

ONCO. NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

24

ANO VI • JUL-OUT 2013

ENTREVISTA COM....

Neste número, a Professora Marta Lima Basto enquadra a atividade de investigação com as práticas.

QUALIDADE DE VIDA EM ONCOLOGIA

Artigo de revisão onde é abordada a importância e o impacto e feito o levantamento de estratégias adequadas para o cuidado ao doente e família com dor crónica oncológica, tendo como foco a qualidade de vida (QdV).

DA INFORMAÇÃO E DA APRENDIZAGEM DE CAPACIDADES EM MULHERES MASTECTOMIZADAS

Estudo de investigação sobre doentes com cancro da mama que teve como objetivos principais perceber a informação transmitida pela equipa de saúde para a aprendizagem de capacidades da mulher e perceber recursos e estratégias que utilizaram para suprir as dificuldades com que se depararam.

A CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA COLORRETAL NO INÍCIO DO PERCURSO TERAPÊUTICO

Estudo com a finalidade de descrever a condição de saúde do indivíduo com patologia oncológica colorretal no início do percurso terapêutico, com recurso a uma abordagem metodológica exploratória descritiva num paradigma quantitativo.

ESPECIFICIDADES DAS CONCEÇÕES INFANTIS DE SAÚDE E DOENÇA EM CRIANÇAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Estudo que se insere num projeto mais abrangente sobre conceções infantis de saúde e doença que tem como finalidade analisar em que medida a experiência de doença tem influência nas conceptualizações das crianças acerca destes fenómenos.



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.

MEMBRO



PARCERIA



ÍNDICE

05 EDITORIAL

Mónica Castro, Coordenadora Editorial

07 OPINIÃO

Cristina Lacerda, Presidente AEOP

09 ENTREVISTA COM...

Prof.^a Marta Lima Basto, professora no Programa de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa

ARTIGOS

12 QUALIDADE DE VIDA EM ONCOLOGIA

Rui Fernandes, Carla Fernandes, Sandra Costa, Eduardo Pinheiro

23 DA INFORMAÇÃO E DA APRENDIZAGEM DE CAPACIDADES EM MULHERES MASTECTOMIZADAS

Ilídia Costa, Olga Fernandes

31 A CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA COLORRETAL NO INÍCIO DO PERCURSO TERAPÊUTICO

Sara Cruz, Cristina Pinto, Filipe Pereira, Fátima Teixeira

39 "SAÚDE É PODER FAZER AS COISAS NORMAIS" - ESPECIFICIDADES DAS CONCEÇÕES INFANTIS DE SAÚDE E DOENÇA EM CRIANÇAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Lígia Lima, Marina Serra de Lemos

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

46 9.º CONGRESSO NACIONAL CANCRO DIGESTIVO • AEOP 7 • NVIQ - PROJECTO EDUCACIONAL • SOCIAL SUPPORT SARCOMA • EONS ADVISORY COUNCIL
• AEOP NA PÁGINA WEB DA ISNCC • AEOP ESTABELECE PARCERIA COM FUNDAÇÃO INDEX • CONGRESSO NACIONAL SPH

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

49 NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO

Também disponível em www.aeop.net

59 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 GIÉSEL, Professora Adjunta
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Pólo Artur Ravara
esa@esel.pt

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

Luis Sá, PhD, MsC, RN
Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica
Doutor em Saúde Mental
Professor Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Porto
lsa@porto.ucp.pt

Maria Deolinda Dias Pereira, MsC, RN
Mestrado em Ciências de Enfermagem
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
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 DESTA REVISTA

Sara Cruz, Cristina Pinto, Filipe Pereira, Fátima Teixeira, Rui Fernandes, Carla Fernandes,
Sandra Costa, Eduardo Pinheiro, Olga Fernandes, Ildia Costa, Lígia Lima, Marina Serra de
Lemos

COORDENADORES DOS WORKGROUPS PRÁTICAS CLÍNICAS

- EDUCAÇÃO EM ONCOLOGIA: Ana Paula Figueiredo, MsC, RN - anapaulafig.lo@gmail.com
- DOENTE COM CANCRO CABEÇA E PESCOÇO: Pedro Cardoso, RN - pedromadal@gmail.com
- DOENTE COM CANCRO DIGESTIVO: Ana Paula Moreira, RN - ana.paula.moreira@sapo.pt
- DOENTE COM CANCRO MAMA: Elisabete Valério, MsC, RN - evalerio@ipoporto.min-saude.pt
- DOENTE COM CANCRO PULMÃO: Esmeralda Barreira, MsC, RN - merbarreira@gmail.com
- DOENTE COM CANCRO UROLÓGICO: José Fernando, RN - silvafjg@gmail.com
- DOENTE COM SARCOMA: Rui Santos, RN - rmrsg60@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

Editado o último número de 2013, é com grande satisfação que consideramos que este ano terá sido um dos mais importantes para o crescimento da AEOP.

Em termos nacionais, a Associação manteve a habitual parceria nos mais importantes congressos científicos na área da Oncologia, sempre com um bom nível de qualidade, com o ponto alto na realização da 6.^a Reunião Nacional.

A nível internacional, a AEOP foi amplamente reconhecida através da eleição da enfermeira Cristina Lacerda para Tesoureira da EONS (*European Oncology Nursing Society*), primeira representante portuguesa eleita para o *board* daquela organização – tendo também concorrido para o cargo de *President-Elect* – e pela responsabilidade atribuída na realização do próximo *meeting* do *Advisory Council* da EONS, em Novembro, no Porto.

Outro importante reconhecimento do nosso trabalho foi a divulgação por parte da *International Society of Nurses in Cancer Care* (ISNCC), na sua plataforma web, dos materiais educacionais produzidos pela AEOP dirigidos a doentes e a profissionais, assim como a parceria formalizada com a Fundación Index, e a respectiva indexação da nossa revista onco.news junto daquela entidade.

Perante todos estes acontecimentos, podemos desde já antecipar que a participação da Associação nas próximas actividades científicas, em parceria com os GICD (Grupo de Investigação do Cancro Digestivo) e a SPH (Sociedade Portuguesa de Hematologia), nos seus congressos, serão igualmente um sucesso e um reforço do crescimento dos enfermeiros

nestas áreas. Todas as informações sobre estas e outras novidades podem ser encontradas de forma mais detalhada numa visita à nossa plataforma web.

A partir destes exemplos de sucesso, penso podermos afirmar que continua a valer a pena investir no conhecimento e na investigação que suporte o Cuidar em Oncologia. Esta é também a opinião da enfermeira Marta Lima Basto, nossa entrevistada desta edição, como poderão ter a oportunidade de ler mais adiante.

Investir no cuidar e na produção de linhas de orientação para melhorar a qualidade de intervenção da Enfermagem Oncológica é também o mote dos artigos publicados neste número, que abrangem temas tão diversos como: a relação entre a condição de saúde e o percurso terapêutico do indivíduo com cancro colorrectal; As estratégias adequadas no cuidado ao doente e família com dor crónica oncológica, tendo como foco a qualidade de vida; a relação entre a informação e a aprendizagem de capacidades nas mulheres mastectomizadas para a sua adaptação à nova realidade e no suporte de decisões; ou como as concepções infantis de saúde e doença influenciam as conceptualizações das crianças sobre estes fenómenos.

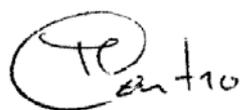
Acreditamos que a leitura atenta destes artigos pode introduzir uma nova perspectiva sobre temas que são de interesse para quem trabalha com o doente oncológico e, porque não, possam ser o ponto inicial para novas reflexões e/ou investigações

Gostaria de evidenciar que todo o conhecimento, para ser reconhecido como parte fundamental e integrante do nosso saber, deve ser partilhado e alvo de uma reflexão construtiva pelos pares. Por vezes grandes

Por vezes,
grandes
projectos ou
mudanças
estratégicas
importantes na
forma de actuar,
provém de ideias
simples mas
eficientes

projectos ou mudanças estratégicas importantes na forma de actuar provêm de ideias simples mas eficientes e que, traduzidas para o cuidar, fazem toda a diferença na qualidade de vida dos nossos doentes. Reflectir sobre o que podemos melhorar, implementar e analisar as novas linhas de orientação, e por fim partilhar os resultados alcançados, parece-me ser a melhor estratégia para o reconhecimento nacional e internacional da Enfermagem Oncológica Portuguesa.

Por todos os colegas que trabalharam este ano no crescimento e desenvolvimento da AEOP, o nossa apreço. Para aqueles que se vão juntado a este projeto nacional, o nosso bem-vindo. A todos os que nos vão apoiando, esperamos continuar com todos em 2014. À data desta edição já somos 530, mas muitos mais poderemos ser, com ambição, com qualidade, com vontade de irmos mais longe. O desenvolvimento da Enfermagem Oncológica passa inevitavelmente por todos nós.



Mónica Castro
Coordenadora Editorial



ECCO 2013, Amesterdão, 27 Setembro a 1 Outubro

Alguns destaques...

Na sessão de abertura, presidida por Birgitte Grube e Erik Van Muilekom, depois de um cumprimento à audiência que enchia a sala, foi reconhecido o importante trabalho da Enfermagem Oncológica europeia.

O Professor Mark Johnson descreveu a *consciência da diversidade* como uma “questão de segurança crítica” na área da enfermagem, em que o desenvolvimento profissional contínuo e a definição de políticas devem estar em sintonia com os mais recentes conhecimentos sobre a diversidade, sob pena de corrermos o risco de excluir alguns doentes dos cuidados de saúde de boa qualidade.

Mary Wells apresentou o *EONS Lifetime Achievement Award 2013* e entregou o prémio a Shelley Dolan, descrita como uma verdadeira defensora dos enfermeiros que trabalham em Oncologia.

Vicky Cleary, da Irlanda, vencedora do prémio *EONS Major Research Grant* de 2010, relatou o trabalho realizado. Utilizou este prémio para desenvolver uma intervenção de informação para mulheres com cancro ginecológico.

Finalmente ouvimos Gianluca Catania, de Itália, vencedor do *Travel Grant 2012*. O financiamento recebido foi para realizar um trabalho de pesquisa de indicadores de qualidade de vida em pacientes do St Christopher's Hospice, em Londres.

A sessão de abertura foi seguida de um simpósio sobre Impacto do Cancro – Explorando a complexidade e necessidades especiais em cancros específicos. Esta sessão foi presidida por Françoise Charnay-Sonnek (França) e Mary Wells (Reino Unido). Simultaneamente, houve uma sessão sobre os papéis da Enfermagem, com oito palestras curtas centradas em torno do papel do enfermeiro no tratamento do cancro. Houve três apresentações sobre a

utilização do telefone cujas conclusões foram semelhantes: o contacto telefónico pode reduzir a ansiedade do doente e economizar recursos de saúde, reduzindo o número de desnecessárias consultas presenciais. Todos os pacientes demonstraram satisfação com o contacto telefónico, aumentando a sua adesão ao *follow-up*.

Alessandra Milani apresentou um projeto-piloto, envolvendo o uso de tablets, sobre a metodologia de *e-learning* no local de trabalho. Carroll Farrel, do Reino Unido, falou sobre o papel da Enfermagem na liderança das clínicas de quimioterapia, que devem concentrar-se em aptidões específicas. Segundo ela, esta é uma temática que necessita de inovação e desenvolvimento, e será um tema obrigatório em sessões futuras.

Houve uma sessão sobre os 30 anos da EONS, que se festejam no próximo ano, onde estiveram presentes as várias organizações multiprofissionais que trabalham com a EONS, ressaltando o importante papel das enfermeiras oncológicas na colaboração multidisciplinar e na investigação.



Anita Margulies, membro da direção da EONS, recebeu o prémio Pezcoller-ECCO, dado pela primeira vez a uma enfermeira, pelo seu trabalho no desenvolvimento de projetos educacionais e o seu papel na orientação de enfermeiros ao longo dos últimos trinta anos. Segundo a premiada, “a ciência sem cuidados não funciona melhor do que cuidados sem a ciência”, tendo pedido aos reguladores que possibilitem aos profissionais de enfermagem o total acesso à informação sobre os medicamentos mais recentes. Elogiou ainda a EONS pelo seu trabalho com os enfermeiros europeus, chamando-a de “sociedade fantástica” e elogiando a estratégia CARE (Comunicação, Adocacy, Investigação e Educação).

A assembleia da EONS foi precedida de uma receção em conjunto com a Sociedade de Enfermagem Oncológica Holandesa. Foram confirmados os resultados das eleições. Maria Cristina Lacerda, de Portugal, foi eleita tesoureira, Andreas Charalambous, do Chipre, membro do conselho de Educação, Patrick Crombez, da Bélgica, membro da Adovacacy, e Daniel Kelly, do Reino Unido, futuro Presidente. Houve o passar de testemunho da Presidente cessante, Brigitte Grube, ao Presidente atual, Erik van Muilekom, o qual falou dos projetos futuros, realçando a necessidade de se construir pontes entre os colegas e as organizações europeias, realçando a importância da construção de parcerias e de se trabalhar em rede.

A EONS e a Escola Europeia de Oncologia (ESO) organizaram uma sessão conjunta onde se falou de cirurgia onco-

plástica, robótica e cirurgia oncológica no idoso.

De salientar também o simpósio científico sobre o paciente idoso com cancro, onde foi abordado o tema da não adesão ao regime terapêutico, a polifarmácia dos doentes idosos e a importância da avaliação geriátrica.

O congresso terminou com um debate sobre medicina personalizada, tendo-se realçado a importância de juntar o cuidar ao tratamento personalizado.

Este foi mais um congresso multidisciplinar, que contou com a participação de várias Sociedades Médicas, organizações de doentes e de organizações enfermagem.



Cristina Lacerda,
Presidente AEOP



Marta Lima Basto

Enfermeira Marta Lima Basto em entrevista à **onco.news**

Enfermeira, Professora-Coordenadora aposentada, MSc (Mestrado em Ciências – Enfermagem, na Universidade de Manchester). Doutoramento em Psico-Sociologia no ISCTE. Investigadora na Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem (ui&de – ESEL). Professora no Programa de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa.



Continua a ser essencial demonstrar a utilidade do trabalho dos enfermeiros, que não é sempre visível para os clientes, nem para os próprios enfermeiros e mesmo para a organização onde trabalham...

[onco.news] – Falamos muito na prática clínica baseada na evidência científica como importante na organização dos cuidados. O que significa concretamente a PBE e que contributo traz?

[Marta Lima Basto] – A PBE (*practice-based evidence*) é hoje um atributo de qualidade dos cuidados de saúde e portanto também dos de enfermagem. É uma prática que ultrapassa o bom senso, só por si, assim como a utilização de procedimentos mesmo que tecnicamente corretos mas não comprovadamente eficazes. Isto é, uma prática que se baseia na evidência científica. É fácil considerar a PBE como um objetivo a atingir, mas não significa que os resultados da investigação se possam aplicar de imediato.

Há várias etapas a percorrer para se traduzir os resultados da investigação em práticas de cuidados. O habitual é começar por confirmar que existe evidência científica através de uma revisão sistemática da literatura sobre determinada situação clínica/intervenção de enfermagem. Encontram-se publicados artigos de investigação baseados na revisão sistemática da literatura e mesmo através do Google se tem acesso rápido. Se existe evidência científica sobre esse assunto, pode passar-se a *guidelines*/orientações para a prática clínica que são estabelecidas a nível internacional, geralmente pelas sociedades científicas) ou de cada organização de saúde ou até cada serviço.

O sítio da Ordem dos Enfermeiros tem vários exemplos. Resta a etapa essencial de passar da orientação para a prática do dia-a-dia, que requer liderança e formação. Dois exemplos: o estudo da Enfermeira Maria Luisa Santos intitulado “Abordagem sistémica da família: Impacto na família e no enfermeiro” (tese de doutoramento em Enfermagem, pode ser lida no Repositório

Santos intitulado “Abordagem sistémica da família: Impacto na família e no enfermeiro” (tese de doutoramento em Enfermagem, pode ser lida no Repositório

Aberto da Universidade de Lisboa); ou a tese de Anabela Salgueiro Oliveira sobre práticas dos enfermeiros na prevenção de flebites em doentes portadores de cateteres venosos periféricos (que será brevemente discutida).

Ainda temos um longo caminho a percorrer para que toda a nossa prática seja baseada na evidência científica, mas os primeiros passos estão dados e a consciência de estarmos a prestar os melhores cuidados possíveis aumenta o bem-estar dos clientes e a satisfação profissional.

Como está a investigação em Oncologia?

Melhor do que eu responderão os enfermeiros que cuidam de doentes oncológicos pois detêm muito conhecimento baseado na reflexão sobre a sua experiência – saber experiencial – que gostariam de comprovar pela investigação e sabem explicitar o que precisam saber mais para melhorar a qualidade dos cuidados. Da análise que fiz¹ posso indicar alguns temas já estudados por enfermeiros portugueses: Características do doente com cancro, informação ao doente com doença oncológica, ajuda mútua com pais de crianças com doença oncológica, natureza da relação entre enfermeiros e doentes oncológicos em quimioterapia num hospital de dia, identificação das necessidades de educação para a saúde (prevenção do cancro do colo do útero). Provavelmente, nesta área de cuidados, a investigação em enfermagem estará ao mesmo nível da investigação noutras áreas. Isto é, precisamos continuar a compreender melhor como as pessoas vivem as situações de saúde e a definir melhor as intervenções, que já são realizadas, para poder clarificar a avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica realizada pelos enfermeiros, incluindo o seu custo e os benefícios para a população.

Que e como investigar em enfermagem?

Praticamente tudo se pode investigar, embora uma atividade cara e trabalhosa como esta só se justifique se direta ou indiretamente trouxer novo conhecimento que mais cedo ou mais tarde

ajude a melhorar os cuidados às pessoas individualmente e em grupo. Considero prioritário investigar a forma como as pessoas vivem situações de saúde, em especial as que trazem maior sofrimento, pois compete ao enfermeiro compreender as várias formas como as pessoas vivem as várias transições na sua vida, para poder ajudá-las a gerir a sua vida quotidiana da forma mais harmoniosa possível.

Igualmente importante, nesta fase de desenvolvimento do saber de enfermagem, é continuar a identificar e caracterizar as intervenções de enfermagem e o custo-benefício para o bem-estar das pessoas envolvidas (Basto²). Continua a ser essencial demonstrar a utilidade do trabalho dos enfermeiros, que não é sempre visível para os clientes, nem para os próprios enfermeiros e até nem para a organização onde trabalham. Estes últimos estudos só podem ser realizados observando as práticas e entrevistando enfermeiros e clientes no terreno.

Nos contextos atuais de Hospitais EPE em que cada qual define as suas regras, é possível instituir uma cultura de investigação em enfermagem?

A meu ver, é possível instituir uma política de investigação em enfermagem em qualquer local de trabalho, em que haja um clima de mudança, isto é, em que as pessoas envolvidas desejem mostrar a utilidade do trabalho dos enfermeiros quer para os clientes quer para os próprios enfermeiros, quer para a gestão do serviço/Hospital. São conhecidas as barreiras à investigação por enfermeiros nos serviços de saúde (Vilelas; Basto³), mas também existem muitos exemplos de como a investigação impulsiona a

formação e a mudança de hábitos e especialmente “acreditar na utilidade das nossas atuações individuais”. Vide a tese de doutoramento em enfermagem de Helena José, publicada em livro⁴.

Pelo conhecimento de outras realidades Hospitalares e de formação em outros países de sucesso, como interpreta a nossa actual realidade no trinómio Educação – Investigação – Prática clínica?

Dos contactos que tenho tido ao longo dos anos com serviços de saúde e universidades (formação e investigação), numa forma geral a qualidade da formação e dos cuidados não é muito diferente do que se passa no nosso país. Mas tal como entre nós, há contextos que são exemplo quer de elevado nível de formação quer de práticas de cuidados de grande qualidade. Os dois tipos de contexto estão dependentes da utilização da investigação que se vai fazendo. Isto é, do desenvolvimento do espírito científico (hábitos de

questionamento, reflexão sobre as práticas e recolha e análise de dados que tragam nova clarificação da realidade) e a aprendizagem contínua.

O exemplo que mais recentemente me entusiasmou foi de enfermeiros a trabalhar em diferentes serviços de saúde que querem aprofundar conhecimentos/divulgar o que fazem com qualidade/ investigar a sua prática e para isso recorrem ao apoio dos professores

de enfermagem da universidade local que estão mais ligados à investigação e formação pós-graduada (Universidade de Swansea, País de Gales, Reino-Unido).

Precisamos continuar a compreender melhor como as pessoas vivem as situações de saúde e a definir melhor as intervenções para poder clarificar a avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica realizada pelos enfermeiros

Esta colaboração é do interesse de ambas as partes pelo que o respeito mútuo, e não imposição, permite um ambiente de aprendizagem e de pesquisa que muito me impressionou.

Posso afirmar que na Enfermagem, existe o Ensino e a Formação num determinado patamar e a prática Hospitalar noutra? Esta realidade existe ou é apenas uma “sensação”?

Estou afastada da prática clínica de enfermagem e da formação inicial e contínua de enfermeiros. O meu contacto é essencialmente com colegas da prática clínica e com docentes que estão a fazer doutoramento. Tenho uma visão parcial da realidade, mas a percepção que tenho é que os enfermeiros, como outros profissionais, usam duas linguagens conforme o objetivo da comunicação, o que é perfeitamente natural. Assim, se estão a falar livremente do seu dia-a-dia não é fácil demonstrarem o seu saber, científico e experiencial/prático. Aliás, até é preciso utilizar a investigação para nos apercebermos do enorme saber de muitos enfermeiros (Basto⁵). Por outro lado, se estão numa situação académica (qualquer que seja o seu local de trabalho) usam ou passam a usar uma linguagem erudita.

Quando falo de linguagem estou a considerá-la um comportamento, mas tenho consciência que muitos enfermeiros ao falarem de prática estão a referir-se aos comportamentos na relação com clientes, colegas e outros profissionais. Através de estudos que acompanho, verifico que há muitos exemplos de boas práticas nos dois sentidos, o que é visível, apesar desses estudos não pretenderem avaliar mas revelar os cuidados de qualidade que se praticam.

Com a massificação do Ensino público e privado, como interpreta o crescimento da enfermagem portuguesa como ciência? E a enfermagem Oncológica. Faz sentido ser uma especialidade autónoma? Como e onde encaixa a enfermagem oncológica no Ensino?

Julgo que a massificação do ensino só indiretamente afeta o crescimento da enfermagem como ciência ou área

do saber, uma vez que a maioria dos docentes ensinam nos três níveis de qualificação: licenciatura, mestrado e doutoramento. É na formação pós-graduada que se preparam os enfermeiros para desenvolver o saber através da investigação e aqui os estudantes são em número mais reduzido e mais autónomos nas atividades de aprendizagem. Uma especialidade de um ramo do saber só existe quando já existe conhecimento específico nessa subárea. Não tenho dados para dizer se a subárea da enfermagem oncológica tem já conhecimento específico. É possível que sim, mas na minha perspetiva ainda há um caminho muito longo a percorrer para consolidar o saber da enfermagem, como área do conhecimento. Isto não impede, antes pelo contrário, estimula a que se invistam os cuidados a pessoas com doença oncológica e se analisem os avanços obtidos. O mesmo se pode dizer sobre a formação pós-graduada em enfermagem oncológica.

Resta a questão de saber se o que distingue o tipo de cuidados é a doença diagnosticada pelo médico ou essencialmente a dependência da pessoa nas atividades de vida/transição de uma etapa para outra do percurso da sua vivência como doente oncológico. Esta dúvida existe relativamente a outras situações de saúde crónicas. Mais uma vez é preciso desenvolver o conhecimento científico de enfermagem para responder a este tipo de questões.

Como define enfermeiro expert numa determinada área do saber?

Um enfermeiro perito numa área de cuidados tem um saber experiencial e científico mais aprofundado que os colegas, o que lhe permite demonstrar competências mais complexas. Tem também um raciocínio clínico mais rápido pois relaciona muito rapidamente a avaliação diagnóstica com a intervenção terapêutica apropriada e esta com as avaliações seguintes, o que sucede quase em simultâneo. Os estudos de Benner⁶ têm sido comprovados por outros, no sentido de distinguir os enfermeiros iniciados dos peritos. É por isso que os enfermeiros peritos podem e devem

prestar os cuidados mais complexos e apoiar os colegas.

Hoje a ordem dos enfermeiros está aberta a propostas de outras especialidades. A Enfermagem oncológica tem espaço para se afirmar como especialidade autónoma. Tem corpo científico?

Mesmo não sabendo se o saber em enfermagem oncológica é suficientemente desenvolvido e diferente do relativo aos cuidados a pessoas com outras doenças crónicas, existem enfermeiros com um saber experiencial muito desenvolvido que podem facilitar a aprendizagem de outros colegas nos cuidados a pessoas com doença oncológica. Esta pode ser razão suficiente para, levando em conta o que foi dito atrás sobre peritos, decidir pela existência de especialistas em cuidados a pessoas com doença oncológica.

Alguma bibliografia da autora de interesse a ser consultada:

1. Basto, M.L. – Qual o objecto de estudo das teses de doutoramento em enfermagem das universidades Portuguesas? Uma análise dos resumos. Pensar Enfermagem Vol 16, Nº1, 1º Semestre de 2012, 2-25.
2. Basto, M.L. – Investigar sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: proposta de um percurso. Pensar Enfermagem, 2 (2) 2º semestre 2009.
3. Vilelas, J.; Basto, M. L. Validação para a língua Portuguesa da escala de Funck et al. “Barreiras à utilização de investigação”. Pensar Enfermagem, 15 (1) 1º semestre 2011, 25-38.
4. José, H. M. – Resposta humana ao humor: humor como resposta humana. Loures, Lusociência 2010.
5. Basto, M.L. (org.) – Cuidar em Enfermagem – saberes da prática. Coimbra, Formasau Editora, 2012.
6. Benner, P. De iniciado a perito. Coimbra, Quarteto 2001.

QUALIDADE DE VIDA EM ONCOLOGIA

Rui Fernandes

Licenciado em Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Reabilitação
Mestre em Ciências da Dor (Faculdade de Medicina, Universidade Lisboa)
Centro Hospitalar Lisboa Norte, Unidade de Infeciologia Respiratória, Lisboa, Portugal

Carla Fernandes

Licenciada em Ciências Farmacêuticas
Clínica de Santo António, Serviços Farmacêuticos, Amadora, Portugal

Sandra Costa

Licenciada em Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Reabilitação
Hospital Fernando Fonseca, Urgência Pediátrica, Amadora, Portugal

Eduardo Pinheiro

Licenciado em Enfermagem
Hospital Fernando Fonseca, UCI Neonatais, Amadora, Portugal

RESUMO: O propósito do artigo é, através de pesquisa bibliográfica e análise reflexiva, abordar a importância, o impacto e levantamento de estratégias adequadas no cuidado ao doente e família com dor crónica oncológica tendo como foco a qualidade de vida (QdV).

Centramos a atenção na evolução histórica do conceito de qualidade de vida e na importância atual da definição do tratamento adequado à pessoa e família; na contextualização da noção de QdV num indivíduo saudável, QdV na pessoa com doença oncológica e qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS); seus campos de implicação e abrangência; ética clínica e QdV; instrumentos de medição da QdV e sua importância na prática do cuidar.

Relevamos que na prestação de cuidados de saúde, a QdVRS é cada vez mais aceite como um objetivo principal. Numa fase mais avançada da doença o enfoque dirige-se da cura para a palição, sendo o objectivo maior o incremento do bem-estar com melhoria ou preservação da QdV. A QdV só pode ser medida e descrita em termos individuais, dependendo do estilo de vida atual, das experiências passadas e em esperanças, sonhos e ambições.

PALAVRAS-CHAVE: oncologia, qualidade de vida, qualidade de vida relacionada com a saúde.

ABSTRACT: *The purpose of the article is, by using literature review and reflective analysis, discuss the importance, impact and bring up of appropriate strategies on patient and family care with chronic oncological pain, focusing on quality of life (QoL).*

Our attention was focused: on historical evolution of QoL concept and the current importance of appropriate treatment to patient and family; in the contextualization of the concept of QoL in a healthy person; QoL on person with oncological disease and quality of life related to health (HRQoL); clinical ethics and QoL; QoL measurement instruments and its importance in care practice.

We emphasize that on the provision of health care, the HRQoL is increasingly accepted as a major objective. In a more advanced stage of the disease the focus goes from cure to palliation, the main objective being the increase welfare with improvement or preservation of QoL. The QoL can only be measured and described on an individual basis, depending on the current lifestyle, past experiences and hopes, dreams and ambitions.

KEYWORDS: *cancer, quality of life and quality of life linked to health.*

1. Qualidade de Vida em Oncologia: Que evolução?

Actualmente, podemos afirmar que qualidade de vida (QdV) “está na moda”, assistindo-se à sua crescente valorização nas ciências biomédicas.

Até ao século XX raramente foi mencionada embora a preocupação sobre este tema tenha já referências na antiguidade quando Aristóteles falava no conceito de “boa vida” (Pimentel, 2006).

A definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, será próxima de uma definição de QdV, dando grande importância às dimensões física, mental e social (Fayers, 2000).

A popularização da QdV ocorreu após a segunda guerra mundial, quando nos anos 60 os políticos passaram a utilizar a expressão nos seus discursos (Frisch, 2000). Nas décadas de 60 e 70 ocorreram mudança de valores e objetivos sociais, com uma diminuição dos interesses materiais e um incremento dos valores, das necessidades sociais e psicológicas (De Haes, 1985).

A QdV é um campo de investigação relativamente recente da Medicina, mais precocemente desenvolvido nas doenças oncológicas e cardiovasculares, e posteriormente em muitas outras áreas da Medicina. O seu aparecimento ficou a dever-se ao uso da expressão pelos políticos, surgindo na literatura médica em 1960 (Elkington, 1966).

A partir do final da década de 60 começaram a surgir, nos “hospícios” ingleses as unidades de cuidados paliativos e as clínicas de dor. A Organização Nacional de Hospícios Americana, fundada em 1977, define como seu objetivo um conjunto de serviços paliativos e de suporte, capazes de proporcionar cuidados físicos, psicológicos, sociais e espirituais aos doentes e suas famílias. Trata-se de um processo de personalização, abandonando o modelo biomédico, não considerando unicamente o corpo enfermo, mas sim o ser humano numa perspectiva holística, ou seja, como um todo (Pimentel, 2006).

Esta mudança na abordagem da pessoa com doença crónica facilitou o aparecimento da investigação da qualidade da sobrevivência dos doentes crónicos. Expandiu-se a palavra “tratamento” incluindo-se a palição. A biomedicina das doenças crónicas cria, nessa altura, alicerces para o aparecimento da QdV como parte integrante da Medicina (Schou, 1999).

Enquanto a sobrevivência aumentou para os doentes com diversos tipos de neoplasias, a mortalidade não sofreu grandes alterações, e começou a ser importante avaliar a QdV simultaneamente com a sobrevivência (Fallowfield, 1990). Os objectivos da terapêutica oncológica não podem limitar-se, por exemplo, à redução da massa tumoral ou à sobrevivência mas sim incluir a QdV como parte integrante (Jones, 1987).

A QdV emergiu como um elemento central na oncologia nos anos 80, motivada pelo crescimento acentuado da tecnologia médica usada na terapêutica do cancro e pelo crescimento da complexidade das decisões médicas (Maguire, 1989). Este avanço tecnológico da medicina tem permitido que doentes com doença crónica, embora não alcançando a cura, vivam mais tempo. Esse número tem vindo a aumentar (Gerhardt, 1990).

É recente a integração da QdV como objetivo principal em Medicina, mas pode-se constatar que algumas instituições e organizações internacionais já sugerem que a mesma seja considerada como objetivo (Pimentel, 2006). A maioria dos grupos cooperativos de investigação em oncologia tem um grupo de trabalho dedicado à qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS).

A “European Organization for Research and Treatment of Cancer” (EORTC) iniciou, em 1986, o desenvolvimento de um questionário para avaliação da QdV em doentes oncológicos.

Também em França, é iniciada a avaliação da QdV, promovida pela Sociedade Francesa de Oncologia (Schraub, 1987).

Nos Estados Unidos da América, em 1990, o National Cancer Institute (NCI), com o objectivo de estudar a implementação da QdV nos ensaios clínicos em oncologia, constituiu um grupo de trabalho para esse efeito. Da mesma forma, o “Medical Research Council” em Inglaterra, fez integrar a medida de QdV nos ensaios clínicos (Quality of life and clinical trials, 1995).

A “Food and Drug Administration” recomendou formalmente que nos ensaios clínicos se deveriam privilegiar os critérios ligados aos doentes (sobrevivência e QdV) em detrimento dos critérios ligados à doença oncológica (taxas de resposta e duração) (Beitz, Gnecc & Justice, 1996).

A “Multinational Association of Supportive Care in Cancer” (MASCC) dedica um relevante interesse ao es-

tudo da QdVRS, incluindo uma subsecção dedicada ao desenvolvimento desta área do conhecimento.

Na prestação de cuidados de saúde, a QdVRS é cada vez mais aceite como um objetivo principal, tão ou mais importante que a avaliação dos sintomas ou do desempenho físico (Fallowfiel, 1990).

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

Apesar de toda a evolução da medicina, atualmente, ainda cerca de 50% dos doentes morre da sua doença oncológica, pelo que, em determinado momento, o enfoque se dirige da cura para a palição (Jordhoy, Fayers, Loge, Ahlner-Elmqvist, & Kaasa, 2001), sendo o objetivo maior o incremento do bem-estar. A abordagem tem como objectivo principal a melhoria ou preservação da QdV.

Durante o século XX ocorreu, nos países desenvolvidos, uma alteração no padrão das doenças. Os principais problemas de saúde passaram das patologias agudas para as doenças crónicas, que persistem, recidivam e necessitam de tratamentos/cuidados por longos períodos; onde se incluem as doenças oncológicas. Para muitos doentes o cancro deixou de ser uma doença rapidamente fatal, tornando-se crónica que dura meses ou anos, com tratamentos complexos e muitas vezes com muitos e severos efeitos adversos (Pimentel, 2006).

Em todas as sociedades, é evidente um aumento da incidência e mortalidade por cancro, devido a uma mudança de estilo de vida, ao envelhecimento da população ou aumento da esperança de vida e a melhores técnicas de diagnóstico (DGS, 2005). O cancro é a segunda causa de morte logo após as doenças cardiovasculares nos países industrializados (Breslow, 1972) e (Bailar & Gornik, 1997).

Em Portugal, a doença oncológica representa uma causa importante de morbilidade e mortalidade, sendo diagnosticados anualmente 40 a 45 mil novos casos de cancro. Pode afirmar-se que em Portugal, tal como na União Europeia (UE), o risco de um indivíduo vir a desenvolver um cancro durante a vida é cerca de 50%, e de este ser a causa de morte é de 25% (DGS, 2005). Contrariamente aos restantes países da EU, em Portugal a mortalidade por cancro continua a aumentar, o que nos torna o país da EU em pior situação neste aspeto (Boyle & Ferlay, 2005) e (DGS, 2005).

A doença oncológica é, sem dúvida, um grave problema de saúde pública, implicando custos elevados (não só

económicos, mas também sociais). A nível individual não existe nenhuma dimensão da vivência que não seja afetada. O cancro altera a perceção do indivíduo perante o ambiente que o rodeia e as experiências associadas a ele resultam num desequilíbrio espiritual (White, 2004). Esta doença está associada a perdas e o seu diagnóstico e tratamento têm consequências psicológicas com importantes repercussões na QdV (White 2004).

O sucesso da terapêutica oncológica é habitualmente descrito em termos de tempo livre de doença, sobrevivência, complicações e toxicidade, embora a complexidade da doença oncológica não se esgote nestes parâmetros. A perceção que o doente oncológico tem acerca de tudo que ocorre e está ligado à sua doença, é muito mais globalizante: há a assunção do papel central da sua vivência. O choque do diagnóstico, a dor e o stress das terapêuticas, as restrições ao seu desempenho físico e intelectual, as limitações nas atividades diárias, a estigmatização social, o lidar com situações que põem em risco a vida e que vão diminuir a esperança de vida, são parâmetros que têm de ser, todos eles, tidos em conta (Cabana et al., 1999) e (Lorenz et al., 1999). Sempre que se estabelece uma estratégia terapêutica para um doente oncológico é necessário que, além da avaliação clássica, seja efetuada a avaliação da QdV.

Para os indivíduos saudáveis a noção da QdV reporta-se a termos como riqueza, lazer, autonomia, liberdade, ou seja, tudo o que proporciona um dia-a-dia agradável. Num doente a QdV é um conceito relativo, que se refere ao nível de satisfação em função das suas possibilidades atuais condicionadas pela doença e terapêuticas, comparadas com aquelas que pensa serem possíveis ou ideais (Nordenfelt, 1994).

O conceito de qualidade de vida ligado à saúde é diferente do conceito de QdV global. Cada pessoa tem a sua escala de valores mas podem-se encontrar elementos comuns à generalidade dos doentes. Não existe uma única definição de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVRS), mas pode ser descrita, de forma funcional, 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, a quarta dimensão, pelo controlo dos sintomas (Pimentel, 2006).

O interesse dos médicos em geral e dos oncologistas em particular pela QdV tem vindo a aumentar, mas ainda

não está cimentada como uma componente importante na prática clínica. Num inquérito efetuado em Portugal (Pimentel, 2002) a 396 médicos, onde apenas 82 responderam, constatou-se que 95% referiam que QdV é fundamental para proporcionar bons cuidados e 93% concordavam que a QdV é útil para tomar decisões a nível individual. Contrariando esta elevadíssima percentagem, neste grupo de médicos apenas 40% refere utilizar a QdV na prática clínica, 73% confere maior relevo à toxicidade e aos efeitos adversos do que à QdV e 35% confiam na experiência profissional para avaliar a QdV.

Dos resultados deste inquérito pode-se concluir que, na abrangência da prestação de cuidados aos doentes oncológicos, a QdV ainda não é, de facto, uma realidade considerada.

Uma vez que muitos dos doentes têm que viver a sua doença crónica durante toda a vida, a avaliação da QdV constitui um aspecto importante de qualquer plano de tratamento (Bennett, 2002). A avaliação da QdV nos doentes oncológicos é cada vez mais valorizada, também devido à preocupação com a autonomia e direitos dos doentes e com o papel dos fatores psicossociais (Sales, 2001).

Uma causa profunda de perturbação da qualidade de vida é certamente a dor, sobretudo a crónica. A dor não atinge unicamente um órgão, irradia para todo o corpo, perturba as atividades, diminui a concentração intelectual, transforma o psíquico, provoca stress no grupo familiar e empobrece as relações sociais (Barnett, 2001).

Quer no dia-a-dia, quer na realização de ensaios clínicos, a integração de QdV não se verifica com a frequência desejada, privilegiando-se a avaliação de parâmetros que alguns autores designam por “informação dura”, ou seja, o estágio da doença, a taxa de respostas e a sobrevivência. Pelo contrário, os aspetos físico-funcionais, psicológicos, sociais, económicos, e outros que constituem o que se designa por “informação branda”, subjetiva e considerados erradamente de medição impossível, são negligenciados ou esquecidos (Pimentel, 2006).

2.1 Definição de qualidade de vida

Não existe uma definição clara do conceito de QdV. Existem inúmeras propostas de definição.

Uma das referências mais antigas, e que mais se pode assemelhar com uma definição de QdV é de Aristóteles

(384-322 a.C.) que escreveu: “*Quer a pessoa mais modesta ou mais refinada... entende “vida boa” ou “estar bem” como a mesma coisa que “estar feliz”. Mas o que é entendido como felicidade é discutível... Uns dizem uma coisa e outros outra e a mesma pessoa diz coisas diferentes em tempos diferentes: quando está doente pensa que a saúde é a felicidade; quando está pobre felicidade é riqueza* (Fayers & Bottomley, 2002).

Nos séculos XVI-XVII, Coménio falou da relação entre saúde, educação e higiene com o objetivo de estabelecer fundamentos para o prolongamento da vida, manifestando maior preocupação com o destino que atribuímos à nossa vida do que com a sua duração em anos. De salientar que, já nessa época, se identifica a preocupação pela saúde e QdV e contra os problemas decorrentes dos excessos cometidos com o corpo (Pimentel, 2006).

Tiel, McNeiel e Bush propuseram uma definição de QdV como sendo um conceito global, que inclui as vertentes psicológica, social e física, e incorpora tanto os aspetos positivos de bem-estar, como os aspetos negativos da doença (Pimentel, 2006).

Esta definição diz-nos que dentro da QdV existem quatro dimensões: física e desempenho (que pode ser dominante em caso de existência de dor, ou efeitos adversos decorrentes da terapêutica), psicológica e bem-estar, social e espiritual (frequentemente esquecida, relacionada com a religião e o nível de cultura do indivíduo). Esta última dimensão existe mesmo quando a pessoa não tem crença religiosa, resultando da reflexão que o doente faz da sua própria vida (Pimentel, 2006).

Levine e Croog propuseram uma definição multidimensional: a funcionalidade ou a interação do indivíduo com o meio, nas suas diversas vertentes sociais, física, emocional ou intelectual e a perceção subjetiva que engloba o sentido geral de satisfação do indivíduo e da sua própria saúde, em relação com a das outras pessoas que o rodeiam (Lima, 2002). Este conceito enquadra-se na definição de saúde da OMS: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” (Brunier, Carson & Harrison, 1995).

Em 1984, Calman propõe que a QdV só pode ser medida e descrita em termos individuais, dependendo do estilo de vida atual, das experiências passadas e em esperanças, sonhos e ambições (Pimentel, 2006).

Há quem defina a QdV como uma avaliação subjetiva da vida, como um todo, englobando a subjectividade e a

necessidade de uma avaliação multidimensional (e global (Gerhardt, 1990). Outra definição baseia-se na avaliação da satisfação do indivíduo com o seu nível funcional e global, realçando o valor que cada um dá à sua vida atual (Gephardt, 1990). Daqui, podemos retirar que a definição e significado de QdV é diferente de pessoa para pessoa, sustentado numa perspetiva multidimensional, não sendo possível uma conceitualização universal, implicando uma flexibilidade e compreensão tal que permita ser aplicado a todos os doentes, independentemente da fase da doença em que se encontram (Herrmann, 1997).

Numa tentativa de definir QdV, a OMS, propôs em 1993, que fosse considerada “ a percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objetivos, os seus desejos, as normas e as suas inquietudes. É um conceito muito amplo que pode ser influenciado

de maneira complexa pela saúde do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, a suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais ao seu meio”(Taylor, 2001).

Assumindo-se e percebendo-se que a QdV é um sentimento individual, significando diferentes coisas para diferentes pessoas, quando a queremos ver numa perspetiva de saúde, entramos noutra conceito que é o da QdVRS.

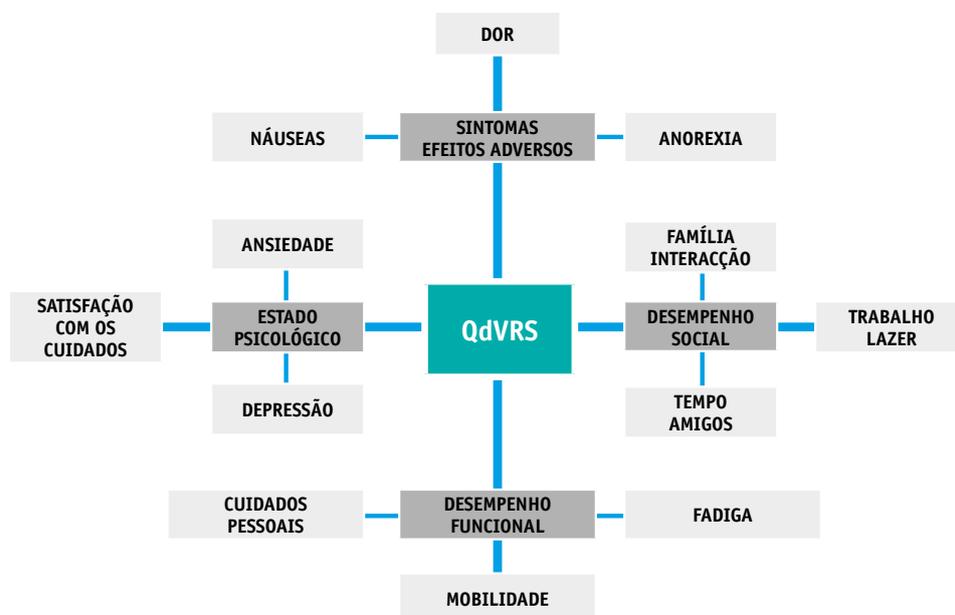
Quando se aborda o conceito de QdVRS em relação a um indivíduo extremamente doente, devemos ter em consideração que qualquer aspeto da vida está quase sempre relacionado com a saúde (Hardman, Maguire, & Crowther, 1989).

Os doentes dão uma importância muito grande à saúde. Na avaliação da QdV global, a percepção individual

do estado geral de saúde é o mais importante em relação a todas as outras vivências (Cano, Gillis, Heinz, Geisser, & Foran, 2004).

Em 1990 Tchkmedylyan (Tchekmdyian et al 1990) propõe o seguinte esquema para definir a QdVRS, as suas dimensões e respetivas componentes.

Atualmente verifica-se uma intensa atividade de investigação da QdVRS em oncologia, utilizando vários



Esquema: Dimensões e respetivas componentes da qualidade de vida relacionada com a saúde

modelos de QdVRS e, apesar de algumas indefinições e incertezas, obtiveram-se alguns consensos (Pimentel, 2006):

- Definição – QdVRS é um conceito multidimensional, que traduz o bem-estar subjectivo do doente, nas vertentes física, psicológica e social, as quais se podem subdividir noutras dimensões. O domínio físico refere-se à percepção que o doente tem da sua capacidade em realizar as suas actividades diárias. O domínio social refere-se à capacidade do doente se relacionar com os membros da família, vizinhos, amigos e outros. Por fim, o domínio psicológico incorpora aspetos do bem-estar emocional e mental, como depressão, ansiedade, medo e raiva.
- Subjetividade: a QdVRS depende da percepção

individual, crenças, sentimentos e expectativas. A natureza da subjetividade da QdVRS implica que os questionários devam ser completados pelo próprio doente e não por outra pessoa.

- **Dinamismo:** a QdVRS é dinâmica, mudando ao longo do tempo, dependendo das modificações no doente e das modificações em seu redor.
- **Medida:** existem instrumentos de medida da QdVRS validados e que permitem a sua avaliação de forma normalizada.
- **Necessidade:** a QdVRS deve ser considerada como o objetivo principal, nas doenças crónicas e incuráveis.

A QdVRS é uma componente da QdV do indivíduo, constituída pelos componentes que se relacionam com a saúde (doença ou terapêutica), devendo abranger os sintomas produzidos pela doença ou tratamento, a funcionalidade física, os aspetos psicológicos, sociais, familiares, laborais e económicos, já que todos se inter-relacionam e influenciam mutuamente (Pimentel, 2002).

Constatam-se assim, vários domínios que afetam de forma decisiva a QdVRS, em especial a do doente oncológico (Ahmedzai, 1995) e (Pimentel 2002):

- Sintomatologia física, como a dor, a anorexia, a fadiga, a qualidade do sono;
- Funcionalidade física, com alteração da mobilidade e atividade física;
- Papéis sociais e funcionamento social, com aspetos da independência, capacidade de continuar a trabalhar seja fora ou dentro de casa, interferências nas atividades de lazer;
- Função cognitiva, em que se engloba a capacidade de concentração, a memória, a confusão e a desorientação;
- Estado emocional, com ansiedade, depressão, sentimento de culpa e revolta, cólera;
- Sexualidade, com interferência na imagem corporal, libido e atividade sexual;
- Económico-financeiro, no qual se devem incluir os problemas relacionados com os familiares que o ajudam diretamente;
- Espiritualidade, em que intervêm o prognóstico, as dúvidas, a dignidade e o sentimento de estar em paz;
- Autonomia, com a capacidade de manter o controlo das situações e decisões da capacidade de escolha;
- Satisfação, de uma forma geral.

2.2 Ética clínica e qualidade de vida

Depois de terem sido consideradas as indicações médicas e as preferências do doente deve seguir-se uma discussão sobre a QdV do doente antes da doença atual e a QdV que pode ser esperada com e sem tratamento (Jordhoy et al., 2001).

O objetivo fundamental dos cuidados de saúde é a melhoria da QdV daqueles que deles necessitam e que a eles recorrem. O alívio da dor e a recuperação funcional são aspectos particulares deste conceito. O objetivo de se atingir a melhor QdV possível no doente deve servir como ponto de orientação e meta desde a fase de diagnóstico (Jordhoy et al., 2001).

A avaliação da QdV deverá estar englobada em todas as discussões acerca da prestação de cuidados mais adequados. Os profissionais de saúde e os doentes devem determinar que nível de QdV é desejável, como pode ser atingido e quais os seus riscos e vantagens. As considerações sobre a QdV focam-se nas consequências a longo prazo da aceitação ou da recusa das recomendações da intervenção médica; contrariamente à avaliação dos riscos e benefícios considerados no âmbito do tratamento médico que são relativamente imediatos (Jordhoy et al., 2001).

A referência à QdVRS pode ser usada em vários sentidos, podendo a sua invocação provocar confusão. Para que tal não aconteça será importante realçar algumas distinções:

O julgamento de uma má QdV pode ser feito por aquele que a vive ou por um observador. Acontece frequentemente que as vidas que os observadores consideram de má qualidade são vividas bastante satisfatoriamente pelos próprios. Assim, se os doentes podem avaliar e exprimir a sua própria QdV, outras pessoas não devem presumir ou julgar, mas antes procurar saber a opinião do doente. Da mesma maneira quando a avaliação da própria pessoa não é, ou não pode ser, conhecida por outros, esses “outros” devem ser cautelosos ao aplicarem os seus próprios valores.

Uma má QdV avaliada pelo doente pode significar, de um modo geral, que as experiências do doente ficam aquém do padrão que o próprio considera como desejável. Em cada caso a experiência em causa é diferente (pode ser dor, perda de mobilidade, existência de muitos e debilitantes problemas de saúde, perda da capacidade mental e da alegria da interação das relações humanas, perda da alegria

de viver, etc...). Uma má QdV pode reportar-se a situações diferentes.

A avaliação da QdV, tal como a própria vida, muda ao longo do tempo. Assim, os prestadores de cuidados devem ser prudentes, não tomando decisões com base em condições que poderão ser transitórias.

A avaliação pode refletir um enviesamento e um preconceito. Julgar-se que um doente com atraso mental tem má QdV pode refletir o nosso enviesamento.

Os prestadores de cuidados podem contribuir para ultrapassar estes obstáculos e influir na melhoria da QdV (Jordhoy et al., 2001).

Quando há necessidade de que pessoas autorizadas, tal como os parentes próximos, procuradores com poderes duradouros, empreendam decisões pelo doente, estas devem seguir os desejos previamente conhecidos ou, se eles não são conhecidos, devem decidir no melhor dos interesses do doente; a QdV que ele escolheria se o pudesse fazer (Jordhoy et al., 2001).

Ao avaliar se um procedimento ou tratamento seria no melhor interesse do doente, o representante deve ter em conta fatores como o alívio do sofrimento, a preservação ou recuperação da função, assim como a qualidade e extensão da vida conseguida. Uma avaliação rigorosa abrangeria a consideração dos desejos atuais, as oportunidades da satisfação futura e a possibilidade de desenvolver ou recuperar a capacidade de autodeterminação (Jordhoy et al., 2001).

Dado que a avaliação da QdV é tão subjectiva, observadores diferentes avaliarão certamente de forma diferente certas formas de vida e cada pessoa avalia a sua QdV de forma única. Portanto, as avaliações da QdV, quer sejam pessoais, quer de um observador, são subjectivas no sentido de que refletem as crenças e os valores pessoais, os gostos e as antipatias de quem faz o julgamento. Assume-se que não existem critérios objetivos claros em relação aos quais se possam aferir os juízos de valor e/ou acerca dos quais todas as pessoas possam estar de acordo na avaliação da QdV. Poderá existir uma larga concordância, praticamente universal sobre as descrições seguintes: (Jordhoy et al., 2001).

Qualidade de vida restrita é uma descrição objetiva apropriada a uma situação em que uma pessoa sofre de deficiências graves da saúde física ou mental, ou seja, as capacidades funcionais da pessoa afastam-se da

normalidade humana. A avaliação pode ser feita pela própria pessoa ou por observadores, podendo a avaliação do observador e a da pessoa diferir.

Qualidade de vida mínima é uma descrição objetiva apropriada para uma situação em que um doente ou um observador encara uma pessoa cuja situação física geral se deteriorou consideravelmente, cuja capacidade de comunicar com os outros está gravemente restrita e que sofre desconforto e dor.

Qualidade de vida abaixo do mínimo é uma descrição objetiva apropriada para uma situação em que um doente apresenta uma extrema debilitação física assim como uma perda completa e irreversível da atividade sensorial e intelectual. Poderia, este estado, ser descrito como não tendo qualidade, visto que a pessoa não tem capacidade para a avaliação pessoal. Esta aplica-se a pessoas num estado vegetativo persistente.

Muitas pessoas, ao depararem-se com estas possíveis situações futuras, principalmente as duas últimas, diriam “antes queria estar morto”. Esta é uma assunção cautelosa, porque as pessoas parecem julgar diferentemente quando imaginam uma situação e quando se encontram nela (Jordhoy et al., 2001).

A QdV dos doentes terminais é aumentada por uma adequada prestação de cuidados paliativos. Os doentes não devem ser mantidos num regime inadequado para controlar a dor e outros sintomas por causa da ignorância dos profissionais de saúde ou devido a um medo infundado de toxicod dependência (Jordhoy et al., 2001).

As tentativas para conseguir um alívio adequado da dor podem ter um outro efeito acessório, nomeadamente a obnubilação da consciência do doente com redução da sua capacidade de comunicar com a família e os amigos. Este duplo efeito pode ser eticamente perturbador para os profissionais de saúde. Uma atenção com sensibilidade às necessidades do doente em conjunto com um tratamento médico adequado, devem conduzir tanto quanto possível ao objetivo desejável, ou seja, um máximo alívio da dor e uma mínima diminuição da consciência e da comunicação. Caso o doente consiga exprimir as suas preferências, estas devem ser seguidas (Jordhoy et al., 2001).

O alívio da dor e a manutenção das funções são ambos objetivos dos cuidados de saúde. No entanto, quando o objetivo de prolongar a vida não pode ser atingido, o alívio da dor e outros sintomas torna-se o objectivo prioritário

durante o tempo de vida que resta ao doente (Jordhoy et al., 2001).

Os fármacos utilizados no alívio da dor, como a maior parte dos medicamentos, têm riscos e, face a uma morte eminente, um regime de doses e os riscos mais elevados que comporta podem ser tolerados (Jordhoy et al., 2001).

A dor é apenas uma das componentes de um fenómeno que também é psicológico, social e espiritual, geralmente designado por sofrimento. Os profissionais devem concentrar-se no alívio da dor na sua componente fisiológica, psicológica, social e espiritual. Os profissionais de saúde devem ter atenção a estas componentes e procurar ajuda em outros peritos para corresponder às necessidades do doente e família (Jordhoy et al., 2001).

3. COMO MEDIR QUALIDADE DE VIDA?

Enquanto se assiste a uma crescente prática de avaliação da QdVRS, medi-la constitui uma das tarefas mais difíceis.

Tal como para qualquer outro aspeto da investigação clínica, o conceito de níveis de evidência aplica-se à medida de QdVRS (Payne & Gonçalves, 2004)

Um baixo nível de evidência corresponde às avaliações feitas utilizando um único item para avaliar QdVRS ou instrumentos desenvolvidos para um trabalho em particular, sem que tenha sido feita a prévia validação (Pimentel, 2004).

Um nível médio de evidência pode ser atingido utilizando instrumentos validados de uma forma genérica, mas ainda, sem utilização em populações oncológicas, ou medindo uma única dimensão da QdVRS (Pimentel, 2004).

O nível mais elevado de evidência obtém-se quando se utilizam instrumentos que avaliem as várias dimensões da QdVRS e que estejam validados na população oncológica, como por exemplo o FACT-G ou o QLQ-C30 da EORTC (Pimentel, 2004).

Apesar da avaliação da QdV ser considerada fundamental, trazer benefícios e ser importante para avaliar o resultado dos tratamentos médicos (Bonica, 1985) e (Levi et al, 1999), existe também alguma confusão e dúvidas acerca de como deve ser avaliada. Isto parece refletir as importantes limitações conceptuais e metodológicas do conceito de QdV (Wright, 2002).

O desenvolvimento de instrumentos de avaliação de medida da QdVRS baseia-se nos princípios de construção e validação de testes. O questionário deve ser prospetivo e refletir o que se pretende medir, isto é, a QdVRS.

Os questionários podem ser autoadministrados, administrados com a ajuda de um entrevistador ou assistidos por computador (Kuuppelomaki, 1998).

Os principais objetivos dos questionários de avaliação da QdVRS são: avaliar o doente, o seu prognóstico, o impacto da terapêutica utilizada, distinção entre doentes ou grupos de doentes, além de comparar modalidades de tratamento com taxas de cura similares (Beitz et al., 1996) e (Gouveia, 2004).

BIBLIOGRAFIA

1. AHMEDZAI, S. – Recent Clinical Trials of Pain Control: Impact on Quality of Life – European Journal of Cancer, vol. 31A, suppl. 6, 1995.
2. BAILAR, J. C.; GÖRNIK, H. L. – Cancer undefeated – N. Engl. J. Med., vol. 336, nº 22, 1997.
3. BARNETT, K. – A theoretical contract of the concepts of touch as they relate to nursing – Nursing Research, vol. 21, nº 2, 1972.
4. BEITZ, J.; GNECCO, C.; JUSTICE, R. – Quality-of-life end points in cancer clinical trials: the U.S. Food and Drug Administration perspective – J. Natl. Cancer Inst. Monogr., nº 20, 1996.
5. BENNETT, P. – Introdução clínica à psicologia da saúde – Lisboa: Climepsi, 2002.
6. BONICA, J.J. Treatment of cancer pain: current status and future needs. In: FIELDS, H.L.; DUBNER R.; CERVERO, F. Advances in pain research and therapy: proceeding of the Fourth World Congress on Pain, New York, Raven, 1985. V.9.
8. BOYLE, P.; FERLAY, J. – Cancer incidence and mortality in Europe, 2004 – Ann. Oncol., vol. 16, nº3, 2005.
9. BRESLOW, L. – A quantitative approach to the World Health Organization definition of health: physical, mental and social well-being – Int. J. Epidemiol., vol. 1, nº 4, 1972.
10. BRUNIER, G.; CARSON, M. G.; HARRISON, D.E. – What do nurses know and believe about patient with pain? Results of hospital survey – J. Pain Symptom Manage, vol. 10, nº 6, 1995.
11. CABANA, M. D.; et al. – Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement – Jama, vol. 282, nº 15, 1999.
12. CANO, A.; GILLIS, M.; HEINZ, W.; GEISSER, M.; FORAN, H. – Marital functioning, chronic pain, and psychological distress – Pain, nº 107, 2004.
13. DE HAES, J. C.; VAN KNIPPENBERG, F. C. – The quality of life of cancer patients: a review of the literature – Soc. Sci. Med., vol. 20, nº 8, 1985.
14. DGS/DSIA/Divisão-de-estatística, Elementos Estatísticos Saúde/2003 – Portugal – Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
15. ELKINGTON, J. R. – Medicine and quality of life – Ann. Intern. Med., vol. 64, 1966, pp: 711-714.
16. FALLOWFIELD, L. J. – The Quality of Life: the Missing measure of Health care. London – London: Souvenir Press, 1990.
17. FAYERS, P. M.; MACHIN, D. – Quality of life: assessment, analysis and interpretation – Chichester: Wiley, 2000, XII.
18. FAYERS, P.; BOTTOMLEY, A. – Quality of life research within the EORTC-the EORTC QLQ-C30. European Organization for Research and Treatment of Cancer – European Journal of Cancer, vol. 38, suppl. 4, 2002.
19. FRISCH, M. B. – Improving mental and physical health care thought Quality of Life Therapy and assessment, in Advances in quality of life theory and research – editado por E. Diener e D. Rahtz, Kluwer Academic Publishers: Dordrecht, 2000.
20. GERHARDT, D. – Qualitative research on chronic illness: the issue and the story – Soc. Sci. Med. Vol. 30, nº11, 1990.
21. GOUVEIA, J.L.R.V., Diferenças ao nível do género na adaptação psicossocial a curto prazo no pós enfarte agudo do miocárdio. Universidade do Minho, Braga, 2004.
22. HARDMAN, A.; MAGUIRE, P.; CROWTHER, D. – The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. J. Psychosom Res., 1989, 33(2).
23. HERRMANN, C., International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – a review of validation data and clinical results. Journal of Psychosomatic Research, 42, 1997.
24. JONES, D. R.; FAYERS, P. M.; SIMONS, J. – Measuring and Analyzing quality of life in cancer clinical trials; a review, in The Quality of Life of Cancer patients – editado por N. K. Aaronson e J. Beckmann, New York: Raven Press, 1987.
25. JORDHOY, M. S.; FAYERS, P.; LOGE, J. H.; AHLNER-ELMQVIST, M.; KAASA, S. – Quality of Life in Palliative Cancer Care: Results from a Cluster Randomized Trial – Journal of Clinical Oncology, vol. 19, nº 18, September, 2001.
26. KUUPPELOMAKI, M.; LAURI, S. – Cancer patients reports experiences of suffering – Cancer Nursing, vol. 25, nº 5, 1998.
27. LEVI, F. et al – Trends in mortality from cancer in the European Union, 1955-94 – Lancet, vol. 354, nº 9180, 1999.
28. LIMA, D. – Neuroanatomia da dor – in Dor: do neurónio à pessoa, editado por Toscano Rico e António Barbosa, Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa, Permanyer Portugal, ISBN: 972-733-013-4.
29. LORENZ, W.; et al: - Second step: testing-outcome measurements – World J. Surg., vol. 23, nº 8, 1999.
30. MACGUIRE, P.; SELBY, P. – Assessing quality of life in cancer patients – Br. J. Cancer, vol. 60, nº 3, 1989.
31. NORDENFELT, L. – Concepts and measurement of quality of life in health care – Philosophy and medicine, Dordrecht: kluwer Academic, vol. 47, 1994, VIII.
32. PAYNE, R.; GONÇALVES, G. R. – Pathophysiology of pain in cancer and other terminal diseases – in Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3ª edição, editado por Derek Doyle et al., Oxford University Press, 2004, ISBN: 0-19-851098-5.
33. PIMENTEL, F. L. – Qualidade de Vida e Oncologia – Coimbra, Almedina, 2006.
34. PIMENTEL, F. L. – Qualidade de vida em oncologia – Permanyer Portugal, 2004, ISBN: 972-733-149-1.
35. PIMENTEL, F. L.; et al. – Survey of Portuguese Physicians On Quality of Life Information – Qual. Life Res., vol. 11, nº 7, 2002.
36. Quality of life and clinical trials – Lancet North Am. Ed., vol. 346, nº 8966, 1995.
37. SALES, C. A.; et al. – Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social – Revista Brasileira de Cancerologia, vol. 47, nº3, 2001.
38. SCHOU, K.; HEWISON, J. – Experiencing cancer: quality of life in treatment. Facing death – Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1999, VII.
39. SCHRAUB, S. et al. – Assessment of the quality of life – Bull Cancer, vol. 74, nº 3, 1987.
40. TAYLOR, E. J. – Spiritual assessment – in Textbook of Palliative Nursing, editado por Betty Rolling Ferrel e Nessa Coyle, Oxford University Press, 2001, ISBN: 0-19-513574-1.
41. TCHEKMDYAN, N. S.; et al – Treatment of cancer anorexia with megestrol acetate: impact on quality of life. Oncology (Huntingt), vol. 4, nº 5, 1990, pp: 185-92, discussion 194.
42. WHITE, C. A. – Meaning and its measurement in psychosocial oncology – Psycho-oncology, vol. 13, nº 7, 2004.
43. WRIGHT, J. M. – The double-edged sword of COX-2 selective NSAIDs – Canadian Medical Association Journal, vol. 167, nº10, 2002.

Inicie terapia do cancro... inicie Caphosol[®]

Caphosol é única solução supersaturada de iões de Fosfato de Cálcio que demonstrou reduzir o numero de doentes que experimentou episódios de mucosite oral¹

Num estudo prospetivo, randomizado realizado em dupla ocultação de 95 doentes submetidos a Transplantes de Células Estaminais Hematopoiéticas :

- Mais do dobro dos doentes evitaram mucosite oral usando Caphosol¹
- Caphosol reduziu a duração dos episódios de mucosite oral¹
- Os doentes do grupo Caphosol tiveram uma redução de 72% no uso de morfina e cerca de 75% dos doentes não tiveram de recorrer ao uso de qualquer morfina¹

Caphosol pode ser facilmente integrado no esquema terapêutico da Radioterapia e Quimioterapia para prevenir e tratar a mucosite oral nos seus doentes.

- Fácil de usar e sem sabor desagradável.



**NOVA
EMBALAGEM**

Nova embalagem, o mesmo Caphosol[®] de sempre

Para mais informações por favor contacte o nosso departamento de Informação Médica, telefone 21 721 74 00 ou escreva-nos para o email informed@eusapharma.com

Referências:

1. Papas AS, Clark RE, Martuscelli G, et al. A prospective, randomized trial for the prevention of mucositis in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. Bone Marrow Transplant. 2003;31:705-712.



EUSA Pharma
An International Division of Jazz Pharmaceuticals

Eusa Pharma SAS, Delegação Portuguesa.
Praça Nuno Rodrigues dos Santos n.º7
1600-171 Lisboa

Code: CAP/PT/001.0213.02

Descubra como tratar e prevenir mucosite oral em www.mouthsmadegood.com

mouthsmadegood



EM PORTUGUÊS

CE

Data preparação Fevereiro 2013
Dispositivo Médico



**ESTABELECEER
A SOBREVIVÊNCIA.**



**MANTER
O CONTROLO.**

Consistência no tratamento do CPNPC, histologia que não predominantemente escamosa¹, demonstrada nos estudos:

Primeira linha - JMDB

Manutenção - JMEN e PARAMOUNT

Segunda linha - JMEI

ALIMTA®
pemetrexedo

* De acordo com a legislação portuguesa, a decisão sobre financiamento do SNS carece de avaliação prévia.

¹ RCM ALIMTA NOV 2012

Informações Essenciais Compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento

ALIMTA 500mg pó para concentrado para solução para perfusão. Frasco para injetáveis com 500mg de pemetrexedo sob a forma de pemetrexedo dissódico, em pó liofilizado para solução para perfusão. ALIMTA 100 mg pó para concentrado para solução para perfusão. Frasco para injetáveis com 100 mg de pemetrexedo sob a forma de pemetrexedo dissódico, em pó liofilizado para solução para perfusão. Indicações terapêuticas: ALIMTA em combinação com cisplatina está indicado no tratamento de doentes em quimioterapia pela primeira vez, com mesotelioma pleural maligno não ressecável. ALIMTA em combinação com cisplatina está indicado no tratamento de primeira linha de doentes com cancro do pulmão de não pequenas células localmente avançado ou metastático, com histologia celular que não predominantemente escamosa. ALIMTA está indicado em monoterapia no tratamento de manutenção do cancro do pulmão de não pequenas células localmente avançado ou metastático, com histologia celular que não predominantemente escamosa, em doentes cuja doença não progrediu imediatamente após quimioterapia à base de platina. ALIMTA está indicado em monoterapia de segunda linha, no tratamento de doentes com cancro do pulmão de não pequenas células localmente avançado ou metastático, com histologia celular que não predominantemente escamosa. Posologia e modo de administração: Alimta em combinação com cisplatina: a dose recomendada de ALIMTA é de 500 mg/m² da área da superfície corporal (ASC) e administrada por perfusão intravenosa durante 10 minutos, no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. A dose recomendada de cisplatina é de 75 mg/m² da ASC administrada durante duas horas, aproximadamente 30 minutos depois do final da perfusão de pemetrexedo no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. Os doentes têm de receber tratamento anti-emético adequado e serem adequadamente hidratados antes e/ou depois da administração de cisplatina. Alimta como agente único: No tratamento de doentes com carcinoma do pulmão de não-pequenas células, após quimioterapia prévia, a dose recomendada de ALIMTA é de 500 mg/m² (ASC) administrada por perfusão intravenosa durante 10 minutos, no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. Regime de pré-medicação: Os doentes devem receber diariamente por via oral um suplemento de ácido fólico ou um multivitáminico contendo ácido fólico (350 a 1000 microgramas). Devem ser tomadas pelo menos cinco doses de ácido fólico durante os sete dias anteriores à primeira dose de pemetrexedo, devendo esta toma diária ser mantida durante os ciclos de tratamento e durante 21 dias após a última dose de pemetrexedo. Deve administrar-se vitamina B12 intramuscular na semana anterior à primeira dose de pemetrexedo e subsequentemente a cada 3 ciclos e dexametasona no dia anterior, no dia e no dia após a administração de Alimta. ALIMTA deve ser administrado por perfusão intravenosa durante 10 minutos no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. Para instruções sobre a reconstituição e diluição de ALIMTA antes da administração, ver a secção 6.6 do RCM (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada) Contra-indicações: Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. A amamentação deverá ser interrompida durante a terapêutica com o pemetrexedo. Vacina da febre amarela concomitante. (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada) Efeitos indesejáveis Resumo do perfil de segurança Os efeitos indesejáveis mais frequentemente notificados relacionados com pemetrexedo, quer utilizado em monoterapia quer em combinação, são supressão da medula óssea manifestada como anemia, neutropenia, leucopenia, trombocitopenia e toxicidades gastrointestinais, manifestadas como anorexia, náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, faringite, mucosite e estomatite. Outros efeitos indesejáveis incluem toxicidades renais, aumento das aminotransferases, alopecia, fadiga, desidratação, erupção cutânea, infecção/septicemia e neuropatia. Raramente foram observados acontecimentos como síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica. Foram notificados casos raros de choque anafilático. Alimta+cisplatina: efeitos indesejáveis muito frequentes: diminuição dos neutrófilos/granulócitos, leucócitos, hemoglobina, plaquetas, diarreia, diarreia sem colostomia, vômitos, estomatite/faringite, náuseas, anorexia, obstipação, fadiga, neuropatia sensorial, aumento da creatinina, diminuição da depuração da creatinina, erupção cutânea e alopecia. Efeitos indesejáveis frequentes: conjuntivite, dispepsia, azia, desidratação e alterações do paladar, neuropatia sensorial, erupção cutânea/descamação. Alimta em monoterapia: efeitos indesejáveis muito frequentes: diminuição dos neutrófilos/granulócitos, leucócitos, hemoglobina, diarreia, vômitos, estomatite/faringite, náusea, anorexia, fadiga, erupção cutânea/descamação. Efeitos indesejáveis frequentes: Diminuição dos leucócitos, neutrófilos, das plaquetas, vômitos, mucosite/estomatite, obstipação, febre, aumento da SGPT (ALT), aumento da SGOT (AST), prurido e alopecia, neuropatia sensorial, erupção cutânea/descamação, dor, edema, doenças renais. (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada). Advertências e precauções: A mielossupressão é normalmente a toxicidade limitante da dose. Os doentes devem ser monitorizados e reduções subsequentes das doses podem ser necessárias (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada). Foi notificado menos toxicidade hematológica e não-hematológica com a administração de ácido fólico, vitamina B12 e dexametasona (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada). Não se recomenda o uso de pemetrexedo em doentes com depuração da creatinina inferior a 45ml/min. Doentes com compromisso renal ligeiro a moderado (depuração da creatinina entre 45 e 79 ml/min) devem interromper medicamentos AINES, tais como ibuprofeno e aspirina (>1,3 g/dia) nos 2 dias anteriores à administração, no dia da administração e nos 2 dias após a administração do pemetrexedo e no caso de AINES com tempo de semi-vida de eliminação prolongado pelo menos 5 dias antes da administração, no dia e pelo menos 2 dias após a administração de pemetrexedo (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada). O efeito da retenção de fluido no terceiro espaço, tal como derrame pleural ou ascite, não está completamente definido com pemetrexedo Assim sendo, deve considerar-se, embora possa não ser necessária, a drenagem de fluido do terceiro espaço, antes do tratamento com pemetrexedo. Foi observada desidratação grave com pemetrexedo combinado com cisplatina, pelo que, os doentes devem receber um tratamento anti-emético adequado e hidratação apropriada antes e/ou após a terapêutica com pemetrexedo. Pemetrexedo pode ter efeitos geneticamente prejudiciais. Indivíduos do sexo masculino maduros, são aconselhados a não conceberem filhos durante e até 6 meses após o tratamento. Mulheres em idade fértil devem usar um método contraceptivo eficaz durante o tratamento com pemetrexedo. Foram notificados casos de pneumonite por radiação. Foram também notificados casos de dermatite pós-irradiação em doentes que fizeram radioterapia semanas ou anos antes (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada). Este medicamento contém aproximadamente 54 mg de sódio por frasco. Este facto deve ser levado em consideração por doentes com uma dieta de sódio controlada. Interações medicamentosas: O pemetrexedo é eliminado primariamente na sua forma inalterada por via renal através de secreção tubular e em menor extensão através de filtração glomerular. Estudos in vitro indicam que pemetrexedo é activamente secretado pelo TAO3 (transportador de anións orgânicos 3). A administração concomitante de medicamentos nefrotóxicos pode resultar num atraso da depuração do pemetrexedo. No caso de ser necessária a administração de AINES, os doentes devem ser monitorizados de perto no que diz respeito à toxicidade, especialmente mielossupressão e toxicidade gastrointestinal Utilização concomitante não recomendada: Vacinas activas atenuadas (excepto a da febre amarela, com a qual a utilização concomitante está contra-indicada); risco de doença sistémica, possivelmente fatal. O risco está aumentado em indivíduos que já estão imunodeprimidos pela sua doença subjacente. Utilizar uma vacina inactiva quando esta existir (poliomielite). (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada) Lista de Excipientes: manitol, ácido clorídrico, hidróxido de sódio. DATA DA REVISÃO DO TEXTO: Novembro de 2012 Medicamento de receita médica restrita. Para mais informações deverá contactar a Lilly Portugal, Produtos Farmacêuticos, Lda.

DA INFORMAÇÃO E DA APRENDIZAGEM DE CAPACIDADES EM MULHERES MASTECTOMIZADAS

Ilídia Costa

Mestre em Enfermagem de Reabilitação
Instituto Português de Oncologia do Porto
ilidiacosta25@gmail.com

Olga Fernandes

PhD, Prof. Coordenador
Escola Superior de Enfermagem do Porto
olgafernandes@esenf.pt

RESUMO: O cancro da mama e tratamentos acarretam para a mulher uma série de alterações físicas e psicológicas vastamente descritas pela literatura. Políticas nacionais e europeias ao nível da conceção da saúde identificam o cidadão como parceiro ativo na saúde e recuperação. Na mulher mastectomizada com linfadenectomia está descrita: a diminuição da força e da amplitude do movimento, rigidez articular, edema e linfedema do membro homolateral com consequentes perdas para a mulher e sociedade. O processo de alta hospitalar e o desenvolvimento de capacidades nos doentes são aspetos chave no seu empoderamento. A acessibilidade à informação, instrução e treino dos exercícios que possibilitem a recuperação da capacidade funcional do membro homolateral à mastectomia são aspetos chave da boa prática profissional. Este estudo, qualitativo, exploratório, descritivo, teve como objetivos: i) perceber a informação transmitida pela equipa de saúde para a aprendizagem de capacidades da mulher; ii) perceber recursos e estratégias que utilizaram para suprir as dificuldades com que se depararam. O contexto de estudo foi a consulta da mama de um hospital do Porto, uma amostra de 12 mulheres mastectomizadas com linfadenectomia e submetidas a tratamentos de quimioterapia e radioterapia. A colheita de dados através de entrevista semiestruturada. Resultados: 50% recebeu informação sobre a doença; 83,3%, informação sobre o tratamento, dada pelo médico na consulta; informação dos enfermeiros durante o internamento, sobre os cuidados a ter com o braço (75%); 75% recebeu uma brochura com exercícios a efetuar com o braço, no serviço de fisioterapia; 66,6% foram informadas sobre cuidados a ter com o braço afetado, pegar em pesos e realizar esforços relacionados com a prevenção de complicações; 16,6% assistiram à realização de exercícios por outras doentes e 33,3% à exemplificação dos exercícios pelo fisioterapeuta. Apenas 25% diz compreender a importância dos exercícios, pelo que se torna importante a reestruturação de um catálogo orientador para o desenvolvimento da aprendizagem de capacidades neste domínio.

PALAVRAS-CHAVE: mastectomia, informar, treinar, aprendizagem de capacidades.

ABSTRACT: *Breast cancer and its treatment bring the woman physical and psychological consequences widely described by literature. National and European policies in health concept identifies the person as an active partner in health and recovery. In the mastectomized woman with lymphedema, it's described: reduced movement range, reduced strength, joint stiffness, edema and lymphedema of the same side limb with consequences for the women and society. The process of hospital clearance and development of abilities in patients, are key aspects to their empowerment. The accessibility to information, instruction and training of the exercises that allow the recovery of the functional capability of the same sided limb*

are key aspects of good professional practice. This study, qualitative, exploratory, descriptive, had as goals: i) understanding the information transmitted by the health care team for the learning of abilities by the woman; ii) understanding which resources and strategies they used to overcome their difficulties. The context of this study was the breast consults of a hospital in Porto, a sample of 12 women already performed mastectomy, with lymphadenectomy and chemotherapy and radiotherapy treatments. Data collection was done through a semi-structured interview. Results: 50% got informed about the illness, 83,3% about the treatment, given by the consult doctor; information from the nurses in internment about cares with the arm (75%); 75% got a brochure with exercises to do with the arm, at the physical therapy service; 66,6% were informed about cares to have with the affected arm, with weights and efforts related with complication prevention; 16,6% watched other patients exercise and 33,3% watched their physical therapist exemplify the exercises. Only 25% says they understand the importance of these exercises, so it becomes important the restructure of a guiding catalogue for the development of the learning of abilities in this field.

KEYWORDS: *mastectomy, inform, training; learning capabilities.*

1. Introdução e Conceitos

Segundo as estatísticas nacionais sobre cancro (DGS, 2008) a mortalidade por cancro em Portugal situa-se em 10 mortes por dez mil habitantes. A taxa de incidência de cancro, padronizada pela idade é de 428 em 100000 no sexo masculino e 289 em 100000 no feminino. A nível mundial, o Cancro da Mama é o cancro mais frequente no sexo feminino com uma estimativa de 1.380.000 novos casos diagnosticados em 2008 (23% de todos os cancros). Em Portugal e no ano de 2008, os valores apontam para cerca de 60 novos casos por 100.000 mulheres, representando cerca de 27.7% do total de cancros no sexo feminino (GLOBOCAN, 2008). A incidência desta doença aumenta com a idade e aproximadamente 8 em cada 10 casos são diagnosticados em idades superiores a 50 anos, contudo, nos últimos anos, esta doença tem sido diagnosticada em mulheres cada vez mais jovens, com idades inferiores a 40 anos (Portal de Oncologia Português, 2011).

A investigação tem conduzido a importantes avanços no conhecimento do cancro da mama, nomeadamente na descoberta de formas de o prevenir, detetar, diagnosticar e tratar de forma segura e eficaz. A identificação do perfil génico do tumor e o reconhecimento dos genes que estão superexpressos parece ser o melhor caminho a ser seguido para que se obtenha um melhor resultado terapêutico (Tosello, 2007).

Numa fase inicial e na sua maioria, os tumores mamários são assintomáticos. À medida que o tumor cresce pode

surgir: protuberância mamária; uma área de endurecimento; dor; prurido; erosão superficial ou ulceração; alteração no tamanho ou forma da mama, depressão local da pele (indentação); secreção pelo mamilo, ou alteração do mamilo com inversão ou retração; edema; dilatação dos vasos sanguíneos e alteração na cor da pele (exantema ou eritema). Dores ósseas ou de coluna, icterícia ou perda de peso podem resultar de metástases sistémicas, contudo estes sintomas raramente são encontrados numa observação inicial (Otto, 2000; Way, 2004; Smeltzer et al., 2008).

O autoexame da mama, regular e cuidadoso, deve fazer parte da rotina da mulher, pois permite-lhe conhecer melhor a forma e superfície da sua glândula mamária, para que seja a primeira a detetar qualquer alteração uma vez que cerca de 90% das massas tumorais são detetadas pelas próprias (Way, 2004). A mamografia serve de suporte na deteção do cancro da mama antes de se tornar clinicamente palpável. Este exame tem uma sensibilidade diagnóstica que varia entre 80% e 97% e depende de vários fatores como: a idade da mulher (densidade mamária), tamanho do tumor e tamanho da mama, localização e aspeto mamográfico (Phipps, Long & Woods, 1990; Otto, 2000). São conhecidas algumas características do tumor relevantes para o diagnóstico e tratamento: tamanho do tumor, tipo histológico, grau histológico, a invasão vascular peri tumoral nos vasos sanguíneos ou linfáticos, avaliação das margens cirúrgicas de ressecção do tumor e marcadores sanguíneos tumorais (Barros et al., 2001)

O tratamento consiste na remoção ou destruição do tumor numa área específica e é feito através da cirurgia e da radioterapia. Estes tratamentos mostram-se eficazes enquanto a doença ainda estiver confinada ao local de origem ou aos gânglios linfáticos regionais. O tratamento sistémico é utilizado para destruir ou controlar o cancro ao longo do corpo através da hormonoterapia, da quimioterapia e da terapia biológica. No último século têm surgido grandes preocupações no sentido de tornar a cirurgia o menos agressiva e mutilante preservando o tecido mamário sempre que possível, uma vez que a tradicional mastectomia levava a altas taxas de morbilidade. Os procedimentos cirúrgicos podem implicar: quadrantectomia; mastectomia parcial; lumpectomia; tiletomia; mastectomia total simples; mastectomia radical modificada (tipo Patey ou tipo Madden) e mastectomia radical de Halsted (Bland, 1994; Schwartz, 1996; Marchant, 1997 e Chaves, 1999 Cit. por Bergmann, 2000; Otto, 2000).

As complicações associadas à cirurgia podem ser a vários níveis: locais, sistémicas e ainda físicas e psicológicas, podendo surgir imediata ou posteriormente à cirurgia. No pós-operatório imediato pode surgir dor, febre, hemorragia, hipotensão, retenção urinária, tromboembolismo, disritmias, desequilíbrios hidroeletrólíticos, entre outros. Quando a mulher já se encontra no domicílio deve estar atenta a sinais como dor, febre, hematomas e infeção no local cirúrgico (Silva, 2002; Leal et al., 2004; Baraúna et al., 2004; Prado et al., 2004; Nogueira et al., 2005; Smeltzer et al., 2008).

Numa fase mais tardia, e sobretudo se a cirurgia for acompanhada por radioterapia pode surgir: alteração da sensibilidade; linfedema; diminuição da amplitude de movimento da articulação do ombro relacionada com restrições impostas podendo levar a rigidez, muitas vezes associada a atrofia muscular e articular; diminuição da força do membro; retração e fibrose cicatricial; fibrose da articulação escapulomeromeral e alterações posturais, principalmente da coluna vertebral e região da cintura escapular provocadas, essencialmente pela desigualdade de peso provocando queda do ombro (Araújo; Mamede, cit. por Prado, 2004; Hack, 2009).

Estudos clínicos e experimentais realizados por vários investigadores mostraram que o linfedema do membro superior pós mastectomia ocorre devido à obstrução ao fluxo linfático na axila (Freitas et al., 2001; Bergman, et al., 2004). O uso reduzido do braço nas atividades funcionais e

a posição do membro superior em posição pendente pode também contribuir para o desenvolvimento de linfedema no pós-operatório (Kisner & Colby, 2005). A sua incidência varia conforme a extensão da cirurgia axilar, idades mais avançadas, a obesidade, presença de doença axilar extensa, tratamento com radiação, e lesão ou infeção do membro. Este pode ocorrer logo após o tratamento cirúrgico, durante os tratamentos de radioterapia ou, meses ou anos após o término dos tratamentos (Smeltzer, et al., 2008; Leal et al., 2009), e pode variar entre 5 % em mulheres submetidas a mastectomia radical modificada e cerca de 10 a 30% em mulheres após mastectomia radical. As mulheres submetidas a mastectomia parcial associada a radiação axilar podem desenvolver edema crónico do braço em 10 a 20% (Way 2004).

A rigidez do ombro pode resultar de tratamentos cirúrgicos mais alargados e conseqüente alteração da fisiologia normal das estruturas da cavidade axilar, uma vez que a lâmina celulo adiposa e a aponeurose superficial são removidas, resultando em restrição articular com quadro algico podendo levar ao chamado “síndrome do desuso”. O uso diminuído do membro superior devido à dor que ocorre no pós-operatório predispõe ao desenvolvimento de ombro congelado crónico e aumenta a probabilidade de linfedema na mão e no braço (Kisner & Colby, 2005). Num dos estudos publicado em 2003, Rietman et al. concluíram que a prevalência da limitação das amplitudes articulares variou entre os 2 e os 51% dos doentes, em que uma limitação mais acentuada (mais de 50% de diminuição da amplitude articular) foi encontrada em 2% das doentes.

A recuperação da funcionalidade do ombro e braço, assim como a prevenção do linfedema pode ser feita através de uma boa vigilância de sinais de alteração da circulação sanguínea e linfática do braço e de exercícios ativos específicos realizados pelas mulheres com orientação de profissionais competentes, e que serão decisivos na reabilitação da amplitude de movimento do braço, da cintura escapular e na diminuição de complicações (Silva et al., 2004; Lauridsen et al., 2005).

Ainda não existe consenso sobre o momento “certo” para a iniciação da mobilização do braço e do ombro, do lado operado, após a cirurgia (Otto, 2000). A evidência científica parece demonstrar que, no pós-operatório imediato, há exercícios que parecem indicados tais como: flexão e extensão das articulações do ombro, cotovelo e punho.

Estes poderão ser aumentados gradualmente, por volta do 3.º e 5.º dias, com o objetivo de evitar e/ou melhorar: limitações do movimento; diminuição da força muscular; alterações posturais; aderências tecidulares; desconforto na área submetida à cirurgia; alterações na circulação sanguínea e linfática e linfedema (Otto, 2000; Prado, 2001; Silva et al., 2004; Rezende et al., 2006).

Do exposto torna-se importante realçar a importância da informação que é dada às mulheres, potencializando uma informação sobre a sua situação clínica, riscos descritos e plano de ação para a manutenção da sua independência. Não pode ser um fenómeno de tudo ou nada, terá que ter um carácter contínuo, ser alvo de uma avaliação sistemática fornecida ao longo do processo de doença (Dias, 1997).

A informação em saúde desempenha um papel muito importante nos sistemas de saúde e contribui para a melhoria dos resultados em saúde. É um recurso entre outros, para a qualidade em saúde, conforto da pessoa e capacitação no sentido de esta aprender a viver com a sua saúde. Espanha et al (2011) apontam um valor médio de 1,54% para a pesquisa de sites de associações de doentes ou, grupos de doentes com doença específica, de entre os vários tipos de sites consultados sobre saúde, o que em nosso entender significa que as pessoas procuram informação sobre o problema de saúde que têm. A informação dota os clientes de maior conhecimento sobre a sua doença e por consequência de uma maior capacidade de participação numa época em que há um crescente reconhecimento do direito da participação dos doentes nas decisões sobre a sua saúde e do seu valor. Neste sentido, torna-se importante que os enfermeiros não só criem oportunidades para que as mulheres possam fazer perguntas, mas também que estejam devidamente preparados para responder adequadamente, indo de encontro às necessidades das mesmas (Ribeiro 1998). *O acesso à informação* é traduzido no âmbito deste projeto como a informação considerada válida e necessária para que a mulher mastectomizada tome decisões informadas. Acesso à informação é aqui considerado também, como a informação que ocorre no momento adequado ao atendimento do problema de saúde provendo o cuidado apropriado, no momento adequado e no local certo (Donabedian, 1973; Travassos, 2004; Espanha et al., 2011). Pretende-se pois que adquira informação e desenvolva capacidades para gerir a sua própria saúde.

A *aprendizagem de capacidades* é um foco de atenção da prática de enfermagem descrita como “*aquisição do domínio de atividades práticas associada a treino, prática e exercício.*” (CIPE 2.0, 2011, p. 39). O conhecimento e o desenvolvimento de capacidades sobre os processos de saúde e atividades para a vigilância e gestão da doença, permitem aos cidadãos terem um papel mais ativo no seu tratamento e na tomada de decisão, diminuindo-lhe os seus níveis de ansiedade e depressão (Davidson, 1997). Deste modo, para que as mulheres mastectomizadas possam ter esse papel ativo de vigilância de sintomas e participação no processo de recuperação minimizando o risco de complicações já descritas, é necessário que recebam informação variada, nomeadamente a que se refere às complicações que decorrem do tratamento cirúrgico, ser instruída e treinada sobre novas habilidades que terá que desenvolver no futuro, assim como ser capaz de compreender e de explicar tais mudanças. O processo de conhecimento e desenvolvimento de capacidades/habilidades abrange diferentes áreas, tais como: a transmissão de informações acerca das diferentes etapas da recuperação; exercício para recuperar a capacidade funcional do braço e ombro; posicionamento do braço após a cirurgia e prevenção de linfedema; reabilitação psicossocial, nomeadamente relacionada com alterações da autoimagem e sexualidade; e reabilitação profissional ou ocupacional (Mamede, et al., 2000; Soares e Frazão, 2001; Oliveira et al., 2012).

2. Material e Métodos

A necessidade de sabermos como é construído o acesso à informação e processo de aprendizagem de capacidades tendentes a minimizar os riscos inerentes, como linfedema, da rigidez do ombro, entre outros levou-nos ao presente estudo, acreditando que qualquer contributo para um melhor conhecimento e compreensão deste fenómeno pudesse conduzir a uma melhoria da informação e *empowerment* desde que estas mulheres são admitidas na instituição, assim como, a melhoria da informação entre hospital e Cuidados de Saúde Primários podendo ainda diminuir a morbilidade associada ao cancro da mama e tratamentos. O estudo qualitativo, exploratório e descritivo decorreu num hospital de oncologia, no âmbito do mestrado em Enfermagem de Reabilitação. A população alvo foram mulheres da consulta da mama, já mastectomizadas e submetidas a tratamentos de quimioterapia e radioterapia. Recorremos

ao método não probabilístico e intencional para seleção da amostra, constituída por 12 mulheres cuja média de idades foi 43,25 anos, com variação entre 24 e 57 anos. A média do tempo de internamento foi de 5,4 dias, 75% tinham sido operadas à mama direita e apenas 25% à mama esquerda. Metade (50%) tem ou teve familiares ou pessoas significativas com cancro, 25% cuida de familiares dependentes. As participantes relataram a sua experiência relativa a um conjunto de questões que orientaram uma entrevista do tipo semi-estruturada. Os objetivos e critérios de inclusão na amostra encontram-se nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1: Objetivos da investigação

1.	Perceber que informação lhes foi dada, por quem, e em que momento (consulta e/ou durante o internamento, se no momento da alta);
2.	Identificar as principais dúvidas que lhe poderão ter surgido quando lhe foi comunicado o diagnóstico, os tratamentos e quando lhe é comunicada a alta;
3.	Perceber como é que a informação transmitida pelos profissionais de saúde foi relevante para a adaptação à sua nova condição de saúde (mulher mastectomizada);
4.	Perceber junto das mesmas em que medida é que essa informação foi relevante para colmatar possíveis dificuldades e dúvidas posteriores no domicílio;
5.	Identificar recursos e estratégias por elas utilizadas para resolver problemas inerentes à condição clínica no domicílio;
6.	Identificar importância e interesse atribuído à prática de exercícios recomendados no domicílio.

Tabela 2: Critérios de inclusão na amostra

1.	Ter realizado mastectomia radical e linfadenectomia;
2.	Contexto institucional –Pertencer à consulta da Mama IPO do Porto;
3.	Mulheres com idade adulta e com capacidade de compreensão e decisão autónoma;
4.	Operadas há mais de três meses e menos de um ano;
5.	Submetidas aos três tipos de tratamento (cirurgia, quimioterapia e radioterapia).

Durante a entrevista a informação foi gravada, recorrendo-se a análise de conteúdo segundo Lawrence Bardin para a tratar. Foram organizados segundo 4 categorias major: informar; instruir; interpretar e treinar, uma vez que o Conselho Internacional de Enfermagem e a Ordem dos Enfermeiros preconizam a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), para o exercício profissional dos enfermeiros como forma de identificar áreas de atenção prática, potencializando a con-

tinuidade de cuidados, o planeamento, a execução, os registos e os ganhos em saúde. Efetivamente os quatro conceitos permitiram organizar os dados obtidos. Dois investigadores procederam à codificação recorrendo-se conforme preconizado por Bardin a uma quase estatística no sentido de perceber a intensidade das unidades de código. Respeitaram-se todos os procedimentos éticos inerentes a uma investigação de campo, nomeadamente o consentimento informado para os participantes e autorização da comissão de ética da instituição.

3. Resultados e Discussão

Informar é um conceito e, segundo a CIPE versão 2.0 com as seguintes características definidoras “ação de *comunicar alguma coisa a alguém*” (2011, p. 97). Essa comunicação aconteceu em diferentes momentos, promovendo a informação, conhecimento, tomada de consciência e a aprendizagem de algo. Assim:

Tabela 3: Sobre os processos de Informar

1.	De toda a informação a que os participantes tiveram acesso recordam-se sobretudo da que se relaciona com a comunicação do diagnóstico médico (50%) e os tratamentos (83,3%), transmitida pelo médico. Esta é a que causa maior impacto e produz mais efeitos, nomeadamente na procura de outras fontes de informação como a internet (25%), no sentido de saberem mais, ou apenas para confirmarem áreas relacionadas com os temas em questão ou especificamente resolverem os medos, reduzirem ou aumentarem a ansiedade;
2.	No que se refere às complicações decorrentes do tratamento cirúrgico, a maioria compreende e sabe explicar os cuidados a ter e tenta seguir as indicações que são transmitidas (essencialmente pelos enfermeiros durante o internamento). 16,6% receberam informação dada por enfermeiros no pré-operatório na consulta de enfermagem e 75% durante o internamento cirúrgico ;
3.	No que se refere à realização dos exercícios que promovam a drenagem do membro homolateral, a manutenção da funcionalidade do mesmo, assim como a prevenção de complicações como a diminuição da força, rigidez articular, alterações posturais e linfedema, este tipo de informação foi transmitida essencialmente pelo serviço de medicina física e reabilitação. A necessidade do exercício do braço é transmitida em cerca de 8,3% pelo fisiatra e em cerca de 25% pelo fisioterapeuta;
4.	Informação relativa à continuidade de cuidados, isto é a preparação para a alta após o internamento cirúrgico, as participantes referem ter recebido informação que se relacionava com o tratamento da ferida, durante o internamento, e que esta lhes foi dada de forma oral e através da carta de alta pelos enfermeiros (50%). Na consulta médica da mama de follow-up em cerca de 8,3% é transmitido pelo médico o risco de edema subjacente ao esvaziamento axilar, bem como na consulta médica de Radioterapia relativamente aos efeitos da radiação sobre a circulação do braço e sequente edema;

5. No que se refere aos exercícios com o membro superior a serem mantidos no domicílio, a informação foi-lhes dada maioritariamente pelo serviço de medicina física e reabilitação (100%), quando em nossa opinião estes deveriam ter sido iniciados durante o internamento e os ganhos em saúde, supervisionados pelo enfermeiro de reabilitação;
6. Sobre as complicações decorrentes do tratamento cirúrgico, a maioria refere ter recebido informação sobre esforços com o braço homolateral, seguida daquela que se refere a atividades como a jardinagem e atividades domésticas que envolvam o uso de abrasivos e objetos cortantes. É referido que, no internamento, os enfermeiros reforçam uma informação mais vasta em cerca de 75%, enquanto os médicos uma informação mais moderada em cerca de 16,6% dos casos;

Quando nos referimos a processos de instruir, estamos perante uma ação de “ensinar: Fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa” (CIPE 2.0, 2011, p.97). Assim sobre os processos de instruir:

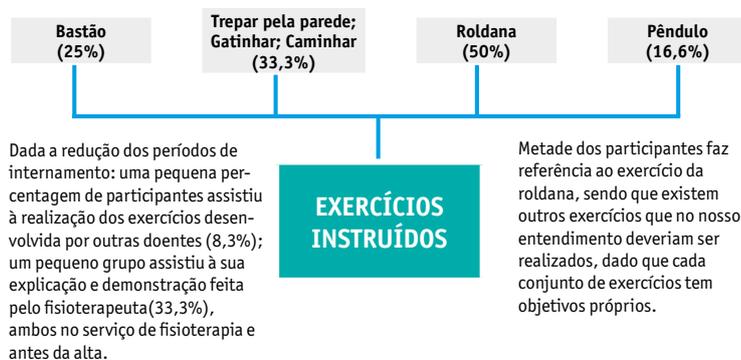


Figura 1: Sobre os processos de instruir

Interpretar é a ação de avaliar, “Compreender ou explicar alguma coisa”, (CIPE 2.0, 2011, p. 97), pelo que quisemos perceber de que forma as mulheres compreendem e explicam a importância dos cuidados a ter com o membro homolateral, assim como os exercícios por elas realizados.

Dos relatos concluímos que: Não há promoção da saúde, não há capacitação, não há empowerment sem que tenhamos trabalhado a interpretação dos factos com as pessoas no sentido da sua consciencialização sobre os processos, sobre a importância que para a sua saúde e bem-estar podem ter estas atividades (exercícios). Elas precisam de entender o benefício que esse plano de exercícios pode trazer-lhes e ao enfermeiro convém perceber como é que a cliente faz a gestão dessa informação, que valor lhe atribui e que uso faz dela. A informação recebida é importante para a reestruturação do plano para o desenvolvimento de capacidades na pessoa.

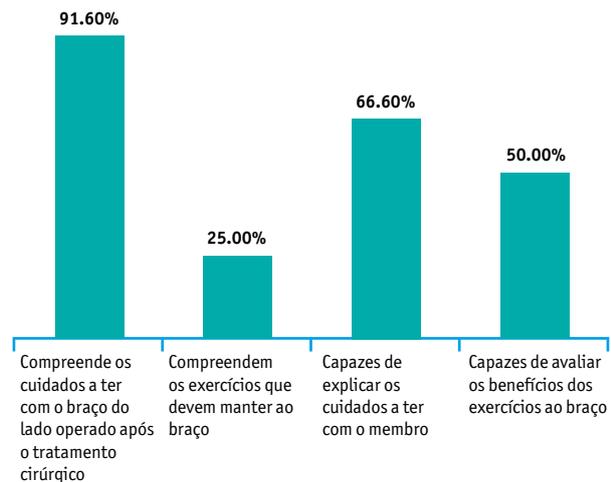


Figura 2: Sobre os processos de interpretar

Treinar e, segundo a CIPE é a “Ação de Instruir com as características específicas: Desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa” (2011, p.100).

O treino de habilidades, formação prática no sentido de serem consolidadas as capacidades/habilidades e os conhecimentos para a função metade dos participantes treina alguns dos exercícios em casa, e destes mais de metade fá-lo diariamente (66,6%), sendo o exercício da roldana e o de trepar a parede com o braço do lado afetado os mais referidos.

Para que a reabilitação consiga alcançar os resultados esperados, além de ser iniciada de imediato, deve contar com a adesão das mulheres. Aderir ao tratamento significa entendê-lo, concordar com o mesmo e segui-lo conforme recomendado. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a adesão é um importante indicador da efetividade do sistema de saúde e faz realçar a qualidade do relacionamento entre a equipa de saúde e utente, é um dos fatores determinantes da adesão. Sendo vários os fatores que influenciam a adesão ao tratamento, a mudança de comportamentos em saúde implica que os clientes percebem e acreditem que a prática de determinadas ações lhes trará benefícios, ou seja, que serão capazes de evitar complicações ou reduzir a sua gravidade (Gutiérrez et al., 2007). De referir que as participantes que mencionam este aspeto citam o suporte familiar, especificamente o marido ou companheiro como motor para o cumprimento destes exercícios (25%).

Em relação ao momento em que todo este processo de aprendizagem se inicia os resultados não são iguais para as diferentes participantes. Diríamos que há necessidade de estabelecer fases que pode ser o pós-operatório, a previsão da alta e a preparação do regresso ao domicílio. Alguns dos participantes referem que não foi dada prioridade a este tipo de informação uma vez que as suas preocupações do momento se prendiam com os resultados dos tratamentos efetuados, pela ansiedade de começar o tratamento seguinte o mais rápido possível, assim como planear estratégias de adaptação à sua nova condição de mulher mastectomizada. Assim, também a aprendizagem de capacidades e estratégias a desenvolver deverá contemplar a fase emocional e física em que se encontra a mulher. Trabalhar informação sem que esta demonstre disponibilidade mental e física, revelou-se neste estudo ineficaz. Em nossa opinião sempre que estes aspetos forem avaliados, o aconselhamento deverá ser feito não apenas ao próprio mas ao cuidador informal que pode ser o marido ou pessoa significativa.

4. Discussões Finais

1. Direito à informação: Conhecer a sua condição de saúde, os tratamentos previstos, as consequências para decidir, depois de devidamente informada das consequências impostas pelos mesmos e das limitações que daí poderão resultar. Tem o direito de saber quais as alternativas, como gerir sinais e sintomas, assim como o de decidir se quer, ou não deixar que a doença percorra o seu percurso natural;

2. Momento de transmissão da informação: Os momentos em que a informação decorre são influenciados pela condição de cada pessoa, a forma como vive, as diferentes fases da doença, promovendo a adesão a um determinado tipo de informação em detrimento de outra. Assim, o momento de informação sobre os cuidados inerentes ao tratamento cirúrgico por cancro da mama deve ser desenvolvido tendo em conta a singularidade que cada mulher representa. Dos resultados entendemos que não há momentos “chave”, mas que deve iniciar-se logo no pré-operatório, na consulta, e continuar no pós-operatório imediato, segundo recomenda a literatura, atentando à cognição da mulher, à sua energia, à sua motivação, interesse e disponibilidade para ouvir.

3. Condicionantes da adesão ao programa de desenvolvimento de capacidades: Importa salientar que apesar dos processos desenvolvidos, existem condicionantes que

não permitem a adesão e cumprimento das informações desenvolvidas ao longo dos processos de informar, instruir e treinar. Concluimos que os processos inquinaram por falta de um standard do que deve ser informado, instruído ou treinado com estas mulheres, espartilhando-se um programa que sendo do âmbito do exercício profissional do enfermeiro, sobretudo de enfermagem de reabilitação passa a ser informado pelo voluntariado ou instruído e treinado pelo fisioterapeuta.

4. Há uma necessidade premente de articulação entre os vários profissionais no meio hospitalar, para que a informação se desenvolva de forma sistematizada, utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, assim como a necessidade de articulação com os Cuidados de Saúde Primários, para que os enfermeiros de CSP possam acompanhar as capacidades desenvolvidas pela mulher mastectomizada, e deste modo a assistência prestada possa ir de encontro às necessidades das mesmas sem que estas tenham de recorrer ao hospital sempre que algo corre mal ou necessitam de uma informação. Dos relatos, a patilha de informação entre hospital e Cuidados Saúde Primários a que nos referimos e que fazem parte das competências dos enfermeiros, apenas dizia respeito aos cuidados à ferida cirúrgica. Nenhuma das mulheres refere que da informação da carta de alta recebida fazia parte informação relativa à aquisição/desenvolvimento de capacidades relativa a vigilância de sinais e sintomas (edema, rigidez do ombro, cor da pele), ou outro tipo de informação sobre este assunto lhe tinha sido transmitida, bem como capacidade e recurso para o treino dos exercícios do braço.

5. Concluimos que não há uma adesão significativa dos participantes em relação ao treino dos exercícios recomendados na literatura. Apenas algumas participantes treinam os exercícios em casa. Esta fraca adesão pode estar relacionada com vários fatores como a informação, o momento da informação, a inexistência de um padrão comum de capacidades e habilidades a desenvolver ou performance a atingir, escasso valor atribuído ao programa de exercícios. Não pudemos concluir se as metodologias de ensino desenvolvidas são adequadas, mas pudemos concluir que o trabalho sobre o desenvolvimento de capacidades para a gestão de sinais e sintomas pela própria mulher e da importância dos exercícios tendentes a reduzir o linfedema do braço não foi referido pelas participantes neste estudo.

6. Como sugestões finais parece-nos importante fomentar uma participação mais ativa dos enfermeiros e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em todo o processo de aquisição de habilidades/capacidades da mulher mastectomizada, pelo que a sua preparação para a alta e regresso ao domicílio deve ser preparado cuidadosamente por uma equipa multidisciplinar que englobe sobre o informar, o standard para instruir, aspetos a atender para perceber a interpretação das mulheres acerca da informação transmitida, consensualizando sobre o tipo de exercícios que esta deve desenvolver para que se torne capaz de gerir com toda a autonomia possível e *empowerment* o seu processo de saúde e bem-estar. Parece-nos importante ainda, realçar a utilidade do desenvolvimento deste foco de atenção da prática, a *aprendizagem de capacidades*, quer na formação inicial dos enfermeiros, quer na formação dos enfermeiros especialistas refletindo características dos conceitos, paradigma de conceção de cuidados standards de intervenções que gerem cuidados de enfermagem adequados e que potencializem o empoderamento dos cidadãos sobre a sua saúde.

5. Conclusão

A realização deste estudo possibilitou-nos perceber como é que as mulheres com cancro da mama em fase de tratamento foram informadas sobre a sua doença, para os cuidados inerentes a ter após uma mastectomia radical, com tratamentos como a radioterapia e quimioterapia. Saber que informação detêm sobre os efeitos dos tratamentos, a alteração da sua energia física, sobre a ansiedade e depressão. Segundo a Constituição da República Portuguesa (Carta dos Direitos dos Doentes), o doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde e tem o direito a recusar o seu consentimento. Aqueles que aceitam submeter-se a tratamento cirúrgico precisam de desenvolver todo um processo adaptativo, de aquisição de conhecimentos/capacidades que lhes permitam uma melhor gestão e melhor adaptação à nova condição do seu corpo, do seu espírito e até da sua família. A informação, a instrução, a interpretação dos processos, são aspetos que precisam ser considerados no planeamento dos cuidados de saúde, para que as mulheres que realizaram este tratamento possam ter maior conhecimento, mais capacidade para gerir sinais e sintomas como edema/linfedema; alteração da funcionalidade do membro homolateral, tensões muscular e alterações posturais.

BIBLIOGRAFIA

- Baraúna et al. (2004). Avaliação da Amplitude de Movimento do Ombro em Mulheres Mastectomizadas pela Biofotogrametria Computadorizada. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 50(1), 27-31.
- Barros et al. (2001). Diagnóstico e Tratamento do Câncer da Mama. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Consultado em março, 2013, em <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1331328369024.pdf>.
- Bergmann, A. (2000). Prevalência de Linfedema Subsequente a Tratamento Cirúrgico para Câncer de Mama. Dissertação de Mestrado.
- Bergmann, A.; Matos, I.E.; Koifman, R.J. (2004). Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 50(4), 311-320.
- Bland, K.I., & Copeland, E. M. (1994). *A Mama: Tratamento Compreensivo das Doenças Benignas e Malignas*. S. Paulo, Manole.
- CIPF-2, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: 2011. ISBN:978-92-95094-35-2
- Davidson, B.; Degner, L. (1997). Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. *Cancer Nursing*. June Vol.20 (3), 187-196.
- DGS (2008). Elementos Estatísticos. Informação Geral Saúde/2008. DGS/DSEES/ Divisão de Estatísticas da Saúde. ISSN 0872-1114
- Dias, M. R. (1997). *A esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro da mama*. Lisboa: ISPA. 1ª ed.
- Donabedian, A. (1973). The assessment of need, in Donabedian A., editor. *Aspects of medical care administration*. Cambridge: Harvard University Press, 58-77.
- Espanha, R. (2011). A Relação entre TIC, Utentes, Profissionais e Redes Tecnológicas de Gestão de Informação em Saúde (1ª Relatório Científico do Projecto SER - A Saúde em Rede), CIES - IUL e Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Freitas, Jr et al. (2001). Linfedema em pacientes Submetidas à Mastectomia Radical Modificada. *RBGO*, 23(4), 205-208.
- Globocan (2008). International Agency for Research on Cancer (World Health Organization): Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008. Consultado em Maio, 2011, em <http://globocan.iarc.fr/>
- Hack, L. F. (2009). Análise do comportamento motor de uma paciente submetida à mastectomia radical. *Revista brasileira em Promoção da Saúde*, vol.22, 1, 61-65.
- Kisner, C.; Colby, L. A. (2005). *Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas*. 4ª ed. Barueri, Manole.
- Lauridsen, M., Christiansen, P., & Hessev, I. (2005). The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: a randomized study. *Acta Oncológica*, 44, 449-457
- Leal, T.O. et al. (2004). A Fisioterapia no infedema pós mastectomia a madden. *Revista Paraense de Medicina*. Vol.18, 1, jan/mar, 42-45.
- Leal, N. et al. (2009). Tratamentos fisioterapêuticos para o linfedema pós-câncer de mama: uma revisão de literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. vol.17, 5, Ribeirão Preto Sept./Oct.
- Mamede, M. et al. (2000). Orientações Pós Mastectomia: O Papel da Enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Consultado em Julho, 2011, em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=279246&indexSearch=ID>
- Nogueira, P.V.G. et al. (2005). Efeitos da Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva na Performance Funcional de Mulheres Mastectomizadas. *Fisioterapia Brasil*. Vol.6, 1, jan/fev.
- Oliveira, M. et al. (2012). Avaliação de Manual Educativo como Estratégia de Conhecimento para Mulheres Mastectomizadas. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 20 (4), Ribeirão Preto. Jun/ago.
- Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. Loures, Lusiciência, 3ª ed.
- Phipps, W.J., Long, B. C., & Woods, N. F (1990). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. Lusodidacta. 4ª vol. 1ª ed.
- Portal de Oncologia Português. Consultado de dezembro, 2010 a Julho, 2011, em www.pop.eu.com/
- Prado, M. (2001). Aderência à atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama. Dissertação. Consultado em Julho, 2011, em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-12032002-102415/pt-br.php>
- Prado, M. A. et al. (2004). A prática da actividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção e benefícios. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 12 (maio/junho), 494-502.
- Rezende, L. et al. (2006). Exercícios Livres Versus Direcionados nas Complicações Pós-operatórias de Câncer de Mama. *Revista Associação Médica Brasileira*, 52 (1), 37-42.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 1ª ed. Estudos 6.
- Rietman, J. S. et al. (2003). Short-term morbidity of the upper limb after sentinel lymph node biopsy or axillary lymph node dissection for Stage I or II breast carcinoma. *Cancer*, 98 (4), 690-696.
- Schwartz, S. I. (1996). *Princípios de cirurgia*. México: Interamericana, McGraw-Hill. Vol. I. 6ª ed.
- Silva, M.P.P. (2002). Efeitos da Fisioterapia na Recuperação e Complicação no Pós-operatório por Câncer de Mama: exercícios limitados versus não limitados. Dissertação de mestrado apresentado à UNICAAMP.
- Silva, M. P. P. et al. (2004). Movimento do ombro após cirurgia por carcinoma invasor da mama: estudo randomizado prospectivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90º no pós-operatório. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, vol. 26, 2, 125-130.
- Smeltzer, S. C. et al. (2008). *Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. Vol. I, 11ª ed.
- Soares, G., Frazão, S. (2001). Guia da mulher submetida a cirurgia da mama. Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil: Serviço de Medicina Física e Reabilitação. Lisboa.
- Tosello, C. (2007). Câncer de Mama: Situação Atual e Perspectivas. *Prática Hospitalar*, Ano IX, 51 (maio/junho), 101-104.
- Travassos, C.; Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2, 190-198.
- Way, L. W., & Doherty, G. M. (2004). *Cirurgia: Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A. 11ª ed.

A CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA COLORRETAL NO INÍCIO DO PERCURSO TERAPÊUTICO

Sara Cruz

Enfermeira, Mestre em Ciências de Enfermagem
Instituto Português de Oncologia do Porto
cruz.saram@gmail.com

Cristina Pinto

Especialista em Médico-cirúrgica, Mestre em Oncologia, Professora Assistente
Escola Superior de Enfermagem do Porto
cristinapinto@esenf.pt

Filipe Pereira

Mestre em Ciências de Enfermagem
Doutor em Ciências de Enfermagem, Professor Coordenador
Escola Superior de Enfermagem do Porto
filipepereira@esenf.pt

Fátima Teixeira

Enfermeira
Instituto Português de Oncologia do Porto

RESUMO: A doença oncológica e/ou o percurso terapêutico impõe aos seus portadores alterações na dimensão da condição de saúde. Ao falarmos de condição de saúde reportamo-nos às alterações no domínio do autocuidado bem como aos compromissos no domínio dos processos corporais.

Assim este estudo teve como finalidade descrever a condição de saúde do cliente com patologia oncológica colorretal no início do percurso terapêutico, com recurso a uma abordagem metodológica exploratória descritiva num paradigma quantitativo.

Participaram neste estudo 141 clientes com patologia oncológica colorretal no início do percurso terapêutico, na sua maioria homens 82 (58,2%), com uma média de idades que ronda os 66,11 anos, num mínimo de 39 anos e num máximo de 89 anos.

Globalmente, no domínio do autocuidado os clientes da amostra não revelaram níveis elevados de dependência nos diferentes domínios do autocuidado. Embora 33 casos “necessitavam de ajuda de pessoa” para a realização das atividades instrumentais de vida diária; 1 a 4 casos de clientes totalmente dependentes e que não participavam nos domínios do autocuidado de asseio, de mobilidade e para cuidarem da colostomia, e ainda um grupo de 2 a 15 casos de clientes que apenas necessitam de ajuda de pessoa no domínio do autocuidado de asseio, de mobilidade, para tomarem a medicação e para cuidarem da colostomia.

No domínio dos compromissos dos processos corporais os clientes da amostra apresentaram perda sanguínea, astenia, dor, compromisso do sono, apetite diminuído, diarreia, compromisso do paladar, obstipação, comprometimento da amplitude articular e náusea.

Os resultados obtidos direcionam-nos para a necessidade de estudos acerca desta problemática de caráter longitudinal que permitam descrever a evolução na dimensão da condição de saúde dos clientes com cancro colorretal.

PALAVRAS-CHAVE: autocuidado, dependência, processos corporais, cancro colorretal.

ABSTRACT: *The cancer and the therapy process represent significant changes in the health condition of the patient. When we talk about health condition we are reporting to the (helped here in the changes in the) field of self-care as well as to the commitments in the field of body process.*

We have studied the subject "The health condition of the patients with colorretal cancer at the beginning of the therapy". The study involved 141 patients.

Overall, in the field of self-care customers of the sample not revealed high levels of dependence in the different areas of self-care. Although 33 cases needed help from a person to perform some of the "instrumental activities of daily living". 1 to 4 cases of customers completely dependent and non-participating in the fields of self-care of cleanliness, mobility, and to take care of the colostomy, and even a group of 2 to 15 cases of customers who only need help in person in the field of self-care of cleanliness, mobility, administering medication and to take care of the colostomy.

In the field commitments of body process the customers of the sample presented, bleeding, fatigue, pain, impaired sleep, decreased appetite, diarrhea, loss of taste, constipation, impaired range of motion and nausea.

The results obtained will direct us to the need for studies about this problem of longitudinal character that let describe the evaluation in the dimension of the condition of health in clients with colorectal cancer.

KEYWORDS: *self-care, dependency, body process, colorectal cancer.*

Introdução

O cancro, como doença crónica representa uma séria ameaça à saúde, sendo-lhe imputada responsabilidade por um grande número de mortes e de incapacidade a nível mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o cancro foi responsável por 7,6 milhões de mortes em 2005, e em 2015 prevê-se que este número ascenda aos 9 milhões e aos 11,5 milhões em 2030 (WHO, 2007).

Em Portugal, os tumores malignos representam a segunda causa de morte. Em 2009 as mortes por tumor ascenderam a 24 277 pessoas (INE, 2009). Da totalidade de mortes devidas a cancro em 2005, 14,6 % foram devidas a cancro colorretal (SPED, 2009 cit. por Pinto et al., 2010).

A incidência do cancro, e mais especificamente do cancro colorretal, justifica a necessidade dos Enfermeiros estudarem as respostas humanas dos clientes com patologia oncológica colorretal.

Meleis (2010) refere que a primeira missão da enfermagem se relaciona com a prática, procurando o conhecimento das repostas humanas á saúde e doença para ajudar os seres humanos a monitorizar, promover e cuidar da sua saúde e assistir no autocuidado.

A condição de saúde da pessoa tem como características: o vigor e vitalidade que possui, (Reid et al, 2010); a saúde mental (Hordam et al, 2009); a saúde emocional (Gentry et al, 2009); a saúde física (Hordam et al, 2009);

a percepção da própria saúde (Saevareid et al, 2007); o uso dos serviços de saúde (Saevareid et al, 2007) e a independência nas atividades de vida diárias (Stathakos et al, 2005).

Assim, neste estudo definimos como condição de saúde as alterações no domínio do autocuidado e no domínio dos compromissos dos processos corporais.

O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN, 2011) considerou o autocuidado como um dos focos de atenção centrais da enfermagem; definindo-o como: "*uma ação realizada pelo próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida*".

Entendendo-se por compromissos no domínio dos processos corporais o conjunto de funções do corpo que estão alteradas, inadequadas ou ineficazes (ICN, 2005), os clientes com cancro apresentam alterações na sua condição de saúde no domínio dos compromissos dos processos corporais que derivam da doença (Piamjariyakul et al, 2010).

A finalidade deste estudo é: descrever a condição de saúde do cliente com patologia oncológica colorretal no início do percurso terapêutico. Promovendo uma melhor qualidade no desempenho dos enfermeiros que prestam cuidados a estes clientes.

Com base nestes pressupostos, o presente estudo tem como objetivos:

- Descrever o nível de dependência no(s) auto cuidado(s) do cliente com patologia oncológica colorretal no início do percurso terapêutico.
- Identificar os compromissos no domínio dos processos corporais do cliente com patologia oncológica colorretal no início do percurso terapêutico.

Material e Métodos

A escassez de estudos realizados, nomeadamente em Portugal, sobre a condição de saúde do cliente com cancro colorretal no início do percurso terapêutico, encaminha-nos para o desenvolvimento de um estudo de cariz exploratório, descritivo transversal, situado num paradigma de investigação quantitativo.

População e amostra

O estudo desenvolveu-se numa instituição de saúde com especificidade para doentes oncológicos no Norte de Portugal.

A população do estudo corresponde a todos os clientes com cancro colorretal que se encontrem em tratamento na Clínica de Patologia Digestiva do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, no período de Novembro de 2011 a Fevereiro de 2012, de onde resultou uma amostra não probabilística, de conveniência.

Incluímos na amostra: os clientes inscritos no Instituto Português de Oncologia do Porto; com idade igual ou superior a 18 anos; portadores de cancro colorretal clinicamente diagnosticado; e que se encontravam no início do tratamento curativo ou paliativo da doença e que aceitem participar no estudo.

Instrumento de recolha de dados

O formulário utilizado na recolha de dados neste estudo emerge da adaptação do formulário da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) “*Famílias que integram dependentes no autocuidado*” e intitula-se por “*Cientes dependentes com cancro colorretal e membros da família prestadores de cuidados*”. Esta adaptação às especificidades do cliente com cancro colorretal foi sustentado na revisão da literatura, na experiência da prática clínica dos investigadores, do contributo das enfermeiras da Clínica

de Patologia Digestiva do Instituto Português de Oncologia do Porto e ainda da realização de um estudo piloto.

Em suma, o formulário utilizado permite avaliar sete dimensões, no corte transversal inerente ao presente estudo apenas foram estudadas as três dimensões que nos permitem traçar uma descrição da dependência para o autocuidado: atividades instrumentais de vida diária; da dependência para o autocuidado básico e da condição de saúde, entendendo-se por esta, a dependência para o autocuidado e os compromissos no domínio dos processos corporais.

A avaliação da dependência nos vários domínios do autocuidado foi feita com base num formulário que incorpora várias subescalas, cada uma delas com diferentes indicadores, cada um concretizado numa escala de Likert de quatro pontos: dependente não participa – score 1; necessita de ajuda de pessoa – score 2; necessita de equipamento – score 3; completamente independente – score 4.

Resultados

Tendo por referencial a questão de partida e os objetivos a que nos propusemos. Iniciámos a apresentação dos resultados procedendo à caracterização da amostra relativa aos 141 casos identificados e avaliados na Clínica de Patologia Digestiva do Instituto Português de Oncologia do Porto.

De acordo com os diagnósticos médicos presentes na amostra estes distribuíram-se pelo cancro do cólon em 63 casos (44,7%), pelo cancro do reto em 72 dos casos (51,1%) e com patologia colorretal em 6 dos casos (4,3%).

Depois de termos caracterizado os diagnósticos médicos urge avançar com a caracterização destes, com base em variáveis de cariz sociodemográfico.

Pela análise descritiva dos dados da amostra dos clientes com patologia oncológica colorretal no início do percurso terapêutico estes caracterizam-se por serem na sua maioria homens, 82 casos (58,2%) e 59 casos (41,8%) mulheres. Os clientes da amostra tinham em média 66,11 anos, com desvio padrão de 11,39 anos, sendo que o cliente mais jovem tinha 39 anos e o mais velho 89. Quanto ao estado civil, apurou-se um predomínio dos casados ou em união de facto (80,1%). Relativamente ao nível de escolaridade da amostra, verificamos que na maioria possuíam o

ensino básico 1º ciclo, 87 casos (61,7%). Nos clientes que compõem a nossa amostra, predominavam os pensionistas/reformados 103 casos (73,0%), tendo em consideração a média de idade da amostra dos clientes.

Na tabela 1, apresentamos os resultados quanto ao nível de dependência nos diferentes domínios do autocuidado concretizados numa lógica de divisão em seis blocos centrais: “Atividades instrumentais de vida diária”; “Asseio Pessoal” (Tomar banho, arranjar-se, Vestir-se/Despir, Usar o sanitário), “Mobilidade” (Andar, Elevar-se, Transferir-se, Virar-se, Usar cadeira de rodas); “Alimentação” (“Alimentar-se”) “Tomar Medicação” e “Colostomia”.

Podemos constatar que os clientes da amostra nesta fase do processo terapêutico são pessoas praticamente independentes, facto que alinha com os resultados dos níveis globais de dependência apresentados numa lógica ordinal, tal como se pode constatar na tabela 1.

Relativamente à caracterização da amostra quanto ao nível global de dependência nos diferentes domínios do Autocuidado os clientes da amostra apresentaram dependência no domínio de um autocuidado mais avançado, sendo que 33 casos necessitavam de ajuda de pessoa para realizar algumas “atividades instrumentais de vida diária”. No domínio de um autocuidado básico encontramos um grupo de 1 a 4 casos de clientes dependentes e que

não participavam no domínio do autocuidado “Tomar banho”; “Vestir-se e despir-se”; “Uso do sanitário”; “Usar cadeira de rodas”; “Tomar medicação” e “Colostomia” e um grupo de 2 a 15 casos de clientes que necessitam de ajuda de pessoa no domínio do autocuidado “Tomar banho”; “Arranjar-se”; “Vestir-se e despir-se”; “Uso do sanitário”; “Andar”; “Elevar-se”; “Transferir-se”; “Virar-se”; “Alimentar-se”; “Tomar medicação” e “Colostomia”.

A partir destes resultados, analisamos a correlação entre os diferentes domínios do autocuidado através da correlação de Spearman.

Ao estudarmos o impacte do nível de dependência e a idade, número de episódios de internamento, número de eventos na urgência e nível de escolaridade (correlação de Spearman). Verificamos que existe uma relação significativa entre as AIVD(s) e o nível de escolaridade, o que não se verifica para os outros domínios do autocuidado. No entanto, a intensidade desta relação é baixa e positiva, o que sugere que os clientes da amostra com menor nível de escolaridade tendem a apresentar scores mais baixos na subescala de avaliação do tipo e dependência nas AIVD(s), ou seja, a serem mais dependentes nas mesmas.

Quando estudamos a relação entre os diferentes domínios do autocuidado e a idade percebemos que esta é predominantemente significativa com exceção nos domí-

BLOCOS CENTRAIS	AUTOCUIDADO	DEPENDENTE NÃO PARTICIPA SCORE 1	NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA SCORE 2	NECESSITA DE EQUIPAMENTO SCORE 3	COMPLETAMENTE INDEPENDENTE SCORE 4
Atividades instrumentais de vida diária	AIVD(s) (N=141)	1 (0,7%)	33 (23,4%)	–	107 (75,9%)
Asseio	Tomar banho (N=141)	4 (2,8%)	10 (7,1%)	–	127 (90,1%)
	Arranjar-se (N=141)	–	15 (10,6%)	1 (0,7%)	125 (88,7%)
	Vestir-se e despir-se (N=141)	1 (0,7%)	10 (7,1%)	–	130 (92,2%)
	Uso de sanitário (N=141)	1 (0,7%)	6 (4,3%)	2 (1,4%)	132 (93,6%)
Mobilidade	Andar (N=141)	–	2 (1,4%)	10 (7,1%)	129 (91,5%)
	Elevar-se (N=41)	–	3 (2,1%)	4 (2,8%)	134 (95,0%)
	Transferir-se cama/cadeira (N=141)	–	4 (2,8%)	1 (0,7%)	136 (96,5%)
	Transferir-se cadeira/cama (N=141)	–	4 (2,8%)	1 (0,7%)	136 (96,5%)
	Virar-se (N=141)	–	2 (1,4%)	–	139 (98,6%)
	Usar cadeira de rodas (N=3)	2 (66,7%)	–	–	1 (33,3%)
Alimentação	Alimentar-se (N=141)	–	7 (5,0%)	–	134 (95,0%)
Tomar Medicação	Tomar medicação (N=139)	4 (2,9%)	14 (10,1%)	–	121 (87,1%)
Colostomia	Colostomia (N=5)	1 (20,0%)	2 (40,0%)	–	2 (40,0%)

Tabela 1: Caracterização da amostra quanto ao nível global de dependência nos diferentes domínios do Autocuidado (Escala Ordinal)

nios do “alimentar-se”, “elevar-se” e “virar-se”. Contudo, a intensidade destas relações varia entre o baixo e o muito baixo, com exceção da relação entre as AIVD (s) e a idade que apresenta uma intensidade moderada. No global, o sentido da relação é negativo o que sugere que os clientes da amostra mais velhos tendem a apresentar scores mais baixos nas diferentes subescalas de avaliação do tipo e dependência nos diferentes domínios do autocuidado, ou seja, tendem a ser mais dependentes.

Ao estudarmos a relação entre os diferentes domínios do autocuidado e o número de episódios de internamento e o número de eventos na urgência, verificamos que existe uma relação significativa com uma intensidade baixa e com sentido negativo. Assim, os clientes da amostra com scores mais baixos nas diferentes subescalas de avaliação do tipo e dependência nos diferentes domínios do autocuidado (mais dependentes) tendem a recorrer mais vezes à urgência e apresentar mais episódios de internamento.

No domínio dos processos corporais, os clientes da amostra apresentaram os compromissos apresentados na tabela 2.

Agora importa perceber o impacte das variáveis atributo (idade, número de episódios de internamento, número de eventos de urgência, número de fármacos e número de comprimidos dia) e o compromisso nos domínios dos processos corporais (apetite diminuído, comprometimento na amplitude articular, compromisso do paladar, compromisso do sono, diarreia, obstipação, perda sanguínea, cansaço, dor e náusea).

Assim verificamos que os clientes mais novos apresentaram mais vezes perda sanguínea ($p = 0,04$) e que os clientes mais velhos apresentaram mais vezes compromisso da amplitude articular ($p = 0,02$).

Os clientes da amostra com presença de compromisso do paladar ($p = 0,01$), presença de cansaço ($p = 0,04$), presença de náusea ($p = 0,03$), presença de comprometimento articular ($p = 0,04$), apresentaram maior número de eventos na urgência e os clientes da amostra com presença de comprometimento da amplitude arti-

cular apresentaram maior número de episódios de internamento ($p = 0,01$). O resultado apurado permite-nos aferir que os clientes da amostra com presença de comprometimento da amplitude articular consomem maior número de fármacos ($p = 0,04$).

No sentido de explorarmos as possíveis associações entre as variáveis de atributo do tipo nominal (o sexo, o estado civil, o nível de escolaridade, o diagnóstico médico e a intenção terapêutica) e os compromissos no domínio dos processos corporais, recorremos ao teste de Qui-Quadrado.

De acordo com os resultados obtidos 9 casos (10,97%) do sexo masculino e 16 casos do sexo feminino (27,12%) apresentaram “obstipação”, sendo que há uma associação significativa entre o sexo e a presença de obstipação ($p = 0,01$). Dos casos com obstipação, cerca de 2/3 (64%) são mulheres e os restantes (36%) homens.

De acordo com os resultados obtidos, 47 casos (57,31%) do sexo masculino apresentaram perda sanguínea e 23 casos (38,9%) do sexo feminino apresentaram “perda sanguínea”, sendo que há uma associação significativa entre o sexo e a presença de perda sanguínea, dado o valor de $p = 0,03$. Dos casos com perda sanguínea, 67,14% são homens e 32,85% são mulheres.

Conclusão

O conceito de autocuidado e aqueles que lhe estão associados, como a dependência, a autonomia e a capaci-

dade funcional, são nucleares e assumem um estatuto central no seio da disciplina de enfermagem (Kérouac, 1996; Meleis, 2007).

A centralidade do conceito de autocuidado é atestado pelo relevo da produção científica que tem vindo a ser desenvolvida nos últimos anos, a grande maioria ancorada nos princípios teóricos da Escola das Necessidades (Kérouac, 1996; Meleis, 2007).

Em Portugal, nos últimos anos, temos assistido a um forte incremento da investigação em enfermagem focada no domínio

COMPROMISSO DOS PROCESSOS CORPORAIS	N (%)
Perda sanguínea	70 (49,6%)
Cansaço	63 (44,7%)
Dor	62 (44,3%)
Compromisso do sono	62 (44%)
Apetite diminuído	50 (35,5%)
Diarreia	34 (24,1%)
Compromisso do paladar	32 (22,7%)
Obstipação	25 (17,7%)
Comprometimento da amplitude articular	26 (18,4%)
Náusea	14 (9,9%)

Tabela 2: Caracterização da amostra quanto ao Compromisso dos Processos Corporais

problemático do autocuidado. Este forte investimento é fruto da centralidade do conceito para a disciplina e, porque não dizê-lo, da inevitabilidade de encontrar soluções que nos permitam lidar com o aumento (que se assume real) dos quadros de dependência (Silva, 2011). Isto muito associado ao aumento das doenças crónicas que imputa aos seus portadores maior vulnerabilidade, maior dependência e perda da autonomia.

A promoção da autonomia no autocuidado e a promoção das competências dos clientes e dos membros da família prestadores de cuidados são dois dos pilares essenciais da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001; Pereira, 2007; Silva, 2007).

Assim, os profissionais de saúde, com enfoque aos enfermeiros, constituem-se um recurso indispensável no sentido de ajudarem os seus clientes a lidarem com as respostas humanas às transições.

Sendo o cancro definido pela Organização Mundial de Saúde como uma doença crónica, provoca alterações na dimensão da condição de saúde, muito centrada nos compromissos no domínio dos processos corporais e com repercussões na capacidade para a realização das atividades de vida diária.

Definindo condição de saúde um conceito que engloba a dependência para o autocuidado e os compromissos no domínio dos processos corporais, os clientes com cancro colorretal no início do percurso terapêutico apresentaram como compromissos do domínio dos processos corporais mais significativos: a perda sanguínea; o cansaço; a dor, o compromisso do sono; o apetite diminuído; a diarreia; o compromisso do paladar; a obstipação; o comprometimento da amplitude articular e a náusea. De uma forma geral, no domínio do Autocuidado, os clientes da amostra não revelaram níveis elevados de dependência nos diferentes domínios do Autocuidado.

Nesta fase final do estudo não podemos deixar de refletir o quanto consideramos relevante a reflexão e a discussão das práticas baseadas numa abordagem centrada no cliente, promotora de capacitação e da capacidade de gestão do projeto individual de saúde. Uma vez que no início do percurso terapêutico do cliente com cancro colorretal ocorrem alterações da condição de saúde, estas inferem necessidades em cuidados e o enfermeiro no domínio da sua ação autónoma pode prescrever inter-

venções que ajudem a pessoa com cancro a vivenciar este processo de transição saúde-doença.

Defendemos que a concretização de estudos de carácter longitudinal que possam descrever a evolução da condição de saúde dos clientes com patologia oncológica do foro colorretal constituem-se como uma mais-valia para a Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento. Isto porque a concretização de instrumentos de monitorização e acompanhamento destes clientes durante o percurso da doença permitem aos enfermeiros ajudarem os mesmos a vivenciar o processo de transição.

BIBLIOGRAFIA

1. Gentry, A.C.S., Belza, B., & Simpson, T. (2009). Fitness support group for organ transplant recipients; self-management, self-efficacy and health status. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (11), 2419-2425.
2. Hordam, B., Sabroe, S., Pedersen, P.U., & Mejdahl, S. (2009). Nursing intervention by telephone interviews of patients aged over 65 years after total hip replacement improves health status: a randomised clinical trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13 (3), 94-100.
3. Instituto Nacional de Estatística (2009) – *Óbitos por sexo e por causa de morte*. [Em linha] [Consult. 3 de Jan. 2011] Disponível em: <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ineindicadores&indocorrcood=0001675&contexto=bd&setTab=tab2>
4. International Council of Nurses. *Classification for Nursing Practice- Version 2.0*. [Em linha] [Consult. 15 de Agosto de 2011]. Disponível em <http://icnapi-network.org/>
5. International Council of Nurses (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0*. Genebra.
6. Kérrouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El Pensamiento Enfermero: Masson*.
7. Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing Development & Progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
8. Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*: Springer Publishing Company.
9. Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. Divulgar. Lisboa, Dezembro.
10. Pereira, F. (2007). Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Novembro.
11. Piamjariyakul, U. [et al] (2010). Cancer therapy-related symptoms and self-care in Thailand. *European Journal of oncology Nursing*, XXX, 1-8.
12. Pinto, C. G., Paquete, A. T., & Pissarra, I. (2010). Colorretal cancer in Portugal. *European Journal of Health Economy*, 10 (1), S65-S73.
13. Reid, C., Gardner, G., Rooney, C., & Mallit, K.A. (2010). *An epidemiological study of the relationship between time to surgery and health status for elderly patients with a hip fracture*. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 14 (2), 169-175.
14. Saevarid, H.I., Thygesen, N.E., Nygaard, H.A., & Lindstrom, T.C. (2007). *Does sense of coherence affect the relationship between self-rated health and health status in a sample of community-dwelling frail elderly people?* *Aging & Mental Health*, 11 (6), 658-667.
15. Silva, R. C. T. (2011). *A Dependência no Autocuidado no Seio das Famílias Clássicas do Concelho do Porto: Abordagem Exploratória à Dimensão do Fenómeno*. Porto: Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Avançada, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
16. Stathakos, D., Pratsinis, H., Zachos, I., Vlahaki, I., Gianakopoulou, A., Zianni, D., & Kletsas, D. (2005) – *Greek centenarians: Assessment of functional health status and life style characteristics*. *Experimental Gerontology*, 40, 512-518.
17. World Health Organization (2007). *Fight against cancer: strategies that prevent, cure and care*. [Em linha] [Consult. 3 de Jan. 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/publicat/WHOCancerBrochure2007.FINALweb>.

VELCADE®

(bortezomib)

MAIS **13,3 MESES**
PARA VIVER A VIDA!

VELCADE®
VIA SUBCUTÂNEA²
JÁ DISPONÍVEL

VELCADE® 1 mg pó para solução injetável - VELCADE® 3,5 mg pó para solução injetável - Composição qualitativa e quantitativa: VELCADE® 1 mg pó para solução injetável - Cada frasco para injeção contém 1 mg de bortezomib (como éster borônico de manitol). Após reconstituição, 1 ml de solução injetável por via intravenosa contém 1 mg de bortezomib (como éster borônico de manitol). Após reconstituição, 1 ml de solução injetável por via subcutânea contém 1,5 mg de bortezomib. Após reconstituição, 1 ml de solução injetável por via intravenosa contém 1 mg de bortezomib. Forma Farmacéutica: Pó para solução injetável. Massa ou pó branco a esbranquiçado. **Indicações terapêuticas:** VELCADE® em monoterapia é indicado no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo em progressão que tenham recebido pelo menos 1 terapêutica prévia e que já tenham sido sujeitos ou que não sejam elegíveis para transplante de medula óssea. VELCADE® em associação com melfalan e prednisona é indicado no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo não tratados previamente e que não sejam elegíveis para quimioterapia em alta dose com transplante de medula óssea. **Posologia:** O tratamento deve ser iniciado e administrado sob a supervisão de um médico qualificado e experiente no uso de agentes quimioterápicos. VELCADE® deve ser reconstituído por um profissional de saúde. VELCADE® 1 mg, pó para solução injetável, está disponível apenas para administração intravenosa. VELCADE® 3,5 mg, pó para solução injetável está disponível quer para administração intravenosa, quer para administração subcutânea. **Para monoterapia:** A dose inicial recomendada de bortezomib é de 1,3 mg/m² de área de superfície corporal (VELCADE® 1 mg - administrada por via intravenosa), duas vezes por semana, durante duas semanas, nos dias 1, 4, 8 e 11, seguida por um período de 10 dias de intervalo nos dias 12-21. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE®. Doentes com uma resposta completa confirmada devem receber dois ciclos adicionais de VELCADE®. Doentes que respondam ao tratamento e que não tenham alcançado uma remissão completa devem receber um total de 8 ciclos de tratamento. O tratamento com VELCADE® deve ser interrompido perante o início de qualquer toxicidade não hematológica de Grau 3 ou qualquer toxicidade hematológica de Grau 4, excluindo neuropatia. Uma vez resolvidos os sintomas de toxicidade, o tratamento com VELCADE® pode ser reiniciado com uma redução de dose de 25% (de 1,3 mg/m² para 1 mg/m² ou de 1 mg/m² para 0,7 mg/m²). **Dor neuropática:** no caso de doentes que apresentem dor neuropática e/ou neuropatia periférica relacionada com bortezomib deverão ser consideradas modificações da posologia (consultar RCM completo). **Populações Especiais: Afecção hepática:** doentes com afecção hepática ligeira não requerem ajustes posológicos e devem ser tratados com a posologia recomendada. Doentes com afecção hepática moderada ou grave devem iniciar o tratamento com uma dose reduzida de VELCADE® (consultar RCM completo). **Compromisso renal:** não são necessários ajustes posológicos. VELCADE® deve ser administrado após o procedimento de diálise. **Doentes idosos:** Não há evidência que sugira a necessidade de ajuste posológico em doentes com mais de 65 anos de idade. **População pediátrica:** segurança e eficácia não foram estabelecidas. **Interrupção perante o início de qualquer toxicidade não hematológica de Grau 3** até serem resolvidos os sintomas de toxicidade. **Tratamento em associação:** VELCADE® 1 mg é administrado por via intravenosa em associação com melfalan oral e prednisona oral para nove ciclos de tratamento. Considera-se um ciclo de tratamento, um período de seis semanas. Nos ciclos 1-4, VELCADE® é administrado duas vezes por semana nos dias 1, 4, 8, 11, 22, 25, 29 e 32. Nos ciclos 5-9, VELCADE® é administrado uma vez por semana nos dias 1, 8, 22 e 29. Melfalan e prednisona devem ser ambos administrados oralmente nos dias 1-4 da primeira semana de cada ciclo. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE®. Deve ser considerada a redução de dose em 25% de melfalan, no caso de neutropenia, ou trombocitopenia prolongada de grau 4 ou trombocitopenia com hemorragia no ciclo anterior. O tratamento com VELCADE® deve ser interrompido perante uma contagem de plaquetas $\leq 30 \times 10^9/l$ ou $\text{ANC} \leq 0,75 \times 10^9/l$ no dia de administração de VELCADE® (exceto no dia 1). Se várias doses de VELCADE® num ciclo são interrompidas (≥ 3 doses durante a administração duas vezes por semana ou ≥ 2 doses durante a administração semanal), a dose de VELCADE® deve ser reduzida num nível de dose. O tratamento com VELCADE® deve ser para Grau 1 ou para valores basais. Uma vez desaparecidos os sintomas de toxicidade, o tratamento com VELCADE® pode ser reiniciado com uma redução num nível de dose (de 1,3 mg/m² para 1 mg/m² ou de 1 mg/m² para 0,7 mg/m²). **Modo de administração:** VELCADE® 1 mg pó para solução injetável - Este medicamento deve ser administrado apenas por via intravenosa. **Via intravenosa:** A solução reconstituída de VELCADE® 1 mg é administrada em bolus intravenoso, durante 3-5 segundos, através de um cateter periférico ou central intravenoso seguido por uma lavagem com uma solução cloreto de sódio a 9 mg/ml (0,9%) para injeções. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE®. VELCADE® 3,5 mg pó para solução injetável - Via intravenosa: A solução reconstituída de VELCADE® 3,5 mg é administrada em bolus intravenoso, durante 3-5 segundos, através de um cateter periférico ou central intravenoso seguido por uma lavagem com uma solução cloreto de sódio a 9 mg/ml (0,9%) para injeções. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE®. Via subcutânea: A solução reconstituída de VELCADE® 3,5 mg é administrada subcutaneamente através das coxas (direita ou esquerda) ou abdómen (direita ou esquerda). A solução deve ser injetada subcutaneamente, sob um ângulo de 45-90°. Os locais de injeção sucessivos devem ser rotativos. Se ocorrerem reações nos locais de injeção após a injeção subcutânea de VELCADE®, recomenda-se administrar uma solução de VELCADE® menos concentrada (1 mg/ml em vez de 2,5 mg/ml) ou mudar para a injeção intravenosa. **Contraindicações:** Hipersensibilidade ao bortezomib, boro ou a qualquer um dos excipientes; doença pulmonar aguda leve difusiva e doença cardíaca. **Efeitos indesejáveis:** Muito frequentes: trombocitopenia, neutropenia, anemia, leucopenia, diminuição do apetite, neuropatia periférica, neuropatia sensorial periférica, disestesia, neuralgia, cefaleias, vômitos, diarreia, náusea, obstipação, dor abdominal (incluindo dor gastrointestinal), erupção cutânea, dor musculoesquelética, parestia, fadiga, astenia. **Frequentemente:** Herpes zoster (incluindo infeção disseminada e oftálmica), pneumonia infeção, Herpes simplex, infeção fúngica, infatigabilidade, desequilíbrio eletrolítico, desidratação, anomalia enzimática, hiponatremia, variações de humor, perturbação de ansiedade, perturbação do sono, neuropatia motora periférica, perda de consciência (incluindo síncope), tonturas, disgeusia, letargia, olhos inchados, visão anormal, conjuntivite, olhos secos, vertigens, insuficiência cardíaca, taquicardia, hipotensão, hipotensão ortostática, hipertensão, distensão, epistaxis, infeção do trato respiratório superior e inferior, tosse, hemorragia gastrointestinal (incluindo da mucosa), dispênsia, estomatite, dispênsia abdominal, dor orofaríngea, desconforto abdominal, afecções orais, flatulência, enzimas hepáticas anor-

mais, urticária, prurido, eritema, dermatite, pele seca, espasmos musculares, dores nas extremidades, fraqueza muscular, compromisso renal, insuficiência renal crónica, edema (incluindo periférico), calafrios, dor, reação no local da injeção, mal-estar, diminuição do peso. **Pouco frequentes:** sepsis, broncopneumonia, infeção pelo vírus do Herpes, bacteriemia (incluindo estafilocócica), hordíolo, influenza, celulite, infeções associadas a dispositivos, infeção cutânea, infeção nos ouvidos, infeção dentária, neoplasias malignas: parotidite, neutropenia febril, coagulopatia, leucocitose, linfadenopatia, hipersensibilidade, hipertiroidismo, secreção inapropriada da hormona antidiurética, síndrome de fese tumoral, problemas de crescimento, hipoglicemia, hiperlipidemia, hipoproteinemia, retenção de fluidos, hipovolemia, perturbações mentais: alucinações, confusão, inquietação, embolismo pulmonar, derrame pleural, edema pulmonar (incluindo agudo), broncoespasmo, doença pulmonar obstrutiva crónica, hipovolemia, hipertensão pulmonar, congestão do trato respiratório, hipoxia, pleuresia, fibrose pulmonar, soluços, rinorréia, distonia, síbilos, pancreatite (incluindo crónica), hematemesa, lábios inchados, ulceração oral, íleos, enterite, gastrite, hemorragia gengival, refluxo gastroesofágico, inflamação gastrointestinal, disfaça, síndrome do colon irritable, esofagite, doença gastrointestinal não especificada, esforço para vomitar, perturbações da motilidade intestinal, perturbações da glândula salivar, vesiculação orofaríngea, hepatotoxicidade (incluindo afecções hepáticas), hepatite, colostase, dermatose neutrofilica aguda febril, erupção cutânea tóxica, alterações no cabelo, petéquias, equimose, lesão cutânea, púrpura, nódulos cutâneos, psorase, síndrome de eritrossetesia palmo-plantar, hiperidrose, sudorese noturna, acne, bolha de sangue, alterações na pigmentação, alterações nas unhas, espasmos musculares, edema articular, artrite, rigidez nas articulações, miopia, síndrome de peso, insuficiência renal aguda, infeção do trato urinário, hematúria, retenção urinária, distúrbios na micção, proteinúria, azotémia, oligúria, poliquímia, hemorragia vaginal, dor genital, disfunção erectil, problemas nos testículos, morte (incluindo súbita), deterioração da saúde física geral, edema da face, dor no peito, alterações nas mucosas, alterações na marcha, sensação de frio, extravasamento, complicações relacionadas com cateter, sede, desconforto no peito, sensação de alterações na temperatura corporal, dor no local da injeção, hiperbilirrubinemia, aumento de peso, aumento da proteína C reativa, queda, contusão. **Raros:** meningite (incluindo bacteriana), infeção pelo vírus de Epstein-Barr, erisipelas, Herpes genital, infeção estafilocócica, amigdalite, varicela, mastoidite, síndrome de fadiga pós-viral, leucemia plasmocitária, carcinoma das células renais, massa, micose fungoide, neoplasia benigna, síndrome de hiperviscosidade, púrpura trombocitopénica, doenças do sangue não especificadas, diátese hemorrágica, infiltração linfocítica, choque anafilático, reação mediada pelo complexo imune tipo III, síndrome de Cushing, hipotiroidismo, acidoze, sobrecarga de líquidos, hipodermia, diabetes mellitus, hiperproteinemia, hipouricemia, doença metabólica, deficiência do complexo vitamínico B, deficiência de vitamina B12, gota, hiperamniotomia, aumento do apetite, intolerância ao álcool, ideação suicida, perturbação psicótica, sonhos anormais, transtorno de adaptação, delírios, diminuição da libido, edema cerebral, hemorragia cerebral, ataque isquémico transitório, desequilíbrio do sistema nervoso autónomo, neuropatia autonómica, convulsões, paralisia cerebral, paralisia, síndrome do tronco cerebral, perturbações cerebrovasculares, lesão da raiz nervosa, hiperatividade psicomotora, compressão da medula espinal, perturbações cognitivas não especificadas, disfunção motora, perturbações do sistema nervoso não especificadas, radiculite, salivação excessiva, hipoftalmia, lesão da cómea, proftalmia, rinite, eczema, afecções oculares (incluindo palpebras) não especificadas, dacrioadenite adquirida, fotofobia, fotopsia, neuropatia ótica, diferentes graus de insuficiência visual (até a cegueira), hemorragia nos ouvidos, afecções do ouvido não especificadas, **Flutter** auricular, entorpe do miocárdio, bloqueio aurículo-ventricular, doença cardiovascular (incluindo choque cardiogénico), **Torsade de pointes**, angina instável, insuficiência arterial coronária, insuficiência ventricular esquerda, incompetência da válvula mitral, paragem sinusal, embolismo periférico, linfedema, entrometalmia, vasodilatação, descoloração venosa, insuficiência venosa, falência respiratória, síndrome de dificuldade respiratória aguda, apneia, pneumotórax, atelectasia, hemoptise, hiperpneumotórax, otropneia, alcaose respiratória, taquipneia, hipocapnia, doença pulmonar intersticial, infiltração pulmonar, sensação de aperto na garganta, garganta seca, hiperreactividade brônquica, aumento da secreção das vias aéreas superiores, garganta irritada, paracitite aguda, peritonite, edema da língua, ascite, queilite, incontinência fecal, atonia do esfíncter anal, fecaloma, secreção retal, dor nos lábios, perioralite, fissura anal, alteração dos hábitos intestinais, proctalgia, fezes anormais, falência hepática, hepatomegalia, Síndrome Budd-Chiari, hemorragia hepática, icterícia, eritema multiforme, reação alérgica, infiltração linfocítica de Jessner, hemorragia subcutânea, livido reticular, endurecimento cutâneo, bolhas, suores frios, pruridos, reações de fotossensibilidade, seborreia, afecções cutâneas não especificadas, rabdomiólise, síndrome da articulação temporomandibular, fistula, derrame articular, dor no maxilar inferior, afecções ósseas, dactilite, quisto sinovial, prostatite, dor, hemorragia da mama nas mulheres, sensibilidade epididimal, epididimite, dor pélvica, ulceração vulvar, aplasia, malformações gastrointestinais, icterose, doença no local da injeção, hémia, fíebre no local da injeção, cicatrização deficiente, inflamação, sensibilidade, úlcera, irritabilidade, dor no peito não cardíaca, dor no local do cateter, sensação de corpo estranho, diminuição dos megacariócitos, aumento de PO2, diminuição de bicarbonato no sangue, aumento da creatinina no sangue, electrocardiograma anormal, Racio Normalizado Internacional (INR) anormal, aumento da microglobulina Beta 2, diminuição da creatinina no sangue, teste Dytomegalovirus, diminuição do pH gástrico, aumento da agregação plaquetária, aumento da trombolina I, diminuição da testosterona no sangue, presença de proteínas na urina, aumento da ferritina sérica, aumento do pH da urina, fratura do crânio, reação à transfusão, calafrios, lesões na face, lesões nas articulações, lesões no local relacionado com o procedimento, lesões por radiação, ativação dos macrófagos. **Títular da autorização de introdução no mercado:** JANSSEN-CILAG INTERNATIONAL NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Bélgica. **Para mais informações, por favor, contactar o Representante Local do Títular de Autorização de Introdução no Mercado:** Janssen-Cilag Farmacéutica, Lda, Estrada Consiglieri Pedrosa, 69 A 2734 - 503 Barcarena. Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. As informações apresentadas não dispensam a consulta do RCM completo. RCM resumido de VELCADE®, pó para solução injetável Versão 1.1. Referências: 1. Sun Miquel et al. Continued Survival Benefit after 5 years' follow-up with bortezomib-melfalan-prednisone (MMP) versus melfalan-prednisone (MP) in patients with previously untreated multiple myeloma, and no increased risk of second primary malignancies: final results of the Phase 3 VISTA Trial. Abstract 476; ASH 2011. 2. VELCADE® - Resumo das Características do Medicamento aceído em 15.10.2012, disponível em www.ema.europa.eu.

Janssen-Cilag Farmacéutica, Lda.

Estrada Consiglieri Pedrosa, 69 A - Queluz de Baixo | 2734-503 Barcarena

www.janssen.pt

Sociedade por quotas | Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Oeiras, sob n.º 10576

Capital Social €2.693.508,64 | N.º Contribuinte 500 189 412

VEL-1012-030-JA

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson

YERVOY® (ipilimumab) é indicado para o tratamento do melanoma avançado (irressecável ou metastático) em adultos que receberam tratamento prévio.¹

YERVOY®: o primeiro fármaco aprovado que prolonga significativamente a sobrevivência global no melanoma avançado*²



Adaptado de Hodi FS *et al.* 2010.

YERVOY®: uma terapêutica inovadora, potenciadora dos linfócitos T, que activa o sistema imunitário para destruir os tumores^{1,3}

- YERVOY® não tem como alvo o tumor directamente, bloqueando especificamente o sinal inibitório do antígeno-4 dos linfócitos T citotóxicos (CTLA-4), resultando na activação das células T, proliferação e infiltração dos linfócitos nos tumores, causando a morte das células tumorais.^{1,4}

Para informações de segurança importantes, queira consultar o Resumo das Características do Medicamento de YERVOY®

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 que receberam tratamento prévio. **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 reacções adversas imunitárias, incluindo diarreia e colite, têm de ser avaliadas durante o tratamento com YERVOY (ver RCM completo para informação adicional). A gestão das reacções adversas imunitárias pode requerer a omissão de uma dose ou a interrupção permanente da terapia com YERVOY e a instituição de corticosteróides sistémicos em doses elevadas ou, em alguns casos, a adição de outra terapia imunossupressora (ver RCM completo para informação adicional). A redução da dose não é recomendada. As doses que são omitidas devido a uma reacção adversa não podem ser substituídas. **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 injectável de cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9%) ou solução injectável 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:** YERVOY é mais frequentemente associado com reacções adversas resultantes de actividade imunitária aumentada ou excessiva. A maioria destas, incluindo as reacções graves, tiveram resolução após o início de terapia médica adequada ou após YERVOY ser retirado. Em doentes que receberam 3 mg/kg de YERVOY em monoterapia no estudo MDX010-20, as reacções adversas notificadas mais frequentemente ($\geq 10\%$ dos doentes) foram diarreia, erupção cutânea, prurido, fadiga, náuseas, vômitos, apetite diminuído e dor abdominal. A maioria foram ligeiras a moderadas (grau 1 ou 2). A terapia com YERVOY foi interrompida devido a reacções adversas em 10% dos doentes. YERVOY é associado a reacções gastrointestinais imunitárias graves. A mediana do tempo para aparecimento de reacções gastrointestinais imunitárias graves ou fatais (grau 3-5) foi de 8 semanas (intervalo 5 a 13 semanas). Com as normas orientadoras de gestão especificadas no protocolo, na maioria dos casos (90%) ocorreu a resolução (definida como melhoria para ligeiro [grau 1] ou inferior ou para a gravidade no basal) com uma mediana de tempo de 4 semanas (intervalo 0,6 a 22 semanas) desde o aparecimento até à resolução. YERVOY 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. YERVOY é associado a reacções adversas cutâneas graves que podem ser imunitárias. A mediana do tempo para o aparecimento de reacções adversas cutâneas moderadas a graves ou fatais (grau 2-5) desde o início do tratamento foi de 3 semanas (intervalo 0,9-16 semanas). Com as normas orientadoras especificadas no protocolo, a resolução ocorreu na maioria dos casos (87%), com uma mediana do tempo desde o aparecimento até à resolução de 5 semanas (intervalo 0,6 a 29 semanas). YERVOY é associado a reacções adversas neurológicas imunitárias graves, endocrinopatia imunitária e outras reacções adversas imunitárias. O tempo para o aparecimento de endocrinopatia imunitária moderada a muito grave (grau 2-4) variou de 7 a perto de 20 semanas desde o início do tratamento. **Advertências e precauções especiais de utilização:** YERVOY está associado a reacções adversas inflamatórias resultantes de actividade imunitária aumentada ou excessiva (reacções adversas imunitárias), provavelmente relacionadas com o seu mecanismo de acção. As reacções adversas imunitárias, que podem ser graves ou potencialmente fatais, podem ser gastrointestinais, hepáticas, cutâneas, do sistema nervoso, do sistema endócrino ou de outros sistemas de órgãos. Apesar da maioria das reacções adversas imunitárias ocorrer durante o período de indução, foi também notificado o aparecimento meses após a última dose de YERVOY. 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 YERVOY. 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. **Interações medicamentosas e outras formas de interacção:** O ipilimumab é um anticorpo monoclonal humano e não se espera que tenha um efeito nas CYPs nem noutras enzimas que sejam inibidoras ou indutoras da metabolização de fármacos. Consequentemente, não se espera que o ipilimumab tenha interacções farmacocinéticas. A utilização de corticosteróides sistémicos no basal, antes do início de YERVOY, deve ser evitada. No entanto, os corticosteróides sistémicos ou outros imunossupressores podem ser utilizados após o início de YERVOY para tratar as reacções adversas imunitárias. Uma vez que a hemorragia gastrointestinal é uma reacção adversa com YERVOY, os doentes que requerem terapia anticoagulante concomitante devem ser monitorizados cuidadosamente. Fonte: RCM aprovado em 21 junho de 2012. 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, 2780-730 Paço de Arcos. **Para mais informações deverá contactar o representante do titular da autorização de introdução no mercado.**

A aquisição de YERVOY® (ipilimumab), pelos hospitais do SNS, está condicionada ao deferimento do pedido de avaliação prévia pelo INFARMED, I.P., tal como definido pelo DL 195/2006, alterado pelo DL 48-A/2010. Enquanto decorre a avaliação deste pedido, o INFARMED, I.P. pode autorizar o acesso de doentes a este medicamento.

 **Bristol-Myers Squibb**


YERVOY®
(ipilimumab)
concentrado para solução para perfusão

*Num ensaio aleatorizado, controlado, de fase 3.

1. Resumo das Características do Medicamento de YERVOY®. 2. Hodi FS *et al.* *N Engl J Med* 2010;363(8):711-723. 3. Speenier P. *Expert Rev Anticancer Ther* 2012;12(12):1511-21. 4. Fong L, Small EJ. *J Clin Oncol* 2008;26(32):5275-5283.

“SAÚDE É PODER FAZER AS COISAS NORMAIS” – ESPECIFICIDADES DAS CONCEÇÕES INFANTIS DE SAÚDE E DOENÇA EM CRIANÇAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Lígia Lima

Professor Coordenador - Unidade de Investigação
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Marina Serra de Lemos

Professora Associada com Agregação
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto
Centro de Psicologia da Universidade do Porto

RESUMO: Este estudo insere-se num projeto mais abrangente sobre conceções infantis de saúde e doença que tem como finalidade analisar em que medida a experiência de doença tem influência nas conceptualizações das crianças acerca destes fenómenos. Nesse sentido foram analisadas as conceções de saúde e doença de crianças com diferentes tipos de patologia crónica, mais concretamente doença oncológica, asma e diabetes, assumindo que estas doenças e seus tratamentos envolvem vivências diferentes e específicas.

Os participantes foram 79 crianças com idades entre os 6 e os 13 anos diagnosticadas com doença crónica e que eram seguidos em 3 instituições de saúde do Norte do país. Do total de crianças, 30 sofriam de asma, 23 de diabetes e 26 de doença oncológica. As conceções de saúde e doença foram recolhidas com recurso ao método de “Desenhar e escrever” (Williams, Wetton & Moon, 1989). Para a codificação dos textos das crianças, utilizou-se o sistema de Boruchovitch e Mednick (1997, 2002), adaptado por Lima e Lemos (2008) e previamente validado através da obtenção de acordo inter-observadores (93%).

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas em alguns aspetos das conceções de saúde e doença em função do tipo de patologia analisado. Os resultados deste estudo sugerem que a experiência de ter uma doença grave como o cancro tem uma forte influência nas representações conceções da criança acerca da saúde e doença, o que poderá ser usado para orientar serviços de apoio às crianças com doença oncológica.

PALAVRAS-CHAVE: conceções infantis de saúde e doença, doença crónica, doença oncológica.

ABSTRACT: *This study is part of a wider research project on children’s conceptions of health and disease aimed to investigate if the experience of having different chronic diseases has an influence on children’s conceptualizations about these phenomena. Accordingly the conceptions of health and disease were analyzed in children with different types of chronic disease, specifically cancer, asthma and diabetes, assuming that these diseases and their treatments involve distinct experiences.*

Participants were 79 children aged 6 to 13 years diagnosed with chronic disease and who were followed at three health institutions in the North of Portugal. Thirty children had asthma, 23 diabetes and 26 malignant diseases. Children's conceptions of health and illness were collected using the method of "Draw and write" (Williams, Wetton & Moon, 1989) and data was analyzed through content analysis using a system by Boruchovitch and Mednick (1997, 2002), adapted by Lima and Lemos (2008) and previously validated (inter-observer agreement -93%).

Findings revealed statistically significant differences in some aspects of the conceptions of health and illness depending on the type of pathology. The results of this study suggest that the experience of having a serious disease like cancer has a strong influence on children's conceptions about health and illness, which can be used to guide support services to children with oncological disease.

KEYWORDS: *children's conceptions of health and illness, chronic disease, malignant disease.*

1. Introdução

O estudo das concepções infantis de saúde e doença está muito associado ao reconhecimento da sua importância para o desenvolvimento de ações de educação e promoção da saúde (Myant & Williams, 2005) assim como para a implementação de intervenções psicológicas e de enfermagem com crianças doentes (Koopman, Baars, Chaplin, & Zwinderman, 2004; Piko & Bak, 2006).

A investigação recente tem também demonstrado que um importante determinante do bem-estar psicológico dos doentes pediátricos é o reconhecimento da necessidade de serem informados em relação à sua saúde, doença, hospitalização e procedimentos médicos (Haler, Sanci, Sawyer, & Patton, 2008). Foram encontradas associações entre o processo de dar informação e a redução do medo, stress e dor no período pós-operatório assim como entre o fornecimento de informação e os processos de auto-gestão e adesão ao regime terapêutico (Rushford, 1999). Haler e colaboradores (2008) realizaram uma revisão sistemática de estudos neste domínio tendo concluído que em geral apontam para o papel determinante das crenças acerca da doença nos processos de adaptação à doença. Desta forma, um número crescente de estudos têm procurado explorar o que é que as crianças pensam e compreendem acerca da saúde e da doença.

Existem duas abordagens teóricas principais no estudo das concepções infantis de saúde e doença. A primeira e a mais utilizada como base teórica para estudos neste domínio é aquela que defende que a compreensão destes conceitos é determinada pelo desenvolvimento cognitivo. Esta abordagem, geralmente denominada de estruturalista, defende que a forma como as crianças conceptualizam a saúde e a doença é determinada pela sua maturidade cogni-

tiva, e que é possível organizar as suas definições de saúde numa sequência ordenada de estádios semelhantes aos propostos por Piaget para o desenvolvimento cognitivo em geral (Bibace & Walsh, 1980).

Uma outra abordagem, também chamada de funcionalista é aquela que destaca o papel da experiência e ou aprendizagem. Trata-se de uma perspectiva baseada em esquemas de pensamento que implicam continuidade, enfatizando as experiências da criança no seu mundo físico, social e psicológico, como determinantes da sua compreensão sobre a saúde e a doença. Uma das primeiras propostas foi a de Carey (1985) que defende que quanto mais conhecimento a criança tiver, melhor equipada ela estará para desenvolver uma concepção mais global do fenómeno, o que pressupõe que, mesmo crianças muito pequenas podem atingir níveis sofisticados de compreensão da experiência de doença. Assim, o conhecimento sobre as questões em torno da saúde e doença assenta na "necessidade de conhecer" e não na "capacidade de conhecer" (Rubovits & Siegel, 1994), englobando por isso não só aspetos mais médicos, mas também dimensões sociais, emocionais e comportamentais.

Vários estudos procuraram demonstrar a influência da experiência de doença nas concepções infantis, a maior parte dos quais, focando a vivência da própria criança em situações graves de doença ou ainda a partir da sua exposição a situações de doença de familiares próximos (Hansdotter & Malcarne, 1998). Os resultados encontrados não são muito consistentes e se alguns estudos demonstram que a experiência de doença não afecta a compreensão dos fenómenos a ela associados, outras investigações demonstram que as crianças doentes possuem concepções de saúde e doença diferentes das dos seus pares saudáveis. Parece

existir ainda um efeito de interacção entre a influência da experiência de doença e a idade, no sentido em que à medida que crescem, as crianças com doença crónica vão apresentando uma maior compreensão da doença, enquanto as mais pequenas não parecem ser tão afetadas pela vivência da doença (Crisp, Ungerer, & Goodnow, 1996).

A abordagem das representações de saúde de Leventhal e colaboradores (Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001) é também um modelo que tem sido utilizado para o estudo das concepções infantis de saúde e doença, com um foco específico na natureza e dimensões destes conceitos, mais do que propriamente nos seus determinantes. Inicialmente desenvolvido para a compreensão das representações dos adultos, tem sido também aplicado e testado em crianças e adolescentes (Goldman, Granger, Whitney-Saltiel, & Rodin, 1991; Paterson, Moss-Morris, & Butler, 1999). Este modelo fornece uma estrutura compreensiva para o estudo das concepções infantis de saúde e doença na medida em que analisa não só os processos de atribuição relacionados com o adoecer (causas) mas também a natureza da doença (identidade) e as suas consequências. Uma abordagem semelhante é seguida no modelo proposto por Burochovitch e Mednick (1997) que inclui categorias conceptualmente idênticas a 3 dimensões do modelo anterior (causas, identidade e consequências), mas que acrescenta uma categoria relacionada com sentimentos, o que aumenta o carácter compreensivo do modelo. Estudos em que este sistema de análise foi utilizado (por Lima & Lemos, 2008; e por Lima, Lemos & Lema, 2010) demonstraram que o modelo categoriza de forma válida e exaustiva os conceitos de saúde e doença de crianças de diferentes grupos etários, pelo que este foi também o modelo usado para desenvolver este estudo em particular.

Este estudo, que se insere num projecto mais abrangente sobre concepções infantis de saúde e doença, teve como finalidade analisar em que medida a experiência de doença tem influência nas conceptualizações das crianças acerca destes fenómenos. Nesse sentido foram analisadas as concepções de saúde e doença de crianças com diferentes tipos de patologia crónica, mais concretamente cancro, asma e diabetes, assumindo que estas doenças e seus tratamentos envolvem vivências diferentes e específicas. Como referem Crisp e colaboradores (1996), é de esperar que a natureza da doença (nomeadamente a sua etiologia, diversidade e complexidade de sintomas e prognóstico) afecte a

necessidade de reflexão da criança e conseqüentemente, a sua conceptualização acerca do processo de adoecer.

A doença oncológica na infância é uma patologia relativamente rara e os tumores mais frequentes nas crianças são as leucemias, os tumores do sistema nervoso central e os linfomas. Em geral, o prognóstico da doença é mais favorável comparativamente à idade adulta mas as terapêuticas são bastante agressivas, com efeitos secundários significativos, tais como as náuseas, vómitos, alopecia, fadiga, entre outros. Por vezes são necessários internamentos prolongados e períodos de maior ou menor grau de isolamento, impondo grandes restrições às atividades normais da criança, que se mantêm mesmo após a fase ativa da doença dado que anorexia, a fadiga, a ansiedade são alguns dos efeitos secundários das terapêuticas que podem persistir no tempo (Ruland, Hamilton, & Scjodt-Osmo, 2009).

A vida diária das crianças com cancro é frequentemente alterada e o “ter saudades da normalidade” é uma reacção comum (Sourkes, B., 1995). Para estas crianças ser normal associa-se a estar saudável, a fazer atividades rotineiras e normativas como ir para a escola, brincar com os amigos e brincar livremente ao ar livre (Lima, Lemos e Lema, 2010). Numa meta-síntese por Epstein e colaboradores, as crianças que sofriam de cancro demonstraram possuir uma perspectiva diferente no processo de conceptualização de saúde, a que os autores se referem como sendo algo próximo de observador externo “on the outside looking in”, dado que as crianças revelavam serem capazes de ao fim de algum tempo não o conseguirem fazer relativamente a si próprias.

Por sua vez, a asma sendo a doença crónica mais prevalente na infância, é actualmente uma patologia que quando bem gerida sob o ponto de vista farmacológico e ambiental, permitindo uma funcionalidade em quase tudo semelhante à das crianças saudáveis (Lima, Guerra & Lemos, 2010). As terapêuticas existentes evoluíram muito nos últimos anos e na maioria das situações, as crianças com asma fazem medicação que as mantem a maior parte do tempo assintomáticas ou que minimizam eficazmente os sintomas em situações de crise. Porque muitas vezes existe um fundo atópico e as alergias aos ácaros e pólenes são as mais frequentes, trata-se de uma doença com períodos de exacerbação sazonal dos sintomas (McFadden, 2002).

A *diabetes mellitus* tipo 1 também é uma das doenças crónicas mais comuns na infância, mas exige um maior

esforço de adaptação nos âmbitos psicológico, social e físico, tanto por parte da criança como da família. Efetivamente, a criança portadora de diabetes deve ter determinados cuidados no seu dia-a-dia a fim de conseguir o controlo metabólico e prevenir as situações agudas de hiperglicemia e hipoglicemia. O regime terapêutico inclui a administração diária de insulina exógena, o controlo frequente da glicemia sanguínea, regulação da actividade física e controlo da alimentação (Silva, 2010).

Assim, foi objetivo deste estudo compreender se e de que forma a natureza da doença e dos tratamentos afeta a conceção de saúde e doença das crianças com doença crónica, em particular se as crianças que sofrem de doença oncológica apresentam especificidades na forma como conceptualizam os fenómenos da saúde e da doença.

2. Método

Participantes

Os participantes foram 79 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 13 anos ($M=9,62$, $DP=2.20$) diagnosticadas com doença crónica (com doença oncológica, asma e diabetes) e que eram seguidos em 3 instituições de saúde do Norte do país. Do total de crianças, 26 de doença oncológica, 30 sofriam de asma e 23 de diabetes.

Instrumento

O método de “Desenhar e escrever” (Williams, Wetton & Moon, 1989) é uma técnica qualitativa de recolha de dados que envolve pedir à criança para desenhar em resposta a uma temática ou questão de investigação e para em seguida escrever qualquer comentário ou ideias associadas (Bradding & Horstman, 1999). Neste estudo foi pedido a cada criança que desenhasse e escrevesse sobre o que significa estar saudável e estar doente. Para tal utilizou-se uma folha A4 dividida ao meio, lápis, borracha, caixa com 12 lápis de cor.

Procedimento

O estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Ética dos respetivos Centros Hospitalares. As crianças e seus acompanhantes foram contactados através do serviço de internamento ou nos serviços de consultas externas dos hospitais.

Para além do material já referido anteriormente era entregue a folha de consentimento informado a ser preenchida e assinada pelo acompanhante das crianças para recolha dos dados. Antes de se iniciar a recolha de

informação, era pedido o assentimento da criança e após resposta afirmativa era entregue ao acompanhante a declaração de consentimento para preenchimento.

Foi solicitado aos acompanhantes que não interferissem nas respostas dos sujeitos. Nas instruções era referido que a criança deveria desenhar de um lado da folha dividida ao meio uma pessoa saudável/com saúde, e do outro lado da folha uma pessoa doente, acompanhando de uma frase ou expressão sobre o que é estar saudável/com saúde e estar doente, podendo colorir posteriormente o desenho. Relativamente às crianças que ainda não conseguissem ou não quisessem escrever, eras-lhe dito que poderiam dizer e a investigadora escreveria.

Sistema de codificação das respostas das crianças

Todos os textos foram sujeitos a um processo de análise de conteúdo utilizando um sistema de categorias desenvolvido por Lima e Lemos (2008), com base no sistema de Burochovitch e Mednick (1997). Os textos foram codificados por dois investigadores de forma independente tendo sido previamente obtido o acordo inter-observador (93%). O sistema utilizado é constituído por pares categorias que serviram para codificar os dados relativos aos conceitos de saúde e de doença, de acordo com as seguintes definições:

- Participação/falta de participação em práticas preventivas – a saúde é descrita em termos de ações que as pessoas realizam para se tornarem saudáveis (ex. comer comida saudável) e a doença é descrita como estando associada à falta de ações de saúde adequadas por parte do sujeito, (ex: não fazer exercício físico)
- Participação/falta de participação em práticas curativas – a saúde é descrita em termos da falta de necessidade de realizar ações do tipo curativo (ex: ser saudável é não ter que ir ao hospital), e a doença é descrita como ações que descrevem medidas curativas (ex: estar doente é tomar pastilhas).
- Ausência/presença de problemas de saúde e sintomas – inclui as respostas que descrevem a saúde em termos de ausência de doença, problemas ou sintomas (ex: ter saúde é não ter sarampo) e respostas que definem a doença como ausência de saúde ou pela presença de um problema geral/ específico de saúde ou de sintomas físicos e somáticos (ex: estar doente é ter um vírus).
- Capacidade/Incapacidade de realizar actividades exigidas e/ou desejadas – as respostas que descrevem a saúde em termos funcionais, isto é, ações que reflectem o que as

peças conseguem fazer pelo facto de estarem saudáveis (ex: estar saudável é poder ir para a escola) e a doença como o oposto, ou seja que definem a doença através de indicadores de alterações na capacidade funcional do sujeito (ex: estar doente é estar na cama).

- Sentimentos gerais e estados de humor positivos /negativos: respostas que descrevem a saúde e a doença em termos do que as pessoas sentem e experienciam como consequência de estarem saudáveis ou doentes (ex: ser saudável é ser-se feliz ou quando estamos doentes sentimo-nos tristes).

3. Apresentação dos resultados

Este estudo teve como objectivo compreender se e de que forma a natureza da doença e dos tratamentos afecta a concepção de saúde e doença das crianças com doença crónica, em particular das crianças que sofrem de doenças oncológicas pelo que a apresentação dos resultados será particularmente centrada nos dados obtidos junto deste grupo.

Inicialmente foi realizada uma análise mais centrada no foco das concepções infantis de saúde e doença das crianças com as diferentes patologias, através dos valores médios proporcionais de utilização de cada categoria (numa leitura mais vertical do quadro 1). Verificamos que para a definição de saúde as categorias mais utilizadas pelas crianças com doenças oncológicas foram “Capacidade para fazer as atividades exigidas ou desejadas” e “Sentimentos gerais de bem-estar e afetos”. Entre as unidades codificadas na categoria de “Capacidade para fazer as atividades exigidas ou desejadas” podemos dar como exemplos *Estar com saúde é poder brincar; fazer as coisas normais; poder ir à escola*. Já na categoria “Sentimentos gerais de bem-estar e afetos” incluíram-se unidades como *Estar com saúde é bom e é ter energia*.

Já as crianças com asma focaram a sua definição de saúde nas categorias “Sentimentos gerais de bem-estar e afetos” e “Ausência de problemas de saúde e sintomas”. Como exemplos de unidades referidas por este grupo de crianças e codificadas nestas categorias podemos citar “estar saudável é sentir-se bem” e “saudável é não ter dores” respetivamente. O subgrupo de crianças com diabetes centralizou de uma forma bastante evidente a sua definição de saúde na categoria “Participação em práticas preventivas” sendo exemplos as seguintes unidades: *Ser saudável é ter moderação quando estamos a comer* e *fazer exercício físico com moderação*.

Para a *definição de doença* as crianças com doença oncológica focaram-se essencialmente em duas categorias: “Sentimentos gerais e estados de humor negativos” e “Incapacidade de realizar atividades exigidas e/ou desejadas”. Como exemplos de unidades da primeira categoria podemos nomear *“Estar doente, para mim, significa às vezes estar menos bem-disposto”* e *“para mim estar doente é mau”*. Na categoria “Incapacidade de realizar atividades exigidas e/ou desejadas”, as crianças com doença oncológica fizeram referência à impossibilidade de manter atividades normativas tais como: *“estar doente é não poder ir para a escola”* e *“não posso fazer as mesmas coisas que quando estou com saúde”*.

No subgrupo das crianças com asma a categoria mais utilizada foi a “Presença de problemas de saúde e sintomas” como por exemplo: *“Estar doente é estar mal; estar sempre a tossir e a espirrar”* e *“não conseguir respirar”*. Esta foi também a categoria mais utilizada pelas crianças com diabetes “estar doente é sentir-se mal e enfraquecer, a par da categoria “Ausência de práticas preventivas” de que são exemplos *“os que não são saudáveis são os que comem doces”* e *“ser-se doente é uma pessoa não se tratar”*.

Como se pode também verificar no Quadro 1, foi ainda realizada uma análise comparativa através de um teste de diferenças de médias (ANOVA) entre os três subgrupos, tendo-se encontrado diferenças significativas em várias dimensões/categorias. Na definição de saúde as diferenças encontradas foram a nível das categorias “Participação em práticas preventivas”, “Ausência de problemas e sintomas” e “Capacidade para realizar atividades desejadas”. Na definição de doença as diferenças encontradas foram a nível das dimensões “Ausência de práticas preventivas”, “Presença de problemas e sintomas”, “Incapacidade para realizar atividades desejadas” e “Sentimentos negativos”.

Através de um procedimento de comparação múltipla (post-hoc) mais especificamente através do teste de Scheffé, tentámos verificar que grupos diferiam entre si, tendo sido encontrados os seguintes resultados:

Na definição de saúde e em relação à categoria “Participação em práticas preventivas”, foram encontradas diferenças significativas entre as médias das crianças com diabetes e as crianças com doenças oncológicas e asma, sendo a média do grupo com diabetes significativamente superior à dos restantes dois grupos. Na categoria “Ausência de problemas e sintomas” foram encontradas diferenças significativas entre as médias das crianças com doenças

oncológicas e das crianças com asma, sendo a média do grupo com asma significativamente superior à do grupo das crianças com doença oncológica, que de todos foi o grupo com a média mais baixa. Por fim e em relação à categoria da “Capacidade para realizar as atividades desejadas” as diferenças encontradas foram entre as médias das crianças com doenças oncológicas e as das crianças com diabetes, sendo a média das crianças com doença oncológica a mais elevada.

	ASMA	DIABETES	DOENÇA ONCOLÓGICA		
	M	M	M	F	P
Saúde					
Participação em práticas preventivas	0,1500a	0,4275b	0,0885a	6,351	0,003
Ausência de problemas e sintomas	0,3000b	0,1681ab	0,0269a	4,825	0,011
Ausência de práticas curativas	0,0000	0,0304	0,0128	1,221	0,301
Capacidade para realizar atividades	0,2111ab	0,1536a	0,4429b	4,244	0,018
Sentimentos positivos	0,3389	0,1986	0,4288	2,231	0,114
Doença					
Ausência de práticas preventivas		0,2826b	0,0104a	5,711	0,005
Problemas de saúde e sintomas	0,5611b	0,3348ab	0,1354a	7,357	0,001
Práticas curativas	0,0611	0,0899	0,1118	0,376	0,688
Incapacidade para realizar atividades	0,1111a	0,1029b	0,3278b	4,626	0,013
Sentimentos negativos	0,2000	0,1572	0,4076	3,459	0,037

Quadro 1: Conceções de saúde e doença: comparação entre crianças com asma, com diabetes e crianças com doença oncológica

Relativamente à *definição de doença* as diferenças encontradas na categoria “Participação em práticas preventivas” foram entre as médias das crianças com diabetes e as crianças com doenças oncológicas e asma, sendo a média do grupo com diabetes significativamente superior à dos restantes dois grupos. Relativamente à categoria “Presença de problemas e sintomas” foram encontradas diferenças significativas entre as médias das crianças com doenças oncológicas e das crianças com asma, sendo a média do grupo com asma significativamente superior à do grupo das crianças com doença oncológica, que foi o grupo com a média mais baixa.

Em relação à categoria da “Incapacidade para realizar as atividades desejadas” as diferenças encontradas foram entre as médias das crianças com doenças oncológicas e as das crianças dos outros dois grupos, ou seja crianças com diabetes e crianças com asma, sendo neste caso, a média das crianças com doença oncológica a mais elevada dos três sub-grupos. Por fim, na categoria “Sentimentos negativos” o teste de diferenças de médias revelou diferenças significativas entre os três grupos de crianças, embora os testes de Scheffe não tenham revelado diferenças mais específicas entre grupos. No entanto, continua a ser o subgrupo das crianças com doença oncológica, aquele que apresenta uma média mais elevada comparativamente aos outros grupos.

Discussão

A finalidade deste estudo foi a de compreender de que forma a vivência de uma doença oncológica influencia as conceções de saúde e doença das crianças que sofrem deste tipo de patologia, nomeadamente através da comparação com crianças portadoras de outros dois tipos de doença, asma e diabetes, que apesar de partilharem o carácter crónico apresentam uma natureza distinta, com diferentes implicações e vivências para a criança e sua família.

Assim, as crianças com cancro nas suas conceções de saúde e doença valorizam em especial as restrições às atividades do quotidiano, que como foi referido anteriormente, descreve as limitações impostas pela doença, quer na fase ativa da doença quer na fase posterior à realização dos tratamentos.

Há também a utilização mais frequente de sentimentos negativos para definir a doença evidenciando que a experiência desta doença é marcada significativamente pelo seu impacto emocional. Este impacto emocional é também assinalado, mas relativamente, menos evidenciado pelas crianças com asma e diabetes.

Os resultados sugerem que a vivência do cancro se destaca comparativamente às outras duas doenças, através de uma maior ênfase nas categorias que fazem referência à possibilidade ou impossibilidade de fazer atividades normativas. Comparativamente com as outras crianças, as crianças com doença oncológica colocaram uma ênfase maior na possibilidade permitida pela saúde, de fazer, quer

as atividades usuais quer as mais agradáveis, expressando aparentemente a sua saúde pelas atividades de vida mais habituais. Em relação à doença e em comparação com as crianças com asma e diabetes os resultados também parecem indicar as crianças com doença oncológica tendem a focar-se nas perdas e restrições impostas pela doença.

Verifica-se também que a vivência da diabetes, quer nas definições de saúde quer de doença, se distingue por uma maior focalização nas categorias que descrevem a presença ou ausência de comportamentos do tipo preventivo. Finalmente, as crianças com asma tendem a acentuar a presença ou ausência de sintomas para definir a saúde e doença respetivamente.

No seu conjunto, estes resultados parecem reforçar os modelos funcionalistas que sublinham a importância da experiência como determinante das concepções de saúde e doença. Para além disso, os resultados da comparação entre diferentes tipos de doença evidenciam diferenças que parecem expressar especificidades na vivência e tratamento das diferentes doenças estudadas. As crianças com diabetes destacam a necessidade de implementar medidas preventivas e de controlo da saúde e da doença, o que também parece refletir a necessidade de aderir a um regime terapêutico muito exigente. De forma semelhante, as crianças com asma enfatizam a presença ou ausência de sintomas, o que parece convergente com a natureza das manifestações desta doença, que se resumem na maioria dos casos a curtos episódios sintomáticos. As crianças com doença oncológica ao enfatizar as restrições e limitações impostas pela doença, em particular, nas atividades normativas (como ir à escola, estar com amigos ou brincar ao ar livre), expressam uma experiência de doença caracterizada por perdas de funcionalidade e condições importantes para uma perceção de bem-estar, perdas essas também expressas através das verbalizações mais frequentes de sentimentos negativos.

Em suma, os resultados deste estudo sugerem fortemente que a experiência de ter uma doença grave como o cancro tem uma forte influência nas concepções da criança acerca da saúde e doença, o que poderá ser usado para orientar serviços de apoio, nomeadamente as intervenções de enfermagem, às crianças com doença oncológica. Podemos também afirmar que os resultados parecem suportar uma conceção funcionalista da génese das concepções de saúde e de doença.

BIBLIOGRAFIA

1. Bibace, R., & Walsh, M.E. (1980). Development of children's concepts of illness, *Pediatrics*, 66, 912-917.
2. Boruchovitch, E., & Mednick, B. R. (1997). Cross-cultural differences in children's concepts of health and illness. *Revista Saúde Pública*, 31, 448-456.
3. Boruchovitch, E., & Mednick, B., R. (2002). The meaning of health and illness: some considerations for health psychology. *Psico-USF*, 7(2), 175-183.
4. Bradding, A., & Horstman, M. (1999). Using the write and draw technique with children. *European Journal of Oncology Nursing*, 3(3), 170-175. doi: 10.1016/S1462-3889(99)80801-1
5. Carey, S. (1985). *Conceptual Changes in childhood*. Cambridge, MA: M.I.T. Press
6. Crisp, J., Ungerer, J., & Goodnow J. (1996). The impact of experience on children's understanding of illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 57-72
7. Goldman, S. L., Granger, J., Whitney-Saltiel, D., & Rodin, J. (1991). Children's representations of "everyday" aspects of health and illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 16(6), 747-766.
8. Haller, D., Sanci, L., Sawyer, S. & Patton, G. (2008). Do Young People's Illness Beliefs Affect Health Care? A Systematic Review. *Journal of Adolescent Health*. 42, 436-449.
9. Hansdottrir, I., & Malcarne, V. L. (1998). Concepts of illness in Iceland Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(3), 187-195.
10. Koopman, H., Baars, R., Chaplin, J., & Zwinderman, K. (2004). Illness through the eyes of the child: the development of children's understanding of the causes of illness. *Patient Education and Counseling*, 55, 363-370.
11. Leventhal, H., Leventhal, E., & Cameron, L.D. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive approach. In A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Eds), *Handbook of Health Psychology* (pp. 19-48). New York: Erlbaum.
12. Lima, L. & Lemos, M.S. (2008). Concepções Infantis sobre Saúde e Doença. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 1, 196.
13. Lima, L. Lemos, M.L., & Lema, B. (2010). Concepções de saúde e de doença: Estudo comparativo entre crianças saudáveis e com doença oncológica. In I. Leal, J. Pais Ribeiro, M. Marques, & F.Pimenta, (Edts.) *Actas do 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, sexualidade e género*. (pp.455-463). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada
14. Lima, L., Guerra, M. & Lemos, M. (2010). Perfis de adaptação psicológica na criança com asma., *Psicologica*, 2: 79 - 98.
15. McFadden, E.R. (2002). Asma. In E. Braunwald, A. Fauci, D.L. Kasper, S.L. Hauser, D.L. Longo, J.L. Jameson (Eds), *Harrison: Medicina Interna*. (pp. 1539-1546). Rio de Janeiro: McGraw Hill Interamericana do Brasil.
16. Myant K. A., & Williams J. M. (2005). Children's concepts of health and illness: understanding of contagious illness, non-contagious illness and injuries. *Journal of Health Psychology*. 10(6) 805-819.
17. Paterson, J., Moss-Morris, R., & Butler, S. (1999). The Effect of Illness Experience and Demographic Factors on Children's Illness Representations. *Psychology and Health*, 14, 117-129.
18. Piko, B. F., & Bak, J. (2006). Children's perceptions of health and illness: images and lay concepts in preadolescence, *Health Education Research*. 21(5), 643-653.
19. Rubovits, D.S., & Siegel, A.W. (1994). Developing conceptions of chronic disease: A comparison of disease experience. *Children's Health Care*, 23, 267-285
20. Ruland, C., Hamilton, G., & Schjodt-Osimo, B. (2009). The Complexity of Symptoms and Problems Experienced in Children with Cancer: A Review of Literature. *Journal of pain and Symptom Management*, 37 (3), 403-418.
21. Rushforth, H. (1999). Practitioner Review: Communicating with hospitalized children: review and application of research pertaining to children's understanding of health and illness, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 683-691.
22. Silva, I. (2010). *Psicologia da Diabetes*. Lisboa: Placebo Editora.
23. Williams, T., Wetton, N., & Moon, A. (1989). *A Way In: Five Key Areas of Health Education*. London: HEA.

9.º CONGRESSO NACIONAL CANCRO DIGESTIVO



Decorreu de 18 a 20 de outubro, o 9.º Congresso Nacional Cancro Digestivo, no Epic Sana Hotel, no Algarve. Este ano, abordaram-se temas da área do cancro pâncreas e colo-rectal, com a apresentação de uma conferência na era da cirurgia robótica, e foi discutido o documento de Consenso final sobre as PEGs, cuja publicação será feita em breve. Pela primeira vez neste evento tivemos uma formação na área da meta-análise e revisão sistemática.

À margem deste Congresso, tivemos reunião do Grupo AEOP Digestivos onde se planejaram e discutiram atividades científicas nesta área para 2014. Foi mais um bom momento de partilha e discussão multidisciplinar onde médicos e enfermeiros tiveram acesso a informação e discussão de áreas importantes da oncologia digestiva.

AEOP 7:

Novamente no Luso, 22-24
Maio 2014



Iniciamos o planeamento da próxima Reunião Nacional AEOP 7, a decorrer novamente no Grande Hotel do Luso, nos dias 22 a 24 de maio de 2013. Neste momento temos o Programa estrutural publicitado no nosso site e está planeada a apresentação pública do regulamento dos Abstracts para início de Janeiro 2014.

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

NVIQ - PROJETO EDUCACIONAL

O conhecimento deste potencial emético e das características desse efeito, 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.

Das diferentes discussões que tivemos este ano e pelas contribuições dos presentes nos diferentes Workshops, construímos os seguintes materiais educacionais: Documento de consenso sobre a nossa intervenção no melhor controlo das NVIQ, um toolkit de orientação dos profissionais nas práticas clínicas e uma página Web na plataforma MSN com

Pioneiros na exploração da biodiversidade marinha

«A natureza distribui
medicina em todo o lado»

Pliny the Elder.
74AD

disponibilização de informação para a população em geral e dos nossos doentes em específico sobre o papel de cada um no controlo deste sintoma.

O final do projeto está planeado para final de Janeiro 2014 com a apresentação dos resultados e o lançamento dos materiais educacionais em fase final de produção. Todos estes materiais e documentos serão disponibilizados na nossa plataforma Web em Fevereiro 2014.

SOCIAL SUPPORT SARCOMA: Em fase de recrutamento



O estudo *Investigacional Autogestão do doente com Sarcoma em tratamento multidisciplinar* está a ser implementado em 3 unidades de oncologia: IPO Porto, HUC e IPO Lisboa.

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 com início prevista para Janeiro 2013 e com término em Junho 2014. Dirige-se a doentes com patologia de Sarcomas em início de tratamento com qualquer das modalidades terapêuticas, pretendendo-se uma amostra de 40 doentes a nível nacional.

Como objectivo primário pretende-se analisar a autogestão da doença Sarcoma por parte do doente submetido a tratamento com QT, RT e/ou cirurgia. Nesta fase temos 10 doentes recrutados.

Um apontamento especial para a entrada em novembro do segundo Centro no recrutamento de doentes: Serviço de Ortopédia dos HUC.

Para a segunda fase deste projecto pretende-se construir um Projecto Educativo de Intervenção junto destes doentes, partindo dos resultados obtidos do estudo.

EONS ADVISORY COUNCIL, 23 e 24 de novembro, Porto

Advisory Council meetings



Em 23 e 24 novembro, a AEOP organizará o próximo meeting do *Advisory Council* da EONS - Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica, na cidade do Porto. Será uma reunião interna onde estarão representantes das várias sociedades e associações de enfermagem oncológica europeias. Com a amabilidade do IPO Porto, teremos uma visita clínica às suas instalações, onde se apresentará aos colegas europeus presentes as atividades dos enfermeiros em oncologia.

Mais uma etapa importante na vida da AEOP.

AEOP NA PÁGINA WEB DA ISNCC



A Sociedade Internacional de Enfermagem Oncológica (ISNCC) e a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) têm o prazer de disponibilizar para seus membros materiais educacionais em língua portuguesa, dirigidos aos profissionais e aos doentes.

A AEOP e seus grupos de trabalho desenvolveram durante estes últimos anos materiais educacionais de apoio à Enfermagem Oncológica. Com o

objectivo de chegar a toda a comunidade científica de Língua Portuguesa, e mais genericamente aos países de língua latina, a ISNCC disponibiliza uma página com acesso a documentos desenvolvidos e editados pela AEOP.

Ver mais informação em www.aeop.net.

AEOP ESTABELECE PARCERIA COM FUNDAÇÃO INDEX



A Fundación Index é uma das entidades científicas com maior impacto na Enfermagem internacional, destacando-se as suas ações de promoção da investigação de cuidados de saúde no contexto Europeu e Ibero-americano.

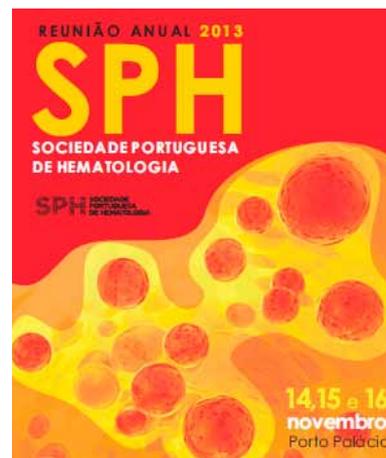
A principal identidade da Fundación Index é o seu carácter aberto e de colaboração, que envolve um número considerável de entidades Espanholas e internacionais com as quais tem protocolado convénios de cooperação e intercâmbio científico.

CIBERINDEX é uma plataforma especializada na gestão do conhecimento em cuidados de saúde e tem como missão proporcionar aos profissionais ou instituições de qualquer âmbito (assistencial, docente, gestor ou investigador) soluções práticas ou inovadoras para a ajuda na tomada de decisões, fundamentadas no conhecimento científico.

Para mais informação das entidades, países aderentes e as atividades da Fundación Index, entrar em <http://www.index-f.com/colabor.php>.

Mais uma parceria que permitirá uma maior ligação científica com os países latino-americanos, estratégico para o crescimento e reconhecimento da atividade da AEOP a nível internacional.

REUNIÃO SPH, novembro 2013



Decorrerá nos dias 16 a 18 de novembro de 2013, no Porto Palácio Hotel, onde mais uma vez a AEOP estará presente em parceria, com o programa de enfermagem. Salientamos a presença de uma colega estrangeira, Viv Griffiths, do Hosp. St. Richards, Reino Unido, com a apresentação da conferência *Experiência na utilização dos cateteres de longa duração e na colocação de cateteres PICC's e Midline*. Este ano, foram submetidos 14 trabalhos a Poster o que denota a grande presença de colegas nesta Reunião.

A comissão organizadora é formada por colegas do IPO Porto e Hospital de Vila Real, em parceria.

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>

MELANOMAS

Produtor de melanina MITF é factor de risco de melanoma

Cientistas do instituto valenciano de Investigação Sanitária INCLIVA, em colaboração com a universidade australiana de Queensland, determinaram que o gene MITF, produtor de melanina, e o número de sinais na pele são factores de risco de melanoma, avança o jornal i, citando a agência Lusa.

O estudo, publicado na revista *Journal of Investigative Dermatology*, divulgado pelo governo da comunidade autónoma, conclui que menos de dois por cento da população espanhola regista alterações naquele gene e que, entre estes, o risco de desenvolver aquele cancro da pele é de 33 por cento.

A investigação confirmou que o número de “nevus melanocíticos” (vulgarmente designados como sinais) é um factor de risco para o desenvolvimento do melanoma, segundo a agência noticiosa espanhola EFE.

Iniciada em 2009, a investigação começou com o caso de uma família australiana na qual se detectou a alteração genética E318K no gene MITF, e cujo mau funcionamento poderia predispor à ocorrência do melanoma. O objectivo era analisar a relevância daquela alteração, quer na população em geral, quer nos doentes com o cancro da pele.

Segundo o presidente da Sociedade Portuguesa de Dermatologia, Américo Figueiredo, “os casos de melanoma estão a aumentar de forma consecutiva” no país.

Em declarações à Lusa, no final de Junho, o responsável alertou para a possibilidade de, durante o corrente ano, surgirem “cerca de mil novos casos de melanoma”, número que representa 10% de todos os cancros da pele. Os casos são diagnosticados cada vez mais precocemente e com melhor prognóstico, mas o número de casos aumenta anualmente sete a oito por cento, em Portugal e na maioria dos países europeus, adiantou.

POP, 26 AGOSTO 2013

UE aprova Tafinlar® da GSK para tratamento do melanoma

O medicamento Tafinlar® (dabrafenib) da GlaxoSmithKline (GSK) recebeu aprovação das autoridades europeias como monoterapia para o melanoma irresssecável ou metastático em adultos que expressam a mutação do gene BRAF V600E quando detectada através de teste validado, anunciou a farmacêutica no início desta semana, avança o site FirstWord.

Paolo Paoletti, presidente da divisão de oncologia da GSK, disse que a autorização deu-se “menos de cinco anos depois dos nossos testes iniciais”. A decisão da Comissão Europeia baseou-se parcialmente em dados do ensaio de fase final BREAK-3, que testou o Tafinlar® versus dacarbazina em 250 doentes sem tratamento prévio com melanoma irresssecável ou metastático positivo para a mutação do gene BRAF V600E. Os resultados de uma análise posterior ao ensaio, de Junho de 2012, demonstraram que o Tafinlar® reduziu o risco relativo

de progressão da doença ou mortalidade em 63% quando comparado com a dacarbazina. O uso do medicamento da GSK também resultou numa mediana de sobrevida livre de progressão de 6,9 meses versus 2,7 meses com a dacarbazina. Outra análise, de Dezembro de 2012, demonstrou uma sobrevida global de 70% com o Tafinlar® após um ano, comparado com 63% para a dacarbazina.

O inibidor oral da quinase foi aprovado em Maio pela FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) para o tratamento do melanoma avançado, bem como no Canadá e Austrália.

POP, 5 SETEMBRO 2013

Melanoma: identificados alvos terapêuticos

Investigadores americanos identificaram, através de uma tecnologia altamente sensível, sete genes que poderão ser potenciais alvos para o desenvolvimento de novas imunoterapias para o tratamento do melanoma metastático, dá conta um estudo publicado na revista “Clinical Cancer Research”, notícia a alert®.

“Utilizámos a tecnologia NanoString porque é muito robusta, produz resultados quantitativos e extremamente reprodutíveis podendo ainda ser possível construir um perfil de expressão dos antígenos, a partir de uma amostra de tumor muito pequena”, revelou, em comunicado de imprensa, um dos autores do estudo.

O estudo refere que esta tecnologia permite a medição simultânea de vários genes que são expressos em quantidades mais elevadas nas células tumorais, comparativamente com as saudáveis. Os investigadores do Instituto Nacional de Cancro (NCI, siglas em inglês), começaram por

isolar o material genético das amostras tumorais. Utilizaram depois a tecnologia NanoString para medir a quantidade de ARN presente nos tumores, a qual foi comparada com aquela encontrada em amostras provenientes de indivíduos saudáveis. Contrariamente a outro tipo de tecnologia, utilizada para este fim, a NanoString é capaz de detetar e medir o nível da expressão de genes num único passo, o que evita a ocorrência de erros.

A equipa de investigadores desenvolveu ensaios clínicos nos quais está a tratar pacientes com imunoterapia adoptiva. Este tipo de tratamento anticancerígeno envolve o reconhecimento dos alvos específicos presentes nas células tumorais, por parte das células imunes, e a sua posterior eliminação. A identificação correta destes alvos é assim essencial para o sucesso da imunoterapia.

Os investigadores retiraram amostras de melanoma metastático de 59 pacientes e 31 amostras de tecido saudáveis. Através da aplicação da NanoString foi possível identificar 67 genes que eram reconhecidos pelas células imunes como alvos nas células do melanoma. Foram posteriormente seleccionados sete destes genes como candidatos ideais. Estes sete genes eram excessivamente expressos nas células tumorais e estavam ausentes nas células saudáveis, assim a sua utilização acarretaria pouco ou nenhuma toxicidade para os restantes órgãos.

Os investigadores referem que são ainda necessários mais estudos antes de as células imunes serem modificadas de modo a que estes marcadores sejam utilizados em pacientes.

POP, 16 SETEMBRO 2013

Medicamento contra melanoma Yervoy® da BMS prolonga vida dos doentes

A Bristol-Myers Squibb (BMS) anunciou que o seu medicamento Yervoy® (ipilimumab) prolongou a vida de doentes com melanoma metastático ou localmente avançado ou inoperável por até 10 anos.

“Isso reforça a análise conjunta dos dados de sobrevivência a longo prazo visto nos estudos individuais e fornece esclarecimentos adicionais sobre a sobrevida global dos doentes com melanoma metastático tratados com Yervoy®”, disse Brian Daniels, vice-presidente sénior de desenvolvimento global e assuntos médicos da Bristol-Myers Squibb.

No estudo, cujos resultados foram apresentados no Congresso Europeu de Cancro, os investigadores analisaram dados de 1.861 doentes que participaram em 10 ensaios de fase intermédia ou final e dois estudos observacionais. Os dados mostraram que a sobrevida do doente atingiu um patamar inicial de três anos, com acompanhamento estendendo-se até 10 anos para alguns doentes. Aproximadamente 22 por cento dos pacientes permaneceram vivos após três anos, incluindo cerca de 26 por cento de doentes que ainda não tinham passado por tratamento e 20 por cento de doentes tratados anteriormente. O autor do estudo F. Stephen Hodi, descreveu os resultados como “encorajadores, especialmente quando se considera que o melanoma metastático é uma das formas mais agressivas de cancro e historicamente a sobrevivência média foi de apenas seis a nove meses”. Os dados “fornecem um referencial para futuros medicamentos para o melanoma avançado”, acrescentou.

A Bristol-Myers Squibb, está actualmente a investigar o Yervoy® em combinação com o anticorpo monoclonal anti-PD1 nivolumab para o tratamento de melanoma avançado. Em dados de um ensaio divulgados no início deste ano, 82 por cento dos 53 pacientes que receberam a terapia de combinação permaneceram vivos após um ano. O director-geral do intitulo Gustave Roussy, Alexander Eggermont, sugeriu que a adição de fármacos anti-PD1 poderia dobrar ou triplicar as taxas de sobrevivência e tornar o melanoma avançado potencialmente curável para metade dos doentes nos próximos cinco a 10 anos. A Roche e a MSD (Merck & Co. nos EUA e Canadá) estão ambas a desenvolver terapias combinadas semelhantes, embora o analista da JPMorgan Chase Chris Schott tenha sugerido que a Bristol-Myers Squibb está “bem mais à frente”.

O Yervoy® recebeu aprovação da FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) em Março de 2011, como monoterapia para doentes com melanoma irresssecável ou metastático. Analistas prevêem que o fármaco vá acumular 1,1 mil milhões de dólares em vendas este ano e tornar-se o medicamento mais vendido da Bristol-Myers Squibb até 2016.

POP, 1 OUTUBRO 2013

NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS

FDA aprova pedido de aprovação para ibrutinib da Pharmacyclics e J&J

A Pharmacyclics anunciou que a FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) aceitou o seu pedido de aprovação de comercialização de novo fármaco (NDA - New Drug Application) para o ibrutinib,

para duas indicações de malignidades de células B: linfoma da zona do manto, tratado anteriormente, e leucemia linfocítica crónica (LLC) /linfoma linfocítico de pequenas células (LLPC), tratados anteriormente, avança a PRNewswire.

Ibrutinib é o primeiro medicamento concebido para atacar a tirosina quinase de Bruton, proteína essencial para a sobrevivência e proliferação de células da leucemia.

Ibrutinib mata as células B malignas, mas tem pouco efeito sobre as células T saudáveis, ao contrário de outras terapias de LLC. Isto deixa uma parte importante do sistema imune praticamente intacta, permitindo que os doentes permaneçam saudáveis durante o tratamento.

A Johnson & Johnson (J&J) e a Pharmacyclics, que desenvolveram o medicamento em parceria, anunciaram a apresentação do pedido de aprovação para o ibrutinib à FDA em Julho.

POP, 30 AGOSTO 2013

Fármaco contra Linfoma de Hodgkin avança para estudo de fase II



A Sociedade norte-americana de Leucemias e Linfomas (LLS, na sigla em inglês) firmou uma parceria com a Affimed Therapeutics para co-financiar um estudo de fase II com o composto experimental AFM13, um novo anticorpo tetravalente para tratar pacientes com tipos específicos de Linfoma de Hodgkin (tumor que afecta o sistema linfático), avança o PIPOP – Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica, citando o PR Newswire. O AFM13 é um imunoterápico de primeira linha projectado para tratar pacientes que sofrem com Linfoma

de Hodgkin ou doenças malignas positivas para CD30.

Richard Winneker, responsável da área de investigação da LLS, ressalva que, “embora a taxa de cura para o Linfoma de Hodgkin seja elevada em comparação com outros tipos de cancro do sangue, os pacientes refractários e que sofrem recaídas têm poucas opções terapêuticas”. O responsável sublinha também que os actuais tratamentos para estes pacientes envolvem terapias com fármacos citotóxicos e radioterapia, que são provavelmente responsáveis pelo desenvolvimento de tumores secundários e outros efeitos colaterais de longo prazo que ocorrem mais tarde na vida do paciente, motivo pelo qual esta nova terapia pode dar resposta à necessidade crítica de terapêuticas mais seguras e eficazes.

A sociedade mostra-se empenhada em promover o avanço de terapias inovadoras, particularmente para pacientes com necessidades médicas não satisfeitas, e esta nova fórmula de imunoterapia da Affimed tem vindo a assumir-se como uma opção terapêutica promissora para estes doentes. “A parceria entre a Affimed e a LLS é uma validação importante do elevado potencial da nossa plataforma TandAb e reforça a nossa estratégia de desenvolver esta terapia para tumores hematológicos”, disse Adi Hoess, CEO da Affimed. Num estudo de fase I, o AFM13 revelou um bom perfil de segurança, uma vez que foi bem tolerado em todas as doses testadas. Além disso, mostrou sinais claros e significativos de eficácia em alguns pacientes com prognóstico reservado, incluindo doentes que não responderam ao tratamento com o recém-aprovado Adcetris® da Seattle Genetics. O objectivo agora é avançar para um estudo de fase II.

POP, 25 SETEMBRO 2013

CANCRO DIGESTIVO

Bruxelas aprova medicamento da Bayer contra cancro do cólon



O laboratório alemão Bayer anunciou na sexta-feira que recebeu autorização das autoridades europeias para comercializar o medicamento contra o cancro do cólon Stivarga®, avança a AFP.

Este tratamento oral, também conhecido pelo nome de Regorafenib, é indicado para doentes que já tenham sido tratados ou não podem ser tratados com outros medicamentos contra esse tipo de cancro.

Segundo os resultados de um ensaio em fase III, o “Stivarga® aumenta significativamente a sobrevivência de doentes difíceis de tratar”.

A Bayer já tinha recebido a autorização do Japão e EUA para comercializar o Stivarga® para o tratamento de tumores estromais digestivos (GIST).

POP, 2 SETEMBRO 2013

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 sobrevivência global (OS) e na sobrevivência 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, 2 OUTUBRO 2013

CANCRO DA MAMA

UE aprova formulação subcutânea do Herceptin® da Roche

A Roche anunciou no início desta semana que a Comissão Europeia aprovou uma nova formulação subcutânea do Herceptin® (trastuzumab) para o tratamento do cancro da mama HER2 positivo, avança o site FirstWord.

A farmacêutica indicou que esta formulação subcutânea, autorizada nas fases iniciais e finais do tratamento, é administrada em dois a cinco minutos, em vez de 30 a 90 minutos com a formulação intravenosa standart.

A decisão das autoridades reguladoras baseou-se nos resultados do ensaio HannaH, que revelaram que a formulação subcutânea

do Herceptin® foi associada a uma eficácia comparável ao medicamento intravenoso em mulheres com cancro da mama HER2 positivo em fase inicial e resultou em níveis plasmáticos não inferiores de trastuzumab. A Roche referiu que o perfil de segurança em ambos os grupos do ensaio HannaH foi consistente com o observado com o tratamento standart com Herceptin® e quimioterapia e não foram identificados novos sinais de segurança.

O Herceptin®, que vai perder exclusividade de patente no próximo ano, gerou vendas de 3,3 mil milhões de dólares no primeiro semestre deste ano. A versão subcutânea foi desenvolvida com recurso à tecnologia da Halozyme Therapeutics, no âmbito de um acordo estabelecido entre as duas companhias. A Roche avançou que a formulação degrada de forma temporária e reversível, permitindo que o Herceptin® disperse rapidamente e seja absorvido por uma área maior.

POP, 5 SETEMBRO 2013

FDA aprova primeiro genérico da capecitabina para cancro colo-rectal e da mama

A FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) aprovou,



na semana passada, a primeira versão genérica do Xeloda® (capecitabina), comprimido de quimioterapia oral da Roche usado para tratar o cancro do cólon ou recto e cancro da mama, avança o portal Saúde.

A Teva Pharmaceuticals EUA ganhou a aprovação da FDA para comercializar o genérico da capecitabina em 150 e 500 miligramas. A FDA alerta que “é importante o médico certificar-se que o paciente não esteja a tomar medicamentos para diluir o sangue, como a varfa-

rina. A capecitabina pode aumentar o efeito do medicamento, levando a efeitos secundários graves”.

Ainda segundo a FDA, “ a produção de medicamentos genéricos deve passar pelos mesmos padrões de qualidade que medicamentos de referência, portanto, têm o mesmo padrão de qualidade.” De acordo com o Instituto Nacional do Cancro do EUA, estima-se que 1,6 milhões de pessoas foram diagnosticadas com cancro e 580 mil e morreram em decorrência da doença em 2013. Os casos de cancro do cólon e recto chegaram a 142 mil diagnósticos no mesmo ano com 50 mil mortes. Os registos de cancro da mama atingiram 232 mil casos com 39 mil mortes em 2013.

POP, 23 SETEMBRO 2013

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 sobrevivência 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, irresssecável 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.

POP, 1 OUTUBRO 2013

GENÉTICA E IMUNOLOGIA

271 Vacinas actualmente em I&D



Empresas biofarmacêuticas americanas estão actualmente a desenvolver 271 vacinas para prevenir - e, em alguns casos, tratar - um leque enorme de doenças, incluindo doenças infecciosas, várias formas de cancro e doenças neurológicas, de acordo com um novo relatório, avança a PharmaTimes.

Todas as potenciais 271 vacinas estão actualmente em ensaios clínicos em seres humanos ou em análise na FDA, de acordo com o estudo, que foi publicado pela Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA). Os produtos incluem 137 potenciais novas vacinas contra doenças infecciosas, 99 contra o cancro, 15 para as alergias, 10 para doenças neurológicas e 13 outros.

O relatório salienta detalhes de um número de produtos já em desenvolvimento, incluindo:

- Para a malária, uma vacina de irradiação que demonstrou, nos primeiros ensaios clínicos, ser 100% eficaz na prevenção da transmissão da doença de mosquitos infectados para os seres humanos;

- O cancro de colo do útero: *Listeria monocytogenes* (LM) atenuados com base em imunoterapia para o tratamento de mulheres que já têm cancro cervical, como resultado da infecção pelo papilomavírus humano (HPV);

- HIV: uma vacina terapêutica, que tem como alvo as partes de baixo mutantes a partir da proteína p24 do vírus HIV. A vacina é composta por quatro péptidos que são modificadas para aumentar a resposta imune contra as partes conservadas da proteína p24;

- A gripe: um anticorpo (mAb) vacina monoclonal que tem como alvo tanto a pandemia e gripe sazonal grave infecções por vírus;

- O cancro do pâncreas, a combinação de uma vacina à base de *Listeria* que foi manipulada para expressar a associada ao tumor mesotelina antigénio e células de cancro do pâncreas alogénicos que são geneticamente modificados para segregar a imuno-estimulante de granulócitos factor de estimulação de colónias de macrófagos (GM-CSF). A administração sequencial das vacinas em estudos com animais demonstrou melhoria de células T específicas do tumor e as respostas anti-tumorais;

- Cessação do tabagismo: uma de uma nova classe de vacinas específicas induz uma activação imune antígeno-específica para a cessação do tabagismo e prevenção de recaída. A vacina é feita a partir de materiais biocompatíveis e biodegradáveis e é um inteiro de nanopartículas vacina sintética concebida para imitar as

propriedades de agentes patogénicos naturais para induzir uma resposta imune.

O estudo também relata que existem actualmente 204 ensaios clínicos para vacinas activas nos EUA. Incluem 107 que ainda não começaram a recrutar doentes ou que só agora estão à procura de voluntários.

POP, 17 SETEMBRO 2013

Cientistas identificam base genética para principal tipo de leucemia infantil

Uma equipa de pesquisadores norte-americanos identificou uma ligação genética para o risco de desenvolvimento de leucemia linfoblástica aguda, um tipo de tumor que afecta o sangue e que é frequente em idade pediátrica, com maior incidência entre os 2 e os 4 anos de idade, avança o PIPOP - Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica citando o Medical News Today.

O grupo de pesquisa, formado por membros do Centro Oncológico Memorial Sloan-Kettering, da Universidade de Washington, do Hospital de Pesquisa Infantil St. Jude e de outras instituições norte-americanas, publicou as suas descobertas na revista Nature Genetics.

O artigo onde é descrito o estudo indica que os profissionais de saúde descobriram uma ligação genética depois de terem identificado uma mutação em duas famílias não relacionadas entre si, tratadas em diferentes hospitais. A mutação herdada surge associada a um gene conhecido como PAX5, sobre o qual já tinham recaído suspeitas de ligação a alguns tipos de cancro que afetam as células B, tais como a leucemia linfoblástica aguda.

A pesquisa mostra que a mutação interfere com a forma como o gene atua normalmente. Ao estudar os indivíduos com a mutação,

a equipa descobriu que uma das duas cópias do PAX5 não estava presente; em vez disso, cada participante tinha apenas a versão que sofreu a mutação.

Kenneth Offit, um dos autores do estudo, do Memorial Sloan-Kettering, disse que a descoberta pode ajudar as famílias afetadas a impedirem o desenvolvimento da leucemia nas gerações futuras.

Embora os resultados do estudo tenham identificado uma base genética para este tipo de leucemia na infância, os investigadores sublinham a necessidade de descobrir agora a percentagem de pacientes que têm uma mutação PAX5.

POP, 17 SETEMBRO 2013

Subtipos de cancro: uma nova forma de os identificar

Investigadores americanos propõem uma nova abordagem para identificar os subtipos de cancros, baseando-se na forma como as mutações afetam os sistemas ou redes genéticas partilhadas e não nas mutações singulares que afectam cada indivíduo, dá conta um estudo publicado na "Nature Methods".

Os tumores quase nunca partilham exactamente as mesmas mutações, um facto que tem confundido a comunidade científica no sentido de obter uma melhor categorização dos tipos de cancro e desenvolver tratamentos mais eficazes e específicos.

"A determinação dos subtipos de cancro é o passo principal da medicina personalizada. Com base nos dados do paciente estes são agrupados em subtipos, com tratamentos associados. Por exemplo um subtipo de cancro é conhecido por responder bem a um fármaco A, mas não ao B. Sem este tipo de distinção, os pacientes parecem iguais e não se tem a ideia de como tratá-los de uma forma diferenciada", revelou, em comunicado de imprensa, o principal autor do estudo, Trey Ideker.

Os avanços recentes realizados ao nível do conhecimento e da tecnologia fizeram com que fosse mais fácil e menos dispendiosa a sequenciação individual dos genomas, especialmente no tratamento do cancro, que é essencialmente uma doença genética. "Contudo, os genes são muito heterogéneos. É esta combinação, influenciada também por outros fatores, que faz com os genes mutados causem doenças como o cancro. Cada paciente oncológico é geneticamente único, o que pode afetar a eficácia e resultados dos tratamentos", explicou investigador.

Os autores do estudo referem que os pacientes são geneticamente todos diferentes. Contudo, quando se analisam as vias e sistemas biológicos afectados, começam a ser possível formar grupos. Os genes não sofrem mutações nos mesmos locais, mas as mutações aparecem nas mesmas vias genéticas.

Neste estudo, os investigadores da Universidade da Califórnia, nos EUA, analisaram as mutações somáticas, presentes apenas nos tumores, de pacientes com cancro do pulmão, útero e ovário.

Através deste tipo de programa, financiado pelo National Institutes of Health, nos EUA, foi possível catalogar o genoma de milhares de pacientes com cancro. De acordo com Trey Ideker, este tipo de abordagem tem uma utilidade clínica imediata. A sequenciação do genoma dos pacientes está a tornar-se uma prática rotineira de diagnóstico. Assim, os médicos podem utilizar este tipo de informação para adequar, refinar e melhorar os tratamentos, conseguindo desta forma personalizá-los.

POP, 18 SETEMBRO 2013

CANCRO UROLÓGICO

Nova terapêutica celular para o cancro da próstata aprovada na EU

Os reguladores na Europa que deram a luz verde para o tratamento do cancro da próstata Provenge® da empresa dos EUA Dendreon Corp, avança o PharmaTimes.



A Comissão Europeia concedeu autorização de comercialização para Provenge (sipuleucel-T) para o tratamento em adultos do cancro da próstata metastático resistente à castração assintomáticos ou minimamente sintomáticos, nos quais a quimioterapia ainda não está clinicamente indicado. Estará disponível em todos os 28 países da União Europeia, assim como na Noruega, Islândia e Liechtenstein.

Aprovado pela Food and Drug Administration, em abril de 2010, Provenge é uma imunoterapia celular autóloga, em que cada dose é fabricada através da obtenção de células do sistema imunológico do doente que depois são expostas a uma proteína encontrada na maioria dos cancros da próstata. Após este processo, as células são devolvidas ao doente para tratar o cancro.

Alguns observadores previram que Provenge seria um sucesso, que chegaria à casa dos bilhões em vendas, mas isso não aconteceu. Tem competido com tratamentos mais convencionais, que chegaram posteriormente ao mercado e, não menos importante, por causa de seu alto preço.

Em agosto, Dendreon afirmou que as vendas do Provenge deste ano não seriam superiores a 2012, mas agora estará na esperança de que médicos e doentes europeus estarão

mais abertos ao uso da imunoterapia. O CEO John Johnson disse que a autorização de comercialização na União Europeia “representa uma importante conquista para a Dendreon”.

POP, 18 SETEMBRO 2013

CANCRO DE CABEÇA E PESÇOÇO

1.ª Semana Europeia do Cancro de Cabeça e Pesçoço

Diagnóstico precoce dá o mote a campanha europeia, que se inicia a 23 de setembro, sobre cancro de cabeça e pesçoço, avança o Portal da Saúde.



Associação Europeia de Especialistas em Cancro de Cabeça e Pesçoço
(23-27 Setembro de 2013)

“1 sintoma durante 3 semanas” é o mote de uma campanha europeia, levada a cabo pelo Grupo de Estudos de Cancro da Cabeça e Pesçoço e pela Sociedade Europeia de Cabeça e Pesçoço (EHNS - European Head and Neck Society), que decorre entre 23 e 27 de Setembro. A iniciativa enfatiza, desta maneira, que ter atenção aos sintomas de cancro de cabeça e pesçoço pode salvar vidas.

A campanha é organizada em Portugal, Espanha, Itália, Alemanha, França, Inglaterra, Polónia, Turquia, Dinamarca, Finlândia e Holanda.

De acordo com o Grupo de Estudos de Cancro da Cabeça e Pesçoço, os sintomas são variados e podem passar por rouquidão persistente, dor de garganta, úlceras ou manchas na boca, dificuldade em engolir, entre outros. Em caso de persistência dos sintomas, as pessoas deverão consultar o seu médico ou médico dentista, a fim de realizar o rastreio.

Em Portugal, a campanha engloba as seguintes acções:

- Colocação de cartazes em centros de saúde e hospitais;

- Organização de um “Dia Aberto”, a 25 de setembro, em vários hospitais, com o objetivo de realizar o diagnóstico precoce;
- Campanha de rua, com a distribuição de informação sobre a doença;
- Sessões de esclarecimento em escolas secundárias;
- Realização de um vídeo sobre a doença destinado aos jovens.

A campanha tem o apoio da Sociedade Europeia do Cancro de Cabeça e Pesçoço, Ordem dos Médicos Dentistas, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Pulmonale, Sociedade Portuguesa de Oncologia, Sociedade Portuguesa de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética, entre outras entidades.

POP, 18 SETEMBRO 2013

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 desequilí-

brios 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, 2 OUTUBRO 2013

OUTRAS NEOPLASIAS

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 fumadores, 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 da 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 objetiva , 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 sobrevida 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.

POP, 1 OUTUBRO 2013

Descoberta proteína que contribui para agressividade do Sarcoma de Ewing

Uma investigação realizada em Espanha identificou um processo fundamental que contribui para a agressividade e resistência do sarcoma de Ewing (tumor que afecta os ossos e músculos, sobretudo em idade pediátrica), avança o PIPOP – Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica.

Os cientistas do Instituto de Pesquisa Biomédica Bellvitge (IDIBELL), em Barcelona, dizem ter identificado um mecanismo que potencia a formação de novos vasos sanguíneos, contribuindo para o crescimento das células tumorais do sarcoma de Ewing.

A pesquisa, realizada em colaboração com o Hospital Vall d’Hebron, Hospital Universitário de Salamanca e com o Hospital San Joan de Deu de Barcelona, conclui que na origem da agressividade deste tumor está a acção da proteína caveolina-1, que impulsiona a formação de tumores de maior dimensão e a produção de novos vasos sanguíneos essenciais ao seu crescimento.

Os cientistas descobriram que, ao desactivar a caveolina-1, é possível inibir o crescimento dos vasos sanguíneos que rodeiam as células tumorais do Sarcoma; no entanto, a localização deste tipo de tumor torna o seu acesso restrito, pelo que a ideia será, no futuro, criar uma terapia dirigida a uma outra proteína, a EphA2, que interage com a caveolina-1, a fim de combater o tumor.

Oscar Martinez-Tirado, líder principal do estudo, defende, num artigo publicado na PLoS ONE, que a descoberta irá contribuir para criar novas terapias eficazes contra este tumor.

POP, 28 AGOSTO 2013



Ensaios clínicos fase III e IV – Informação

Nesta secção publicamos os estudos de Ensaios clínicos ativos, em Fase III e IV, por patologias oncológicas.

PANCREATIC CANCER

■ Relationship Between Platinum Levels in the Blood and Neurotoxicity in Patients Who Are Receiving Oxaliplatin for Gastrointestinal Cancer

PHASE: Phase IV
TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Supportive care, Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: CDR0000454401, GERCOR-TAUROX, SANOFI-GERCOR-TAUROX, EU-20573, NCT00274885

■ Comparing Covered Self-expandable Metallic Stent (SEMS) Above/Across the Sphincter of Oddi

PHASE: Phase IV
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: RaMM-BO 2.0, NCT01041612

■ A Study Of The Efficacy And Safety Of Sunitinib In Patients With Advanced Well-Differentiated Pancreatic Neuroendocrine Tumors

PHASE: Phase IV
TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: Pharmaceutical / Industry
PROTOCOL IDS: A6181202, NCT01525550

■ Preoperative Biliary Drainage in Resectable Pancreatic or Periampullary Cancer

PHASE: Phase IV
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: Pharmaceutical / Industry
PROTOCOL IDS: CDM00047339, E7059, NCT01774019

■ Neoadjuvant GTX With Chemoradiation for Pancreatic Cancer (Stage II/III).

PHASE: Phase III, Phase II
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: AAAD6491, NCT01065870

■ Neoadjuvant Chemoradiation in Patients With Borderline Resectable Pancreatic Cancer

PHASE: Phase III, Phase II
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 to 75
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: BorderlinePancreas, NCT01458717

■ Mirtazapine Plus Gemcitabine Versus Gemcitabine in Metastatic Pancreatic Cancer

PHASE: Phase III, Phase II
TYPE: Supportive care, Treatment
STATUS: Active
AGE: Not specified
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: TJ20111123, NCT01598584

■ Endoscopic Biliary Radiofrequency Ablation of Malignant Distal Common Bile Duct Strictures

PHASE: Phase III, Phase II
TYPE: Supportive care, Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: CRE 2012.153, NCT01721174

■ Phase III Randomized Study of Chemoimmunotherapy Comprising Gemcitabine Hydrochloride and Capecitabine With or Without Telomerase Peptide Vaccine GV1001 in Patients With Locally Advanced or Metastatic Pancreatic Cancer.

Note: The information about this trial has not been updated by the sponsor/principal investigator/lead organization. Cancer.gov cannot verify the accuracy of the information.

PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: Over 18
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: CRUK-TELOVAC-V4, EUDRACT-2006-000461-10, EU-20683, ISRCTN43482138, NCT00425360, TELOVAC

■ Phase III Trial of Gemcitabine, Curcumin and Celebrex in Patients With Advance or Inoperable Pancreatic Cancer

PHASE: Phase III
TYPE: Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: TASMC-07-NA-132-CTIL, NCT00486460

■ Gemcitabine With or Without Sorafenib in Treating Patients With Locally Advanced or Metastatic Pancreatic Cancer

PHASE: Phase III
TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment
STATUS: Active
AGE: 18 and over
SPONSOR: Other
PROTOCOL IDS: CDR0000564099, IPC-BAYPAN, INCA-RECF0426, IPC-2005-006, BAYPAN, NCT00541021

■ *Hyperthermia European Adjuvant Trial*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 to 75

SPONSOR: Other

PROTOCOL IDS: **115-09**, 2008-004802-14, AIO-PAK-0111, NCT01077427

■ *The ARTERY FIRST Approach for Resection of Pancreatic Head Cancer*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Other

PROTOCOL IDS: **NNR-7**, NCT01332773

■ *Comparing Parenteral Nutrition vs Best Supportive Nutritional Care in Patients With Pancreatic Cancer*

PHASE: Phase III

TYPE: Supportive care, Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Other

PROTOCOL IDS: **NCT-2008-11-03-1018**, 60516908, NCT01362582

■ *Trial Comparing Adjuvant Chemotherapy With Gemcitabine Versus mFolfirinox to Treat Resected Pancreatic Adenocarcinoma*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 to 79

SPONSOR: Other

PROTOCOL IDS: **Prodige 24 / Accord 24**, NCT01526135

■ *A Study to See if hENT1 Testing on Tumour Tissue Can Predict Response to Treatment With Gemcitabine Chemotherapy and if a Different Chemotherapy Called FOLFOX is Better Than Gemcitabine in Metastatic Pancreas Cancer*

PHASE: Phase III

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Other

PROTOCOL IDS: **Panc001**, NCT01586611

■ *Nonstented Stump-closed vs Duct-to-Mucosa Pancreaticojejunostomy After Pancreaticoduodenectomy*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 to 80

SPONSOR: Other

PROTOCOL IDS: **PCI001**, NCT01731821

■ *Clinical Trial Testing TH-302 in Combination With Gemcitabine in Previously Untreated Subjects With Metastatic or Locally Advanced Unresectable Pancreatic Adenocarcinoma*

PHASE: Phase III

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Pharmaceutical / Industry

PROTOCOL IDS: **EMR 200592-001**, 2012-002957-42, NCT01746979

■ *Prevention of Oxaliplatin-induced Neuropathic Pain by a Specific Diet*

PHASE: Phase III

TYPE: Supportive care, Treatment

STATUS: Approved-not yet active

AGE: 18 to 70

SPONSOR: Other

PROTOCOL IDS: **CHU-0137**, 2011-A00911-40, NCT01775449

■ *Pancreatic Carcinoma: Chemoradiation Compared With Chemotherapy Alone After Induction Chemotherapy*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Active

AGE: 18 and over

SPONSOR: Other

PROTOCOL IDS: **2009-014476-21**, NCT01827553

■ *Immunotherapy Study in Borderline Resectable or Locally Advanced Unresectable Pancreatic Cancer*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

STATUS: Active

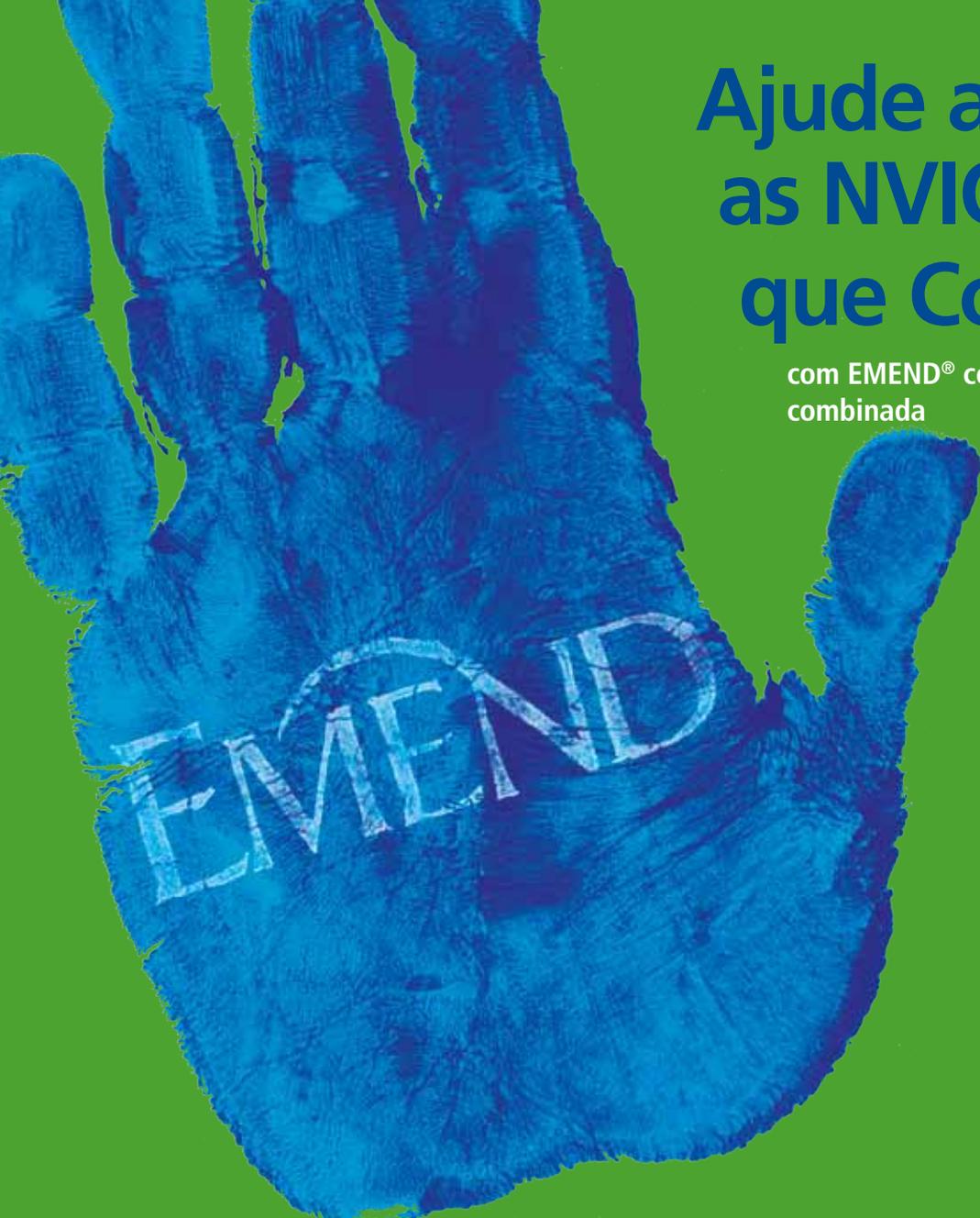
AGE: 18 and over

SPONSOR: Pharmaceutical / Industry

PROTOCOL IDS: **NLG0505**, 1210-1195, NCT01836432

Ajude a Evitar as NVIQ* Antes que Comecem

com EMEND® como parte de uma terapêutica combinada



* NVIQ = náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia

Denominação do medicamento EMEND 125mg/80mg cápsulas; IEMEND 115mg pó para solução para perfusão. **Forma farmacêutica e Composição** Cápsulas de 125 e 80mg de aprepitant; pó para solução para perfusão contendo 115mg de fosaprepitant. **Indicações terapêuticas** Prevenção de náusea e vômito agudos e tardios associados a quimioterapia antineoplásica altamente emetizante baseada em cisplatina e prevenção de náusea e vômito associados a quimioterapia antineoplásica (NVIQ) moderadamente emetizante. **Posologia e modo de administração** EMEND é administrado durante 3 dias como parte de um esquema terapêutico que inclui corticosteróide e antagonista 5-HT3. A dose recomendada de EMEND é de 125mg, por via oral no Dia 1 e de 80 mg, administrados uma vez por dia, nos Dias 2 e 3. IEMEND (115mg), administrado em perfusão IV durante 15 minutos, pode substituir o aprepitant (125mg) antes da quimioterapia apenas no Dia 1 do regime para NVIQ. **Contra-indicações** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. EMEND e IEMEND não podem ser co-administrados com pimozida, terfenadina, astemizole ou cisaprida. A inibição da CYP3A4 pelo aprepitant pode resultar num aumento das concentrações plasmáticas destes medicamentos, podendo causar reacções graves ou ameaçadoras da vida. **Efeitos indesejáveis** - As reacções adversas mais frequentemente notificadas, foram: soluços (4,6%), astenia/fadiga (2,9%), ele-vação da ALT (2,8%), obstipação (2,2%), cefaleias (2,2%) e anorexia (2,0%). Outras reacções adversas frequentes num estudo de bioequivalência com fosaprepitant por via intravenosa: endurecimento e dor no local de perfusão. **Advertências e precauções especiais de utilização** Precaução na coadministração com medicamentos que são metabolizados principalmente pelo CYP3A4 e com índice terapêutico estreito, como ciclosporina, tacrolimus, sirolimus, everolimus, alfentanil, diergotamina, ergotamina, fentanil, e quinidina. Aprepitant pode aumentar as concentrações plasmáticas dos medicamentos metabolizados via CYP3A4. A co-administração de EMEND com varfarina pode resultar numa diminuição clinicamente significativa do Rácio Norma-lizado Internacional (INR) do tempo de protrombina. Nos doentes com varfarina, o INR deverá ser cuidadosamente monitorizado durante o tratamento com aprepitant e nas 2 semanas após cada ciclo de 3 dias para NVIQ. A eficácia dos contraceptivos hormonais pode estar diminuída durante a administração oral de aprepitant e nos 28 dias seguintes. **Interações medicamentosas e outras formas de interacção** A dose habitual de dexametasona oral deverá ser reduzida em aproximadamente 50% quando co-administrada com

o regime de 125mg/80mg de EMEND. A dose habitual de metilprednisolona administrada deverá ser reduzida em aproximadamente 25% por via IV, e em aproximadamente 50%, por via oral quando co-administrada com o regime de 125mg/80mg de EMEND.

Antes de prescrever, consulte o Resumo das Características do Medicamento completo disponibilizado pelo fabricante.

Para mais informações deverá contactar o titular da Autorização de Introdução no Mercado. Medicamento Sujeito a Receita Médica.



MSD ONCOLOGIA

www.msd.pt
www.univadis.pt
Quinta da Fonte, 19 - Edifício Vasco da Gama, 2770-192 Paço de Arcos
NIPC 500 191 360

Copyright © 2009 MSD Regional Business Support Center GmbH. Todos os direitos reservados.
06-12-EMD-2010-EMEAC-12073-J Nov-2012 EMD-2010-PT-2753-J

Linha Verde MSD
800 20 25 20

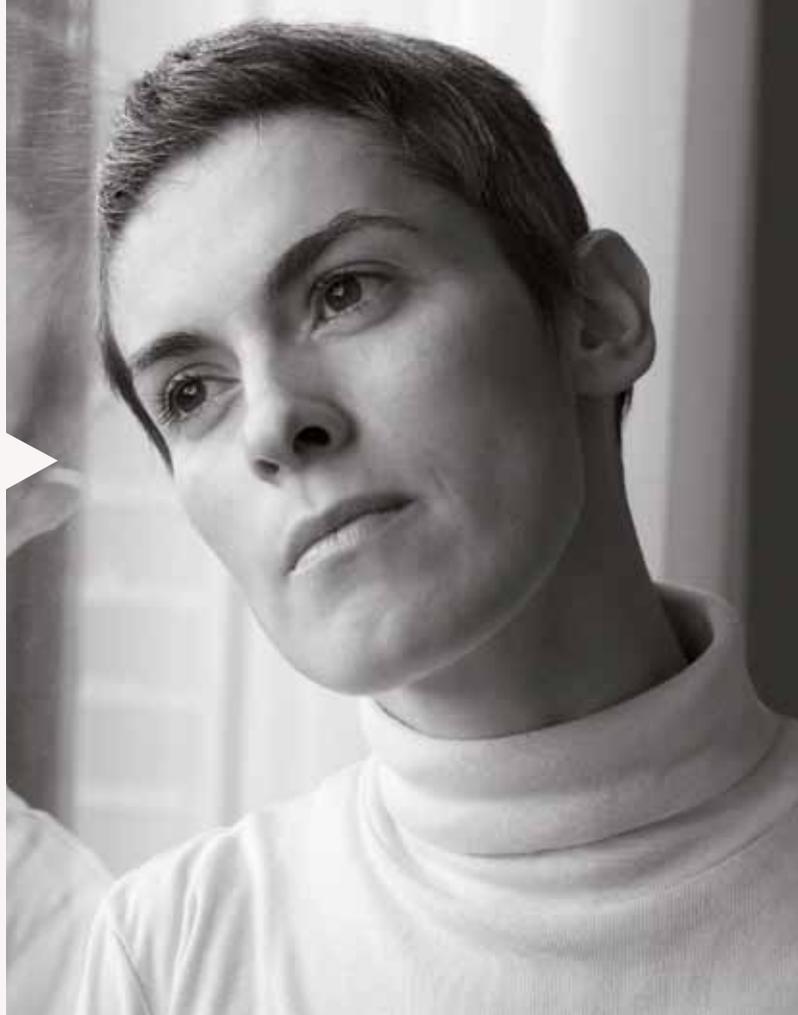
EMEND®
(aprepitant, MSD)

IEMEND®
(fosaprepitant dimeglumina, MSD)

Prevenção 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