01-09

Amgen anuncia descoberta de novos biomarcadores preditivos para vectibix

A Amgen anunciou, em comunicado de imprensa, a publicação de uma análise de biomarcadores do Vectibix® (panitumumab) em combinação com FOLFOX, um tipo de quimioterapia à base de oxaliplatina, para o tratamento em primeira linha de doentes com carcinoma colorretal metastizado (CCRm). Ao seleccionar de forma mais precisa o conjunto de doentes tratados com Vectibix® associado a FOLFOX aos que apresentavam RAS não mutado, observaram-se melhorias mais significativas na sobrevida global (OS) e na sobrevida livre de progressão (PFS).

Esta análise de subgrupo, pré-definida e retrospectiva, do estudo

PRIME (203) avaliou a segurança e eficácia de Vectibix® associado a FOLFOX, comparativamente a FOLFOX, com base no estado mutacional do RAS ou BRAF. Mais especificamente, os dados anteriores mostraram que a OS melhorou em 4,4 meses em doentes com KRAS não mutado. Ao seleccionar ainda mais os doentes com RAS não mutado, observou-se uma melhoria de 5,8 meses na OS.

Em doentes com RAS não mutado a OS foi 26,0 meses e 20,2 meses (RR = 0,78; IC 95%: 0,62 – 0,99) e a PFS 10,1 meses e 7,9 meses (RR = 0,72, IC 95%: 0,58 – 0,90) para Vectibix® em combinação com FOLFOX comparativamente ao FOLFOX, respectivamente. As mutações do BRAF não tiveram valor preditivo.

A análise, publicada no New England Journal of Medicine, mostrou ainda que as mutações do RAS, para além das mutações conhecidas no exão 2 do KRAS, prevêm ausência de resposta a Vectibix® em combinação com FOLFOX. As mutações RAS são aquelas que ocorrem nos exões 2, 3 e 4 do KRAS e NRAS.

“Apesar do biomarcador no exão 2 do KRAS ser bem conhecido e ter facilitado a selecção de doentes com Maior probabilidade de responderem ao tratamento com anti-EGFR, verificámos que existem ainda alguns doentes que não beneficiavam do tratamento” afirmou o Dr. Yves Douillard, Ph.D., Professor de Oncologia Médica no Centro R Gauducheau em França, investigador principal do estudo PRIME e autor do artigo. “Esta análise é importante pois reforça o nosso conhecimento sobre a genética do tumor permitindo que os médicos indiquem, com Maior precisão, tratamentos efectivos aos doentes.”

Nos doentes com mutações do RAS, foram observadas OS (RR = 1,25, IC 95%: 1,02-1,55) e PFS (RR

= 1,34, IC 95%: 1,07-1,60) inferiores com Vectibix® em combinação com FOLFOX comparativamente com FOLFOX. A Amgen informou os investigadores e os médicos desta nova e importante informação de segurança.

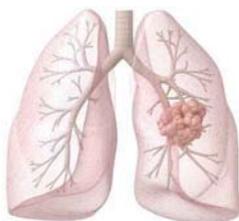
“A Amgen orgulha-se do seu trabalho permanente na identificação e lançamento de biomarcadores preditivos, como o RAS, que vão contribuir para decisões terapêuticas mais bem fundamentadas” afirmou o Dr. Sean E. Harper, Vice-Presidente Executivo de Investigação e Desenvolvimento da Amgen. “De acordo com esta informação a Comissão Europeia aperfeiçoou a informação de prescrição do Vectibix® para o tratamento de doentes adultos com carcinoma colo-rectal metastizado com RAS não mutado”.

Não foram identificados novos sinais de segurança nesta análise.

POP, 2013-10-02

CANCRO PULMÃO

Roche apresenta resultados de fase inicial positivos para fármaco contra o cancro do pulmão



Dados de uma análise actualizada de um ensaio de Fase I apresentados no Congresso Europeu do Cancro (ECC) sugerem que o medicamento experimental da Roche MPDL3280A rendeu respostas rápidas e duráveis em doentes com cancro do pulmão de não-pequenas células avançado ou metastático (NSCLC), resposta que foi “particularmente pronunciada” entre os fu-

madores, anunciou a companhia no domingo, avança o site FirstWord. Cora Sternberg, co-presidente do comité científico do ECC, referiu que o fármaco é “definitivamente um divisor de águas” no cancro do pulmão.

O director médico da Roche, Hal Barron, indicou que, com base nos resultados, “estamos a avançar rapidamente para ensaios clínicos de fase final que também irão incluir um método de diagnóstico da Roche para identificar potencialmente aqueles que são mais propensos a responder ao tratamento”. A farmacêutica disse que iniciou dois estudos de Fase II do inibidor de PD- L1 em doentes com NSCLC e estudos essenciais estão a ser planeados.

O ensaio, também apelidado MPDL3280A, incluiu 85 pacientes com NSCLC pesadamente pré-tratado, localmente avançado ou metastático, dos quais 55 por cento tinham recebido pelo menos três tratamentos sistémicos prévios. A infusão foi administrada em monoterapia, uma vez de três em três semanas, e a expressão de PD - L1 foi medida pelo ensaio de imuno-histoquímica de tecidos Diagnostics da Roche. A farmacêutica referiu que a análise de segurança incluiu todos os 85 pacientes, enquanto a análise de eficácia incluiu 53 pacientes que receberam a primeira dose de MPDL3280A até 1 de Outubro de 2012.

Os resultados mostraram que dos 53 pacientes avaliados na análise de eficácia, 23 por cento conseguiram uma melhor resposta objectiva, medida pelo critério RECIST 1.1. Além disso, 11 dos 12 pacientes que responderam continuaram a responder a partir do final de Abril deste ano, e a taxa de sobrevivência livre de progressão de 24 semanas foi de 44,7 por cento, disse a Roche.

Entre os fumadores, que são mais propensos a expressar PD- L1, a Roche relatou que cinco dos seis

doentes cujos tumores no pulmão eram, pelo menos, 10 por cento de PD- L1- positivos, apresentaram uma resposta global. A Roche referiu que os doentes com níveis elevados de expressão de PD- L1, definido como tumores que contenham pelo menos 5 por cento de PD- L1- positivo de tumor infiltrado de células imunitárias, alcançaram uma taxa de controlo da doença (DCR) de 69 por cento em comparação com uma DCR de 48 por cento entre aqueles com baixos níveis de expressão de PD- L1. O líder do estudo, Jean-Charles Soria, afirmou que “não há discussão, está realmente a funcionar”, acrescentando que “este é o primeiro agente alvo que revela mais actividade em doentes fumadores do que em não-fumadores”.

A Roche também disse que o MPDL3280A está na Fase I de testes em combinação com Zelboraf® (vemurafenib) como um potencial tratamento para o melanoma em doentes com mutação BRAFV600 da doença metastática positiva previamente tratada. Além disso, o composto está a ser avaliado em combinação com Avastin® (bevacizumab), num ensaio da fase inicial com doentes com tumores sólidos avançados

RCM, 01/10/2013

Cancro do pulmão poderá ser diagnosticado através de análise ao sangue

Graças a um novo método de detecção do cancro do pulmão, publicado no «Journal Of Science Medicine», deixará de ser necessário realizar biópsias para esse efeito

Segundo a conclusão de um estudo realizado por um grupo de investigadores norte-americanos a 143 pessoas com diferentes estágios da doença, é possível detectar o cancro do pulmão através de amostras de sangue dos pacientes.

A pesquisa incidiu sobre a detecção de 13 proteínas no sangue, que resultou em 90% de taxa de sucesso no diagnóstico de tumores benignos e malignos.

(c) PNN Portuguese News Network, 17 Outubro 2013. Através desta descoberta deixará de ser necessário o recurso a procedimentos cirúrgicos como a biópsia, um processo invasivo que visa a recolha de tecido ou células para posterior análise em laboratório.

O estudo foi realizado por cientistas da Escola de Medicina da Universidade de Nova Iorque, da Escola de Medicina Perelman, do Centro Médico da Universidade Vanderbilt, do Langone Medical Center e da Universidade da Pensilvânia.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), anualmente registam-se cerca de 1,3 milhões de vítimas mortais devido à doença. Em Portugal morrem cerca de três mil pessoas por ano com cancro do pulmão.

POP, 01/10/2013

CANCRO MAMA

Kadcyla da Roche melhora a sobrevida de doentes com cancro da mama



A Roche anunciou que dados preliminares do ensaio de Fase III TH3RESA revelaram que o Kadcyla® (trastuzumab emtansine) ampliou significativamente a sobrevida livre de progressão (PFS) em comparação com um tratamento de escolha dos médicos, em doentes com cancro da mama HER2- positivo

metastático ou localmente recorrente e inoperável, avança o site FirstWord. Os dados, que vão ser apresentados no Congresso Europeu de Cancro, mostraram também que o risco de agravamento da doença ou morte foi reduzido em 47 por cento entre os pacientes que receberam Kadcyla®.

O ensaio TH3RESA incluiu 602 doentes com cancro da mama HER2- positivo metastático ou localmente recorrente, cuja doença havia progredido, apesar de receber tratamento com pelo menos duas terapias anteriores, incluindo o Herceptin® (trastuzumab) da Roche, o Tykerb® (lapatinib) da GlaxoSmithKline e taxanos. Os doentes foram seleccionados aleatoriamente para receber Kadcyla® ou um tratamento à escolha do médico, com 80 por cento dos pacientes a receber um regime contendo Herceptin®.

Para os objectivos co-primários, os dados mostraram que os doentes do grupo Kadcyla® tiveram uma PFS mediana de 6,2 meses, em comparação com 3,3 meses no grupo comparador. Além disso, a sobrevida global ainda não tinha sido atingido no grupo Kadcyla®, mas foi medida uma média de 14,9 meses em doentes que receberam tratamento preferencial dos médicos. Para os objectivos secundários, a taxa de resposta objectiva foi de 31,3 por cento para a terapia da Roche, em comparação com 8,6 por cento no grupo comparador. Além disso, a taxa de Grau 3 ou superior de eventos adversos foi de 32,3 por cento e 43,5 por cento, respectivamente, para os dois grupos de doentes.

“Poucas drogas foram capazes de alcançar tanto a melhoria da sobrevida livre de progressão como um melhor perfil de toxicidade”, comentou o principal investigador do estudo, Hans Wildiers, acrescentando que os resultados mostram que o Kadcyla® “tem o potencial para ser

um novo paradigma de tratamento para este grupo de doentes que actualmente têm poucas opções”. Enquanto isso, o director médico da Roche, Hal Barron, disse que “estamos satisfeitos porque os dados de vários ensaios clínicos reforçam o benefício de Kadcyla® para as pessoas com esta doença agressiva”.

Em Fevereiro, o Kadcyla® foi aprovado pela FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) para o tratamento de pessoas com cancro da mama HER2-positivo metastático (CBM) que receberam tratamento prévio com Herceptin® e uma quimioterapia com taxanos e ou já receberam tratamento para o cancro metastático, ou tiveram o seu cancro de estágio inicial regressar durante ou dentro de seis meses da conclusão de um curso de tratamento após a cirurgia. A terapia também recebeu recentemente um parecer positivo do Comité de Medicamentos para Uso Humano (CHMP) da Agência Europeia de Medicamentos (EMA) como um agente único para o tratamento de doentes adultos com cancro da mama HER2- positivo, ir- ressecável e localmente avançado ou metastático, que já receberam trastuzumab e um taxano, separadamente ou em combinação. A decisão da UE sobre o uso da terapia nesta indicação está prevista para o final deste ano.

RCM, 01/10/2013

Teste para diagnosticar sete tipos de cancro da mama disponível dentro de dois anos

Um teste capaz de identificar sete tipos diferentes de cancro da mama poderá estar disponível dentro de dois anos em resultado de uma investigação conduzida por cientistas britânicos e publicada esta quarta-feira pela revista British Medical Journal, avança a agência Lusa, citada pela SIC Notícias.

A equipa de investigadores da Universidade de Nottingham, liderada por Andy Green, desenvolveu um método que consegue analisar 10 proteínas chave que, combinadas de forma diferente, configuram sete tipos de cancro da mama.

Actualmente são apenas analisados dois biomarcadores do cancro da mama.

Na investigação, os cientistas procuraram sinais de cada tipo de cancro em 1.703 amostras tumorais provenientes de um banco de tecidos e concluíram que 93 por cento dos padrões analisados correspondia a algum destes sete tipos, enquanto 7 por cento dos restantes foram mais difíceis de classificar.

Segundo os cientistas, este novo tipo de diagnóstico evitará a aplicação de tratamentos desnecessários e inadequados aos doentes, esperando-se que aumente os níveis de sobrevivência a esta doença.

O estudo, financiado por uma comunidade de cientistas contra o cancro da mama, representa um passo para tornar realidade “o Santo Graal da medicina personalizada” e oferece esperança às 50 mil mulheres diagnosticadas todos os anos com cancro da mama no Reino Unido, disse Delyth Morgan, directora executiva da Campanha contra o Cancro.

No entanto, Emma Smith, do centro Cancer Research UK, considerou que é necessária mais investigação nesta área.

RCM, 31/10/2013

CANCRO PELE

Tratamento da GSK contra melanoma ganha aprovação acelerada nos EUA

Um tratamento da GlaxoSmithKline para o melanoma, a forma mais letal de cancro da pele, ganhou a aprovação acelerada de reguladores

dos EUA, avança a agência Reuters, citada pelo ÚltimoInstante.

A luz verde para o uso combinado do Tafinlar® e do Mekinist®, da Food and Drug Administration (FDA) é a primeira do tipo para uma forma de doença com um perfil genético específico.

Ambos os medicamentos já tem aprovação para uso separado, mas a GSK acredita que eles terão um efeito Maior se usados juntos. Analistas da indústria também vêem a combinação com Maior potencial comercial. O Tafinlar®, que é semelhante ao Zelboraf® da rival Roche, é projectado para funcionar em pacientes com uma mutação de um gene conhecido como BRAF. Os chamados inibidores BRAF têm sido notavelmente eficazes em encolher tumores de melanoma, mas a Maioria dos pacientes, eventualmente, desenvolve resistência aos medicamentos.

Ao combinar o Tafinlar® com o Mekinist®, que trabalha de uma forma diferente, a esperança é de que o cancro ficará sob controlo por mais tempo.

A aprovação da FDA, que foi anunciada na noite de quarta-feira, abrange o tratamento de melanoma que não pode ser removido por cirurgia ou que se espalhou para outros órgãos.

POP, 2014-01-10

Exame de sangue pode identificar avanço de cancro da pele

Um simples teste de sangue pode ser usado para identificar quando o tumor está a espalhar-se em pessoas que têm cancro da pele, segundo um estudo apresentado no seminário do Instituto de Pesquisa de Cancro britânico, em Liverpool, avança a BBC Brasil.

Tim Cook, autor do estudo e oncologista consultor da Universida-

de de Dundee (Grã-Bretanha), explica que é um grande desafio identificar a propagação do melanoma - o tipo mais sério de cancro da pele.

Por isso, ele e os seus colegas de estudo acreditam que é importante medir os níveis de um gene chamado TFP12 no ADN de pacientes.

Cook argumenta que o exame de sangue é uma forma simples e precisa para descobrir o quão avançada está a doença, além de indicar se ela começou a espalhar-se.

“Isso daria a médicos e pacientes informações importantes, com muito mais antecedência do que temos no momento”, afirma. “Há crescentes evidências de que os tratamentos são mais eficientes nesses estágios iniciais. Se conseguirmos identificar quando o cancro começar a se espalhar, poderemos aumentar significativamente suas hipóteses de vencer a doença”.

Segundo especialistas do sector, a descoberta pode levar a diagnósticos mais rápidos e novos tratamentos.

Sob a pele

Para Charlotte Proby, dermatologista da Universidade de Dundee, “usar exames de sangue para entender o nosso ADN é uma forma simples de aprender melhor o que ocorre sob a nossa pele”. “O ‘ligar’ e ‘desligar’ de alguns genes parece ter efeito sobre quando, onde e por que o melanoma se espalha”, diz ela.

O próximo passo do estudo, segundo Proby, é desenvolver um mapa de “biomarcadores”, que ajudem a identificar pacientes que precisam de reforço no tratamento do melanoma.

Novos tratamentos

Mais de 8 entre 10 pacientes têm sobrevivido ao melanoma por pelo menos dez anos, mas os especialistas dizem que há muito a ser feito em prol de pessoas cujo cancro se espalhou para outros órgãos.

Por isso, o uso de exames de sangue pode ser importante, opina Harpal Kumar, executivo-chefe da ONG Cancer Research UK. “Essa pesquisa pode resultar em diagnósticos mais rápidos e a novos tratamentos em potencial, dando a pacientes e médicos mais hipóteses de derrotar a doença”, diz.

A mesma equipa de investigadores identificou outro biomarcador em potencial, chamado NT5E, que parece estar ligado ao avanço de um tipo agressivo de melanoma.

Os investigadores dizem que essa identificação pode ajudar a desenvolver novos tratamentos para a doença, sobretudo em casos em que ela se espalha a órgãos como cérebro e pulmão.

RCM, 5 NOVEMBROS 2013

MSD apresenta dados positivos do seu medicamento experimental MK- 3475 dados de um ensaio de fase I com o inibidor de PD

Dados de um ensaio de Fase I com o inibidor de PD-1 MK- 3475 da MSD (conhecida nos EUA e Canadá como Merck & Co.) revelam que o fármaco prolonga a sobrevida global em doentes com melanoma avançado, avança o site FirstWord.

A MSD apresentou dados iniciais da fase Ib do ensaio na segunda-

-feira no Congresso Internacional da Sociedade de Pesquisa do Melanoma demonstrando que o seu fármaco experimental MK- 3475 resultou numa taxa de sobrevida global estimada de um ano em 81 por cento em doentes com melanoma avançado. Eric Rubin, vice-presidente de oncologia da MSD, descreveu os resultados como “muito impressionantes”, observando que “40 por cento ou menos [dos doentes com melanoma avançado] estão tipicamente vivos no período de um ano”.

No estudo em curso, mais de 1000 doentes com diversos tipos de cancro em estágio avançado estão a receber o MK- 3475 numa de três doses, sendo que o objectivo primário do estudo é a taxa de resposta global, enquanto os objectivos secundários incluem a sobrevida global e livre de progressão. A MSD referiu que a taxa de resposta global entre os 135 pacientes no grupo do melanoma avançado foi de 41 por cento, incluindo uma taxa de resposta completa de 9 por cento, acrescentando que as taxas de resposta objectivas nos grupos de alta e baixa dose eram de 51 por cento e 40 por cento, respectivamente. A MSD indicou ainda que 88 por cento dos doentes que responderam ao tratamento não mostraram qualquer evidência de progressão da doença.

A farmacêutica indicou que, embora a Maioria das respostas te-

nhá ocorrido dentro das primeiras 12 semanas de tratamento, respostas e alterações na resposta parcial a completa continuaram a ocorrer depois de seis meses de tratamento, e respostas parciais e completas foram observadas tão tarde quanto nas 48 semanas e 70 semanas. A MSD mencionou que a duração mediana da resposta e sobrevida global mediana não foram alcançadas por qualquer dose.

“Estes resultados fornecem uma visão mais aprofundada das propriedades terapêuticas do MK – 3475 em doentes com melanoma avançado”, comentou Roger M. Perlmutter, presidente da Merck Research Laboratories, acrescentando que “simplesmente os nossos dados deixam-nos esperançosos de que esta nova terapia de investigação poderia proporcionar benefícios significativos para os doentes que sofrem desta doença maligna”.

A MSD divulgou em Junho que o MK -3475, que também é conhecido como lambrolizumab, ajudou a reduzir o tamanho do tumor em doentes com melanoma avançado numa análise preliminar deste ensaio de Fase Ib. O inibidor experimental de PD-1 recebeu o estatuto de terapia inovadora da FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) em Abril.

Uma série de outras companhias farmacêuticas estão a desenvolver inibidores de PD-1 para várias doenças malignas, incluindo a Bristol-Myers Squibb, que apresentou dados positivos para o seu inibidor de PD-1 nivolumab no tratamento do cancro do pulmão de não-pequenas células escamosas ou não-escamosas no mês passado e também divulgou em Junho que o nivolumab reduziu o tamanho do tumor em 31 por cento dos doentes com melanoma avançado.

POP, 19 NOVEMBRO 2013



ONCOLOGIA: VÁRIOS

Bayer recebe aprovação da UE para Xofigo para doentes com cancro da próstata

A Bayer HealthCare anunciou, em comunicado de imprensa, que a Comissão Europeia aprovou o Xofigo® 1000 kBq/ml, solução injectável (dicloreto de rádio-223) para o tratamento de adultos com cancro da próstata resistente a castração, com metástases ósseas sintomáticas e sem metástases viscerais conhecidas. Esta decisão seguiu-se à recomendação positiva do Comité Europeu para Medicamentos de uso Humano (CHMP) em Setembro deste ano. A aprovação do Xofigo teve por base os dados do ensaio de fase III ALSYMPCA (ALpharadin in SYMptomatic Prostate CAncer).

“A Maior parte dos doentes com cancro da próstata metastizado resistente à castração apresentam metástases ósseas dolorosas que podem causar a morte”, disse Christopher Parker, oncologista e investigador Principal do estudo ALSYMPCA e Consultor clínico no The Royal Marsden NHS Foundation Trust, Londres, e no The Institute of Cancer Research, Londres. “O Xofigo® é dirigido às metástases ósseas, promovendo um efeito citotóxico localizado que oferece aos doentes um prolongamento da sobrevivência, tornando-o um marco no tratamento deste tipo de cancro”.

“Esta é a mais recente novidade da área da Oncologia da Bayer. Após uma rápida aprovação nos Estados Unidos, é com grande satisfação que sabemos que Xofigo® passa a estar disponível para os doentes Europeus”, comentou o Dr. Kemal Malik, membro do Comité Executivo da Bayer HealthCare e director do Global Development.

Sobre o Cancro da Próstata Resistente à Castração (CPRC) e metástases ósseas

O cancro da próstata é o segundo tipo de cancro mais diagnosticado nos homens em todo o mundo. Em 2008, cerca de 899.000 homens foram diagnosticados com cancro da próstata e 258.000 morreram da doença em todo o mundo. O cancro da próstata é a sexta causa de morte por cancro em homens.

A Maioria dos homens com CPRC tem metástases ósseas sintomáticas. Quando as células neoplásicas se estabelecem no osso, interferem com a resistência óssea, levando muitas vezes à dor, fracturas e outras complicações que podem prejudicar significativamente a saúde. As metástases ósseas secundárias ao cancro da próstata atingem tipicamente a coluna lombar, as vértebras e a pélvis. Na verdade, as metástases ósseas são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em doentes com CPRC.

Em Portugal, dados do Portal de Oncologia Português apontam para a existência de 4.000 novos casos de cancro da próstata por ano, sendo que no nosso país é o tipo de cancro mais frequente nos homens.

Estima-se que um em cada nove portugueses virá a sofrer de cancro da próstata. Do total deste número, aponta-se para uma mortalidade de 1.800 casos/ano. Aproximadamente 50% dos homens com mais de 70 anos têm cancro da próstata.

POP, 17 NOVEMBRO 2013

Tratamento contra cancro pode causar infertilidade em homens e mulheres

A quimioterapia e a radioterapia podem causar infertilidade porque ao mesmo tempo que destroem as células tumorais também podem atingir as células germinativas, as mesmas

que dão origem aos óvulos e espermatozóides. Factores como o tipo de cancro tratado, a idade do doente, o potencial fértil da pessoa antes do tratamento e o tipo de quimioterapia e radioterapia utilizadas devem ser considerados no momento de avaliar quanto, exactamente, pode existir de impacto negativo no potencial reprodutivo, avança o portal Segs.com.br.

“Os tratamentos oncológicos impedem a proliferação de células em alta multiplicação. Não somente as cancerígenas, mas também as germinativas, que são naturalmente mais sensíveis aos efeitos das substâncias e da radiação aplicadas ao doente para combater o cancro”, observa Maurício Chehin, médico do Grupo Huntington especialista em reprodução assistida em pacientes oncológicos.

O especialista ressalta que, além da infertilidade causada por esses tratamentos, os cancros que se manifestam nas regiões pélvicas também podem facilitar esse efeito secundário. Noutros casos, porém, se uma doente apresenta um cancro fora da região pélvica tratável apenas por radioterapia, por exemplo, é possível que ela não desenvolva infertilidade uma vez que o local atingido pela radiação está afastado dos órgãos reprodutores. “Os casos devem ser analisados individualmente”, observa.

Doentes já possuem alternativas e podem pensar em preservação

Para conseguir realizar o sonho de ter filhos após a cura da doença, doentes oncológicos já contam com diversas alternativas que preservam a fertilidade antes da quimioterapia e radioterapia. A técnica mais comum e não menos eficaz de se preservar a fertilidade é o congelamento ou criopreservação de óvulos, espermatozóides e também de embriões.

Maurício Chehin conta que existem também algumas alternativas ainda em fase de experiência, como é o caso da criopreservação do

tecido testicular ou ovariano. O método consiste em retirar um pequeno fragmento desses tecidos e congelá-los para um transplante posterior, no próprio organismo. A alternativa poderia ser indicada, por exemplo, para mulheres que não podem esperar quinze dias para a colecta de óvulos e devem iniciar o tratamento imediatamente. O tecido reimplantado teria a capacidade de se reproduzir e originar novas células reprodutivas.

“Outro meio, ainda de eficácia discutível, é a supressão ovariana. Através da medicação com a hormona análoga agonista do GnRH, é possível fazer com que os folículos que libertam os óvulos entrem numa espécie de hibernação, retardando a divisão celular e, a princípio, evitando que a quimioterapia ou a radioterapia tenham algum efeito sobre as funções reprodutivas”, esclarece o médico.

POP, 19 NOVEMBRO 2013

FDA expande aprovação do Nexavar da Bayer e da Onyx

A FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) anunciou na sexta-feira passada que ampliou a aprovação do Nexavar® (sorafenibe) da Bayer e da Onyx Pharmaceuticals, para incluir doentes com cancro da tiróide diferenciado localmente recorrente ou metastático, progressivo, refractário para tratamento com iodo radioactivo, avança o site FirstWord.

Pamela Cyrus, directora de assuntos médicos da Bayer HealthCare Pharmaceuticals nos EUA, disse que “o Nexavar® é o primeiro e único tratamento aprovado pela FDA para esse tipo de cancro da tiróide e é um desenvolvimento positivo para os doentes que anteriormente tinham opções de tratamento limitadas”.

A aprovação baseou-se em dados do ensaio DECISION, que envolveu 417 pacientes com cancro da tiróide

diferenciado, localmente recorrente ou metastático, progressivo, iodo radioactivo refractário. Os resultados mostraram que a terapia prolonga a sobrevida livre de progressão (PFS) em 41 por cento, já que metade dos doentes tratados com Nexavar® alcançaram PFS de pelo menos 10,8 meses, em comparação com pelo menos 5,8 meses no grupo placebo.

O Nexavar® ganhou a aprovação expandida nos EUA para o tratamento da fase final de cancro da tiróide diferenciado no âmbito do programa de revisão prioritária da FDA. O inibidor da multi-quinase oral foi previamente aprovado como um tratamento para o cancro renal avançado e para o cancro do fígado avançado.

A Onyx foi adquirida pela Amgen no início deste ano por 10,4 mil milhões de dólares, garantindo os últimos direitos do Nexavar®.

POP, 26 NOVEMBRO 2013

Treanda da Teva ganha exclusividade nos EUA para o linfoma

A Teva anunciou esta quarta-feira que a FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) concedeu a exclusividade de medicamento órfão ao Treanda® (bendamustina) para o tratamento do linfoma não-Hodgkin (NHL) indolente de células B que tenha progredido durante ou dentro de seis meses de tratamento com o Rituxan® (rituximab) da Biogen Idec e da Roche e ou com um regime contendo Rituxan®. A empresa referiu que, em conjunto com a exclusividade pediátrica de seis meses recebida anteriormente, a terapia terá exclusividade regulamentar para esta indicação até Abril de 2016, avança o site FirstWord.

“Estamos satisfeitos que a FDA reconheça o nosso compromisso com o tratamento de pacientes com esta

forma rara de cancro”, comentou o responsável pela divisão de Oncologia da Teva, Bill Campbell. O Treanda® foi aprovado pela FDA em 2008 para o tratamento de NHL indolente de células B, enquanto uma nova formulação líquida da terapia injectável foi aprovada nesta indicação no início deste ano.

O Treanda® também está aprovado nos EUA para a leucemia linfocítica crónica, com Teva a garantir a protecção de medicamento órfão e exclusividade pediátrica nesta indicação até 20 de Setembro de 2015. O produto gerou vendas de 531 milhões de dólares nos primeiros nove meses de 2013.

POP, 28 NOVEMBRO 2013

Tratamento experimental contra sarcomas

A farmacêutica CytRx anunciou que o seu tratamento experimental contra o cancro melhorou as taxas de sobrevivência em pacientes com sarcomas dos tecidos moles sem progressão da doença, em comparação com a quimioterapia padrão, avança a agência Reuters, citada pelo PIPOP – Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica.

O ensaio de fase intermédia testou o composto aldoxorubicina contra uma monoterapia com o quimioterápico doxorubicina, em 123 pacientes. Quase 67% dos pacientes que receberam aldoxorubicina não mostraram progressão da doença durante seis meses, em comparação com os 36% dos pacientes tratados apenas com doxorubicina.

A aldoxorubicina representa uma nova tecnologia de ligação, que combina a doxorubicina com uma molécula que se liga à albumina no sangue, o que permite a administração de doses mais elevadas de doxorubicina sem aumentar a sua toxicidade e atingindo especificamente o tumor.

Os sarcomas dos tecidos moles são tumores cancerígenos que ocorrem em tecidos moles, como músculo, gordura, vasos sanguíneos e tendões. Este tipo de cancro pode ocorrer em qualquer parte do corpo e em qualquer idade.

FONTE: PIPPO/REUTERS
HTTP://WWW.PIPPO.INFO/NOTICIAS/DETALHES.PHP?ID=1953
POP, 2014-01-03

Cetuximab da Merck Serono prolonga significativamente a sobrevivência em 7,5 meses



A Merck Serono, a divisão biofarmacêutica da Merck, anunciou esta quarta-feira, em comunicado de imprensa, que o grupo cooperativo de investigação alemão AIO (Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie) reportou dados adicionais relativos ao ensaio clínico head-to-head de fase III, FIRE -3, os quais demonstram uma melhoria clinicamente relevante relativamente ao Cetuximab® (cetuximab) em associação com FOLFIRI vs. Bevacizumab em combinação FOLFIRI como tratamento de primeira linha do cancro colo-rectal metastático (CCRm) em doentes com tumores RAS WT.

Os novos dados, obtidos através de uma análise exploratória pré-planeada foram apresentados no European Cancer Congress 2013 (ECCO, ESMO, ESTRO). A análise evidencia um aumento de 7,5 meses na sobrevivência global mediana

(OS) nos doentes com CCRm com tumores do tipo RAS WT (n=342) – o RAS WT é definido pela ausência de mutações nos exões 2, 3 e 4 do KRAS e do NRAS – que receberam como terapêutica de primeira linha Cetuximab® em combinação com FOLFIRI em comparação com doentes que receberam bevacizumab em associação com FOLFIRI (OS:33,1 meses vs. 25,6 meses, respectivamente; hazard ratio [HR]:0.70, p=0.011).

Na análise post hoc realizada, observou-se que no grupo de doentes com tumores do tipo RAS MT (n =176), os doentes que receberam Cetuximab® em associação com FOLFIRI como terapêutica de primeira linha obtiveram um OS de 20,3 meses vs. os 20,6 meses obtidos pelo grupo de doentes que foi tratado com bevacizumab em combinação com FOLFIRI (HR:1,09; p=0,60).

Como anteriormente apresentado na reunião anual da American Society of Clinical Oncology (ASCO) 2013 e no World Congress on Gastrointestinal Cancer 2013, o endpoint primário deste estudo, a taxa de resposta objectiva, não foi alcançado (análise feita pelos investigadores aos doentes KRAS WT (exão 2)).

No grupo de doentes com tumores do tipo KRAS WT (relativamente ao exão 2), foi observado um expectável e equilibrado cross-over ou prorrogação do tratamento para além da progressão da doença em relação aos tratamentos subsequentes com agentes biológicos utilizados nas terapêuticas de segunda linha (tanto anticorpos anti-EGFR como bevacizumab). Além disso, não foram observados grandes desequilíbrios no que diz respeito aos regimes de quimioterapia utilizados na 2ª linha de tratamento. É importante salientar que este resultado não é completamente definitivo (taxa de eventos de 57% na população intent-to-treat

(ITT) com tumores do tipo KRAS WT (exão 2), sendo que será actualizado no momento devido.

De acordo com o professor Volker Heinemann da Ludwig-Maximilians University, em Munique, principal investigador do ensaio clínico FIRE 3: “Estes novos dados relativos ao estudo FIRE-3 demonstram um aumento de 7,5 meses na sobrevivência global mediana para 33,1 meses quando se utiliza como tratamento de primeira linha, Cetuximab® em associação com FOLFIRI em comparação com bevacizumab em combinação com FOLFIRI, no cancro colo-rectal metastático. Este aumento corresponde a uma mudança do paradigma respeitante ao tratamento do CCRm existente desde a introdução dos anticorpos monoclonais. Juntamente com os conhecimentos obtidos através de outros estudos recentes relevantes, estes resultados sugerem que a primeira linha de tratamento dos doentes RAS WT deve incluir terapêutica anti-EGFR”.

“Estes resultados continuam a reforçar o valor do Cetuximab® como tratamento de primeira linha do cancro colo-rectal metastático e demonstram que o status do RAS nos tumores é susceptível de ajudar a identificar os doentes que mais provavelmente irão beneficiar com o Cetuximab®”, disse a Dra Annalisa Jenkins, Head of Global Drug Development and Medical da Merck Serono.

“Estão a ser realizadas análises adicionais a biomarcadores a partir dos dados relativos a estudos importantes com Cetuximab®, como o CRYSTAL e o OPUS com o intuito de esclarecer o verdadeiro papel das mutações RAS nestes doentes”, concluiu.

POP, 2013-10-02



Ensaios clínicos fase III e IV – Informação

Nesta secção publicamos os estudos de 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

■ *A Study to Provide Access to Trabectedin in Patients With Non L-type Soft Tissue Sarcoma Who Have Persistent or Recurrent Disease and Who Are Not Expected to Benefit From Currently Available Standard of Care Treatment*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Pharmaceutical / Industry

PROTOCOL IDS: CR003583, ET743SAR3002, NCT00210665

■ *Surgery With or Without Radiation Therapy in Treating Patients With Previously Untreated Nonmetastatic Retroperitoneal Soft Tissue Sarcoma*

PHASE: Phase III

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Other

PROTOCOL IDS: EORTC-62092-22092, EORTC-62092, EORTC-22092, EU-1113, STRASS, NCT01344018

■ *A Trial of TH-302 in Combination With Doxorubicin Versus Doxorubicin Alone to Treat Patients With Locally Advanced Unresectable or Metastatic Soft Tissue Sarcoma*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 15 and over

SPONSOR: Pharmaceutical / Industry

PROTOCOL IDS: TH-CR-406/SARC021, NCT01440088

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

PHASE: Phase III

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Active

AGE: 15 and over

SPONSOR: Pharmaceutical / Industry

PROTOCOL IDS: CR017269, ET743SAR3006, NCT01692678

■ *Localized High-Risk Soft Tissue Sarcomas Of The Extremities And Trunk Wall In Adults: An Integrating Approach Comprising Standard Vs Histotype-Tailored Neoadjuvant Chemotherapy*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Other

PROTOCOL IDS: ISG-ST5 10-01, NCT01710176

■ *Phase I-II Trial of Sorafenib in Combination With Ifosfamide in Soft Tissue Sarcoma*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 to 72

SPONSOR: Other

PROTOCOL IDS: GEIS01-07, NCT00541840

■ *Sunitinib and Radiation in Patients With Resectable Soft-tissue Sarcoma*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 16 and over

SPONSOR: Other

PROTOCOL IDS: ASSG01, NCT00753727

■ *Radiation Therapy, Sorafenib, and Surgery in Treating Patients With Soft Tissue Sarcoma*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: NCI, Other

PROTOCOL IDS: CDR0000628781, UCDC-216, BAYER-UCDC-216, NCT00805727

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

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Other

PROTOCOL IDS: AVF4761s, 200911736, NCT01106872

■ *Vismodegib and Gamma-Secretase/Notch Signalling Pathway Inhibitor RO4929097 in Treating Patients With Advanced or Metastatic Sarcoma*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: NCI

PROTOCOL IDS: NCI-2011-01412, CDR0000680558, MSKCC-10049, 10-049, 8406, P30CA008748, U01CA069856, NCT01154452

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

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Pharmaceutical / Industry

PROTOCOL IDS: BBI608-201, NCT01325441

■ *Gemcitabine and Docetaxel in Combination With Pazopanib (Gem/Doce/Pzb) for the Neoadjuvant Treatment of Soft Tissue Sarcoma (STS)*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Other

PROTOCOL IDS: 11-104, NCT01418001

■ *Proton RT for Retroperitoneal Sarcomas*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: NCI, Other

PROTOCOL IDS: 12-100, NCT01659203

■ *Gemcitabine Plus Rapamycin Versus Gemcitabine to Treat Advanced Soft Tissue Sarcoma*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Active
AGE: 18 to 70
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: GEIS-24, 2009-017232-41, NCT01684449

■ *Phase 1b/2 Study of Vorinostat in Combination With Gemcitabine and Docetaxel in Advanced Sarcoma*

PHASE: Phase II, Phase I
TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: UPCI# 12-104, NCT01879085

■ *Hyperthermia and Proton Therapy in Unresectable Soft Tissue Sarcoma*

PHASE: Phase II, Phase I
TYPE: Treatment
STATUS: Approved-not yet active
AGE: 18 and over
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: KSA_HYPROSAR1, NCT01904565

■ *Paclitaxel in Treating Patients With Locally Advanced or Metastatic Soft Tissue Angiosarcoma or Lymphangiosarcoma That Cannot Be Removed By Surgery*

PHASE: Phase II
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 to 70
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: CDR0000441642, FRE-FNCLCC-SARCOME-06/0409, EU-20517, NCT00217607

■ *Gemcitabine With or Without Docetaxel as Second-Line Therapy in Treating Patients With Metastatic or Relapsed, Unresectable Uterine or Soft Tissue Leiomyosarcoma*

PHASE: Phase II
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: CDR0000443572, FRE-FNCLCC-SARCOME-07/0410, EU-20518, NCT00227669

■ *Radiation Therapy to Treat Musculoskeletal Tumors*

PHASE: Phase II
TYPE: Supportive care, Treatment
STATUS: Active
AGE: 25 and under for new enrollments only
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: RTSARC, NCT00186992

■ *Study of Vinorelbine and Cyclofosfamide Among Patients With Refractory Tumours or in Relapse*

PHASE: Phase II
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 1 to 25
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: NAVE-CYCLO, NCT00180947

■ *Bevacizumab and Radiation Therapy for Sarcomas*

PHASE: Phase II
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: NCI, Other
PROTOCOL IDS: 05-090, 1 R21 CA117128-01A1, NCT00356031

■ *Proton RT for the Treatment of Pediatric Rhabdomyosarcoma*

PHASE: Phase II
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 21 and under
SPONSOR: NCI, Other
PROTOCOL IDS: 04-188, P01CA021239, NCT00592592

■ *Isolated Pelvic and Limb Perfusion in the Treatment of Locally Advanced Sarcoma of Pelvis and Limbs' Girdle*

PHASE: Phase II
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 16 and over
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: PIP, CSET 2003/1053, NCT00181025

■ *Dacarbazine for Metastatic Soft Tissue and Bone Sarcoma*

PHASE: Phase II
TYPE: Treatment
STATUS: Active

AGE: 18 and over
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: 08-1299 / 201109179, NCT00802880

■ *Sorafenib in Treating Patients With Angiosarcoma That is Locally Advanced, Metastatic, or Unable to Be Removed by Surgery*

PHASE: Phase II
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: CDR0000633547, COL-Angio-Next, BAYER-COL-Angio-Next, COL-2007-10, INCA-RECF0636, EUDRACT-2007-004651-10, Angio-Next, NCT00874874

■ *Paclitaxel + Bevacizumab (Avastin®) for the Treatment of Metastatic or Unresectable Angiosarcoma*

PHASE: Phase II
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 13 and over
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: SARCOMA0006, SU-01202010-4743, 17755, NCT01055028

■ *Phase II Study of Cediranib (AZD2171) in Patients With Alveolar Soft Part Sarcoma*

PHASE: Phase II
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: NCI
PROTOCOL IDS: 090192, 09-C-0192, NCT00942877

■ *A Trial of Cediranib in the Treatment of Patients With Alveolar Soft Part Sarcoma (CASPS)*

PHASE: Phase II
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 16 and over
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: ICR-CTSU/2010/10027, 2010-021163-33, CRUK/10/021, ISRCTN63733470, ISSRECE0036, NCT01337401

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^a É INICIADA

No Ciclo 1, Dia 1, inicie o tratamento com Terapêutica Tripla- **EMEND[®]** ou **IVEMEND[®]**, um antagonista de 5-HT₃, e um corticosteróide - para prevenção de primeira linha das NVIQ.

EMEND[®], 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 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-HT₃, 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-HT₃. **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.

^a Terapêutica Tripla = EMEND[®], um antagonista do 5-HT, e um corticosteróide.



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

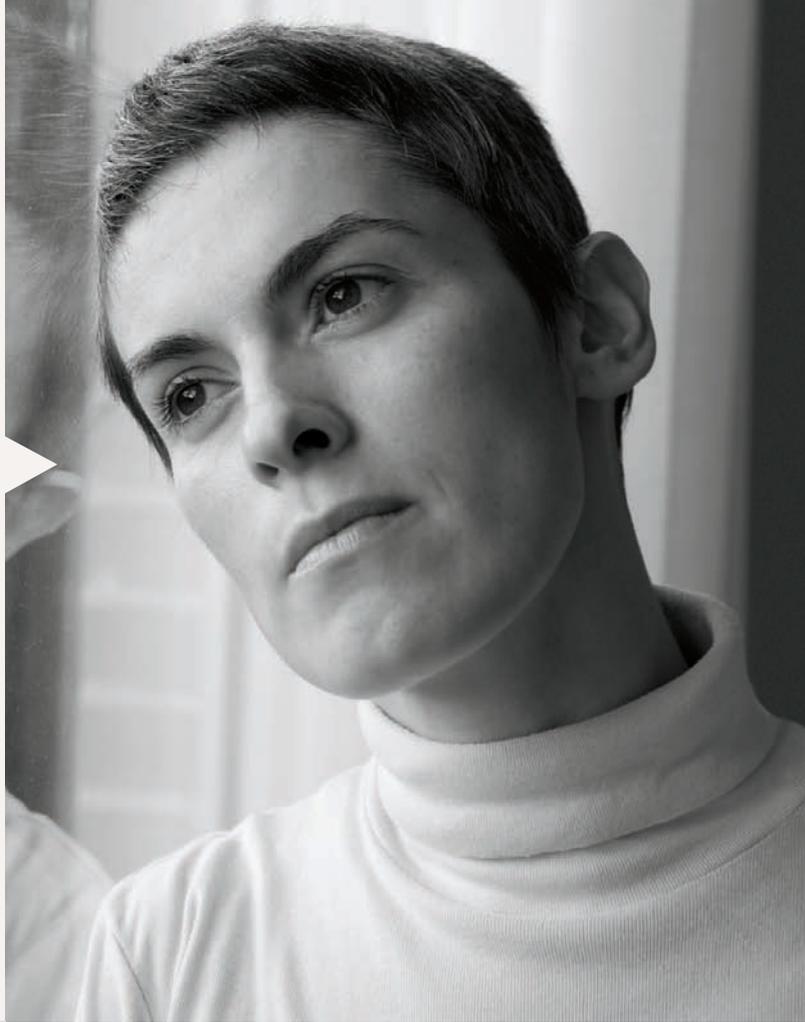
Um regime anti-emético que inclui

EMEND[®] **IVEMEND[®]**
(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



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