

# ONCO. NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

## 22

ANO VI · NOV-FEV 2013

### **AVALIAÇÃO DO SÍNDROME MÃO-PÉ NA UTILIZAÇÃO DA CAPECITABINA NO TRATAMENTO DAS DOENTES COM CANCRO DA MAMA AVANÇADO**

Estudo prospectivo não-interventivo realizado num período de 3 meses com 40 mulheres com cancro da mama metastizado que iniciaram tratamento paliativo com capecitabina. Avaliou-se a reacção de síndrome mão-pé nas doentes (HFSR) e a sua interferência na QoL destas e de um familiar representativo.

### **A PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE OS PADRÕES DE DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Estudo quantitativo, de carácter exploratório-descritivo, com o objectivo de definir o perfil do doente submetido a TMO e identificar o padrão de cuidados em uso no Serviço de Transplantação de Medula Óssea (STMO), documentado pelos enfermeiros.

### **O ADOLESCENTE COM CANCRO EM FASE TERMINAL E A AUTONOMIA PESSOAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

Estudo de revisão sistemática da literatura, recorrendo à metassíntese e utilizando a metodologia PICO, analisando a problemática da percepção de morte como uma experiência eminentemente individual.

### **ADMINISTRAÇÃO SC DE BORTEZOMIB: UMA NOVA REALIDADE NO TRATAMENTO DE DOENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO**

Artigo de actualização que pretende dar a conhecer a experiência da Unidade Clínica Autónoma de Oncologia do Hospital Fernando da Fonseca, EPE, sobre a administração SC do Bortezomid, tendo os resultados obtidos demonstrado uma similaridade com a actual literatura.

### **COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA: COMO COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS?**

Artigo de revisão sobre a necessidade da existência de linhas orientadoras ou protocolos de actuação para a comunicação das más notícias, no sentido de tornar uniforme um procedimento difícil, numa área tão sensível como é a Oncologia.



Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa



**XELODA®  
É DOMINANTE:  
GANHAR VIDA  
COM QUALIDADE,  
REDUZINDO CUSTOS<sup>4</sup>**

câncer do cólon estadios III



**XELODA®  
É EFICIENTE:  
POUPAR CUSTOS,  
PARA INVESTIR  
MELHOR<sup>1,5</sup>**

câncer gástrico avançado, cancro colo-rectal



**XELODA®  
É CUSTO-EFFECTIVO:  
INVESTIR POUCO,  
PARA GANHAR VIDA<sup>3</sup>**

câncer da mama

**VIVER MAIS<sup>(3,4)</sup> CUSTA MENOS<sup>(1,4,5)</sup>**

câncer mama e cancro cólon estadios III

câncer colo-rectal e cancro gástrico



**Xeloda 150 mg comprimidos revestidos por película. Xeloda 500 mg comprimidos revestidos por película.** Cada comprimido contém 150 mg ou 500 mg de capecitabina. **Excipientes:** lactose anidra, croscarmellose sódica, hipromelose, celulose microcristalina, estearato de magnésio, hipromelose, dióxido de titânio (E171), óxido de ferro amarelo e vermelho (E172), talco. **Indicações terapêuticas:** a) Tratamento adjuvante, após cirurgia, dos doentes com cancro do cólon estadios III (estadios Dukes C). b) Tratamento do cancro colorrectal metastático. c) Tratamento de primeira linha do cancro gástrico avançado, em associação com um regime baseado em platina. d) Em combinação com o docetaxel é indicado no tratamento de doentes com cancro da mama localmente avançado ou metastático, após falha da quimioterapia citotóxica. A quimioterapia anterior deverá ter incluído uma antraciclina. Em monoterapia, no tratamento de doentes com CM localmente avançado ou metastático, após falha de um regime de quimioterapia contendo taxanos e uma antraciclina ou para quem não esteja indicada terapêutica adicional com a **Fluoxocina e modo de administração:** Só deverá ser prescrito por um médico qualificado e com experiência na utilização de fármacos antineoplásicos. Os comprimidos devem ser deglutidos com água, nos 30 minutos que se seguem a uma refeição. O tratamento deve ser descontinuado caso se observe progressão da doença ou se a toxicidade for considerada intolerável. **Câncer do cólon, cancro colorrectal e cancro da mama, em monoterapia:** 1250 mg/m<sup>2</sup>, duas vezes por dia durante 14 dias, seguida de um período de descanso de 7 dias. O tratamento adjuvante em doentes com cancro do cólon estadios III é recomendado para um total de 6 meses. **Câncer da mama, em associação:** 1250 mg/m<sup>2</sup> duas vezes por dia durante 14 dias, seguida de um período de descanso de 7 dias, associado com docetaxel a 75 mg/m<sup>2</sup> administrado em perfusão intravenosa com uma duração de 1 hora, de 3 em 3 semanas. Deve iniciar-se um pré-tratamento com um corticoide oral, como a dexametasona, antes da administração do docetaxel. **Câncer colorrectal e cancro gástrico, em associação:** 800-1000 mg/m<sup>2</sup>, duas vezes por dia, durante 14 dias seguida de um período de descanso de 7 dias, ou 625 mg/m<sup>2</sup> duas vezes por dia, continuamente. Consultar RCM para cálculos das doses padrão e reduzidas, para modificações da dose durante o tratamento devido a toxicidade e em populações especiais. **Contra-indicações:** História clínica de reações graves ou inesperadas à terapêutica com fluoropirimidinas. Hipersensibilidade ao medicamento ou ao fluorouracilo. Deficiência conhecida da dihidropirimidina desidrogenase (DPD). Gravidez e lactação. Leucopenia, neutropenia ou trombocitopenia graves. Compromisso renal grave (deuração da creatinina inferior a 30 ml/min). Tratamento com sorivudina ou os seus análogos, quimicamente relacionados, como a brivudina. Se existirem contra-indicações para qualquer fármaco no regime em associação, esse fármaco não deve ser utilizado. **Advertências:** Os efeitos tóxicos limitantes da dose incluem diarreia, dor abdominal, náuseas, estomatite e síndrome mão-pé (reação cutânea mão-pé) (reação cutânea mão-pé, entorpidos/palmar-plantar). Os doentes com episódios graves de diarreia devem ser monitorizados. A desidratação deverá ser prevenida ou corrigida quando do seu aparecimento. Os doentes com anorexia, astenia, náuseas, vômitos ou diarreia podem ficar rapidamente desidratados. Se ocorrer síndrome da mão-pé, de Grau 2 ou 3, deve interromper-se a administração até à diminuição da sua intensidade para o Grau 1. Após a ocorrência de síndrome da mão-pé de Grau 3, as doses subsequentes devem ser diminuídas. Quando cisplatina é utilizada em associação, não é aconselhável a utilização de vitamina B6 para o tratamento sintomático ou profilático secundário do síndrome da mão-pé. Deve ter-se cuidado nos doentes com: antecedentes de doença cardíaca, arritmias ou angina de peito; hipo ou hipercalemia pré-existente, doença do sistema nervoso central ou periférico, por ex. metástases cerebrais ou neuropatia; diabetes mellitus ou alterações electrolíticas. Os doentes tratados concomitantemente com anticoagulantes derivados da cumarina devem ser monitorizados quanto à resposta anticoagulante e a dose do anticoagulante deve ser ajustada em conformidade. A utilização deverá ser monitorizada em doentes com disfunção hepática ligeira a moderada, podendo levar à interrupção do tratamento. A incidência de reações adversas, de grau 3 ou 4, é maior em doentes com compromisso renal moderado. Contém lactose anidra, não devendo ser administrado a doentes que apresentem problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência em lactase de Lapp ou má absorção da glucose-galactose. **Interações:** Anticoagulantes derivados da cumarina (p. ex. varfarina e fenprocumol). Fenitoína. Ácido fólico. Sorivudina e seus análogos quimicamente relacionados, como a brivudina. Anticídios, incluindo hidróxido de alumínio e hidróxido de magnésio. Alopurinol. Interferão alfa. Radioterapia. A administração com alimentos diminui a velocidade de absorção da capecitabina. **Efeitos indesejáveis:** **Reações adversas (RAS) mais frequentes:** doenças gastrointestinais (especialmente diarreia, náuseas, vômitos, dor abdominal, estomatite), entorpidos/palmo-plantar, fadiga, astenia, anorexia, cardiotoxicidade, agravamento da disfunção renal em doentes com compromisso pré-existente da função renal, e trombose/embolia. Neutropenia, leucopenia, anemia, febre neutropénica, trombocitopenia, diminuição do apetite, alterações do paladar, parestesia e disestesia, neuropatia periférica, neuropatia sensitiva periférica, disgeusia, cefaleia, aumento do lacrimejo, edema dos membros inferiores, hipertensão arterial, embolia e trombose, farnigite, disestesia da faringe, obstrução, dispênea, atópicia, alterações ungueais, mialgia, artralgia, dores nas extremidades, parestesia, fraqueza, letargia, intolerância a temperatura. **RAS graves e/ou potencialmente fatais ou consideradas medicamente relevantes:** Septicemia, infecção do tracto urinário, celulite, tonsilite, farnigite, candidíase oral, gripe, gastroenterite, infecção fúngica, infecção, abscesso dentário, lipoma, neutropenia febril, pancitopenia, granulocitopenia, trombocitopenia, leucopenia, anemia hemolítica, relação normalizada internacional (INR) aumentada/tempo de protrombina prolongado, hipersensibilidade, diabetes, hipocalcemia, alteração do apetite, má nutrição, hipertiglicidemia, estado de confusão, ataques de pânico, humor depressivo, libido diminuída, afasia, alterações na memória, ataxia, síncope, perturbação do equilíbrio, alteração sensorial, neuropatia periférica, acuidade visual diminuída, diplopia, vertigens, dor de ouvidos, angina instável, angina de peito, isquémia do miocárdio, fibrilhação auricular, arritmia, taquicardia, taquicardia sinusal, palpitações, trombose venosa profunda, hipertensão, petéquias, hipotensão, rubor, alívio periférico, embolia pulmonar, pneumotorax, hemoptise, asma, dispneia de esforço, obstrução intestinal, ascite, enterite, gastrite, disfaça, dor abdominal baixa, esofagite, desconforto abdominal, afecção de refluxo gastroesofágico, colite, sangue nas fezes, icterícia, úlcera cutânea, erupção cutânea, urticária, reacção de fotossensibilidade, eritema palmar, cara inchada, púrpura, tumefacção articular, dor óssea, dor facial, rigidez musculoesquelética, fraqueza muscular, hidronefrose, incontinência urinária, hematúria, nictúria, creatinemia aumentada, hemorragia vaginal, edema, arrepios, estado gripal, arrepios, aumento da temperatura corporal, bolha, sobredosagem. Estenose do canal lacrimal, insuficiência hepática e hepatelectomia. **Populações especiais – consultar RCM.**  
**Data da revisão do texto:** Março de 2010. **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Representado em Portugal por Roche Farmacêutica Química, Lda., Estrada Nacional 249-1, 2720-413 Amadora. NC 500233810. Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda.**

1 Macedo, A. et al., "Avaliação Económica da utilização de capecitabina como tratamento de primeira linha em doentes com carcinoma gástrico avançado em Portugal", Acta Médica Portuguesa, 2009, 22:827-832. 3 Priol et al. Cost-effectiveness analysis of capecitabine in combination with docetaxel in comparison to docetaxel monotherapy in advanced or metastatic breast cancer in France. Bull Cancer. 2005 Sep;92(9):809-16. 4 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) - Capecitabine and oxaliplatin in the adjuvant treatment of stage III (Dukes' C) colon cancer. Technology Appraisal 100. Issue date: April 2006; Review date: June 2009; 5 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) – Guidance on the use of capecitabine and tegafur with uracil for metastatic colorectal cancer. Technology Appraisal 61. May 2003



Roche Farmacêutica Química, Lda.  
Estrada Nacional 249, 1 - 2720-413 Amadora  
Telf.: 214 257 000 - Fax: 214 186 677  
Nº. Contribuinte: 500 233 810  
www.roche.pt



Os doentes estão no centro  
de tudo o que fazemos

**Xeloda®**  
capecitabina

Simplifica o tratamento com a mesma eficácia do 5FU\*.  
\*CCR e C Gástrico





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

Toda a informação sobre a revista poderá ser encontrada em [www.aeop.net](http://www.aeop.net).

#### INDEXANTES:



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



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

#### MEMBRO



#### PARCERIA



## ÍNDICE

### 03 EDITORIAL

Mónica Castro, Coordenadora da Revista

### 05 ENTREVISTA COM...

Enfermeira Elisabete Valério, Enfermeira Coordenadora da Clínica de Mama do Instituto Português Oncologia, Porto

## ARTIGOS

### 08 AVALIAÇÃO DO SÍNDROME MÃO-PÉ NA UTILIZAÇÃO DA CAPECITABINA NO TRATAMENTO DAS DOENTES COM CANCRO DA MAMA AVANÇADO

Freitas J, Meneses C, Rocha A, Silva I, Valério E

### 16 A PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE OS PADRÕES DE DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Cristina Rodrigues, Cristina Pinto, Filipe Pereira

### 23 O ADOLESCENTE COM CANCRO EM FASE TERMINAL E A AUTONOMIA PESSOAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Maria Leonor Fragoso Nobre, José Carlos Amado Martins, Rui Nunes

### 32 ADMINISTRAÇÃO SUBCUTÂNEA DE BORTEZOMIB: UMA NOVA REALIDADE NO TRATAMENTO DE DOENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO

Rui Santos

### 37 COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA: COMO COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS?

Dídia Catarina Mota Cardoso, Cátia Mota Cardoso

## INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

- 42 REUNIÃO NACIONAL AEOP6 • APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS NA AEOP6 • SOCIAL SUPPORT SARCOMA • ENCONTROS DA PRIMAVERA - ONCOLOGIA 2013 • NVIQ PROJECTO EDUCACIONAL • NOVA PLATAFORMA WEB DA AEOP • WORKGROUPS: Mudança de organização • ASSEMBLEIA-GERAL DA AEOP

## DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

### 44 NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO

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

### 53 ENSAIOS CLÍNICOS FASE III E IV

# 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 Hospital  
*castrm3@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 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  
Professor Doutor na Escola Superior de Enfermagem do Porto  
*paulomarques@esenf.pt*

### COORDENADORES DOS WORKGROUPS

- **EDUCAÇÃO EM ONCOLOGIA:** Ana Paula Figueiredo, MsC, RN - *anapaulafig.lo@gmail.com*
- **DOENTE COM CANCRO CABEÇA E PESCOÇO:** Pedro Cardoso, RN - *pedromadal@gmail.com*
- **DOENTE COM CANCRO DIGESTIVO:** Ana Paula Moreira, RN - *ana.paula.moreira@sapo.pt*
- **DOENTE COM CANCRO MAMA:** Elisabete Valério, MsC, RN - *evalerio@ipporto.min-saude.pt*
- **DOENTE COM CANCRO PULMÃO:** Esmeralda Barreira, MsC, RN - *merbarreira@gmail.com*
- **DOENTE COM CANCRO UROLÓGICO:** José Fernando Silva, RN - *silvaiff@gmail.com*
- **DOENTE COM SARCOMA:** Rui Santos, RN - *rmrgs60@gmail.com*
- **DOENTE HEMATO-ONCOLÓGICO:** Rosa Romão, RN - *rosacromao@gmail.com*
- **DOENTE COM DOR:** Lúcia Almeida, RN - *luciaalmeida45@gmail.com*

### DESIGN E COMPOSIÇÃO GRÁFICA

Medesign, Lda

### PERIODICIDADE

Quadrimestral

### IMPRESSÃO

Universal 3

### TIRAGEM

600 exemplares

### DEPÓSITO-LEGAL

262108/08

**P**ela primeira vez a Onco.News passou a ser uma revista totalmente digital e como tal a ser enviada aos membros da AEOP por e-mail. Na decisão da direcção ponderaram-se vários factores, mas gostaríamos que os leitores da revista pudessem transmitir a sua opinião. Estamos abertos a sugestões e críticas para que o apoio que esperamos prestar à Enfermagem Oncológica possa continuar a manter os níveis de qualidade que merecemos. Desde a primeira edição desta revista que o principal objectivo tem sido sempre inovar, transmitindo informações actualizadas do que se está a implementar no momento, influenciando assim o desenvolvimento da Enfermagem Oncológica. Ao mesmo tempo, existiu também a preocupação em adaptar-se às novas exigências e solicitações, tornando o acesso mais simples e intuitivo para quem consulta a revista. O nosso trabalho de inovação não termina aqui e esperamos poder ainda surpreender os nossos leitores ao longo dos próximos números, contando para isso obviamente com a vossa contribuição através de artigos, produção de mais Linhas de Consenso ou participação nos diferentes projectos que se vão realizando ao longo do ano.

Um exemplo de como a entrega a um novo projecto pode mudar a forma como vivenciamos e fazemos os outros vivenciar a Enfermagem Oncológica pode ser lida na entrevista com a Enfermeira Elizabete Valério da Clínica da Mama do IPO Porto. Através da implementação de algumas linhas orientadoras, de uma nova forma organizativa de acompanhamento das nossas doentes, consegui dinamizar os cuidados de e para as doentes com cancro da mama, potenciando os resultados finais, tanto para os que procuraram a clínica como para os profissionais de saúde que lá trabalham.

Publicamos 5 artigos: um deles a partir de um estudo promovido pela AEOP e que nos traz os resultados da avaliação da toxicidade cutânea nas doentes com cancro da mama metastizados a fazerem capecitabina. Temos um artigo de revisão sobre o adolescente com cancro

em fase terminal e a autonomia da pessoa. Publicamos um artigo sobre a administração s.c. do bortezomib como uma nova realidade no tratamento do mieloma múltiplo. Teremos a abordagem do tema do transplante de medula óssea e outro artigo que aborda a questão da comunicação e suas implicações nos profissionais e doentes.

E abrimos uma secção nova onde periodicamente apresentaremos os ensaios clínicos que estão a decorrer nas diferentes patologias oncológicas. Neste número publicamos os ensaios de Fase III e IV a decorrer no adenocarcinoma do pulmão e no cancro da mama. Será uma secção que cremos de grande utilidade para uma grande percentagem de enfermeiros que trabalham em ensaios clínicos nos nossos hospitais.

Recordo que a AEOP estará mais uma vez presente nos próximos Encontros de Oncologia da Primavera 2013, em Évora, de 18 a 21 Abril, onde as temáticas em foco serão Cancro Mama, Cabeça e Pescoço, Dor e Emergência em Oncologia. Já temos programa, que poderá ser consultado no nosso site.

Uma nota muito especial para a próxima **6.ª Reunião Nacional**, que este ano irá decorrer no Grande Hotel do Luso. Estão planeados dois cursos pré-reunião que abordam dois temas essenciais para quem diariamente cuida de doentes oncológicos – a problemática dos Acessos Venosos PICC e a Dor em Oncologia. Temos já 4 simpósios temáticos confirmados, palestrantes internacionais de renome que certamente irão dar uma grande qualidade à reunião. Este ano, na última sessão, a sessão especial, teremos a conhecida Professora Dra. Marta Lima Bastos que será nossa entrevistada. Pelo seu curriculum e representação na Enfermagem Oncológica, será de considerar a sua presença. Relembro que podem desde já a submeter os *abstracts* dos vossos trabalhos em poster a serem apresentados nesta reunião.

Uma nota para os Workgroups, que estão a ser repensados na sua estrutura e organização seguindo uma linha


O nosso trabalho de inovação não termina aqui e esperamos poder ainda surpreender os nossos leitores ao longo dos próximos números

mais europeia de forma a se integrar nos possíveis novos projectos da EONS em que a AEOP espera participar e de forma a dar mais eficácia às suas actividades. Relativamente à nossa presença na EONS, queria aqui expressar os meus parabéns pela admissão da Presidente e do Vice-Presidente nos grupos de trabalho europeus: *Group Research* e *Group Education*. A juntar à nossa colega no *Group Communication*, a AEOP passa a assumir uma grande representatividade na nossa congénere europeia. Bom trabalho para todos, em prol do prestígio da Enfermagem Oncológica Portuguesa. Esta opção estratégica irá trazer óbvias vantagens para a nossa organização e será no futuro uma motivação acrescida para a participação dos nossos membros em projectos europeus. É mais uma prova de que a AEOP planeia, executa e faz crescer a nossa actividade científica.

Uma última palavra para o lançamento da nossa nova plataforma Web. Contamos chegar com mais informação e de melhor qualidade à comunidade científica que nos visita, e proporcionar melhores funcionalidades de comunicação entre a AEOP e os nossos membros, melhores respostas na informação. Com este novo visual e estrutura contamos ir de encontro aos nossos membros e dar melhores respostas às necessidades do nosso próprio crescimento. É um momento importante no desenvolvimento da AEOP.

Com todas estas alterações esperamos servir-lhe como modelo de inspiração para que a nível profissional se consiga elevar a objectivos mais ambiciosos e se sinta motivado a continuar a participar na grande comunidade global que é a Enfermagem Oncológica Portuguesa e Europeia.

Esperamos por si no Luso, em Maio, em mais uma Reunião que promete, pelo programa proposto, de grande qualidade!!



Mónica Castro  
Coordenação Editorial  
[castrom3@sapo.pt](mailto:castrom3@sapo.pt)





## Elisabete Valério

### Enfermeira Elisabete Valério em entrevista à ONCO.NEWS

Enfermeira Coordenadora da Clínica de Mama do Instituto Português Oncologia, Porto. Mestrado em Enfermagem Oncológica.

“

Somos o elo de ligação com as várias especialidades...

Aqui as doentes têm todas as especialidades envolvidas no diagnóstico e tratamento desta patologia, favorecendo o seu bem-estar e conforto.

Com a abertura desta unidade de patologia em 2007, aumentou a capacidade do IPO-Porto para tratar de mais mil novos casos de doença por ano. Este número tem vindo gradualmente a aumentar, também pelo acréscimo desta doença em toda a Europa.

Esta unidade foi pioneira em Portugal, especializada no tratamento do cancro de mama, desde o diagnóstico precoce até ao tratamento da pessoa com doença avançada. Além destas vantagens, a inovação deste espaço com cerca de 850 m<sup>2</sup>, também trouxe vantagens organizativas, onde a actividade assistencial está centrada na pessoa e o tratamento do cancro de mama é feito por profissionais especializados e motivados.

#### Como caracteriza a Clínica de Mama? Como estão organizados os cuidados de enfermagem?

Caracterizo como um local organizativo e especializado para prestar cuidados de saúde a doentes com cancro de mama. É um exemplo nacional na reorganização dos serviços virados para as pessoas doentes. Tem uma decoração suave que proporciona conforto, está bem equipada e tem um atendimento que julgo excelente. Os cuidados de enfermagem são individualizados, centrados na pessoa doente, com diagnósticos de enfermagem nas várias fases do tratamento e seguimento. Alguns destes

cuidados são associados a outros cuidados por partilha de necessidades conjugadas com a equipa multidisciplinar. A exemplo, o seguimento das doentes no pré e pós-operatório, os tratamentos às feridas operatórias, o apoio na cirurgia reconstrutiva da mama, o seguimento das doentes em tratamentos sistémicos, na prevenção de efeitos adversos. Durante o percurso terapêutico emerge um conjunto de problemas associados a estes

[onco.news] – A Clínica de Mama foi o primeiro serviço a abrir no ambulatório do IPO. Quais foram as vantagens para a organização e para os doentes?

[Elisabete Valério] – A Clínica de Mama foi efectivamente a primeira unidade com uma área de atendimento abrangente, com profissionais que partilham o mesmo espaço físico, no sentido de proporcionarem às doentes com cancro de mama uma abordagem multidisciplinar integrada.



efeitos com implicações graves na qualidade de vida das doentes. Somos o elo de ligação com as várias especialidades tendo como objectivo comum cuidados de suporte para melhorar a qualidade de vida das doentes com cancro de mama. Estruturamos as consultas de enfermagem, possuímos um ratio de enfermeiros reduzido para a actividade assistencial realizada. A motivação e a relação de ajuda são a base do nosso trabalho diário. Durante o ano de 2011 realizámos 2.112 primeiras consultas de enfermagem de acolhimento. As consultas subseqüentes foram realizadas a 6.054 doentes, demos apoio a 1.672 doentes nas consultas de grupo multidisciplinar e a 1.716 doentes na consulta de planeamento cirúrgico.

Dos tratamentos globais a feridas cirúrgicas, realizámos 5.279 tratamentos a doentes em pós-operatório e 1.379 tratamentos a doentes submetidas a reconstrução mamária. Realizámos 285 biopsias tru-cut e procedemos a tratamentos de suporte e analgesia a 150 doentes.

O programa "Tempo de Viver" é um projecto da clínica de mama que permite aos enfermeiros fazerem o seguimento das doentes operadas com alta precoce do hospital para o domicílio, com atendimento telefónico e presencial. Foram acompanhadas já 125 doentes. Também as doentes em quimioterapia paliativa oral com capecitabina fazem parte deste projecto. Até ao momento, foram acompanhadas 75 doentes.

### **Defende que cuidar a doente com Cancro Mama requer um tratamento diferente. Em que sentido?**

Sim, considero que as doentes com cancro de mama têm necessidades únicas durante o longo período de tempo de tratamento. O cancro é uma doença crónica de grande relevância social. Em Portugal representa a segunda causa de morte e no sexo feminino a primeira causa de morte é representada pelo cancro de mama. O cancro de mama é uma das causas de morte mais frequente em mulheres dos 35 aos 75 anos de idade nos países industrializados.

Ocorreram no entanto nos últimos anos mudanças significativas a nível do diagnóstico precoce e tratamento que se re-

flectiram na sobrevivência e sobrevida destas doentes.

As doentes com cancro de mama sofrem várias transições nas várias fases de vida, condição de um estado para outro, numa interacção complexa, e requerem um apoio global e uma base de conhecimentos específicos em enfermagem oncológica.

Os tratamentos que curam estão associados a efeitos adversos que podem interferir na saúde física e bem-estar. A mulher com cancro de mama tem que reaprender a gerir as mudanças corporais e as perspectivas de vida futura, a viver sobre a incerteza de uma recorrência da doença.

### **Além da actividade assistencial, existe espaço para actividade de investigação das práticas?**

A actividade assistencial ocupa de forma integral a equipa de enfermagem. Já fiz referência ao ratio de enfermeiros: comparativamente aos outros especialistas que trabalham na Clínica, somos o grupo profissional mais reduzido. A investigação das práticas clínicas tem um valor importante na melhoria de cuidados, procedimentos, orientações e intervenções. A investigação em enfermagem terá sempre um papel relevante no estudo de fenómenos associados aos processos de transição. Temos capacidade para realizar estudos com uma amostra grande, pelo número elevado de doentes atendidas na Clínica de Mama.

Não podemos enquanto pessoas proactivas e geradoras de mudança e conhecimento escudarmo-nos sempre na falta de tempo que os profissionais de enfermagem têm na sua actividade diária. Temos feito alguma investigação das práticas de cuidados com a finalidade de cuidar melhor a mulher com cancro de mama.

### **Sendo a Clínica de Mama o serviço com maiores percentagens de doentes tratados, como caracteriza o perfil das nossas doentes com cancro da mama?**

É difícil caracterizar o perfil das nossas doentes, no entanto poderei referenciar alguns traços comuns, e na grande maioria as mulheres com esta patologia expressam sentimentos de incerteza e medo da recorrência da doença. Este medo pode estar relacionado com o medo da morte, com a dor e a necessidade de novos tratamentos.

A revolta e angústia relacionadas com o impacto psicossocial - o cancro de mama é um dos cancros que mais potencia angústias, pois a mama é um órgão cheio de simbolismo para a mulher. A valorização da mama como objecto erótico transcende o âmbito científico-académico e encontra-se difundido em livros de auto-ajuda ou em revistas masculinas. Este simbolismo de feminilidade, maternidade e sexualidade fica desestruturado e a

doente pode sentir-se menos atractiva pela alteração da sua auto-imagem.

A insatisfação manifesta-se muitas vezes na relação com os cuidadores e as pessoas não estão satisfeitas com o apoio dado pelos profissionais nas fases do tratamento, nas orientações e aconselhamento sobre as mudanças de estilos de vida, comportamento e apoio psicossocial. Reflectimos muitas vezes sobre esta realidade e por vezes

algumas das nossas estratégias e recursos podem não ser as ideais. Os grupos de apoio e psico-educativos resultam nestas situações, assim como terapêuticas alternativas, como complemento do apoio emocional.

**As doentes com cancro de mama sofrem várias transições nas várias fases de vida, condição de um estado para outro, numa interacção complexa, e requerem um apoio global e uma base de conhecimentos específicos em enfermagem oncológica**





**ESTABELECEER  
A SOBREVIVÊNCIA.**



**MANTER  
O CONTROLO.**

Consistência no tratamento do CPNPC, histologia que não predominantemente escamosa<sup>1</sup>, 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.

<sup>1</sup> 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/m<sup>2</sup> 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/ m<sup>2</sup> 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/m<sup>2</sup> (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 multivitamínico 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.

# AVALIAÇÃO DO SÍNDROME MÃO-PÉ NA UTILIZAÇÃO DA CAPECITABINA NO TRATAMENTO DAS DOENTES COM CANCRO DA MAMA AVANÇADO

Valério E; Rocha A; Silva I; Meneses C

Instituto Português de Oncologia do Porto, Clínica de Mama  
evalerio@ipoporto.min-saude.pt

Freitas J

Instituto Português de Oncologia do Porto, Unidade de Investigação Clínica  
jfreitas@ipoporto.min-saude.pt

**RESUMO:** O síndrome de mão-pé (HFSR) é um potencial debilitante do efeito secundário associado às doentes submetidas a tratamento de quimioterapia com 5 FU, doxorubicina lipossómica e capecitabina. Este evento adverso pode ter implicações na efectividade do tratamento e na qualidade de vida (QoL) da doente. Pretendemos avaliar a incidência e severidade do HFSR em doentes com cancro da mama em tratamento com capecitabina (quimioterapia oral) assim como avaliar o impacto na QoL das pacientes que experimentaram HFSR e o impacto da QoL na família/cuidador. É um estudo prospectivo não-interventivo realizado num período de 3 meses, a 40 mulheres que começaram tratamento paliativo de quimioterapia com capecitabina como tratamento para o cancro da mama. As doentes fizeram ciclos de tratamento de 14 dias consecutivos com capecitabina, com uma semana de intervalo entre eles, e foram avaliados os efeitos do HFSR nas doentes e família. Utilizámos respectivamente o índice dermatológico de qualidade de vida (DLQI) e o questionário do índice de qualidade de vida familiar (FDLQI).

Em relação à incidência e severidade do HFSR, o estudo refere uma diminuição estatisticamente significativa na percentagem de pacientes com grau 1 de toxicidade e um aumento dos graus de toxicidade 2 e 3, tanto para a erupção/descamação das mãos como dos pés. Cerca de 4% dos doentes tinham alterações nas unhas e tinham um grau de toxicidade de 4 à 6.ª semana de tratamento. A análise do impacto do HFSR na QoL mostrou um aumento significativo dos resultados do DLQI, enquanto os do FDLQI permaneceram constantes.

Minimizar o impacto do HFSR na QoL da doente é crucial para a administração de óptimas doses terapêuticas e para a obtenção do maior benefício clínico dos tratamentos com capecitabina.

**PALAVRAS-CHAVE:** síndrome de mão-pé (HFSR); capecitabina; qualidade de vida; toxicidade dermatológica; cancro mama; DLQI; FDLQI.

**ABSTRACT:** *Hand-Foot Skin Reaction (HFSR) is a potentially debilitating toxicity side effect mainly associated with 5-FU, liposomal doxorubicin and capecitabine that may have implications in treatment effectiveness and patient quality of life (QoL).*

*In order to prevent secondary effects, it is imperative to evaluate incidence and severity of HFSR in breast cancer patients receiving oral capecitabine chemotherapy, and to assess the impact on the QoL of patients who experience HFSR and their families. This is of major importance of our practice to improve our patients and these families. Education and formation with new strategies will minimize problems caused by this practice. Prospective, non-interventional study. This study was made to 40 female patients with advanced breast cancer whom started palliative chemotherapy with oral*

*monotherapy capecitabine. The education period made to catch patient treatment was of 3 month. All treatments taken were made without any other agents chemotherapy or any other target therapy. Over a 3-month period, 40 female patients starting capecitabine chemotherapy as a treatment for breast cancer (cycles with 14 consecutive days of capecitabine treatment each, with a one week interval between them) were evaluated. Patient and patients' family HFSR-related QoL was assessed, respectively, using Dermatology Life Quality Index (DLQI) and Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI) questionnaires. The family was also assessed since same palliative were not fully independent regarding their daily basics activities.*

*In the evaluation of toxicity dermatology / skin scale was used CTCAE – Version 3.0. Regarding the incidence and severity of HFSR, the study suggested a statistically significant decrease in the percentage of patients with grade 1 toxicity and an increase of toxicity grades 2 and 3, for both hands and feet skin changes and rash/desquamation; around 4% of the nail changes had grade 4 toxicity from the 6<sup>th</sup> week on. The analysis of the impact of HFSR in QoL showed a significant increase over time of the DLQI scores, while the FDLQI remained constant.*

*The results of this gave us the perspective that patients connect follow went during the treatment decreases the coetaneous toxicity of the HFSR.*

**KEYWORDS:** *hand-foot skin reaction (HFSR); capecitabine; quality of life; dermatological toxicity; breast cancer; DLQI; FDLQI.*

## Introdução

Relatado pela primeira vez em 1974 e descrito em vários artigos, o síndrome palmo-plantar (PPE), também conhecido como reacção síndrome mão-pé (HFSR) ou eritema acral esta bem documentado no que se refere aos efeitos secundários de toxicidade das drogas químicas ou biológicas usadas no tratamento do cancro<sup>1-3</sup>.

Existe um amplo spectrum clínico atribuído ao HFSR. Inicialmente, as pacientes podem experimentar a sensação de formigueiro nas suas mãos e/ou pés, que pode progredir para dor ao longo de um período de 3 dias com ou sem eritema. Geralmente, as doentes referem dor quando tentam agarrar objectos ou quando andam<sup>4</sup>. Estes sintomas podem progredir para eritemas proeminentes e endurecimento das mãos e pés com ruptura da pele. Tipicamente o eritema envolve a superfície plantar das mãos e pés, podendo aparecer flictenas, especialmente nos pés. Doentes com HFSR podem estar incapazes de participar nas actividades de vida diária incluindo o acto de agarrar uma caneta, abrir uma porta ou mesmo em andar.

O HFSR está principalmente associado com 3 agentes quimioterápicos<sup>5</sup>: 5-FU, doxorubicina lipossómica e capecitabina e a incidência em pacientes que recebem estes agentes varia de 7,3 a 63%<sup>6-10</sup>.

A capecitabina é um pró-fármaco oral que é submetido a uma série de conversões enzimáticas resultando na

porção activa de 5-FU<sup>11,12</sup>. Este possui uma ampla gama de actividade no cancro da mama, ovário, cabeça e pescoço, entre outros<sup>13-15</sup>. As doses terapêuticas estão compreendidas num intervalo de 2200 a 2510 mg/m<sup>2</sup> por dia. Nesta gama de doses, a incidência de severidade do HFSR é em média 10%, enquanto sintomas leves a moderados são observados em 10%-71% dos casos<sup>4,10,15</sup>.

Com a expansão das indicações da capecitabina, é provável que a incidência do HFSR aumente, colocando mais doentes em risco de desenvolver este efeito secundário debilitante. Também o tratamento quimioterápico pode necessitar de ser interrompido ou haver um ajuste de dose, para prevenir o agravamento de HFSR. É essencial realizar uma avaliação objectiva do HFSR durante o tratamento, a fim de proporcionar uma precisa descrição e para avaliar precocemente a incidência e severidade das reacções cutâneas induzidas pela capecitabina oral e as suas implicações na qualidade de vida (QoL) das pacientes e dos seus familiares.

## Métodos

Trata-se de um estudo prospectivo, não-interventivo, em que se avalia principalmente a incidência e severidade do HFSR no cancro da mama em pacientes que recebem capecitabina. Secundariamente avalia o impacto do HFSR na QoL das pacientes que têm efeitos secundários e o im-



pacto do HFSR na QoL da família da paciente que tem HFSR. Neste sentido, cada paciente foi avaliada por um período de 3 meses, tendo feito 4 ciclos de tratamento completo com 14 dias consecutivos de tratamento com capecitabina. Fez parte do protocolo uma semana sem tratamento no intervalo entre ciclos. Para cumprir os objectivos, utilizamos o índice dermatológico de qualidade de vida (DLQI) sendo que o questionário foi preenchido por cada paciente e índice de qualidade de vida familiar (FDLQI) foi preenchido pelo cuidador informal do paciente no final de cada mês (Tabela 1). Adicionalmente, todas as doentes do estudo já tinham feito quimioterapia adjuvante antes do tratamento com capecitabina. Estes tratamentos incluíram antraciclina e taxanos.

### Amostra e metodologia

O estudo foi promovido pela AEOP e foi realizado no Instituto Português de Oncologia do Porto, especificamente na Clínica de Mama. O protocolo do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética, após as devidas revisões e alterações solicitadas, pelo Conselho de Administração do Hospital e pela Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd). Os pacientes foram recrutados entre Novembro 2008 e Dezembro 2010. Foi um estudo exploratório sendo que a amostra foi estimada tendo em conta o número provável de pacientes que teriam os mesmos critérios de inclusão: mulheres acima dos 18 anos de idade, com cancro da mama metastizado que iniciaram tratamento com capecitabina oral às quais foi entregue um consentimento informado escrito. As doentes com problemas cognitivos, incapacidade de leitura e entendimento das escalas QoL foram excluídas. Inicialmente estava planeado a inclusão de 60 doentes no estudo, no entanto só foram incluídas 40, valor considerado como nossa amostra.

### Procedimentos

Todos os procedimentos foram realizados segundo as melhores práticas clínicas. Para pacientes que cumpriram os critérios de inclusão e que deram o consentimento informado escrito, a informação foi recolhida a partir dos ficheiros clínicos pelos investigadores. Os dados foram registados em diferentes períodos do estudo. O perfil de toxicidade da capecitabina foi classificado de acordo com a seguinte escala: Grau I – Moderado; Grau II – Grave; Grau III – Severo; Grau IV – Vida em risco ou incapacidade

física e Grau V – Morte relacionada com efeitos adversos. As pacientes foram igualmente solicitadas a preencher o questionário DLQI semanalmente durante 3 meses. No caso das pacientes com dificuldade em preencher as escalas foi necessária assistência por parte dos investigadores. O questionário FDLQI foi preenchido por um familiar representativo do doente entrado no estudo à semana 1, 4, 8 e 12 (Tabela1).

### Instrumentos – Avaliação QoL

#### *Índice Dermatológico de Qualidade de Vida (DLQI)*

O questionário DLQI foi desenvolvido em 1994, como o primeiro instrumento de avaliação de qualidade de vida. Tem 10 questões validadas para avaliar o impacto das doenças dermatológicas, especificamente o impacto dos sintomas e sentimentos, as actividades diárias (casa, escola e trabalho, relações interpessoais e tratamento. O resultado de cada questão é a seguinte: muito – 3; bastante – 2; um pouco – 1; nenhum – 0; não relevante – 0; questão não respondida – 0; questão 7 (“impedido de trabalhar ou estudar”) – 3. O DLQI é calculado pela soma dos resultados de cada questão, resultando num máximo de 30, se a doença tiver um grande efeito na vida do paciente. Assim, quanto maior o resultado, pior a qualidade de vida da pessoa doente. O DLQI pode ser expresso como uma percentagem de um máximo possível de 30.

#### *Índice Dermatológico de Qualidade de Vida Familiar (FDLQI)*

O FDLQI é um questionário elaborado para membros da família em idade adulta ou parceiros de pacientes sem doença da pele. É auto explicativo e pode simplesmente ser entregue ao familiar, parceiro do paciente a quem se pede para preencher sem necessidade de explicação detalhada. O FDLQI é desenhado para se medir o resultado adicional em conjunto com o DLQI ou qualquer questionário completo do paciente (Tabela 2).

O FDLQI foi validado para a população Portuguesa entre Janeiro e Março 2009, depois de traduzido e aplicado a 6 membros representativos da família de 6 doentes com as mesmas características do estudo.

A classificação de cada questionário é a seguinte: de modo nenhum/relevante – 0; um pouco – 1; bastante – 2; muito – 3; não relevante – 0; questão não respondida – 0. O resultado final do FDLQI é calculado através da soma

**Tabela 1.** Plano do Estudo.

Semana	1.º MÊS				2.º MÊS				3.º MÊS			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Tratamento com Capecitabina	x	x		x	x		x	x		x	x	
Dados clínicos e demográficos	x											
Toxicidade Dermatológica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
DLQI	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
FDLQI	x			x				x				x

Cada doente foi avaliada no período de 3 meses  
DLQI – Dermatology Life Quality Index • FDLQI - Family Dermatology Life Quality Index

**Tabela 2.** FDLQI (*The Family Dermatology Life Quality Index*).

QUESTÕES	
1.	<i>Durante o último mês, qual o nível de stress emocional que sentiu devido à doença de pele (alteração da pele das mãos e pés) do seu familiar ou parceiro/a?</i>
2.	<i>Durante o último mês, de que modo o seu bem-estar físico foi afectado devido à doença de pele (alteração da pele das mãos e pés) do seu familiar ou parceiro/a (p. ex.: cansaço, esgotamento, maior susceptibilidade a doenças, alterações de sono ou descanso)?</i>
3.	<i>Durante o último mês, de que modo é que a doença de pele (alteração da pele das mãos e pés) do seu familiar ou parceiro/a afectou as suas relações com ele/a, ou com outras pessoas?</i>
4.	<i>Durante o último mês, teve problemas devido à reacção de outras pessoas à doença de pele (alteração da pele das mãos e pés) do seu familiar ou parceiro/a (p. ex.: intimidação, olhares, necessidade de explicar a doença de pele a outras pessoas)?</i>
5.	<i>Durante o último mês, de que modo a sua vida social foi afectada devido à doença de pele (alteração da pele das mãos e pés) do seu familiar ou parceiro/a (p. ex.: saídas, visitar ou convidar pessoas, presença em eventos sociais)?</i>
6.	<i>Durante o último mês, de que modo foram afectadas as suas actividades de tempo livre/ócio devido à doença de pele (alteração da pele das mãos e pés) do seu familiar ou parceiro/a (p. ex.: férias, passatempos, ginásio, desportos, natação, ver televisão)?</i>
7.	<i>Durante o último mês, quanto tempo dedicou a cuidar do seu familiar ou parceiro/a? (p. ex.: a colocar cremes, dar medicamentos ou cuidar da sua pele)?</i>
8.	<i>Durante o último mês, teve trabalho adicional em casa devido à doença de pele (alteração da pele das mãos e pés) do seu familiar ou parceiro/a (p. ex.: limpar, aspirar, lavar, cozinhar)?</i>
9.	<i>Durante o último mês, de que modo é que a doença de pele (alteração da pele das mãos e pés) do seu familiar ou parceiro/a afectou o seu trabalho ou os seus estudos (p. ex.: necessidade de pedir autorização para se ausentar, não estar em condições de trabalhar, diminuição do número de horas de trabalho, ter problemas com colegas de trabalho)?</i>
10.	<i>Durante o último mês, de que modo aumentaram os seus gastos devido à doença de pele (alteração da pele das mãos e pés) do seu familiar ou parceiro/a (p. ex.: viagens, compra de produtos especiais, cremes, cosméticos)?</i>

do resultado de cada questão resultando num máximo de 30 e um mínimo de 0. Quanto maior resultado, maior é a diminuição da qualidade de vida. O FDLQI pode também ser expresso como uma percentagem com um máximo possível de resultado 30.

### Análise Estatística

A análise estatística foi realizada considerando o conjunto total da análise da população. Foi usada estatística descritiva para caracterizar a amostra. Para as variáveis contínuas, o número de pacientes (n), média e desvio padrão (SD) ou valor médio apresentado. No caso de duas categorias variáveis, frequências relativas são apresentadas como percentagem (%).

As toxicidades dermatológicas foram descritas usando estatísticas descritivas e o teste do qui-quadrado foi usado para comparar o tratamento entre as diferentes semanas. O teste de Freidman foi usado para a QoL em relação à escala aplicada (DLQI e FDLQI).

Todos os cálculos estísticos foram realizados considerando um nível de significado de 0,05. A análise estística foi realizada usando software SPSS, versão 15.0.

### Resultados

O primeiro doente foi recrutado em Novembro de 2008 e o último em Dezembro de 2010. O último doente com estudo completo foi em Fevereiro de 2011. Os dados clínicos e demográficos têm 8 variáveis. DLQI teve 19 questões e FDLQI 10 questões (Tabela 2).

### Características Clínicas e Demográficas

Foram analisadas informações de 40 mulheres, média de idades de 55,4±11,2 (variação 34-82 anos); 15,8% (n=6) com história clínica de patologia dermatológica: metástases cutâneas (n=1), descamação leve (n=1), unhas e dedos com toxicidade (devido ao tratamento anterior com taxotere) (n=1), e ausência de unha no dedo anelar direito (n=1).

### Caracterização Toxicidade Dermatológica

Durante o período de estudo foram observadas diferenças estatísticas significativas no que diz respeito a toxicidade dermatológica provocada pela capecitabina, nomeadamente um aumento da gravidade de casos de HFSR (Grau 2 e 3): mudanças na pele das mãos e pés (p<0.001), mudanças nas unhas (p<0.021) e descamação (p<0.001). Na base de dados, todas as pacientes tinham alterações mínimas na pele. Cerca de 4% das alterações na pele das mãos

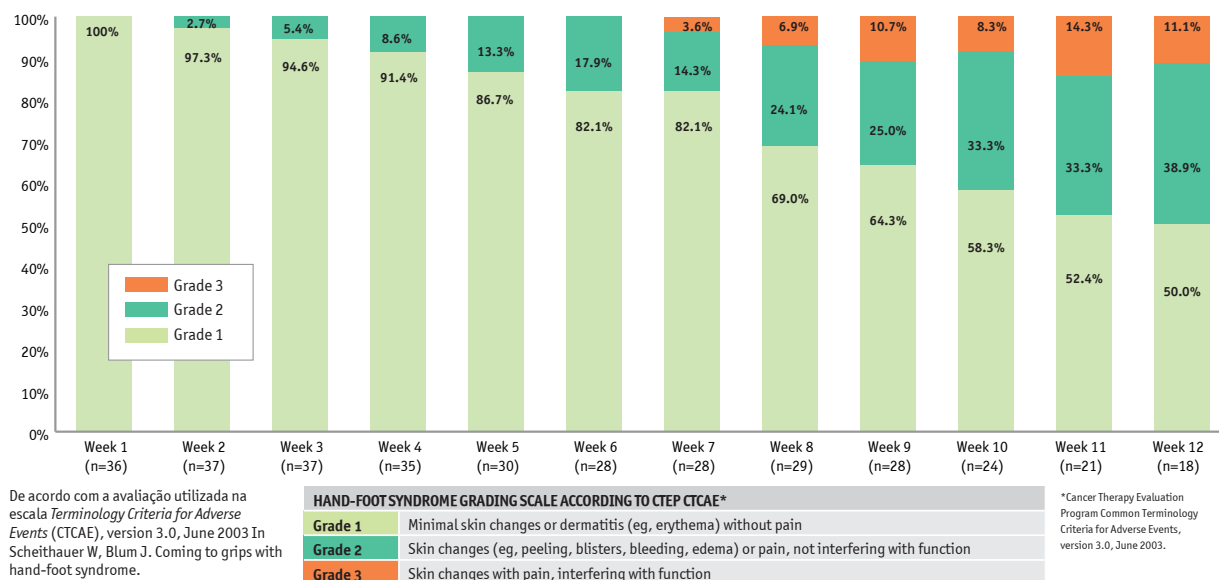
e pés eram graves à 7ª semana de tratamento. No final da avaliação (12.ª semana), 50% das pacientes não apresentavam alterações graves no que diz respeito à síndrome mão-pé, sendo toxicidade Grau I. 30% das pacientes apresentaram toxicidade moderada e 11% severa (Figura 1).

A toxicidade das unhas em quase todas as doentes foi pouco significativa (Grau 1). Na semana 6 de tratamento, 4% das doentes apresentaram toxicidade nas unhas de Grau 4, que mantiveram até final da avaliação do estudo.

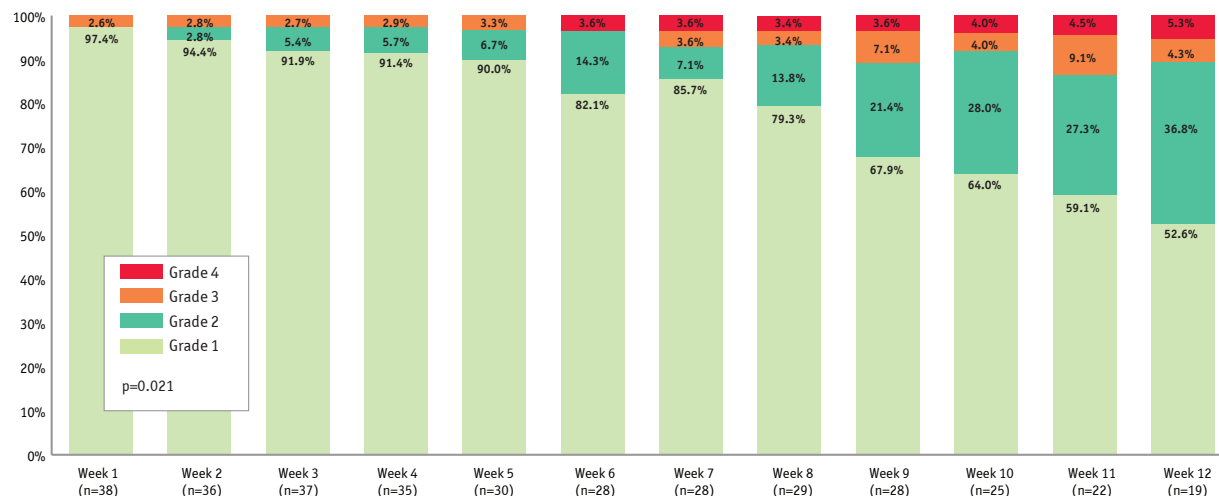
Por outro lado, as toxicidades moderadas aumentaram de frequência desde a 6.ª semana de tratamento até ao final do estudo (Figura 2).

Nesta amostra avaliada, também todas as pacientes tinham descamação moderada ou suave (Grau 1). 37% apresentaram toxicidade Grau 2 e 5% das pacientes apresentaram descamação (Grau 3). Não foram detectadas reacções de descamação em graus superiores a 3 em nenhuma das vezes avaliadas (Figura 3).

**Figura 1.** Análise da intensidade do Síndrome Mão-Pé no período do estudo.

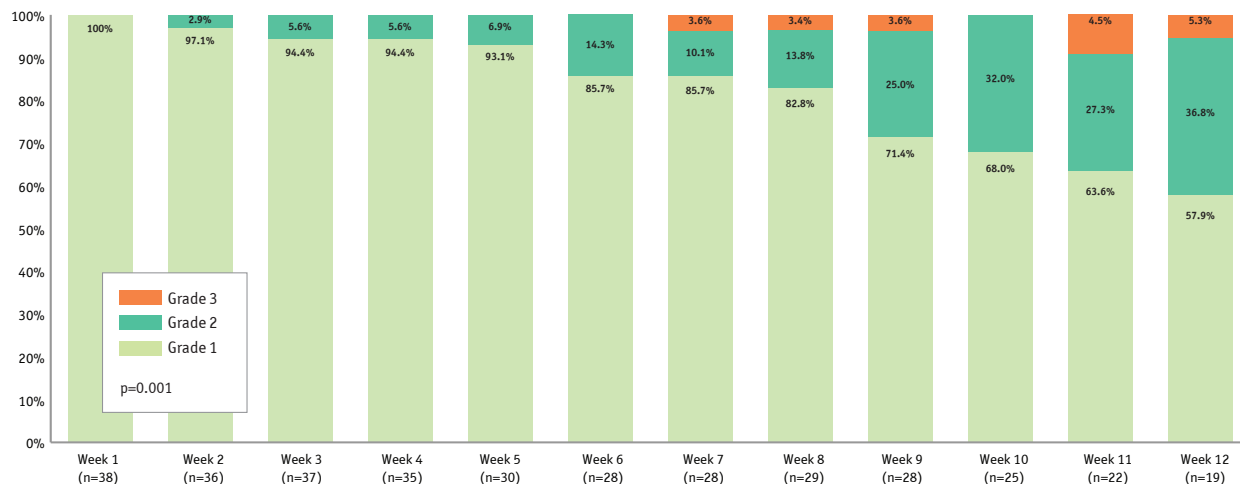


**Figura 2.** Grau de toxicidade das unhas durante o período do estudo.





**Figura 3.** Grau de toxicidade rash/descamação durante período do estudo.



### QoL – qualidade de vida do doente (DLQI) e qualidade de vida na família (FDLQI) perante o problema da toxicidade dermatológica

Embora os valores médios apresentem aumentos constantes e significativos ao longo do tempo estudado ( $p=0.042$ ), o tratamento com capecitabina nas pacientes aparenta não ter impacto na sua qualidade de vida. O maior impacto observado foi entre as semanas 8 e 9 (Figura 4 e 6).

No que se refere à Qualidade de Vida na Família (FDLQI), esta não é afectada pela toxicidade dermatológica permanecendo inalterada ao longo de todo o tempo de avaliação ( $p=0.378$ ). Esta Qualidade de Vida na Família foi calculada/quantificada essencialmente pelo parceiro (55,2%) e pelas filhas das pacientes (Figura 7).

### Discussão

Estudo prospectivo, não interventivo, que investiga a incidência e a gravidade de HFSR nas pacientes com Cancro da Mama metastizado em tratamento paliativo com capecitabina oral.

Secundariamente estudamos o impacto de HFSR na QoL destas pacientes e respectiva família. Este estudo sugere que houve uma diminuição estatisticamente significativa ao longo do tempo na percentagem de doentes que experienciaram a toxicidade provocada pelo tratamento com quimioterapia oral (capecitabina), sendo este de Grau 1. Enquanto houve um aumento estatisticamente significativo ao longo do tempo na percentagem de doentes que experienciaram toxicidade com esta terapêutica, sendo Grau 2 e Grau 3. Foi também sugerido que, embora tivesse havido um aumento significativo

ao longo do tempo do índice de qualidade de vida dermatológica da doente, o índice qualidade de vida dermatológica da família manteve-se constante ao longo do tempo.

A limitação principal do estudo é o tamanho da amostra o qual não foi definido usando poderes de cálculo estatístico. Simultaneamente o recrutamento das pacientes não foi realizado para que a amostra das doentes fosse representativa de todas as mulheres com cancro da mama, tratadas com capecitabina. Assim, os resultados do presente estudo não devem ser projectados a uma população mais vasta.

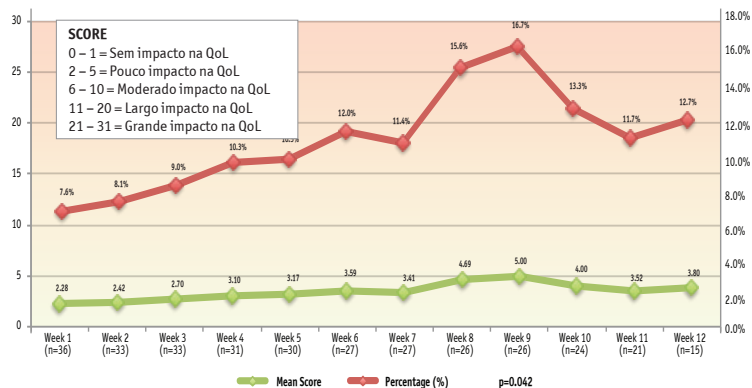
A capecitabina é usada no tratamento de cancro de mama em estádios avançados, já submetida a outras terapêuticas primárias adjuvantes ou ainda quando não é indicado tratamento com antraciclina.

As indicações para uso destes medicamentos foram alargadas, por exemplo existe informação da eficácia desta terapêutica no cancro avançado do pâncreas em combinação com gencitabina.<sup>20,21</sup>

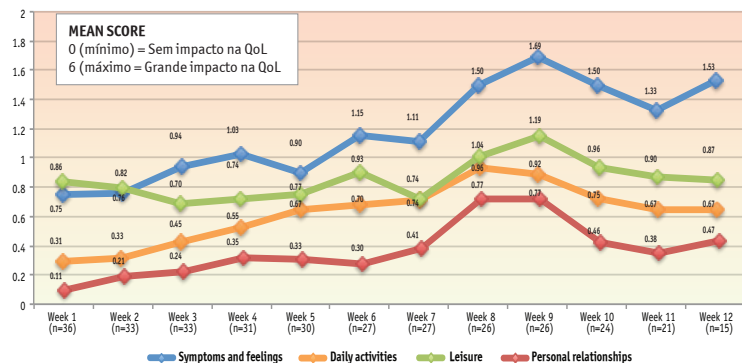
À medida que esta terapêutica se torna mais comum na prática clínica, um maior número de doentes experimentam efeitos secundários associados ao seu uso, tais como HFSR. Estes efeitos secundários podem ter maior impacto na vida da paciente porque, nos casos mais graves, podem levar a incapacidade, dificuldades como segurar uma carta ou rodar a chave de uma porta<sup>5</sup>.

Num estudo aleatório de Fase II, Van Cutsem *et al.*<sup>19</sup> demonstram que o HFSR é uma das toxicidades mais comuns, Grau III em doentes com cancro colo-rectal avançado, tratados com capecitabina, ocorrendo uma taxa de toxicidade de 23%. Neste estudo, Abushullaih *et al.*<sup>10</sup> reportam uma incidên-

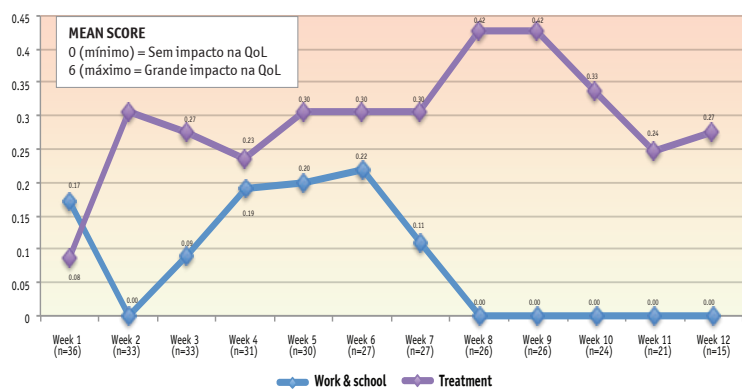
**Figura 4.** QoL Assessments – Dermatology Quality of Life Index (DLQI).



**Figura 5.** QoL Assessments – Dermatology Quality of Life Index (DLQI), dimensões sintomas e sentimentos, actividades diárias, tempos livres e relações sociais).



**Figura 6.** QoL Assessments – Dermatology Quality of Life Index (DLQI), dimensões trabalho e escola e tratamento.



cia de 68% de toxicidade, o HFSR foi uma das três toxicidades mais comuns, de Grau III e IV num estudo em pacientes com cancro de mama submetidos a esta terapêutica, com uma incidência global de 10% com dose de capecitabina de 2510 mg/m<sup>2</sup> diário<sup>4</sup>. Ainda não é claro se o uso de vitamina B6 tem

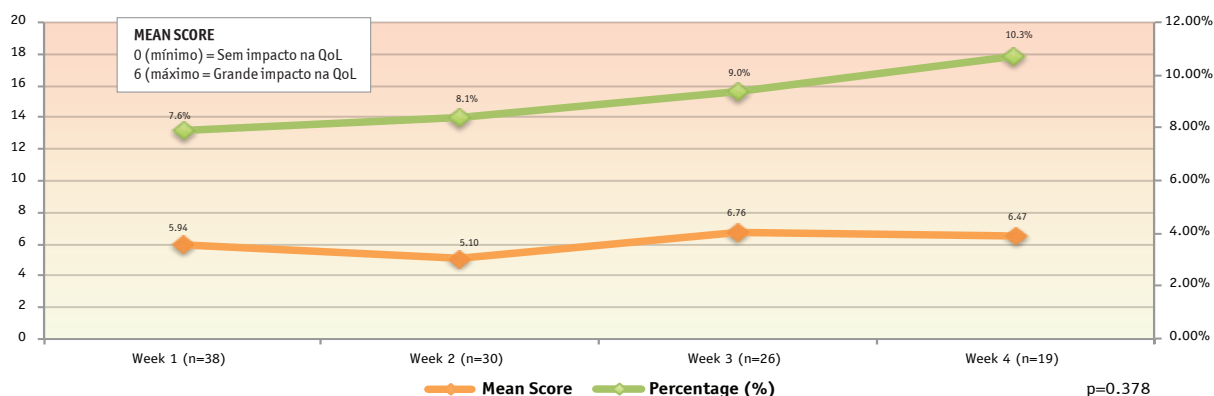
benefícios na prevenção e tratamento PPE (Prevenção Pós-Exposição). Num estudo realizado por Chalermchai *et al.*<sup>20</sup> o uso de duas doses diferentes de vitamina B6 na prevenção do HFSR foi investigado. Este estudo sugere que a administração de 400 mg de vitamina B6 diariamente foi um fator de risco independente na incidência global de HFSR. Contudo, foi também sugerido que a resposta parcial da doença foi melhor num grupo onde se administrou 200 mg de vitamina B6 diariamente, comparativamente com o grupo onde foram administrados 400 mg. Um estudo duplamente cego realizado em 389 pacientes por Kang *et al.*<sup>19</sup> (estudo com placebo duplamente controlados), sugeriu que a vitamina B6 não tem qualquer efeito benéfico na prevenção de HFSR no tratamento com capecitabina oral. No entanto, é necessário mais estudos de investigação nesta área para estabelecer por completo se o uso de vitamina B6 é ou não benéfico para a prevenção do tratamento do PPE.

## Conclusão

A capecitabina é uma terapêutica antineoplásica muito usada nas doentes com cancro da mama avançado, que induz toxicidade com eventos cutâneos adversos. Estes eventos podem originar redução das doses terapêuticas ou mesmo interrupção do tratamento. É necessário uma colaboração entre dermatologistas e oncologistas para melhorar e gerir estes efeitos secundários<sup>16</sup>. Toda a equipa multidisciplinar envolvida no tratamento de cancro de mama com capecitabina deverá estar consciente do impacto potencial da doença e o seu tratamento nas doentes, efeitos secundários e qualidade de vida, melhorando o cuidar.

Além disto, minimizar o impacto do HFSR na QoL das pacientes é essencial para que as doentes possam continuar a receber doses terapêuticas otimizadas e beneficiarem o máximo no tratamento para melhorar a sobrevida e sobrevivência. É

**Figura 7.** QoL Assessments – Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI).



essencial a educação da doente antes do início da terapêutica com estratégias a implementar para reduzir sintomas potenciais, o que irá melhorar a gestão dos recursos globais<sup>16</sup>, assim como o seguimento destas doentes pela equipa de enfermagem com contacto telefónico semanal.

Este estudo demonstra que a informação fornecida pela equipa de enfermagem para minimizar os efeitos dermatológicos potenciais, incluindo hidratação cutânea das mãos e pés, é importante para reduzir a toxicidade cutânea. Todo o acompanhamento dado a estas doentes em consulta de enfermagem presenciais e através de contacto telefónico semanal é potenciador de segurança no tratamento com capecitabina e ajuda a detectar os problemas mais cedo. Assim, a gestão de alguns efeitos secundários, como por exemplo o HFSR, é da competência da equipa de enfermagem em colaboração com os oncologistas.

### Implicações para a Enfermagem

A investigação em enfermagem, como a deste estudo, terá sempre um papel relevante para o cuidar com competências acrescidas. O estudo de fenómenos associados a processos de tratamentos oncológicos devem fazer parte das nossas práticas clínicas nas várias patologias, aumentando a nossa base de conhecimentos, especificamente nos tratamentos com quimioterapia oral, neste caso especificamente com capecitabina, contribuindo para a melhoria dos nossos cuidados.

#### Reconhecimento:

Os autores reconhecem o apoio financeiro dado pela *Roche Farmacêutica* e o apoio da *Keypoint* no tratamento estatístico dos resultados deste estudo.

#### Conflito de Interesse:

Não declarado.

#### Promotor do estudo:

A Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) foi o *sponsor* deste estudo.

#### BIBLIOGRAFIA

- Zuehlke R. Erythematous eruption of the palms and soles associated with mitotane therapy. *Dermatologica* 1974;148:90-92.
- Burgdorf WH, Gilmore WA, Ganick RG. Peculiar acrylerythema secondary to high-dose chemotherapy for acute myelogenous leukemia. *Ann Intern Med* 1982; 97:61-62.
- Feldman L, Ajani J. Fluorouracil-associated dermatitis of the hands and feet. *JAMA* 1985; 254:3479.
- Blum J, Jones S, Buzdar A, et al. Multicenter phase II study of capecitabine in paclitaxel-refractory metastatic breast cancer. *J Clin Oncol* 1999; 17:485-493.
- Clark AS, Vahdat LT. Chemotherapy-induced palmar-plantar erythrodysesthesia syndrome: etiology and emerging therapies. *Support Cancer Ther.* 2004 Jul 1;1(4):213-218.
- Toxicity of fluorouracil in patients with advanced colorectal cancer: effect of administration schedule and prognostic factors. Meta-Analysis Group In Cancer. *J Clin Oncol* 1998; 16:3537-3541.
- Comandone A, Bretti S, Grotta GL, et al. Palmar-plantar erythrodysesthesia syndrome associated with 5-fluorouracil treatment. *Anticancer Res* 1993; 13:1781-1784.
- Muggia FM, Hainsworth JD, Jeffers S, et al. Phase II study of liposomal doxorubicin in refractory ovarian cancer: antitumor activity and toxicity modification by liposomal encapsulation. *J Clin Oncol* 1997; 15:987-993.
- Shields AF, Lange LM, Zalupski MM. Phase II study of liposomal doxorubicin in patients with advanced colorectal cancer. *Am J Clin Oncol* 2001; 24:96-98.
- Abushallah S, Saad E, Munsell M, et al. Incidence and severity of hand-foot syndrome in colorectal cancer patients treated with capecitabine: a single-institution experience. *Cancer Invest* 2002; 20:3-10.
- Malet-Martino M, Jolimaitre P, Martino R. The prodrugs of 5-fluorouracil. *Curr Med Chem Anticancer Agents* 2002; 2:267-310.
- Gressett SM, Stanford BL, Hardwicke F. Management of hand-foot syndrome induced by capecitabine. *J Oncol Pharm Pract.* 2006 Sep;12(3):131-141.
- Chua D, Sham J, Au G. A phase II study of capecitabine in patients with recurrent and metastatic nasopharyngeal carcinoma pretreated with platinum-based chemotherapy. *Oral Oncol* 2003; 39:361-366.
- Makhnova E, Bershanovich M. Experience with Xeloda (capecitabine) as a component of chemotherapy for relapsing cisplatin-resistant ovarian tumors. *Vopr Onkol* 2003; 49:193-197.
- Van Cutsem E, Findlay M, Osterwalder B, et al. Capecitabine, an oral fluoropyrimidine carbamate with substantial activity in advanced colorectal cancer: results of a randomized phase II study. *J Clin Oncol* 2000; 18:1337-1345.
- Aurtier J, Escudier B, Wechsler J, Spatz A, Robert C, et al. Prospective Study of the Cutaneous Adverse Effects of Sorafenib, a Novel Multikinase Inhibitor. *Arch Dermatol.* 2008;144(7):886-892.
- Kang YK, Lee SS, Yoon DH et al. Pyridoxine is not effective to prevent hand-foot syndrome associated with capecitabine therapy: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Oncol* 2010;28(24):3824-3829.
- Chalermchai T, Tantiphlachiva K, Suwanrusme, H, et al. Randomized trial of two different doses of pyridoxine in the prevention of capecitabine-associated palmar-plantar erythrodysesthesia. *Asia Pac J Clin Oncol* 2010; 6(3):155-160.



# A PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE OS PADRÕES DE DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Cristina Rodrigues

Enfermeira do Serviço de Transplante  
de Medula Óssea do IPO do Porto

Cristina Pinto

Professora Assistente da Escola  
Superior de Enfermagem do Porto  
*cristinapinto@esenf.pt*

Filipe Pereira

Professor Coordenador da Escola  
Superior de Enfermagem do Porto  
*filipepereira@esenf.pt*

**RESUMO:** A documentação de cuidados de enfermagem é fundamental para a qualidade da assistência em enfermagem. Contudo, esta documentação tem apresentado algumas lacunas que a impede de reflectir, com exactidão, o exercício profissional do enfermeiro.

No sentido de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, consideramos pertinente a identificação das categorias e dos itens de informação documentada, relativamente à natureza dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes submetidos a Transplante de Medula Óssea (TMO).

Para tal, concebemos um estudo num paradigma quantitativo, de carácter exploratório-descritivo, com o intuito de definir o perfil do doente submetido a TMO e identificar o padrão de cuidados em uso no Serviço de Transplantação de Medula Óssea (STMO), documentado pelos enfermeiros.

Para responder aos objectivos propostos analisámos o conteúdo da informação produzida pelos enfermeiros, relativa aos cuidados de enfermagem, de 122 episódios de internamento dos doentes submetidos a TMO, internados no STMO do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial (IPOPFG, EPE). Os dados obtidos foram sujeitos a análise estatística - descritiva e inferencial.

Dos resultados auferidos salientamos que o perfil do doente submetido a TMO é, na sua maioria, do sexo masculino, de meia-idade, casado, reformado ou com profissões no âmbito dos trabalhadores qualificados da indústria, construção e artifices. O padrão de documentação de cuidados de enfermagem situa-se, essencialmente, no domínio do compromisso dos processos corporais, desenvolvendo-se intervenções, no âmbito da gestão de sinais e sintomas. A intensidade da acção terapêutica documentada pelos enfermeiros é reduzida, face aos diagnósticos documentados. A informação documentada sugere não reflectir, na sua totalidade dos cuidados "efectivamente" prestados.

Os resultados deste estudo poderão ser úteis na melhoria dos Sistemas de Informação (SI) em uso no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto e induzir à reflexão, por parte dos profissionais, sobre a importância da documentação eficiente dos cuidados de enfermagem.

**PALAVRAS-CHAVE:** padrão de documentação em enfermagem, doente, transplante de medula óssea, sistemas de informação em enfermagem (SIE).

**ABSTRACT:** *The documentation on nursing care plays a major role in the quality of assistance in nursing. However, it is recognized that this documentation has been presenting some gaps that prevent it from reflecting the nurse's professional work exactly. We understand the need to contribute for the improvement of care quality through the identification of documented information's categories and items in respect of the nature of nursing care provided to the patients subjected to a Bone Marrow Transplantation (BMT).*

*In order to achieve that, we have conceived a study in a quantity paradigm of an exploratory-descriptive kind, intending to define the patient's profile subjected to BMT and to identify the pattern of care documented by nurses and used in the Bone Marrow Transplantation Department (BMTD).*

*In order to meet the proposed goals, we analyzed the content of the information produced by the nurses about the nursing care, from 122 episodes of hospitalization of patient subjected to BMT, who are hospitalized at the BMTD in Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial. The obtained data was submitted to both descriptive and inferential statistical analysis.*

*From the results obtained we stress that: the patient's profile, subjected to a BMT, is mainly male, middle-aged, married, retired or a skilled worker in industry, in construction, and a craftsman. The pattern of documentation of nursing care lies, essentially, in the domain of a compromise of bodily processes, developing interventions, predominantly, as far as the management of signs and symptoms is concerned. The intensity of therapeutic action documented by nurses is reduced, compared to diagnoses documented. The documented information suggests not to reflect, as a whole, the care "effectively" provided.*

*The results of this study may be useful in the improvement of the Systems of Information used in the Instituto Português de Oncologia do Porto and may bring about the reflection by professionals on the importance of efficient documentation in nursing care.*

**KEYWORDS:** *pattern of documentation in nursing, patient, bone marrow transplantation, systems of information in nursing.*

## **I. Introdução**

A documentação dos cuidados de enfermagem tem sido alvo de inúmeras e variadas reflexões, que em muito têm contribuído para a evolução de enfermagem enquanto ciência, disciplina e profissão.

A importância atribuída à documentação dos cuidados de enfermagem remonta ao século XIX, onde Florence Nightingale fazia críticas frequentes relativas à falta de informação sobre os cuidados prestados aos doentes, solicitando a sua documentação e avaliação dos resultados esperados (DIAS et al., 2001; MARTINS et al., 2008).

De facto, as preocupações de Nightingale permanecem na actualidade, através da procura de soluções que realcem o papel primordial da documentação de enfermagem na continuidade de cuidados, o que se repercute na melhoria da qualidade dos mesmos.

A documentação dos cuidados de enfermagem é a base de toda metodologia. É através dela que os enfermeiros personificam a arte de cuidar, dão visibilidade ao seu desempenho e promovem a sua autonomia e responsabilidade profissional (DIAS et al., 2001).

No entanto, tem-se verificado que a prática dos cuidados de enfermagem nem sempre está condizente com a prova documental existente (SOUSA, 2006). O trabalho desenvolvido por Silva (2006), no âmbito da implementação do SIE, demonstrou que os enfermeiros pouco documentam do seu trabalho autónomo, existindo uma documentação frequente das suas intervenções interdependentes. Segundo o mesmo autor, ao longo dos anos, tem predominado na prática de enfermagem um modelo de registo em suporte de papel. Este caracteriza-se "(...) pela sua natureza pouco estruturada e pela utilização de texto livre para

*produzir narrações do processo de cuidados pouco sistemáticas e cronologicamente orientadas*” (SILVA, 1995 cit. por SILVA, 2006, p. 36), conduzindo a uma quantidade excessiva de dados e informação que em nada facilita a tomada de decisão por parte dos enfermeiros. Acresce que o tempo despendido pelos enfermeiros a documentar os cuidados, compete com o tempo disponível para a sua execução, o que leva à necessidade de fazer escolhas quando os recursos disponíveis não são suficientes para tudo o que é necessário (SILVA, 2006).

Assim, torna-se imperativo o desenvolvimento de novas formas de documentação dos cuidados de enfermagem capazes de superar as lacunas presentes nos modelos de registo tradicionais.

A utilização de padrões de documentação, entendidos como um conjunto de itens de informação que se assumem mais frequentes, relativamente a uma dada situação e, como tal, usados como referência, parecem surgir como o novo modelo de documentação de cuidados de enfermagem. No contexto de enfermagem, um padrão de documentação pressupõe um conjunto de diagnósticos e intervenções de enfermagem que surgem com maior regularidade perante determinada situação no âmbito da saúde do doente (SILVA, 2006).

De acordo com o trabalho que Silva (2006) desenvolveu, a utilização de padrões de documentação parece conferir algumas vantagens face aos registos de enfermagem habituais, nomeadamente: permite reduzir o tempo despendido pelos enfermeiros a realizar registos de enfermagem, aumentar o tempo útil disponível para a prestação de cuidados e diminuir a duplicação da informação documentada, aumentando o registo de informação “de qualidade”. Todavia, a utilização de um padrão de documentação requer uma nova forma de suporte da informação que permita organizar, tratar e gerir os dados, a informação e o conhecimento proveniente dos cuidados, com maior exactidão, precisão e legibilidade da informação.

É neste contexto que surgem os SIE, entendidos como “ (...) *uma parte dos sistemas de informação da saúde* (...)” (PEREIRA, 2009, p. 37) que gere alguns componentes de enfermagem, nomeadamente a manutenção dos seus registos (PEREIRA, 2009). De facto, o recurso a um sistema de informação acarreta inúmeras vantagens tais como uma rápida acessibilidade dos dados, maior confidencialidade e

produtividade da informação, maior eficácia no seu processamento, maior facilidade de registo da informação comparativamente com a tradicional, menor perda de informação, apresentação mais sistematizada e características facilitadoras das tomadas de decisão nos diferentes níveis de gestão (PINTO, 2009).

Tendo em conta que os doentes submetidos a TMO experimentam alterações nas suas mais variadas dimensões: física, psicológica, espiritual e social (NUNES et al., 2008), necessitando de cuidados de enfermagem específicos, individualizados e contínuos (LACERDA, LIMA & BARBOSA, 2007), a definição de um padrão de documentação poderá constituir uma mais-valia para a melhoria da qualidade da assistência em enfermagem.

Neste contexto consideramos pertinente delinear um estudo que tomou como objecto o padrão de documentação dos cuidados de enfermagem do doente submetido a TMO e por finalidade contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da identificação das categorias e itens de informação documentada relativos à natureza dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes submetidos a TMO.

## II. Material e Métodos

O nosso estudo pretendeu descrever o padrão de documentação de cuidados de enfermagem ao doente submetido a TMO, tendo como ponto de partida a informação documentada pelos enfermeiros nos seus registos clínicos diários.

Para tal, concebemos um estudo de carácter exploratório-descritivo, num paradigma quantitativo e retrospectivo, com os objectivos de definir o perfil do doente submetido a TMO e identificar o padrão de cuidados documentado em uso no STMO, documentados pelos enfermeiros.

O estudo foi desenvolvido no STMO do IPOFG, EPE, depois de devidamente autorizado pelas entidades competentes. O nosso propósito consistiu na recolha da informação documentada pelos enfermeiros nos processos clínicos, referente aos cuidados de enfermagem prestados aos doentes com idade igual ou superior a 18 anos, que se encontram internados no referido serviço, entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2009.

Do conteúdo dos processos clínicos consultados analisamos os registos de avaliação inicial de enfermagem, os re-

gistos de enfermagem diários de evolução do estado clínico do doente e os registos referentes ao momento da alta. Estes documentos correspondem à totalidade dos repositórios da informação documentada pelos enfermeiros do serviço onde se desenrolou o estudo.

Foram definidas variáveis de atributo e variáveis de investigação. Assim, tomando por referência os episódios de internamento (que aqui correspondem ao nosso conceito de “caso”), as variáveis de atributo incluíram a idade; o sexo; o estado civil; a profissão; o diagnóstico médico; o tipo de transplante; a duração, em dias, de cada episódio de internamento e o número total de dias que o doente esteve internado/ano. Por sua vez, as variáveis de investigação compreenderam os diagnósticos e as intervenções de enfermagem. Relativamente aos diagnósticos de enfermagem, o tipo e a frequência, o número de dias em que o mesmo esteve activo, bem como a sua evolução (resolvido, melhorado, piorado e mantido). Relativamente às intervenções de enfermagem, definimos o tipo, a frequência e a intensidade das mesmas. Sendo que as variáveis “Intensidade da intervenção de enfermagem” e “Intensidade do conjunto das intervenções de enfermagem” foram definidas a posteriori, durante o processo de análise dos dados.

A amostra que serviu de base ao nosso estudo foi uma amostra não probabilística, de conveniência, em que os seus elementos foram selecionados tendo em conta o seu carácter temporal, isto é, correspondente à totalidade dos episódios de internamento, decorridos no STMO do IPO do Porto, no período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2009, dos doentes com idade igual ou superior a 18 anos. A nossa amostra foi constituída por 122 episódios de internamento.

Os dados obtidos foram sujeitos a análise descritiva e inferencial. Para esta última foram utilizados os testes não paramétricos Qui-quadrado e Kruskal-Wallis. Para percebermos as possíveis associações entre as variáveis recorreremos aos testes Qui-quadrado e Kruskal-Wallis. Sendo que a leitura do teste Qui-quadrado apenas foi utilizada aquando da inexistência de células com valores esperados inferiores a cinco.

### III. Resultados e Discussão

Cada uma destas pessoas, em média, durante o ano de 2009, teve 1,2 internamentos no STMO do IPO do Porto, sendo que cada episódio de internamento teve, em média, uma duração de 25,5 dias.

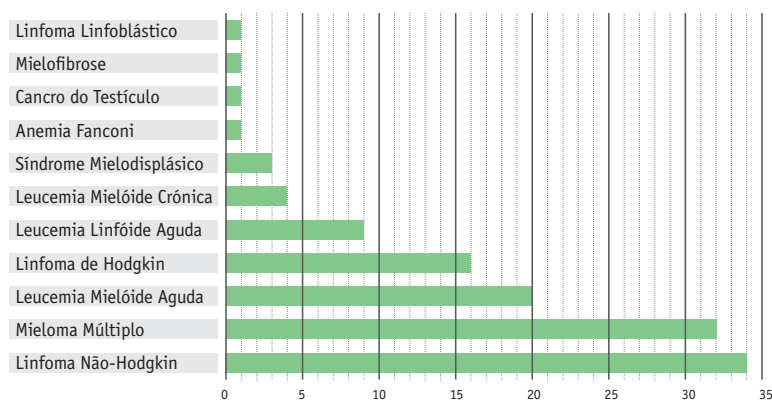
Tendo como referencial a duração média dos internamentos no Serviço Nacional de Saúde e no IPO do Porto – oito dias (Direcção Geral Saúde, 2011), podemos afirmar que os internamentos do doente submetido a TMO são longos.

Esses episódios de internamento referiram-se, na sua maioria, a doentes do sexo masculino (62,3%), sendo os restantes do sexo feminino (37,7%). Predominantemente eram doentes casados (73,6%), cuja profissão correspondia a trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (20%) ou reformados (20%). A média de idade dos referidos doentes, no ano de 2009, foi de 44,6 anos.

Os diagnósticos médicos que se encontravam subjacentes à necessidade de TMO e que desencadearam os 122 episódios de internamento variaram, essencialmente, entre as leucemias agudas e crónicas, os linfomas e os mielomas, tal como demonstra o Gráfico 1.

De entre estes, o Linfoma Não Hodgkin revelou ser o diagnóstico médico mais frequente. Facto este, coincidente com os dados apresentados pelo EBMT, relativamente a 2009, onde 58% dos doentes que se sujeitaram a transplante tinham a sua doença de base incluída no grande grupo dos linfomas (BALDOMERO H. et al., 2011 cit. por EBMT, 2010).

**Gráfico 1:** Frequência dos diagnósticos médicos associados aos episódios de internamento no STMO do IPO - Porto, no ano de 2009

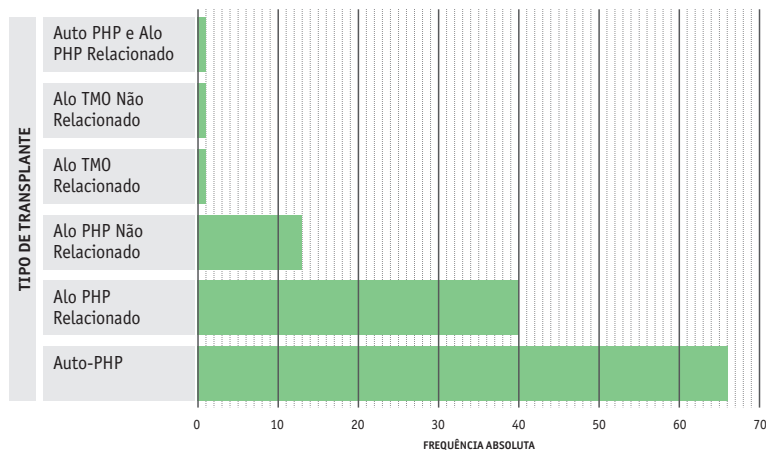




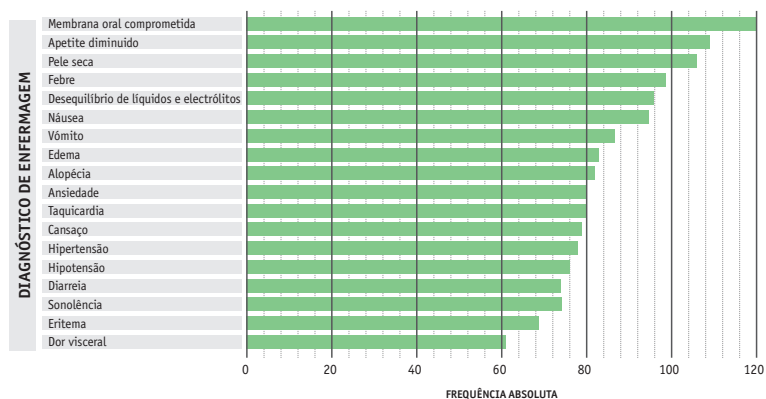
Os doentes foram submetidos a diferentes tipos de transplante, como se pode observar no Gráfico 2, em função da sua situação clínica, baseada em critérios médicos e da disponibilidade de dador.

Pela leitura do Gráfico 2, verificámos que o transplante autólogo foi a opção terapêutica predominante. Este resultado coaduna-se, mais uma vez, com os dados apresentados pelo EBMT, referentes ao ano de 2009, no qual 59% dos transplantes efectuados foram autólogos (EBMT, 2010). A Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação confirma, de igual forma, que, no ano de 2009, em Portugal, o transplante autólogo prevaleceu relativamente ao alogénico (Autoridade Para os Serviços de Sangue e da Transplantação, 2010).

**Gráfico 2:** Tipo de transplantes realizados no STMO do IPO - Porto, no ano de 2009, associados aos episódios de internamento ocorridos



**Gráfico 3:** Ranking dos diagnósticos de enfermagem documentados



Durante os episódios de internamento, os doentes apresentaram alterações da sua condição de saúde. Estas reportaram necessidades em cuidados que foram alvo de documentação por parte dos enfermeiros. Este processo de documentação definiu o padrão de cuidados de enfermagem documentado, no STMO do IPO do Porto, no ano de 2009.

O Gráfico 3 apresenta os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente documentados pelos enfermeiros do STMO, do IPO do Porto, no ano de 2009. Aqui, apenas se apresentam os diagnósticos de enfermagem que surgiram nos processos em metade dos 122 casos estudados. Com efeito, foram documentados 49 diagnósticos de enfermagem. Contudo, cerca de 31 diagnósticos de enfermagem evidenciavam frequências absolutas abaixo de 61.

Da documentação dos enfermeiros constatámos, sobre a evolução clínica do doente, que os diagnósticos de enfermagem se situaram no domínio dos compromissos dos processos corporais. Uma vez que o TMO, enquanto modalidade terapêutica, não é isenta de complicações, estas comprometem um conjunto de funções corporais que originam diversos focos de atenção para a prática de enfermagem. Desta forma, parece-nos compreensível que o domínio da atenção por parte dos enfermeiros se situe nos compromissos dos processos corporais.

A Tabela 1 apresenta as intervenções de enfermagem documentadas, com maior frequência, pelos enfermeiros do STMO do IPO do Porto, no ano de 2009. Importa salientar, que aqui apenas são apresentadas as intervenções com uma frequência absoluta superior a 12; sendo que esta frequência reporta o número total de vezes que cada uma das intervenções foi documentada (como implementada), independentemente do número de episódios de internamento. Com efeito, foram documentados 48 in-

**Tabela 1.** Ranking das intervenções de enfermagem (com base na frequência absoluta)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	FREQUÊNCIA ABSOLUTA
Relatar diagnóstico ao médico	506
Gerir regime terapêutico	356
Incentivar a aplicação de creme hidratante	73
Monitorizar tensão arterial	70
Cortar o cabelo	46
Gerir oxigenoterapia	27
Monitorizar sinais vitais	21
Aconselhar drenagem postural	19
Assistir a deambular	16
Promover arrefecimento natural	14
Demonstrar disponibilidade para ouvir	13
Aplicar calor	13
Incentivar corte de cabelo	12
Aconselhar sobre cuidados orais	12

**Tabela 2.** Intensidade do conjunto das intervenções de enfermagem em relação ao ranking de diagnósticos de enfermagem documentados

Diagnóstico	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Membrana oral comprometida	0,17	0,1	0,04	0,17	0,0	0,7
Pele seca	1,38	1,0	1,00	1,06	0,1	4,0
Febre	2,30	2,3	2,00	0,86	0,5	4,2
Náuseas	0,44	0,3	1,00	0,33	0,1	1,3
Vômito	0,55	0,5	1,00	0,36	0,1	1,5
Edema	0,25	0,2	0,50	0,22	0,0	1,0
Alopécia	0,68	0,5	1,00	0,37	0,2	2,0
Ansiedade	0,60	0,5	1,00	0,34	0,1	1,0
Taquicardia	0,66	0,4	0,05	0,80	0,1	2,3
Hipertensão	0,48	0,4	0,13	0,37	0,1	1,8
Hipotensão	1,01	0,6	0,33	1,30	0,1	6,4
Diarreia	0,72	0,7	1,00	0,39	0,2	2,0
Sonolência	0,52	0,2	0,20	0,66	0,2	2,0
Eritema	0,35	0,2	0,09	0,34	0,1	1,0
Dor visceral	0,92	0,5	0,25	0,99	0,1	4,1

tervenções. Contudo, cerca de 34 intervenções evidenciavam frequências absolutas abaixo de 12.

Da documentação dos cuidados de enfermagem constatámos que o padrão assistencial ao doente submetido a TMO se situou frequentemente no domínio da gestão de sinais e sintomas (SILVA, 2007; PEREIRA, 2009).

A Tabela 2 dá conta da intensidade da realização das intervenções de enfermagem, face aos principais diagnósticos de enfermagem documentados.

É fundamental esclarecer que o valor médio da Intensidade da Intervenção de Enfermagem, no presente contexto, refere-se ao quociente entre o número de repetições de cada intervenção de enfermagem, face ao período em que dado diagnóstico esteve activo e o número de dias em que esse mesmo diagnóstico esteve activo.

Os diagnósticos de enfermagem *Cansaço*, *Apetite Diminuído* e *Desequilíbrio de Líquidos e Electrólitos*, apesar de integrarem o ranking dos diagnósticos de enfermagem mais vezes documentados, não estão elencados na tabela anterior. Tal facto prende-se com a inexistência de intervenções de enfermagem documentadas com integridade referencial com os mesmos. Na realidade, apenas três diagnósticos de enfermagem tiveram uma intensidade de intervenção superior a uma vez por dia (*Febre*, *Pele Seca* e *Hipotensão*). É certo que a natureza dos diagnósticos influencia a necessidade de intervenção dos enfermeiros. Contudo, aquilo que a

documentação traduz é uma realidade marcada por uma “baixa intensidade” da acção terapêutica dos enfermeiros.

Acresce que, ao contrário do que se poderia esperar, às intervenções de enfermagem com maior intensidade, não correspondem os diagnósticos de enfermagem mais documentados. Esta constatação levanta-nos dúvidas e

encaminha-nos para algumas questões, às quais o presente estudo não consegue responder: i) Será que os enfermeiros documentam todas as intervenções executadas? Parece-nos, claramente, que não. ii) Será que os enfermeiros acham necessário documentar tudo o que concretizam? Importa explorar esta questão...

Procurámos de igual forma estudar em que medida a evolução dos diagnósticos de enfermagem estava associada às variáveis de atributo de cada caso e a intensidade da acção terapêutica dos enfermeiros. Antes de mais importa esclarecer que a evolução de cada um dos diagnósticos de enfermagem foi feita com base nos princípios descritos por Pereira (2009). Assim, para efeitos de ajuizar a evolução de um diagnóstico de enfermagem, procedemos à comparação do estado (*status*) da primeira vez que o referido diagnóstico foi registado com o seu último estado (*status*).

A análise comparativa da evolução dos diagnósticos de enfermagem em função da idade dos doentes, do número de dias de internamento e da intensidade das intervenções de enfermagem, não revelou, em sentido lato, diferenças com significado estatístico, quando aplicado o teste não paramétrico Kruskal-Wallis, a um nível de significância de 0,05.

Merecerá alguma reflexão futura o baixo nível de associação entre a intensidade das intervenções de enfermagem documentadas e a evolução (positiva) do estado dos diagnósticos de enfermagem. É certo que a documentação padece de debilidades. Contudo, importará, no futuro reflectir sobre esta realidade.

Importa, desde já, iniciar as reflexões em torno dos conteúdos a serem incluídos nos sistemas de informação clínica dos enfermeiros do STMO, sob pena de uma parte significativa dos cuidados prestados continuarem invisíveis nos repositórios (electrónicos) do IPO do Porto. A reformulação dos sistemas de informação clínica do IPO do Porto, sendo certo que constitui uma oportunidade, também representa um desafio para os enfermeiros do STMO.

#### IV. Conclusão

Reflectindo sobre os resultados auferidos e confrontando com a bibliografia existente, concluímos que o padrão de documentação dos cuidados de enfermagem obtido não reflecte a totalidade dos cuidados que o doente submetido a TMO carece e, como sabemos, recebe. Tendo em conta a complexidade de todo o percurso de transplantação e o

impacto que o mesmo tem, na condição de saúde do doente, percebe-se que o mesmo precisa de cuidados específicos, individualizados e contínuos, que o padrão de documentação de cuidados obtido não descreve suficientemente.

Desta forma, urge a necessidade de criar um novo modelo de documentação dos cuidados de enfermagem no STMO. Como tal, seria pertinente dar continuidade ao estudo, procurando identificar, junto dos enfermeiros, os itens de informação mais relevantes a incluir em novos modelos de documentação.

Ambiciona-se ainda, que o presente estudo seja útil no apelo à reflexão, por parte dos profissionais do STMO, não só da documentação dos cuidados mas também da prestação dos mesmos. Espera-se que, de algum modo, se consiga contribuir para os processos de reengenharia dos SI, a decorrer no IPO do Porto.

#### BIBLIOGRAFIA

- AUTORIDADE PARA OS SERVIÇOS DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO. (2010). Relatório Estatístico 2010: Colheita e transplantação de órgãos, tecidos e células. p. 1-44 [Em linha] [Consult. 5 de Setembro de 2011]. Disponível em [www.asst.min-saude.pt/Paginas/asst.aspx](http://www.asst.min-saude.pt/Paginas/asst.aspx).
- DIAS, A. [et al.]. (2001). Registos de enfermagem. In *Servir*, 49: 267-271.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2011). Centros de saúde e unidades hospitalares: Recursos e produção do SNS 2009. Lisboa. ISSN 1645-8893.
- EUROPEAN GROUP FOR BLOOD AND MARROW TRANSPLANTATION. (2010). Annual Report/10. (2010) p. 1-31 [Em linha] [Consult. 5 de Setembro de 2011]. Disponível em [www.ebmt.org/Contents/Pages/Default.aspx](http://www.ebmt.org/Contents/Pages/Default.aspx).
- LACERDA, M.; LIMA, J.; BARBOSA, R. (2007). Prática de enfermagem em transplante de células tronco hematopoéticas. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Vol. 9, n.º 1, p. 242-250. [Consult. 20 Agosto 2011]. Disponível em [www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a19.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a19.htm).
- MARTINS, A. [et al.]. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12:52-61.
- NUNES, A. [et al.]. (2008). A sexualidade do doente sujeito a transplante de medula óssea. *Onco. News*, Ano II:17-21.
- SILVA, A. (2006). Sistemas de informação em enfermagem: Uma teoria explicativa da mudança. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda. ISBN 972-8485-76-X.
- SILVA, A. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. In *Servir*, 55:11-19.
- SOUZA, P. (2006). Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: Um modelo explicativo. 1ª edição. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda. ISBN 972-8485-75-1.
- PEREIRA, F. (2009). Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Formasau - Formação e Saúde, Lda. ISBN 978-989-8269-06-5.
- PINTO, L. (2009). Sistemas de informação e profissionais de enfermagem. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Tese de Mestrado.

# O ADOLESCENTE COM CANCRO EM FASE TERMINAL E A AUTONOMIA PESSOAL UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

**Maria Leonor Fragoso Nobre**

Doutoranda em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto,  
Serviço de Hematologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**José Carlos Amado Martins**

Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra,  
Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Doutor em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

**Rui Nunes**

Professor Catedrático na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,  
Serviço de Bioética e Ética Médica. Presidente da Associação Portuguesa de Bioética  
Doutor em Medicina pela Universidade do Porto

**RESUMO:** A doença oncológica afecta cada vez mais indivíduos de qualquer faixa etária, inclusivamente os adolescentes, que são confrontados com a morte num momento em que já se encontram a experienciar uma fase de transição. A percepção de morte é uma experiência iminentemente individual, que varia durante as etapas de desenvolvimento humano e mediante as suas especificidades. Para todas as idades, o conceito de morte digna implica o respeito pela autonomia pessoal que, embora sendo um dos princípios da Bioética, nem sempre é tido em conta por pais e profissionais de saúde. Com o objectivo central de situar esta problemática numa perspectiva científica actual, procedemos a um estudo de revisão sistemática da literatura, recorrendo à metassíntese e utilizando a metodologia PICO. Verificou-se a necessidade dos cuidados de saúde prestados ao jovem com cancro em fase terminal serem planeados pelos próprios, pelos pais e pelos profissionais, tendo em conta os aspectos físicos e emocionais assim como os seus valores éticos, culturais e espirituais. Acredita-se que, dentro desta temática, o grande desafio para as equipas de saúde passa pela promoção da mudança de atitudes, no sentido de abandonar por completo a visão paternalista.

**PALAVRAS-CHAVE:** adolescente; cancro; estado terminal; autonomia pessoal.

**ABSTRACT:** *Cancer is increasing regardless of age, including teenagers who are confronted with death in a moment that they are already experiencing a transitional phase. The perception of death is a personal experience that varies during the stages of human development and through their specific features. For all the ages, the concept of dying with dignity means respecting personal autonomy, that despite being a bioethics principle, not always is taken into account by parents and health professionals. To place this issue into a current scientific perspective we undertook a systematic review study, using meta-synthesis approach and PICO methodology. It was found that young with terminal illness need planning their health care by their own and with parents and health professionals, taking into account physical and emotional aspects as well as their ethical cultural and spiritual values. It is believed that the major challenge to health teams is to promote the attitudes changing in order to entirely abandon the paternalistic view.*

**KEYWORDS:** *adolescent; cancer; terminal illness; personal autonomy.*



## Introdução

Os enfermeiros estão constantemente em contacto com o sofrimento humano resultante da doença oncológica que, frequentemente, termina no pior desfecho possível: a morte. A doença oncológica afecta indivíduos de qualquer faixa etária, sendo a leucemia a que mais afecta crianças e jovens<sup>1</sup>.

As vivências implicam a experiência de uma determinada situação. Para cada indivíduo, uma situação tem um significado próprio, de acordo com o conjunto de valores e de conhecimentos relativos ao mesmo, estando a sua valorização dependente de todos estes aspectos<sup>2</sup>. Sendo a percepção da morte uma experiência iminentemente individual<sup>3</sup>, durante as etapas de desenvolvimento humano e mediante as suas especificidades, essa percepção será subjectiva em cada um dos doentes oncológicos.

Segundo Remedi *et al.*<sup>4</sup>, diversos autores têm reflectido sobre o processo de morte de adultos e de crianças, no entanto a literatura mostra que pouco tem sido produzido sobre o mesmo processo em adolescentes. Os mesmos autores<sup>4</sup> referem que “...o cuidar de adolescentes com câncer que vivenciam a terminalidade da doença tem sido uma das tarefas mais difíceis da medicina (...) pela escassez de pesquisas sobre o manejo de tais pacientes e devido ao pouco conhecimento que se tem sobre as suas necessidades”. Durante a adolescência ocorrem mudanças contínuas, tais como a procura da independência e o desenvolvimento da vida social e escolar, que podem causar ansiedade extrema e alterações do comportamento no adolescente internado, confrontado com diferentes realidades ao mesmo tempo. Assim, “...cuidar de adolescentes com câncer no processo de morte e de morrer é um desafio para os profissionais de saúde pelo alto custo emocional e especificidades que envolvem esta etapa do desenvolvimento humano”<sup>4</sup>.

O conceito de morte digna implica o respeito da autonomia pessoal, incluindo a preservação da autonomia

do paciente e família e uma assistência de acordo com as preferências destes<sup>5</sup>. O respeito pela autonomia favorece a adaptação dos pais que têm um filho em estado terminal<sup>5</sup>. A autonomia individual é um dos princípios centrais da Bioética, no entanto, nem sempre é respeitada por pais e profissionais de saúde.

A transição do paternalismo para o exercício da autonomia trouxe novas responsabilidades aos profissionais de saúde, que passam a ter o dever de partilhar a informação e discutir decisões com os doentes, reconhecendo a cada

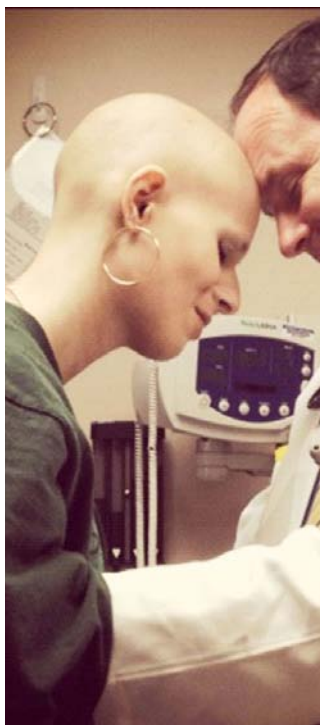
um o “...direito ao seu «autogoverno»” e fomentando e apoiando as decisões individuais<sup>6</sup>. Menossi e Lima<sup>7</sup> demonstram que a protecção extrema dos pais e a posição paternalista de alguns profissionais de saúde não permitem aos jovens concretizar algumas das suas vontades, pondo em causa a sua autonomia individual. As mesmas autoras relatam:

*“Após anos de convivência com a criança e o adolescente portador de câncer, pudemos perceber que nem sempre o que era problema para nós, enfermeiras, era também problema para eles; e, nem sempre o que era muito doloroso para os pais, era também para os filhos, pois estes vivenciavam o sofrimento de forma distinta”<sup>7</sup>.*

Como a grande maioria das mortes durante a adolescência ocorre dentro do hospital<sup>8</sup>, é de extrema importância que os enfermeiros, especialmente os que trabalham em serviços oncológicos, detenham conhecimentos sobre esta problemática, visando a melhoria de cuidados prestados ao adolescente.

## 1. Metodologia

Cada acontecimento é individual, único e ocorre num determinado contexto e tempo, sendo o seu significado próprio e específico de quem vivencia o fenómeno. Assim sendo, apenas a investigação com metodologia qualitativa permite a emergência dos significados, de acordo com o contexto e dentro da complexidade da experiência humana<sup>9</sup>. A revisão sistemática qualitativa exige compre-



ensão e capacidade para analisar e interpretar os resultados segundo uma perspectiva ontológica, epistemológica e metodológica específica<sup>10</sup>. Assim, para situar este tema numa perspectiva científica e actual, procedemos a um estudo de revisão sistemática da literatura com recurso à metassíntese na análise dos dados obtidos.

### 1.1. Localização e selecção de estudos

A questão de investigação permite-nos precisar a pertinência, a relevância e actualidade do tema, remetendo-nos ao estado actual da problemática, ou seja, ao estado da arte. Nesta revisão sistemática da literatura foi utilizada a metodologia PICO - acrónimo das palavras “*Patient*” (utente), “*Intervention*” (intervenção), “*Comparison*” (comparação) e “*Outcomes*” (resultados)<sup>11</sup>. Esta metodologia permite maximizar os recursos utilizados, uma vez que a definição clara e precisa do objectivo da pesquisa evita a realização de buscas desnecessárias nas bases de dados. O ponto de partida deste trabalho teve origem na necessidade de obter evidências sobre a forma como a autonomia dos adolescentes com cancro em fase terminal é vivenciada pelos próprios e respeitada pelos enfermeiros. Surgiram algumas dúvidas: como é que os adolescentes vivem e experienciam a autonomia, durante esta fase da sua vida onde ocorrem, simultaneamente, as transições entre a infância e a maioridade e entre a vida e a morte? Quais são as atitudes terapêuticas e intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros, com o objectivo de apoiar o adolescente nesta fase de transições e contribuir para que tenha uma morte digna? Assim, foi enunciada a seguinte questão orientadora para esta revisão sistemática da literatura: *Como é que os adolescentes com cancro em estado terminal e os enfermeiros, vivenciam o respeito pela autonomia individual?*

A localização de estudos para a realização desta revisão sistemática da literatura foi efectuada em Janeiro e Fevereiro de 2011, tendo decorrido em três fases. Numa primeira fase, foi realizada a selecção dos termos de pesquisa. Foram identificados os termos (descritores) relacionados a cada um dos componentes do método PICO, assim como todos os seus correspondentes em língua inglesa, através dos vocabulários estruturados de descritores controlados. A utilização de descritores controlados,

também referenciados como “*títulos de assuntos médicos*” ou “*descritores de assunto*”<sup>11</sup>, permite a pesquisa dos mesmos em artigos publicados e indexados em base de dados.

Segundo o método PICO, após a selecção dos termos de pesquisa devem ser aplicados os operadores booleanos a utilizar, inter-relacionando os descritores na seguinte estratégia final: (P) AND (I) AND (C) AND (O)<sup>11</sup>. Após sucessivas pesquisas, foi definido um conjunto de sinónimos e termos que se relacionavam, permitindo obter uma expressão de pesquisa standard para todas as bases de dados: (adolesc\* OR teenagers) AND cancer AND (“critical illness” OR “terminal care” OR “palliative care” OR “terminally ill” OR “end-of-life”) AND nurs\* AND (autonomy OR “personal autonomy” OR “self determination” OR “free will”). Foram realizados os truncamentos “nurs\*” e “adolesc\*” para ampliar os termos de pesquisa.

Numa segunda fase, procedeu-se à pesquisa da expressão anterior em três bases de dados electrónicas: EBSCO (com recurso a todas as fontes disponíveis nessa base), SciELO e LILACS. As mesmas foram seleccionadas pela quantidade e qualidade de publicações indexadas, assim como pela sua acessibilidade. Em todas foram activadas as opções para pesquisa de artigos em texto integral e publicados a partir do ano 2000, tendo sido constatado em pesquisas anteriores que um limite temporal mais ampliado não acrescentava um número maior de estudos relevantes sobre a temática.

Os critérios aplicados para a inclusão e exclusão de estudos foram:

- *Critérios de Inclusão*

- Estudos cujos resultados respondam à questão orientadora;
- Estudos primários;
- Estudos com metodologia qualitativa.

- *Critérios de exclusão*

- Estudos que recorram a metodologia de investigação quantitativa;
- Estudos não científicos.

Após pesquisa, foram encontrados trinta e nove artigos na base de dados EBSCO. Foram excluídos dezassete artigos após a leitura dos títulos e respectivos resumos: sete artigos por se encontrarem repetidos e dez por tratarem uma temática diferente da referida na questão orien-

**Tabela 1:** Estudos incluídos na revisão sistemática da literatura.

ESTUDO	ARTIGOS SELECIONADOS	PAÍS DE ORIGEM
E1	Teixeira, V. e Braz, M. (2010). Estudo sobre o respeito ao princípio da autonomia em crianças e/ou adolescentes sob tratamento oncológico experimental, através do processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido. <i>Revista Brasileira de Cancerologia</i> . <b>56</b> (1): 51-59.	Brasil
E2	Monterosso, L. e Kristjanson, L. (2008). Supportive and palliative care needs of families of children who die from cancer: An Australian study. <i>Palliative Medicine</i> . <b>22</b> : 59-69.	Austrália
E3	Hallstrom, I. e Elander, G. (2004). Decision-making during hospitalization: Parent's and children's involvement. <i>Journal Of Clinical Nursing</i> . <b>13</b> : 367-375.	Suíça
E4	Hannan, J. e Gibson, F. (2005). Advanced cancer in children: how parents decide on final place of care for their dying children. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> . <b>11</b> (6): 284-291.	Inglaterra

tadora. Foi realizada a leitura integral dos restantes vinte e dois artigos, dos quais foram excluídos dezoito por não apresentarem os critérios de inclusão referidos anteriormente; doze dos artigos não respondiam à pergunta de investigação e seis utilizavam metodologias quantitativas. Foram incluídos quatro artigos, que se encontram expostos na Tabela 1.

Através da base de dados SciELO foram encontrados sete artigos e na base de dados LILACS obtiveram-se cinco artigos. Sendo todos repetições dos anteriormente obtidos através da EBSCO, nenhum dos artigos foi incluído no estudo.

Numa terceira fase da localização de estudos, foram realizadas pesquisas sobre teses de mestrado, teses de doutoramento ou outros estudos científicos, acessíveis em acervos de documentação nacionais, universitários e hospitalares. Efectuou-se uma pesquisa electrónica no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), que contém estudos indexados de trinta e dois repositórios nacionais. Foram também realizadas pesquisas nos centros documentais da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, do Instituto Superior Miguel Torga e dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Foram encontrados quarenta e três estudos, no entanto nenhum foi incluído por não satisfazerem os critérios de inclusão.

Encontrados os quatro estudos para análise, procedeu-se à avaliação da sua qualidade e validade. O processo de apreciação de estudos foi realizado de acordo com critérios pré-estabelecidos, segundo o processo descrito pela bibliografia consultada<sup>12</sup>.

## 1.2. Análise de dados

Os artigos foram submetidos a uma leitura inicial para apreender o sentido geral do artigo e, posteriormente a mais duas ou três leituras exaustivas para extrair os principais conceitos e achados. Identificaram-se os objectivos gerais de cada um dos estudos, a amostra e a metodologia utilizada (Tabela 2). Realizou-se a análise dos estudos, localizando os temas de maior evidência comuns, que irão ajudar a compreender o fenómeno especificado na questão orientadora.

Os relatos das vivências revelam-se fontes de dados muito ricas e possibilitam a colecção de informação acerca da ocorrência da experiência e do contexto onde a mesma ocorre. Os dados relevantes de cada um dos estudos em análise encontram-se resumidos na Tabela 3. Dos quatro estudos seleccionados para esta revisão sistemática da literatura foram identificadas três grandes temáticas que foram sujeitas a avaliação e reinterpretação, de forma a analisar as evidências identificadas na compreensão dos fenómenos vividos e os significados a eles atribuídos.

## 2. Resultados e discussão

Tendo como base a informação contida nos quatro estudos seleccionados, pretendemos identificar os pontos em comum e os pontos de divergência dos autores, de forma a obter uma resposta à questão orientadora formulada no início deste trabalho. Foram identificadas três grandes temáticas, que serão descritas pormenorizadamente.

### 2.1. Tomada de decisão

Três dos estudos destacam a importância do envolvimento das crianças e adolescentes na tomada das decisões durante

**Tabela 2:** Resumo de alguns dos componentes dos estudos.

ESTUDO	OBJECTIVOS	AMOSTRA	METODOLOGIA
E1	<p>Conhecer qual a informação fornecida à criança e/ou adolescente relativamente à sua participação num ensaio clínico de terapêutica oncológica;</p> <p>Perceber como os pais respeitam a autonomia da criança e/ou adolescente na decisão de consentir a participação;</p> <p>Conhecer os referenciais éticos e estratégias utilizadas pelos pesquisadores na obtenção do consentimento dos pais e crianças/adolescentes.</p>	<p>3 crianças (com idades entre os 7-8 anos) e 1 adolescente (14 anos) com cancro em estado terminal, 4 mães e 4 profissionais de saúde/investigadores da Secção de Oncologia Pediátrica do Hospital do Câncer I - Instituto Nacional de Câncer, no Rio de Janeiro, Brasil.</p>	<p>Estudo de caso</p> <p>Entrevistas temáticas em profundidade</p> <p>Análise categorial</p>
E2	<p>Compreender as vivências dos pais durante a morte dos seus filhos submetidos a cuidados paliativos;</p> <p>Compreender o significado, na perspectiva dos pais, do apoio e dos cuidados paliativos prestados pela equipa multidisciplinar, assim como saber quais foram as necessidades sentidas por pais e filhos.</p>	<p>Pais de 24 crianças e adolescentes com cancro, com idades compreendidas entre os 2 e os 17 anos de idade, que morreram em 3 centros de pediatria oncológica da Austrália.</p>	<p>Estudo qualitativo exploratório-descritivo</p> <p>Entrevista semi-estruturada</p> <p>Análise categorial</p>
E3	<p>Conhecer quais as decisões tomadas durante a hospitalização de crianças e adolescentes.</p> <p>Compreender como essas decisões foram tomadas, por quem foram tomadas e qual o seu significado.</p>	<p>24 crianças e adolescentes (com idades entre os 5 meses e os 18 anos) e respectivos pais, internados em 7 dos serviços de um hospital universitário da Suíça.</p>	<p>Estudo etnográfico</p> <p>Observação não participante</p>
E4	<p>Conhecer as vivências de pais relativamente à escolha do local da morte dos filhos, durante a fase terminal dos mesmos.</p> <p>Compreender as decisões tomadas e o seu significado.</p>	<p>Pais de 1 criança (com idade entre 1-10 anos) e de 4 adolescentes e jovens adultos (11-19 anos) com cancro, que tinham morrido há menos de 1 ano e que receberam cuidados de um centro de pediatria oncológica de Inglaterra.</p>	<p>Estudo fenomenológico</p> <p>Entrevista aberta</p>

**Tabela 3:** Resumo dos dados relevantes em análise.

ESTUDO	RESULTADOS RELEVANTES EM ANÁLISE
E1	<p>Os resultados demonstraram que a autonomia, mesmo relativa, da criança e/ou adolescente não é considerada, o que se traduz pela não obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os pais e profissionais de saúde acreditam que estas crianças e/ou adolescentes não são capazes de entender os riscos e benefícios do estudo e, por isso, não consultaram a sua opinião sobre o tratamento proposto. Contudo, foram considerados competentes e capazes de decidir sobre situações quotidianas em família. Assim, as decisões sobre a saúde na infância e adolescência dependem dos adultos.</p>
E2	<p>Os resultados revelam que os pais consideram como um aspecto muito importante, a qualidade das suas relações interpessoais com os profissionais de saúde, assim como as relações interpessoais entre os mesmos e os seus filhos. Uma das qualidades fundamentais dos profissionais de saúde é descrita como o saber estabelecer uma relação honesta, aberta, autêntica e terapêutica com pais e filhos, considerada essencial para a melhoria da compreensão das necessidades dos mesmos. Também foi destacada a importância do envolvimento das crianças e adolescentes na tomada de decisões a cerca dos tratamentos a realizar e durante o seu processo de morte.</p>
E3	<p>As crianças/adolescentes e os seus pais foram frequentemente envolvidos no processo de decisão clínica durante o internamento. Os autores concluíram que uma voz activa na tomada de decisões ajuda a criança/adolescente a desenvolver o seu conceito de pessoa e oferece aos pais a sensação de que fazem parte da equipa multidisciplinar. Salientam ainda, a promoção dos direitos das crianças como um dos papéis mais importantes do enfermeiro que desempenha funções na área de pediatria.</p>
E4	<p>Os sentimentos e pontos de vista do adolescente foram tomados em consideração pelos pais, ao decidirem o local da prestação de cuidados durante o seu estado terminal. Foi descrita a importância dos enfermeiros no acréscimo da confiança dos pais na sua capacidade de fornecer cuidados em casa, aos adolescentes que tinham manifestado essa vontade.</p>



o seu processo de morte. As decisões a tomar pelos jovens podem passar pela opção de finalizar os tratamentos, pelo controle da sintomatologia através de medicação e/ou intervenções específicas e pela escolha do local dos cuidados a serem prestados durante a fase terminal. Monterosso e Kristjanson<sup>13</sup> enfatizam a importância da tomada de decisões dos jovens acerca dos tratamentos a realizar, assim como as decisões referentes ao conforto perante a morte.

Hallstrom e Elander<sup>14</sup> referem que as crianças/adolescentes e os seus pais são frequentemente envolvidos no processo de decisão clínica durante o internamento. As autoras constatam que durante o seu estudo, os profissionais de saúde respeitaram a autonomia pessoal dos jovens e dos seus pais. Concluem que uma voz activa na tomada de decisões ajuda a criança/adolescente a desenvolver o seu conceito de pessoa. No estudo de Hannan e Gibson<sup>15</sup>, os sentimentos e pontos de vista do adolescente também foram tomados em consideração pelos pais ao decidirem o local da prestação de cuidados durante o seu estado terminal.

Acerca desta temática, Teixeira e Braz<sup>16</sup> têm pontos de vista divergentes dos autores referidos anteriormente, pois no seu estudo, a decisão das crianças/adolescentes foi totalmente desconsiderada e, na maior parte das vezes, nem mesmo foi solicitada. Os pais e profissionais de saúde envolvidos acreditavam que estas crianças e/ou adolescentes não eram capazes de entender os riscos e benefícios do estudo de tratamentos oncológicos experimentais e, por isso, não consultaram a sua opinião sobre o tratamento proposto. Os jovens foram considerados incapazes para tomar estas decisões.

Numa perspectiva bioética, a visão paternalista parece permanecer, com os adultos a decidir pela criança/adolescente, tendo em conta o que julgam ser melhor para os mesmos. Segundo Teixeira e Braz<sup>16</sup>, a assinatura do Termo de Consentimento Informado parece ser só uma mera formalidade, não importando o verdadeiro exercício da autonomia, concluindo que a infância e a adolescência são fases onde existe dependência dos adultos para as decisões relativas à saúde.

## 2.2. Ambiguidade em relação à autonomia da criança/adolescente

Teixeira e Braz<sup>16</sup> referem que os pais e profissionais de saúde acreditam que as crianças/adolescentes não são capazes de entender os riscos e benefícios envolvidos no estudo e, por

isso, não consultaram a sua opinião sobre o tratamento proposto. As autoras acreditam que existe o desconhecimento, por parte dos pais e dos profissionais de saúde, sobre a capacidade de compreensão e decisão da criança/adolescente, não tendo em conta nem a idade, nem a sua maturidade. Neste sentido, existe o desrespeito dos pais e dos profissionais de saúde pela autonomia pessoal dos jovens. O pressuposto dos profissionais de saúde é que pela lei as crianças/adolescentes não são autónomas, logo a tomada de decisão cabe aos pais ou aos seus responsáveis legais, mesmo que o discernimento destes últimos seja posto em causa. No entanto, as mesmas autoras referem que as crianças/adolescentes envolvidas no estudo possuíam a capacidade de compreensão da situação, pois verbalizavam conhecimentos concretos acerca da doença e sobre a possibilidade do tratamento não trazer benefícios, uma vez que conviviam com a morte dos seus pais na mesma realidade.

A visão do adolescente é considerada problemática<sup>16</sup> porque, ao procurem a autonomia pessoal querendo decidir de acordo com a sua vontade própria, originam conflitos com os pais e/ou profissionais de saúde. O mesmo estudo refere que no domicílio, em contexto familiar, as crianças/adolescentes partilham as actividades quotidianas emitindo opiniões, muitas vezes desempenhando tarefas de adultos, tomando decisões e aceitando responsabilidades, apesar de se encontrarem gravemente doentes. Os pais parecem respeitar a autonomia dos jovens dentro do lar e no seu meio social, mesmo quando os últimos vão além das suas responsabilidades. No entanto, isto não acontece em ambiente hospitalar ou de ambulatório. Assim, constata-se que os adultos têm uma percepção ambígua do exercício da autonomia dos jovens, pois muitas vezes vêem-nos como crianças, incapazes de compreender e decidir, sendo noutras vezes entendidos como pessoas adultas, com plena capacidade de decisão.

Hallstrom e Elander<sup>14</sup> referem que, embora a opinião dos jovens deva ser respeitada, por vezes não existe uma maturidade suficiente para a tomada de decisão relativa a procedimentos dolorosos. No entanto, apesar de nem sempre poderem decidir acerca de procedimentos médicos, os jovens deveriam sempre participar e estar presentes nas tomadas de decisão sobre os mesmos. Segundo Monterosso e Kristjanson<sup>13</sup>, apesar de dependente da idade dos jovens, muitos deles encontram-se extremamente envolvidos e participantes, tanto na experiência de tratamento da doença como no

processo de morte, enquanto alguns dos pais são incapazes de tomar decisões e discutir acerca da possibilidade de suspender os tratamentos, embora tenham plena noção da proximidade da finitude do seu filho.

### 2.3. Relação terapêutica entre os profissionais de saúde, a criança/adolescente e família

Monterosso e Kristjanson<sup>13</sup> revelam através do seu estudo que os pais consideram como um aspecto muito importante a qualidade das suas relações interpessoais com os profissionais de saúde, assim como as relações interpessoais entre os mesmos e os seus filhos. Referem, também, que uma das qualidades fundamentais dos profissionais de saúde é a capacidade para estabelecer uma relação honesta, aberta, autêntica e terapêutica com pais e filhos. As autoras<sup>13</sup> consideram essencial a existência desta relação para a melhoria da compreensão dos sentimentos e necessidades por parte dos profissionais de saúde. Também para Hannan e Gibson<sup>15</sup>, a relação terapêutica dos profissionais de saúde com a família e utente é extremamente importante, tanto na prevenção de depressões, como para conhecer os desejos e necessidades dos jovens e dos pais durante as várias etapas que precedem a morte. Neste sentido, a comunicação torna-se um elemento crucial; deve ser horizontal, honesta e aberta, alegre e bem-humorada, reflectindo-se na presença consoladora e confortante dos profissionais de saúde, que devem proporcionar ao máximo um ambiente favorável a uma morte digna<sup>18</sup>. Confrontar a morte é um processo difícil e doloroso tanto para o adolescente, como para os pais e para a equipa de saúde. Para tornar esse processo menos doloroso para todos os envolvidos, devem ser instauradas medidas de alívio da dor e do sofrimento e proporcionar a expressão de sentimentos e de desejos, permitindo o exercício da autonomia. Devido à especificidade da faixa etária, os profissionais de saúde deverão privilegiar determinados factores que os adolescentes geralmente consideram essenciais, tais como a privacidade, a relação com os pares e o contacto com o exterior<sup>13</sup>.

Ao analisar os artigos seleccionados para esta metassíntese, percebemos que a experiência de autonomia pessoal durante a fase terminal é um acontecimento marcante na vida dos adolescentes, pais e profissionais de saúde. A adolescência e a morte são fases de transição da vida em que um conjunto de sentimentos, dúvidas e incertezas emergem, condicionando

a forma de estar e de agir. O estudo das vivências do exercício da autonomia pessoal de adolescentes implica também a compreensão da influência dos pais nas mesmas. Uma vez que perante a lei os adolescentes são menores de idade, estes são considerados incompetentes na tomada de decisões, sendo substituídos muitas vezes pelos pais durante as mesmas. Para o exercício pleno da autonomia é necessário que o adolescente seja considerado competente para expressar a sua vontade, o que nem sempre acontece. A competência para a decisão implica a aptidão para compreender a informação relevante, para entender a situação clínica e as suas possíveis complicações, para decidir em função dos seus próprios valores e para comunicar a sua escolha. Nem sempre o jovem tem maturidade suficiente para tal.

A participação nas tomadas de decisão afirma-se como uma forma de permitir aos jovens uma morte digna, uma vez que envolve as suas escolhas em aspectos como o conforto físico e a consideração das suas perspectivas psicológicas, espirituais, culturais e sociais. A equipa de saúde, na qual o enfermeiro se encontra englobado, tem um papel de extrema importância para o exercício da autonomia, devendo respeitá-lo e promovê-lo, desde o início da prestação dos cuidados ao jovem até à morte do mesmo.

Relativamente à enfermagem, Hallstrom e Elander<sup>14</sup> salientam a promoção dos direitos das crianças como um dos papéis mais importantes do enfermeiro que desempenha funções na área de pediatria. Hannan e Gibson<sup>15</sup> referem a importância das intervenções dos enfermeiros para o acréscimo da confiança dos pais na sua capacidade de fornecer cuidados em casa, aos jovens que tinham manifestado essa vontade.

Em suma, é fundamental que os cuidados à criança/adolescente com cancro, em fase terminal, sejam planeados pelos próprios, pelos pais e profissionais de saúde, tendo em conta os aspectos físicos e emocionais, assim como os seus valores éticos, culturais e espirituais. O grande desafio para a equipa de saúde passa pela promoção da mudança de atitudes, no sentido de abandonar por completo a visão paternalista de que é detentora de todo o saber e a única responsável pela tomada de decisões.

### 3. Conclusão

Abordar o tema específico da experiência da autonomia pessoal em adolescentes com cancro em fase terminal é um

processo delicado e difícil, na medida em que ocorre num complexo contexto de fragilidade e vulnerabilidade. Exige alguma sensibilidade para explorar e identificar os aspectos significativos das experiências, numa tentativa de compreender os sentimentos vivenciados e o seu significado individual. Atendendo à especificidade do tema, constata-se que existe ainda um número reduzido de estudos, o que constitui uma limitação para a realização de uma revisão da literatura exaustiva e aprofundada.

Consideramos que os estudos seleccionados foram elucidativos acerca das vivências de autonomia de adolescentes com cancro em fase terminal, embora numa perspectiva global e ao nível mundial, que poderá não revelar as experiências dos adolescentes da população portuguesa. O facto de todos os estudos incluírem crianças e/ou pais poderá também fazer com que os resultados não revelem as experiências dos adolescentes na sua totalidade. Para ultrapassar estas limitações sugerimos que, no futuro, sejam realizados estudos dentro da população portuguesa, abrangendo apenas os adolescentes na sua amostra. E, mais ainda, que estes estudos determinem clara e inequivocamente o grau de maturidade dos adolescentes de modo que seja inquestionável a sua competência na esfera da decisão.

Os resultados dos estudos revelam a posição e as perspectivas da equipa de saúde, na qual os enfermeiros se encontram englobados. No entanto, não é possível especificar as intervenções autónomas de enfermagem e as atitudes terapêuticas, desenvolvidas por este grupo profissional, que contribuem para a dignificação da morte e que promovem o respeito pela autonomia pessoal. Seria importante o desenvolvimento de estudos neste âmbito, de forma a permitir a reflexão dos enfermeiros e a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Silva, S. (2004). *Leucemia Infantil*. Acedido em: Maio de 2010, em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0038.pdf>
2. Couto, C., Nunes D., Coelho F., Enes J. e Silva, S. (2007). Contributo da hospitalização do enfermeiro para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. *Revista Sinais Vitais*. **74**:15-18.
3. Borges, A., Silva, E., Toniollo, P., Mazer, S., Valle E. e Santos, M. (2006). Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia Em Estudo*. **11**(2): 361-369.
4. Remedi, P., Mello, D., Menossi, M. e Lima, R. (2009). Cuidados Paliativos para adolescentes com cancro: Uma revisão da literatura [Versão electrónica]. *Revista Brasileira De Enfermagem*. **62**(1): 107-112.
5. Poles, K. e Bousso, R. (2009). Morte digna da criança: Análise de conceito [Versão electrónica]. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*. **43**(1): 215-222.
6. Antunes, A. (1998). Consentimento informado. Em: D. Serrão e R. Nunes (eds), *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto Editora. Porto.
7. Menossi, M. e Lima, R. (2000). A problemática do sofrimento: Percepção do adolescente com cancro. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*. **34**(1): 45-51.
8. Bell, J. (2009). End-of-life experiences in adolescents dying with cancer [Versão electrónica]. Springer. Acedido em Maio de 2010, em: <http://resource.metapress.com/>.
9. Lopes, A. e Fraccolli, L. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: Considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem [Versão electrónica]. *Texto & Contexto Enfermagem*. **17**(4): 771-778.
10. Sandelowski, M. e Barroso, J. (2003). Writing the Proposal for a Qualitative Research Methodology Project [Versão electrónica]. *Qualitative Health Research*. **13**(6): 781-820.
11. Santos, C., Pimenta, C. e Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências [Versão electrónica]. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. **15**(3). Acedido em Janeiro de 2011, em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).
12. Leininger, M. (2007). Critérios de Avaliação e de Crítica de Estudos de Investigação Qualitativa. Em: J. Morse (ed) – *Aspectos essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Formasau. Coimbra.
13. Monterosso, L. e Kristjanson, L. (2008). Supportive and palliative care needs of families of children who die from cancer: An Australian study [Versão electrónica]. *Palliative Medicine*. **22**: 59-69.
14. Hallstrom, I. e Elander, G. (2004). Decision-making during hospitalization: Parent's and children's involvement [Versão electrónica]. *Journal Of Clinical Nursing*. **13**: 367-375.
15. Hannan, J. e GIBSON, F. (2005). Advanced cancer in children: How parents decide on final place of care for their dying children [Versão electrónica]. *International Journal Of Palliative Nursing*. **11**(6): 284-291.
16. Teixeira, V. e BRAZ, M. (2010). Estudo sobre o respeito ao princípio da autonomia em crianças e/ou adolescentes sob tratamento oncológico experimental, através do processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido [Versão electrónica]. *Revista Brasileira De Cancerologia*. **56**(1): 51-59

# VELCADE®

(bortezomib)

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

**VELCADE®**  
VIA SUBCUTÂNEA<sup>2</sup>  
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 injeções contém 1 mg de bortezomib (como este borato de manitol). Após reconstituição, 1 ml de solução injetável contém 1 mg de bortezomib (como este borato de manitol). Após reconstituição, 1 ml de solução injetável por via subcutânea contém 2,5 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 e esterilizado. **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/m<sup>2</sup> 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/m<sup>2</sup> para 1 mg/m<sup>2</sup> ou de 1 mg/m<sup>2</sup> para 0,7 mg/m<sup>2</sup>). **Do neuropático:** 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 e 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 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 ( $\geq 3$  doses durante a administração duas vezes por semana ou  $\geq 2$  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/m<sup>2</sup> para 1 mg/m<sup>2</sup> ou de 1 mg/m<sup>2</sup> para 0,7 mg/m<sup>2</sup>). **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 abdômen (direita ou esquerda). A solução deve ser injetada subcutaneamente, sob um ângulo de 45-90°. Os locais de injeção para injeções sucessivas devem ser rotativos. Se ocorrerem reacções 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 difusa infiltrativa e doença cardíaca. **Efeitos indesejáveis:** Muito frequentes: trombocitopenia, neutropenia, anemia, leucopenia, diminuição do apetite, neuropatia periférica, neuropatia sensorial periférica, disestesia, neuralgia, cefaleias, edemas, vômitos, diarreia, náusea, obstipação, dor abdominal (incluindo dor gastrointestinal), erupção cutânea, dor musculoesquelética, pirralgia, fadiga, astenia. **Frequentemente:** Herpes zoster (incluindo infeção disseminada e oftálmica), pneumonia infeção, Herpes simplex, infeção fúngica, infestação, desequilíbrio eletrolítico, desidratação, anomalia enzimática, hipotriomias, variações de humor, perturbação de ansiedade, perturbação do sono, neuropatia motoria periférica, perda de consciência (incluindo síncope), tonturas, disgeusia, letargia, olhos inchados, visão anormal, conjuntivite, olhos secos, vertigens, insuficiência cardíaca, taquicardia, hipotensão, hipertensão ortostática, hipertensão, distensão, epistaxis, infeção do trato respiratório superior e inferior, tosse, hemorragia gastrointestinal (incluindo da mucosa), dispênea, estomatite, dispênea 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), hordólio, influenza, celulite, infeções associadas a dispositivos, infeção cutânea, infeção nos ouvidos, infeção dentária, neoplasias malignas: pancreatoma, neuropatia febril, coagulopatia, leucocitose, linfadenopatia, hipersensibilidade, hiperfroidismo, secreção inapropriada da hormona antidiurética, síndrome de fase tumoral, problemas de crescimento, hipocalemia, 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), hematemese, lábios inchados, ulceração oral, íleos, enterite, gastrite, hemorragia gengival, refluxo gastroesofágico, inflamação gastrointestinal, disfaagia, síndrome do cólon irritável, esofagite, doença gastrointestinal não especificada, esforço para vomitar, perturbações da motilidade intestinal, perturbações da glândula salivar, vesiculação orofaríngea, hepatotoxicidade (incluindo afecções hepáticas), hepatite, colestase, dermatose neurotrófica 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, sensação de peso, insuficiência renal aguda, infeção do trato urinário, hematúria, retenção urinária, disúria, distúrbios na micção, proteinúria, azotémia, oligúria, polaciúria, 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, problemas no complexo imune tipo III, síndrome de Cushing, hipotroidismo, acitose, sobrecarga de líquidos, hipocalemia, diabetes mellitus, hipoproteinemia, 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, paralisia 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, hinfotia, lesão da cómea, proftalmia, rinite, eczema, afecções oculares (incluindo palpebras) não especificadas, dacrioadenite adquirida, fotofobia, fotopia, neuropatia óptica, diferentes graus de insuficiência visual (até a cegueira), hemorragia nos ouvidos, afecções do ouvido não especificadas, **Flutter** auricular, enfarte 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, linfodema, entrombolismo, vasodilatação, descoloração venosa, insuficiência venosa, falência respiratória, síndrome de dificuldade respiratória aguda, apneia, neuropatias, atelectasia, hemoptise, hiperpneumotização, ortopneia, pneumonite, alcalose 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, parodontite aguda, peritonite, edema da língua, ascite, queilite, incontinência fecal, atonia do esfíncter anal, fecaloma, secreção renal, dor nos lábios, necrolitite, fissura anal, alterações dos hábitos intestinais, proctalgia, fezes anormais, falência hepática, hepatomegalia, síndrome Budd-Chiari, hemorragia hepática, adenite, eritema multiforme, reação alérgica, infiltração linfocítica de Jessner, hemorragia subcutânea, livido reticular, endurecimento cutâneo, bolhas, suores frios, pruridos, reacções de fotossensibilidade, seborreia, afecções cutâneas não especificadas, rabdomiólise, síndrome da articularização temporomandibular, fistula, derrame articular, dor no maxilar inferior, afecções ósseas, dor, histeria, quisto sinovial, prostatite, alterações da mama nas mulheres, sensibilidade epididimal, epididimite, dor pélvica, ulceração vulvar, aplasia, malformações gastrointestinais, icterus, hemorragia no local da injeção, hémia, flebite 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, Rácio Normalizado Internacional (INR) anormal, aumento da microglobulina Beta 2, diminuição da creatinina no sangue, teste Dytomegalovírus, diminuição do pH gástrico, aumento da agregação plaquetária, teste 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-melphalan-prednisone (MMP) versus melphalan-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 actual em 15.10.2012, disponível em [www.eurp.europa.eu](http://www.eurp.europa.eu).

Janssen-Cilag Farmacéutica, Lda.

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

[www.janssen.pt](http://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



# ADMINISTRAÇÃO SUBCUTÂNEA DE BORTEZOMIB: UMA NOVA REALIDADE NO TRATAMENTO DE DOENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO

Rui Santos

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
Unidade Clínica Autónoma de Oncologia – Hospital Fernando Fonseca, EPE  
rui.j.santos@hff.min-saude.pt

**RESUMO:** A administração subcutânea (SC) de bortezomib foi aprovada pela EMA em Setembro de 2012 no tratamento de doentes em primeira linha e em recidiva de mieloma múltiplo.

O presente artigo de actualização pretende dar a conhecer a experiência da Unidade Clínica Autónoma de Oncologia do Hospital Fernando Fonseca, EPE, com a administração desta nova formulação, tendo os resultados obtidos demonstrado uma similaridade com a actual literatura. Estes evidenciam a mesma eficácia que a forma de administração endovenosa (EV) e uma redução significativa da ocorrência de neuropatia periférica, principal toxicidade limitante de dose e comprometedora da qualidade de vida destes doentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mieloma Múltiplo; Neuropatia Periférica; Bortezomib

**ABSTRACT:** *Subcutaneous administration of bortezomib was approved by EMA in September 2012 for treatment of patients in first-line and relapsed multiple myeloma.*

*This article update seeks to present the experience of an Autonomous Clinical Oncology Unit at Hospital Fernando Fonseca, EPE, with administration of this new formulation and the results which demonstrated a similarity with the current literature. These results showed the same efficacy as the form of intravenous administration with significant reduction of the occurrence of peripheral neuropathy which is the main dose-limiting toxicity, compromising the quality of life of these patients.*

**KEYWORDS:** *Multiple Myeloma; Peripheral Neuropathy; Bortezomib*

## Introdução

O Mieloma Múltiplo (MM) ou doença de Kahler é uma forma de neoplasia maligna dos plasmócitos. É um tipo de cancro raro, correspondendo na Europa a cerca de 1% de todas as neoplasias diagnosticadas anualmente, é ainda assim a segunda neoplasia hematológica mais frequente, logo após o linfoma não-Hodgkin. A sua taxa de incidência é de 4 casos por cada 100.000 habitantes. (IARC 2013).

O MM poderá em alguns casos cursar de forma assintomática, contudo os sintomas mais comuns são: dores ósseas e aumento da predisposição para ocorrência de fracturas, astenia, fadiga, perda ponderal, aumento da susceptibilidade a infecções e insuficiência renal de aparecimento súbito. (Mohallem e Rodrigues: 2007)

De acordo com Guimarães e Rosa (2008) parece existir uma ligeira prevalência do sexo masculino sobre o femi-

nino, contudo sem grande expressão, e um maior pico de incidência após a sexta década de vida.

Apesar dos avanços verificados ao longo dos últimos anos, o MM é ainda uma doença incurável, contudo tratável com uma elevada taxa de resposta, tendo os novos tratamentos permitido um significativo aumento da sobrevivência livre de progressão de doença. O esquema terapêutico de um doente com MM, depende do estágio da doença, idade, função renal e da indicação para intensificação de dose, podendo utilizar-se isoladamente ou em associação citostáticos convencionais, corticóides, agentes imunomoduladores, e inibidores do proteosoma.

### Fundamentação

Em relação ao tratamento do doente com MM, do conjunto de tratamentos disponíveis actualmente, os inibidores do proteosoma são uma classe de eleição quer no tratamento de doentes em primeira linha quer em doentes em recaída ou refractários, como é exemplo o bortezomib. Sabe-se em relação a este inibidor do proteosoma, que o seu mecanismo de acção tem um efeito citotóxico directo, impacto no microambiente da medula óssea e estimulação da apoptose. (Cashen et al: 2008)

A aprovação pela EMA para o uso de bortezomib EV, aconteceu em Abril 2004 em doentes em recidiva ou refractários e submetidos a duas linhas prévias de tratamento. Esta aprovação teve por base os estudos SUMMIT e CREST, os quais sucintamente, revelaram um aumento da taxa de resposta completa e parcial de 28% e um aumento de sobrevida global de 17 meses. (Richardson, P. et al: 2006)

Actualmente, bortezomib em monoterapia é indicado no tratamento de doentes adultos com MM 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. Bortezomib, em associação com melfalano 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. (RCM do medicamento).

A posologia inicial recomendada é de 1,3mg/m<sup>2</sup> de superfície corporal. No primeiro caso é administrado nos ciclos 1-4, duas vezes por semana (dias 1, 4, 8, 11, 22, 25, 29 e 32) e nos ciclos 5-9, uma vez por semana (dias 1, 8, 22 e 29), no segundo caso é administrado nos ciclos 1-8 (dias

1, 4, 8 e 11). A administração endovenosa de bortezomib é realizada através de bólus, numa concentração de 1mg/ml (3,5mg bortezomib em 3,5ml NaCl a 0,9%). (EMA 2013)

Entre os efeitos secundários mais frequentes, segundo o RCM, encontram-se os hematológicos (anemia, trombocitopenia e neutropenia), digestivos (náuseas, vómitos, diarreia ou obstipação) e neurológicos (neuropatia periférica, incluindo sensorial). Destas toxicidades segundo Gomes (16:2012) a neuropatia periférica é “a principal toxicidade limitante de dose de bortezomib (...), nas suas diferentes dimensões, sendo a sensitiva a mais incidente e a motora e a autonómica as mais preocupantes”.

O aparecimento de neuropatia periférica é pois um evento deletério preocupante em termos da qualidade de vida destes doentes e com possível impacto na eficácia do próprio tratamento, assumindo-se assim, como de primordial importância para os profissionais de saúde a definição de estratégias de prevenção e de correta gestão das mesmas, após a sua ocorrência. Das estratégias de prevenção fazem parte a adequação posológica sempre que necessário (redução de dose), espaçamento de periodicidade de administração e a “novel” administração da formulação subcutânea de bortezomib.

A administração da formulação subcutânea de bortezomib foi aprovada em Janeiro de 2012 pela FDA, e em 26 de Setembro de 2012 pela EMA. Esta aprovação surgiu na sequência dos estudos CAN 1004 e MMY-3021, cujos resultados demonstram uma igual eficácia entre as formas de administração endovenosa e subcutânea, e uma especial redução de toxicidades em particular da neuropatia periférica, na administração subcutânea. (Moreau et al, 2011)

### Bortezomib SC no Hospital Fernando Fonseca, EPE

A administração sistematizada de bortezomib SC no HFF, EPE realiza-se desde Fevereiro de 2012, após proposta para a sua administração e aprovação pela Comissão de Farmácia e Terapêutica e pela Comissão de Ética.

Previamente à sistematização da administração de bortezomib SC, foi delineado um protocolo de actuação na unidade, onde consta a importância da monitorização sistemática destes doentes, quer telefonicamente, quer presencialmente bem como as intervenções terapêuticas necessárias caso surjam reacções acessórias locais e/ou aparecimento de neuropatia periférica (Tabela 1).

Em relação à técnica de administração subcutânea de bortezomib é realizada através de injeção subcutânea sob um ângulo de 45-90° nas coxas (direita ou esquerda) ou quadrante abdominal (direito ou esquerdo), numa concentração de 2,5mg/ml (3,5mg bortezomib em 1,4ml NaCl a 0,9%). É importante reter que no mesmo ciclo se deve evitar administrar repetidamente no mesmo local, devendo-se alternar as administrações entre o quadrante abdominal direito e esquerdo, quadrante superior e inferior, coxa direita e esquerda e localização proximal e distal. Não é recomendado o uso de agentes físicos, como o calor ou frio, no local da inoculação, pela possibilidade de interferência com a velocidade de absorção do fármaco. (Figura 1)

A equipa de enfermagem assume fulcral importância nos ensinamentos a realizar ao doente/família sob tratamento com bortezomib, na correcta administração da terapêutica, garantindo a rotatividade dos diferentes locais de administração em cada ciclo, contribuindo desta forma para a redução de incidência de reacções inflamatórias locais. E ainda, na monitorização sistemática de eventual existência de sintomas neuropáticos e seu encaminhamento.

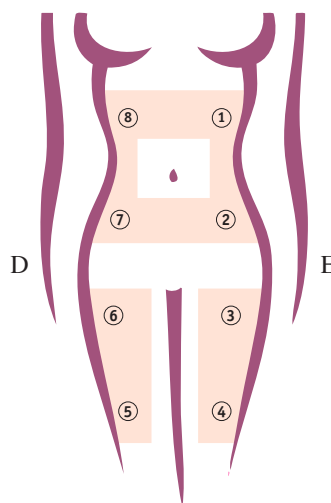
### Avaliação de resultados (Fevereiro a Setembro 2012)

Entre Fevereiro e Setembro de 2012, foram tratados na unidade 13 doentes com bortezomib SC, 9 dos quais em primeira linha de tratamento de MM, tendo sido realizadas um total de 281 inoculações. A avaliação dos resultados obtidos nestes doentes permite-nos confirmar a favorabilidade desta via de administração versus a via en-

**Tabela 1.** Protocolo de actuação do HFF, EPE.

TRATAMENTO DE REACÇÕES ACESÓRIAS LOCAIS		ALGORITMO DE VARIAÇÃO DE DOSE EM PRESENÇA DE NEUROPATIA	
Reacção Inflamatória às 72h	Corticoterapia local	G1 parestesias e/ou perda de reflexos, sem dor ou perda de função	Sem acção
Reacção Inflamatória a D8	Corticoterapia oral	G1 com dor ou G2 (interfere com a funcionalidade, mas não nas AVD)	Reduzir bortezomib para 1,0 mg/m <sup>2</sup>
Reacção Inflamatória > D14	Corticoterapia oral e corticoterapia perilesional; encaminhamento para Consulta Cirurgia Plástica	G2 com dor ou G3 (interfere nas AVD)	Suspender até resolução de toxicidade. Reiniciar a 0,7 mg/m <sup>2</sup> 1x semana
		G4 perda sensitiva permanente, interferindo com a funcionalidade	Suspensão definitiva

Adaptado de [www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)



**Figura 1:** Locais de administração.

Imagem cedida por Janssen-Cilag Farmacêutica.

dovenosa, tendo por base a comparabilidade dos dados históricos da unidade, entre ambas as vias de administração. (Gomes, 2012)

Assim, em relação ao aparecimento de reacções inflamatória (RI) pós-inoculação, podemos constatar que as mesmas se caracterizaram por um discreto rubor e tumefacção local, desaparecendo em 92% dos casos até às 72 horas. Apenas em cerca de 8% dos casos se mantiveram estas RI para além das 72h, distribuídas genericamente entre o 3º e o 8º dia, com uma incidência de 5% ao 3º dia e 2,1% ao 8º dia. Em nenhum dos casos se verificou a ocorrência simultânea de sintomas constitucionais, como febre, fadiga, astenia ou outros. A corti-

coterapia tópica de acordo com protocolo da unidade, foi o tratamento adoptado e eficaz na maioria dos casos. Destes dados, podemos aferir a boa tolerabilidade local desta via de administração.

Quanto à neuropatia periférica, evidenciou-se uma significativa menor ocorrência em todos os graus, como se pode verificar pela leitura do tabela 2.

Um dado importante a salientar é a ausência de sintomas neuropáticos em 77% dos doentes a quem foi administrado bortezomib SC, contra apenas 19% dos doentes que realizaram a administração de bortezomib EV. Constatou-se ainda a presença de neuropatia periférica sensitiva grau 1-2 em 62% dos doentes a realizar a formulação EV versus 15% na formulação SC e grau 3-4 em 19% contra 0%. Em relação à neuropatia motora verificou-se também uma redução de 12 para 0%, respectivamente. No respeitante aos sintomas de desautonomia, verificou-se ainda, embora de forma ligeira uma redução de 18% para 15%. Perante este resultado foi necessário realizar uma redução de dose em 31% dos doentes a quem foi administrado bortezomib EV e suspender definitivamente o tratamento em 12% (bortezomib EV) contra 0% nos doentes a realizar bortezomib SC.

Perante a actual literatura e a análise dos dados obtidos com a administração SC de bortezomib na nossa unidade, é possível concluir também de acordo com Gomes (2012:17) que se “preserva a eficácia, reduzindo a incidência e gravidade das reacções adversas, nomeadamente as neuropatias, cuja toxicidade constitui a principal limitante de dose do fármaco. Mantém-se a exposição sistémica e o nível de inibição do proteosoma”.

## Conclusão

O MM apesar dos avanços científicos verificados ao longo dos últimos anos, é ainda uma doença incurável, contudo tratável com boa taxa de resposta. Entre os diversos agentes terapêuticos actualmente disponíveis, os inibidores do proteosoma são uma classe de eleição no tratamento do MM em diferentes situações clínicas.

A nova formulação SC de bortezomib, veio demonstrar uma igual eficácia no tratamento destes doentes, com uma

redução significativa de ocorrência de neuropatia periférica, permitindo a experiência com a sua administração no HFF, EPE advogar um real ganho em termos de qualidade de vida para os doentes submetidos a esta terapêutica. Permite ainda confirmar a exequibilidade desta prática, pela facilidade de preparação e administração e pela boa tolerabilidade local. Também em termos de eficiência económico-financeira se pode constatar a existência de ganhos para os serviços pela redução de consumíveis clínicos gastos e pela rentabilização dos recursos humanos e do tempo de sala, devido a uma maior brevidade desta administração.

## BIBLIOGRAFIA

1. (IARC 2013) – Portugal Estimated Cancer Incidence, All Ages: Both Sexes. Acedido em 18.01.2013 em [http://globocan.iarc.fr/summary\\_table\\_pop.asp](http://globocan.iarc.fr/summary_table_pop.asp)
2. Mohallem, Andréa G. da Costa e Rodrigues, Andrea – Enfermagem Oncológica. São Paulo: Editora Manole, 2007. ISBN 85-204-2209-8
3. Guimarães, José L. M. & Rosa, Daniela D. – Rotinas em Oncologia. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN 978-85-363-1168-5
4. Cashen, Amanda F. et al – The Washington Manual: Hematology and Oncology. Second Edition. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2008
5. Richardson, Paul G et al. Extended Follow-up of a Phase II Trial in Relapsed, Refractory Multiple Myeloma: Final Time-to-Event Results from the SUMMIT Trial. *Cancer* 2006; 106 (6): 1316-1319.
6. Jagannath, S et al. - A Phase 2 Study of Two Doses of bortezomib in Relapses or Refractory Myeloma. *Br J Haematol* 2004; 127:165-172
7. (EMA 2013) – Velcade: EPAR – Summary for the public. Acedido em 12.01.2013 em <http://www.ema.europa.eu/Find medicine/ Human medicines/ European Public Assessment Reports>
8. RCM – Resumo das Características do Medicamento – Velcade®, actualizado a 09/2012
9. Gomes, F. – bortezomib Subcutâneo: Progresso no Tratamento do Mieloma Múltiplo. *Revista HematOncologia*. Lisboa. Nº19, 2012, p16-17
10. Moreau, P. et al – Subcutaneous versus intravenous administration of bortezomib in patients with relapsed multiple myeloma: a randomized, phase 3, non-inferiority study. *The Lancet Oncology*. London. Volume12, Issue 5, 2011, p431-440

**Tabela 2.** Neuropatia Periférica: bortezomib EV vs SC

	BORTEZOMIB EV	BORTEZOMIB SC
NP sensitiva G1-2	62%	15%
NP sensitiva G3-4	19%	0%
NP motora	12%	0%
NP autonómica	18%	15%
NP ausente	19%	77%
Redução de dose	31%	0%
Interrupção transitória	0%	8%
Suspensão	12%	0%



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

YERVOY®: o primeiro fármaco aprovado que prolonga significativamente a sobrevivência global no melanoma avançado\*<sup>2</sup>



Adaptado de Hodi FS *et al.* 2010.

YERVOY®: uma terapêutica inovadora, potenciadora dos linfócitos T, que activa o sistema imunitário para destruir os tumores<sup>1,3</sup>

- 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.<sup>1,4</sup>

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 imunossuppressores 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.

# COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA: COMO COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS?

Cardoso, Dídía Catarina Mota

Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
Oncologia Médica, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Cardoso, Cátia Mota

Serviço de Medicina, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**RESUMO:** Enquanto seres humanos estamos constantemente a comunicar, seja através de linguagem verbal ou não verbal. A comunicação na área da saúde é uma ferramenta fundamental ao exercício profissional, no entanto, quando se trata da comunicação de más notícias esta assume uma dificuldade acrescida se pensarmos nas implicações que esta pode ter para o doente. Desta forma torna-se crucial a existência de linhas orientadoras ou protocolos de actuação para a comunicação das mesmas, no sentido de tornar uniforme um procedimento difícil, numa área tão sensível como é a Oncologia.

**PALAVRAS-CHAVE:** doente oncológico, comunicação, más notícias.

**ABSTRACT:** *Still human beings we are communicating all the time, verbally or not verbally. The communication in the health area is an essential tool for the practice, although, when it's about bad news, becomes much more difficult if we think about the ramification for the patient. In this way becomes essential the existence of guide lines of actuation, to take uniform a difficult procedure in some sensitive area like oncology is.*

**KEYWORDS:** *oncology patient, communication, bad news.*

## Introdução

Tudo aquilo que fazemos é em função dos nossos relacionamentos, seja com o universo, com o ambiente físico e social ou conosco mesmos. É sabido que a base de todos os relacionamentos está na comunicação. Pode dizer-se que comunicar é algo inato ao ser humano e tão antigo como o próprio.

*“A raiz etimológica da palavra comunicação é a palavra latina communicatione, que, por sua vez, deriva da palavra commune, ou seja, comum. Communicatione significa, em latim, participar, pôr em comum ou acção comum. (...) Comunicar é, etimologicamente, relacionar seres viventes e, normalmente, conscientes (seres humanos), tornar alguma coisa comum entre esses seres, seja essa coisa uma informação, uma experiência, uma sensação, uma emoção, etc.” (Sousa, 2006).*

Pode ainda acrescentar-se que: *“O conceito de comunicação é difícil de delimitar e, por consequência, de definir. De um deter-*

*minado ponto de vista, todos os comportamentos e atitudes humanas (...), intencionais ou não intencionais, podem ser entendidos como comunicação” (Sousa, 2006).*

Partindo destes pressupostos e de acordo com mesmo autor (Sousa, 2006), podemos assumir, então, que a base de cada pessoa e de toda a sociedade humana está na capacidade dos indivíduos transmitirem aos outros as suas ideias, percepções, intenções, desejos e sentimentos, intencionalmente ou não.

Por vezes o emissor prepara e emite a mensagem, o receptor recebe-a, mas a comunicação não ocorre como foi pensada pelo emissor. São vários os factores que interferem na comunicação; segundo Sousa (2006) dois são os mais conhecidos:

*Ruídos* – são os obstáculos que acontecem no nível do canal, dificultando uma clara interpretação das mensagens. Exemplos: um telefone com defeito (dificultando que o re-

ceptor ouça a mensagem); outras pessoas a falarem por perto quando estamos a conversar com alguém, etc.

*Barreiras ou bloqueios* – são obstáculos que dificultam ou impedem a comunicação, provocados por razões emocionais, psicológicas. O emissor e o receptor assumem entre si e com relação à mensagem uma conduta emocional inadequada, como por exemplo: prender-se às próprias ideias e não ouvir as outras pessoas; não dar atenção às observações e críticas que lhe são feitas; afastar-se do assunto contando anedotas e fazer piadas com coisas sérias; interromper a pessoa que fala, não permitindo que ela termine de expor o seu pensamento, etc.

Identificar as barreiras é necessário mas não suficiente para que a comunicação seja eficaz. A comunicação verbal deve caracterizar-se pela objectividade, precisão e brevidade. Deve ser feita tendo por base a capacidade de entendimento do receptor, e essa capacidade está condicionada ao vocabulário que ele pode adquirir e que pode usar. As palavras são o meio básico pelo qual as pessoas se comunicam.

O perfeito entendimento na comunicação é essencial ao bom andamento de qualquer projecto, negócio ou, mesmo, relacionamento.

Em todo processo de comunicação interpessoal, o corpo expressa um sentimento subjacente à mensagem. A isso chamamos de comunicação não verbal. Essa expressão é inconsciente e pode arruinar toda a mensagem verbal que tentamos transmitir, ou pelo contrário reforça-la (Silva, 1996).

*“Um aspecto importante da comunicação não verbal é que ela não pode ser interpretada fora do contexto em que ocorreu, pois o significado da mensagem pode variar ao longo da história, das culturas e do momento, sendo ambígua várias vezes”* (Silva, 1996).

Os profissionais de saúde têm uma formação específica e, conseqüentemente, padrões de linguagem próprios. É importante sublinhar, então, que as palavras significam coisas diferentes para pessoas diferentes. Idade, educação, formação académica e cultural são variáveis que influenciam a linguagem que cada um utiliza e as definições que atribui às palavras (Sousa, 2006).

Para o estabelecimento de uma boa relação profissional com os doentes é fulcral comunicar e trocar informações. Cada vez mais os doentes querem tomar decisões sobre o seu estado de saúde, sobre o(s) tratamento(s), etc e procuram nos profissionais de saúde, as informações necessárias para tomarem decisões.

*“A comunicação é uma ferramenta terapêutica essencial que dá acesso ao princípio da autonomia, do consentimento informado,*

*da confiança mútua, à segurança e à informação que o paciente necessita para ser ajudado a ajudar-se a si mesmo”* (Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos, 2010).

A comunicação é muito mais do que simplesmente transmitir informação. É um processo que envolve várias pessoas e em que os objectivos incluem a troca de informação, a compreensão mútua e apoio, sobretudo em áreas sensíveis como a oncologia. A comunicação faz parte integrante da vivência de questões difíceis e frequentemente dolorosas, além de tornar possível lidar com o stress emocional associado a todas essas questões. A comunicação assertiva exige tempo, compromisso e desejo sincero de ouvir e compreender as preocupações do outro. Trata-se de dar resposta quando não existem respostas e, em grande parte, de simplesmente estar com a pessoa e ser uma presença empática com ela na sua dor. A comunicação no âmbito dos cuidados de saúde não é opcional, é uma componente vital, inerente e necessária (Araújo e Silva, 2012).

É do senso comum que planear a comunicação de más notícias facilita bastante essa árdua tarefa. Uma má notícia pode ser também geradora de crescimento pessoal, às vezes associado a muito sofrimento, mas que pode ser suportado desde que entendido e aceite.

### **Linhas Orientadoras e facilitadoras da comunicação de más notícias em Oncologia**

A capacidade para informar não é algo inato no ser humano, o que por vezes causa dilemas éticos nos profissionais de saúde. Assim, é imprescindível o desenvolvimento de competências comunicacionais nestes profissionais, uma vez que as habilidades para comunicar são fundamentais para proporcionar cuidados de qualidade nos serviços de saúde.

A comunicação de más notícias é uma tarefa complexa e que requer treino. Assim, é crucial que os profissionais de saúde desenvolvam técnicas e competências para comunicar com o doente. A aquisição de conhecimentos e treino destas técnicas é algo que se revela extremamente positivo, quer para o doente quer para os profissionais. Contudo, parece-nos poder afirmar que a principal dificuldade neste campo não é informar os doentes, mas saber como, quando, onde e que informação revelar, principalmente se esta é uma má notícia, como no caso de complicações de uma doença grave ou diagnósticos de doenças crónicas.

Quando atendemos às necessidades dos outros, temos que nos basear no facto de que ambos, doente e profissional de saúde, são pessoas com valores e crenças diferenciadas,

que importa considerar e respeitar. Estes aspectos assumem maior relevância ao pensarmos na comunicação de más notícias em saúde.

Uma má notícia pode afectar negativa e seriamente a visão do futuro, pior ainda se for transmitida de uma forma pouco assertiva. Há estratégias de comunicação na área da saúde que pretendem evitar tanto a carência como o exagero na emissão e recepção de informação (Grinberg, 2010).

Os doentes contactam com diversos profissionais de saúde durante o decorrer de um processo de doença crónica. Cada encontro é uma oportunidade de comunicação. Muito do que comunicamos é por meio da linguagem verbal, mas muito mais é transmitido através da linguagem não verbal. Em geral, os doentes exigem honestidade, precisão, acessibilidade e informação consistente em relação à sua doença e às suas implicações.

Com alguma frequência, profissionais e familiares sentem a necessidade de ocultar ao doente a verdade devido ao desejo de manter nele a esperança, estratégia que, embora bem-intencionada, pode trazer muitas dificuldades com o avançar da doença. Más notícias são sempre más notícias, mas a forma como elas são transmitidas e o quanto os doentes se sentem apoiados, aceites e compreendidos durante este processo, tem um impacto significativo na sua capacidade para vivenciar esta nova realidade e sobreviver a ela. Aos doentes deve oferecer-se informação a respeito da sua doença, tratamento(s) e prognóstico, de uma maneira sensível, que transmita apoio, honestidade e, sobretudo, calor humano. Em termos de autonomia e respeito pela escolha do paciente, é importante que este tenha a informação necessária por meio da qual possa fazer escolhas e tomar decisões conscientes e informadas (Pessini e Bertachini, 2005).

No sentido de facilitar a comunicação de más notícias, bem como na tentativa de uniformizar este procedimento, alguns autores propuseram protocolos de actuação.

Um desses autores é Baile [*et al*] (2000), que definiu o protocolo SPIKES (*Setting up the interview, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy*), constituído por seis passos cruciais, que passamos a descrever.

O primeiro passo é o da preparação: consiste em preparar adequadamente o ambiente e fazer com que não existam interrupções.

O passo seguinte é a *percepção*: nesta etapa há que tentar perceber quais as informações que o doente já detém sobre a doença, para adequarmos a continuidade da informação às necessidades da pessoa doente.

O terceiro passo é saber se o doente quer ter informação, pois há doentes que não desejam ser informados. E caso o doente não queira falar da patologia, o profissional de saúde pode sempre perguntar-lhe, por exemplo, se não quer saber qual é o plano de tratamento e, portanto, ajudar de outra forma.

O quarto passo é passar a informação e o conhecimento, e uma boa maneira de dar a má notícia é dizer, de forma calma, «infelizmente tenho más notícias». É essencial dar a conhecer os factos aos poucos e usar sempre uma linguagem acessível ao doente, nunca utilizar termos técnicos, porque muitas vezes as pessoas têm vergonha de dizer que não estão a perceber. Torna-se essencial explicar tudo da melhor forma para que o esclarecimento seja total.

No quinto passo, o das emoções com respostas empáticas, o profissional de saúde deve assumir um papel reconfortante, porque corresponder às emoções de um doente nestas circunstâncias é, sem dúvida, um dos maiores desafios. Ao transmitir informações acerca da doença por etapas, devem aproveitar-se metáforas que o doente use para a patologia e dar explicações através de esquemas ou gráficos em papel. Durante a conversa, o profissional de saúde deve fazer pausas, escutar com atenção e mostrar proximidade.

Por fim, vem o último passo que visa fazer o plano para o futuro, sendo crucial que se discutam com o doente todas as opções de tratamento.

Também Buckman (1994), citado por Saltz e Juver (2009), definiu um protocolo de actuação para a comunicação de más notícias similar ao anteriormente descrito, composto por seis etapas:

1. Preparação e escolha do local adequado, que deve ser um local privado, tentando que não haja interrupções e ainda a selecção das pessoas que devem estar presentes. Nesta etapa inclui-se a atitude cordial própria de uma primeira abordagem;
2. Perceber o que é que o doente já sabe sobre a sua doença, para a partir desse ponto estabelecer uma linha de condução da conversa;
3. Descobrir o que é que o doente quer saber;
4. Dividir, compartilhar a informação (dar a notícia propriamente dita, evitando eufemismos bem como frases longas e de interpretação menos clara);
5. Responder às emoções/sentimentos e às perguntas do doente, aqui o choro ou o silêncio devem ser respeitados e não inibidos. Um toque na mão ou no ombro demonstra apoio e pode tranquilizar o doente.



6. Propor um plano de acompanhamento e encerrar a entrevista. Conjuntamente com o doente, devem procurar-se os principais problemas a resolver (e que não passam apenas pelos sintomas) e adoptar um plano consensual, mostrando que há pequenas metas passíveis de serem atingidas e, desta forma, efectivar aspectos gratificantes da vida do doente.

O mesmo autor refere que devido à importância da comunicação em termos do seu impacto no doente, as aptidões de comunicação são uma área de competência essencial nos cuidados aos doentes oncológicos. Todos os estudos apontam no mesmo sentido, uma adequada comunicação, centrada no doente está associada a importantes *outcomes* de saúde: melhor adesão aos tratamentos; melhor controlo da dor; resolução de sintomas físicos e funcionais; melhor funcionamento psicológico; aumento da satisfação do doente com os serviços prestados; prevenção, detecção das perturbações psicológicas; valorização dos aspectos psicossociais como uma dimensão significativa da saúde e, conseqüentemente, contribui em grande escala para a humanização dos cuidados de saúde. Mas uma comunicação adequada não tem apenas impactos positivos no doente. Também o enfermeiro beneficia largamente da utilização dessa competência, permitindo um melhor controlo emocional e prevenindo o burnout ou exaustão emocional, tão presentes nesta área dos cuidados.

De facto, os profissionais da área da oncologia são confrontados frequentemente com a necessidade de transmitir más notícias aos seus doentes. Transmitir más notícias afigura-se uma situação de stress psicológico quer para o profissional de saúde quer para o doente. Esse stress pode ser reduzido se a informação for transmitida de uma forma adequada, sensível ao outro e humanizada, o que requer um conjunto de passos/etapas que importa conhecer e utilizar na prática diária.

## Conclusão

Comunicar é simplesmente uma tarefa inata ao ser humano. É algo que se adquire e se desenvolve durante o nosso processo normal de crescimento. Ao contrário do que se possa pensar é impossível não comunicar, seja por palavras ou não.

Os profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, pela especificidade das funções que desempenham e do papel que têm perante o doente, devem ter um cuidado especial quando comunicam, uma vez que a comunicação pode tornar-se um poderoso aliado ou um inimigo temível.

Em oncologia, área da saúde tão conhecida por se encontrar associada a uma das situações patológicas mais temidas da actualidade, o cancro, a comunicação torna-se um território extremamente sensível e complexo. Perceber o que o doente quer efectivamente saber acerca da sua situação de doença e como o transmitir, pode ser uma tarefa extraordinariamente difícil de levar a cabo.

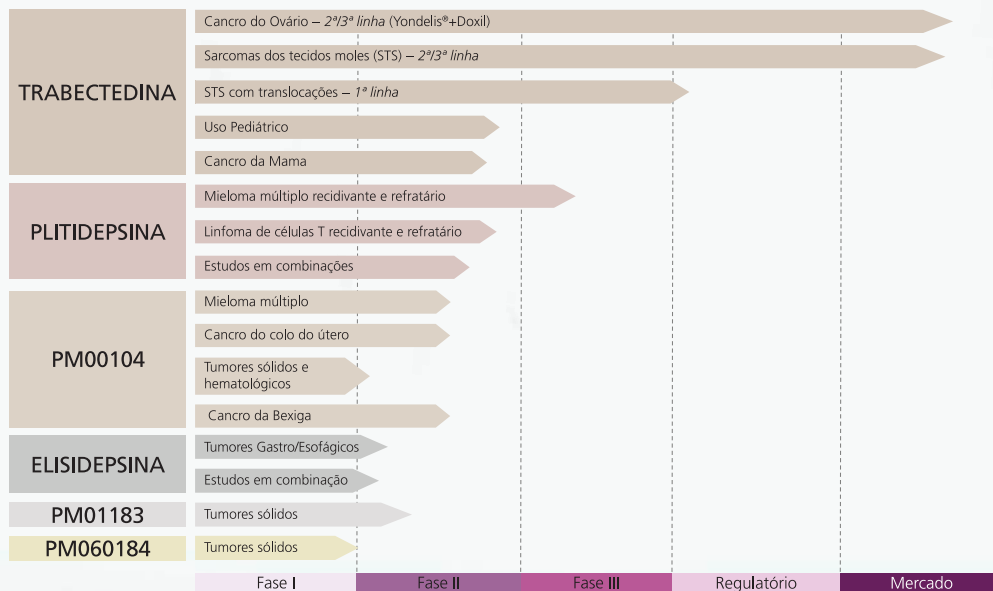
Desta forma, cada vez mais, se torna impreterível que os profissionais de saúde dominem a arte de comunicar, de forma a fornecerem aos doentes as ferramentas necessárias para gerirem a sua situação de doença. Um doente devidamente informado acerca da sua situação clínica (diagnóstico, prognóstico, tratamento ou tratamentos possíveis, efeitos secundários do(s) mesmo(s), limitações no seu dia-a-dia e formas de as ultrapassar) é alguém ciente das suas limitações e das suas capacidades, mais autónomo, bem como capaz de tomar decisões conscientes e de colaborar no decurso do seu processo de doença de forma voluntária e assertiva. Concluímos que utilizando na prática diária, protocolos de comunicação de más notícias, conseguimos minorar o impacto nefasto que este procedimento acarreta tanto para os profissionais de saúde, como para os doentes e seus familiares.

## BIBLIOGRAFIA

1. ARAÚJO MMT, SILVA AJP – “Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos”. Revista Esc. Enferm. USP, Vol.46. 2012. Consultado a 20 de Novembro de 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n3/14.pdf>;
2. BAILE WF [et al] – “A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer”. *Oncologist* 2000;
3. GRINBERG M – “Comunicação em Oncologia e Bioética”. Revista da Associação Médica Brasileira; São Paulo, vol.56, nº4. 2010. Consultado a 11 de Maio de 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000400001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000400001&script=sci_arttext);
4. PESSINI L, BERTACHINI L – “Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade”. Revista “O Mundo Da Saúde”; São Paulo, ano 29, nº 4; Out./Dez. 2005. Consultado a 6 de Julho de 2011. Disponível em: [http://www.scamillo.edu.br/pdf/mundo\\_saude/32/03\\_Novas%20perspectivas%20cuida.pdf](http://www.scamillo.edu.br/pdf/mundo_saude/32/03_Novas%20perspectivas%20cuida.pdf);
5. SALTZ E, JUVÉR J – “Cuidados Paliativos em Oncologia”. Editora Senac Rio. 2ª Edição, Abril. 2009. Consultado a 20 de Novembro de 2011. Disponível em: [http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=1zd-FC-NziAC&oi=fnd&pg=PT26&dq=comunica%C3%A7%C3%A3o+oncologia++buckman,+1992&ots=peCUsThkay&sig=C4zqzB1bIkBbLjQ\\_7fVt6cWs98w#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=1zd-FC-NziAC&oi=fnd&pg=PT26&dq=comunica%C3%A7%C3%A3o+oncologia++buckman,+1992&ots=peCUsThkay&sig=C4zqzB1bIkBbLjQ_7fVt6cWs98w#v=onepage&q&f=false);
6. SILVA MJP – “Aspetos gerais da construção de um programa sobre comunicação não verbal para enfermeiros”. Revista Latino-Americana de Enfermagem – Ribeirão Preto. V.4, nº especial, p.25-37, Abril. 1996. Consultado a 05 de Maio de 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4nspe/v4nea04.pdf>;
7. Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos. Revista de Medicina Paliativa, volume 17, nº1, p.24-30. 2010;
8. SOUSA JP – “Elementos de Teoria e Pesquisa da Comunicação e dos Media”. 2ª edição. Porto. 2006.

# Todo o poder do mar, agora contra o cancro

## Seis compostos em desenvolvimento clínico



Para mais informações por favor contacte a PharmaMar.

**REUNIÃO NACIONAL AEOP 6**  
 Grande Hotel de Luso, 16-18  
 Maio 2013



Estamos a planear a nossa próxima reunião para Maio de 2013. Iremos incluir na organização do programa algumas novidades e dinâmicas. Todo o desenvolvimento do programa e actividades paralelas podem ser encontradas on-line e com informação actualizada no nosso site de forma a haver uma presença mais alargada de todos os nossos colegas.

Teremos Simpósios temáticos, Sessões Educacionais, Conferências e a apresentação e discussão de trabalhos, para além de todo o programa social que queremos oferecer de qualidade. Já está disponível informação sobre a logística necessária para estar presente neste evento.

Tivemos o cuidado de criar um programa científico actualizado e que vá ao encontro das necessidades dos enfermeiros oncologistas: teremos simpósios temáticos rigorosamente organizados e direccionados para as novidades em oncologia, convidamos duas colegas estrangeiras que nos darão maior qualidade às sessões, especificamente uma colega de Espanha e outra da Suíça, representando este também a Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica com a qual a AEOP tem uma excelente relação de trabalho e uma crescente representatividade científica.

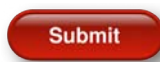
**DATAS IMPORTANTES:**

- Regulamento Abstracts: **02 FEV 2013**
- Abertura Submissão Abstracts: **15 FEV 2013**
- Abertura Inscrições Reunião On-line: **15 FEV 2013**
- Abertura Inscrições Cursos Pré-Reunião: **01 ABR 2013**
- Fim Submissão Abstracts: **30 ABR 2013**
- Fim inscrições On-line: **10 MAI 2013**

Espero por vós no Grande Hotel de Luso nos próximos dias 16 a 18 Maio. Cresceremos todos profissionalmente e humanamente. Pelos nossos doentes.

Toda a informação actualizada está disponível on-line no nosso site em [www.aeop.net](http://www.aeop.net)

**SUBMISSÃO DE TRABALHOS NA AEOP 6**



Está aberta a submissão de trabalhos sob a forma de posters na área das Boas Práticas Clínicas e de Investigação. Os 4 melhores trabalhos seleccionados pela comissão científica serão premiados conforme o regulamento que poderá consultar em [www.aeop.net](http://www.aeop.net). A submissão também é efectuada on-line. A data limite de envio de resumos é 30 Abril 2013.

**SOCIAL SUPPORT SARCOMA: Início da colheita de dados**



O estudo Investigacional *Autogestão do doente com sarcoma em tratamento multidisciplinar* está a ser implementado em três 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 previsto 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.

Na segunda fase deste projecto pretende-se construir um Projecto Educativo de Intervenção junto destes do-



entes, partindo dos resultados obtidos no estudo.

Como objectivo primário pretende-se analisar a autogestão da doença sarcoma por parte do doente submetido a tratamento com QT, RT e/ou cirurgia. No próximo número daremos mais informação do desenvolvimento do estudo.

---

## **ENCONTROS DE ONCOLOGIA DA PRIMAVERA 2013: AEOP estará presente**



Nos próximos dias 18 a 21 Abril, decorre no Hotel Évora, em Évora, mais uma edição dos Encontros de Oncologia da Primavera. A AEOP estará presente mais uma vez e será responsável por desenvolver um programa científico em paralelo com as sessões médicas. Toda a informação do programa e da logística deste evento poderá ser consultada em [www.aeop.net](http://www.aeop.net).

Neste ano teremos a apresentação e discussão final das Linhas de Consenso da área da *Hormonoterapia no Cancro da Mama*, uma sessão científica sobre aspectos cirúrgicos na patologia Cabeça e Pescoço, um workshop sobre Dor em oncologia e uma sessão sobre Emergências em Oncologia, além de uma sessão científica sobre o que se faz de melhor em alguns dos hospitais de dia de oncologia. Certamente que será mais uma óptima oportunidade de discussão destas temáticas.

---

## **NVIQ PROJECTO EDUCACIONAL**

Estabelecer estratégias de controlo e tratamento da emese nos doente em tratamento com Quimioterapia e com Radioterapia (em determinadas doses) é um desafio importante a adoptar nas boas práticas clínicas dos enfermeiros que trabalham nesta área.

Definimos um Projecto Educacional dirigido a Enfermeiros cujo objectivo final é construir guidelines para a adopção

das melhores estratégias de intervenção no controlo deste sintoma.

A próxima actividade científica deste Projecto está programada para 23 Fevereiro 2013, em Coimbra, no Hotel Vila Galé. E em Abril estaremos em Lisboa para a última actividade científica de formação e debate. Pensamos apresentar o documento final na próxima AEOP 6, a decorrer no Luso.

---

## **NOVA PLATAFORMA WEB DA AEOP**



Em Março deste ano foi lançado uma nova plataforma web da AEOP, com novas aplicações, novas formas de comunicar, novos acessos aos nossos membros, aumentando a qualidade informativa da AEOP. Mantemos alguns princípios anteriores da informação mas aumentamos a nossa possibilidades de comunicação com os nossos membros. Este processo, não sendo um produto acabado, permite sermos melhores, de melhor qualidade e irmos mais longe.

A partir deste momento teremos melhores possibilidades de envio de informação através de newsletters que vem somar, à nossa habitual revista científica Onco.news, maiores possibilidades de comunicação em tempo real. O espaço privado permitirá aos nossos membros terem acesso a informação importante da nossa organização não disponível em espaço aberto.

---

## **WORKGROUPS: Mudança de organização**

A partir deste mês de Março, de acordo com o acordado no último conselho consultivo, fizemos alteração na organização dos grupos específicos de trabalho. Passamos a ter 4 grupos chave: Grupo Educação, Grupo Comunicação,

Grupo Investigação e Grupo Práticas Clínicas. Neste último ficam os grupos de trabalho por patologia já anteriormente organizados. Solicitamos a todos os membros anteriores e aos novos que queiram pertencer a estes grupos para submeterem o novo formulário de adesão seguindo as normas e o regulamento publicado no nosso site. Novos regulamentos estão a ser apresentados na tentativa de dar uma maior amplitude e eficácia nas actividades deste grupos de trabalho. Mais informação em [www.aeop.net](http://www.aeop.net).

---

## **ASSEMBLEIA-GERAL DA AEOP 17 Maio 2013**

À margem da 6ª Reunião Nacional a decorrer no Grande Hotel de Luso, irá decorrer a habitual Assembleia-Geral da AEOP cuja agenda será oportunamente enviada. Conforme os estatutos, todos os membros com quotas actualizadas podem participar. Este ano de 2013 será o ano de votação dos novos corpos sociais, cujas propostas serão apresentadas em tempo útil. Actualize a suas quotas e participe na vida da nossa organização.

---

## **GRUPOS TRABALHO EONS: Participação da AEOP**

A Sociedade Europeia está organizada em 4 grupos de trabalho específicos, concretamente na área da Comunicação, da Investigação, da Educação e do Direito. Nos primeiros 3 grupos foram aceites novos elementos, sendo que na Comunicação temos a colega Graça Braz, na Educação a enfermeira Cristina Lacerda e em Investigação o enfermeiro Jorge Freitas. A actividade destes grupos define a actividade da EONS e nesse sentido é com muito orgulho que informamos que a AEOP está representada no planeamento da mesma, permitindo uma grande aproximação entre a nossa Associação e a Sociedade Europeia, com todas as vantagens daí decorrentes. A todos os colegas desejamos um bom trabalho com ganhos para a Enfermagem Oncológica Portuguesa.



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

## CANCROS DIGESTIVOS

Cancro do fígado sob nova perspectiva

Uma equipa de investigadores do Centro de Investigação Cooperativa em Biociências – CIC bioGUNE (Bizkaia, Espanha) acaba de publicar um estudo que poderá alterar o diagnóstico e as terapias do cancro do fígado, avança a Ciência Hoje.

O trabalho, publicado na revista *Gastroenterology*, revela a estreita ligação entre a proteína quinase hepática B1 (LKB1) e o grau de malignidade do hepatocarcinoma (CHC). Este tipo de tumor representa já mais de 90 por cento dos cancros do fígado, e está a crescer a um ritmo de 750 mil novos casos anuais em todo o mundo.

“Os altos índices de LKB1 no fígado determinam um prognóstico mau, enquanto níveis mais baixos indicam um melhor prognóstico, e, portanto, maior possibilidade de sobrevivência”, explica María Luz Martínez Chantar, chefe da Unidade Metabólica do CIC BioGUNE, citada pelo jornal espanhol *Publico*.

A Associação Espanhola contra o Cancro indica que em mais de 70 por cento dos casos, o hepatocarcinoma diagnostica-se como doença em estado avançado e portanto com um prognóstico pouco positivo, sendo a sobrevivência de um ano em 29 por cento dos casos e dois em 16 por cento.

A proteína LKB1 é bastante conhecida no âmbito da oncologia. Em alguns tipos de tumores, como os da mama, pulmão e próstata, demonstrou-se que induzir esta enzima no organismo contribui para a redução do tumor.

Ao contrário daqueles casos, induzir esta proteína no cancro do fígado tem um efeito contrário, sendo mesmo indutor do tumor, dado que activa a RAS, proteína cuja função é induzir a proliferação anómala de células de um tecido.

O próximo passo será desenvolver terapias dirigidas aos pacientes com melhor prognóstico, ou seja, com níveis de LKB1 mais baixos.

POP, 20 NOVEMBRO 2012

Cancro do pâncreas é o quarto tumor com taxa de mortalidade mais elevada

O Cancro do Pâncreas é o quarto tumor com maior taxa de mortalidade no mundo e prevê-se que venha a aumentar nos próximos anos. Para este facto contribuem a dificuldade de diagnóstico e as opções limitadas ao nível do tratamento existentes, comparativamente a outros tumores, alerta o Clube Português do Pâncreas, em comunicado de imprensa.

De acordo com um relatório elaborado pela organização norte-americana Pancreatic Cancer Action Network (PCAN) com base em projecções para a população daquele país, em 2020, ou possivelmente mais cedo, o Cancro do Pâncreas passará para o segundo lugar na lista dos tumores com maior taxa de mortalidade nos Estados Unidos da América. O Cancro do Pâncreas é o único dos cinco tumores mais letais em que tanta a taxa de incidência quanto a de mortalidade tem aumentado nos últimos anos.

Teresa Antunes, gastroenterologista e presidente do Clube Portu-

guês do Pâncreas, considera que os dados relativos aos EUA “são indicadores para os outros países na medida em que esta é uma realidade semelhante em todo o mundo industrializado. Ao contrário de outros tumores, que nos últimos anos viram as opções de tratamento e de diagnóstico aumentar, o Cancro do Pâncreas, pelas suas complexas características biológicas, tem registado uma menor evolução a este nível”.

Este facto faz com que o diagnóstico precoce seja decisivo, uma vez que “estamos em presença de uma patologia de grande agressividade biológica e com uma sobrevida global de apenas cinco por cento dos doentes após cinco anos do diagnóstico. Infelizmente, a falta de testes de despistagem eficazes e ausência de sintomas numa fase inicial da doença ou de sintomas comuns a outras condições do sistema gastrointestinal – dor abdominal, dor de costas, perda de peso, icterícia, perda de apetite, náuseas, alterações nas fezes e diabetes – dificultam e atrasam o processo de diagnóstico”.

Além dos sintomas é fundamental considerar os factores de risco. Embora a sua identificação seja ainda difícil sabe-se que o tabaco é claramente um deles, aumentando em cerca de duas vezes e meia o risco em relação à população não fumadora. O número de cigarros fumado também é importante havendo trabalhos científicos que mostraram que a interrupção do consumo do tabaco faz regressar o risco.

O risco de desenvolver Cancro do Pâncreas aumenta se, ao consumo de tabaco, estiver associada uma alimentação hipercalórica, hiperproteica e com alto teor em gordura, favorecendo o aparecimento em idades mais precoces. Sabe-se igualmente que os doentes com pancreatite crónica na sua forma não here-

ditária têm um risco acrescido de instalação de carcinoma do pâncreas. A Pancreatite Crónica é uma doença em que predomina a inflamação que conduz a insuficiência pancreática exócrina. Esta alteração ocorre porque o pâncreas vai perdendo a sua capacidade de produzir as enzimas suficientes para a digestão dos alimentos. Também a produção de insulina fica comprometida levando à diabetes. O alcoolismo está na origem da maior parte dos casos de pancreatite crónica.

Em Novembro, assinala-se o mês de sensibilização para o Cancro do Pâncreas, uma ocasião em que em todo o mundo se multiplicam iniciativas de alerta para esta doença e para a importância do reconhecimento dos sintomas e dos factores de risco.

Sobre o Clube Português do Pâncreas (CPP). O CPP é uma Associação de médicos interessados na patologia pancreática. Fundado em 1979, tem por objectivo fomentar o conhecimento do pâncreas, normal e patológico, exócrino e endócrino, encorajando a investigação básica e clínica.

POP, 27 NOVEMBRO 2012

### ZALTRAP® da Sanofi recebe opinião favorável na União Europeia

A Sanofi e a Regeneron Pharmaceuticals acabam de anunciar, em comunicado de imprensa, que o Comité dos Medicamentos para Uso Humano (CHMP) da Agência Europeia do Medicamento (EMA) emitiu uma opinião positiva e recomendou a aprovação da autorização de comercialização do ZALTRAP® (aflibercept) 25mg/ml concentrado para solução para perfusão em associação com a quimioterapia irinotecan/5-fluorouracil/ácido folínico (FOLFIRI), em adultos cancro colo-rectal metastizado resistente

a, ou que tenha progredido após um regime terapêutico contendo oxilaplatina.

A Comissão Europeia precisa agora de ratificar a opinião positiva do CHMP para garantir a autorização de comercialização do ZALTRAP nos 27 estados-membros da União Europeia. A decisão da Comissão é esperada para o primeiro trimestre de 2013. A opinião do CHMP baseia-se em dados do ensaio VELOUR.

“Estamos muito satisfeitos pelo facto de o CHMP ter apoiado a candidatura do ZALTRAP®. Este apoio permite que a disponibilização na Europa deste novo medicamento com benefício na sobrevivência de doentes com CCRM demonstrado esteja cada vez mais próxima”, afirma Debasish Roychowdhury, médico e vice-presidente da Sanofi Oncology.

“É gratificante ver que os anos de esforço que dedicámos ao desenvolvimento deste inibidor da angiogénese se transformam agora num benefício clínico para os doentes com cancro colo-rectal metastizado que progrediu durante o anterior tratamento”, refere George D. Yancopoulos, médico, diretor científico da Regeneron e presidente da Regeneron Laboratories. “O ZALTRAP® é o único agente que demonstrou uma melhoria estatisticamente significativa da sobrevivência global em associação com FOLFIRI® quando comparado com FOLFIRI® em doentes que progrediram num regime anterior contendo oxilaplatina.

O ZALTRAP® foi aprovado pela FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) em Agosto de 2012 e os pedidos de autorização para comercialização estão a ser analisados por entidades reguladoras do mundo inteiro.

POP, 27 NOVEMBRO 2012

Combinação de medicamentos é eficaz contra o cancro da tiróide anaplásico

A combinação dos medicamentos paclitaxel e pazopanibe, já usados em terapias contra o cancro, poderá ser usada no tratamento do cancro da tiróide anaplásico (de mau prognóstico). De acordo com um estudo publicado no jornal científico *Science Translational Medicine*, a combinação dos medicamentos poderá ajudar na luta contra esse tipo raro, e historicamente negligenciado, de cancro, avança a revista VEJA.

Para o estudo, o investigador Crescent Isham e os seus colegas da Clínica Mayo, em Rochester, nos EUA, fizeram uma associação dos dois medicamentos. Em seguida, essa mistura foi usada para tratar células cancerígenas cultivadas em laboratório. Com o uso de filmagem em câmara lenta, os cientistas observaram que no período de alguns dias as células cancerígenas ficavam presas a uma fase específica do ciclo celular: a mitose. Assim, elas não conseguiam dividir-se para aumentar o tamanho do tumor. Por fim, elas morriam.

Uma taxa mais elevada de morte das células estava associada a uma combinação de doses mais baixas de cada fármaco. Mas essa redução nos níveis dos medicamentos tinha de vir combinada. Os resultados eram inferiores quando apenas uma das drogas tinha a sua quantia elevada separadamente. De acordo com os investigadores, a combinação dos medicamentos funciona pela acção numa enzima chamada Aurora Kinase-A, envolvida com o processo de mitose celular – um alvo do pazopanibe que não era conhecido.

POP, 4 JANEIRO 2013

Merck Serono dá início a ensaio de fase final do seu fármaco experimental TH-302

A Merck Serono, unidade do grupo alemão Merck, anunciou na passada sexta-feira que iniciou um ensaio de Fase III do fármaco experimental TH-302 em combinação com o fármaco Gemzar® (gemcitabina) da Eli Lilly em doentes com cancro do pâncreas inoperável ou metastático, localmente avançado, não tratado previamente. A Merck ganhou os direitos sobre o fármaco no ano passado através de um acordo de licenciamento com a Threshold Pharmaceuticals que pode potencialmente valer até 550 milhões de dólares, avança o site FirstWord.

Num estudo anterior de Fase IIb, o TH-302 apresentou uma melhoria significativa de 63 por cento na sobrevida livre de progressão em doentes com cancro do pâncreas avançado tratados com TH-302 e Gemzar® contra Gemzar® isoladamente. No entanto, no ensaio, o TH-302 não conseguiu melhorar significativamente a sobrevivência global, demonstrando apenas uma tendência a favor do grupo TH-302. A Threshold referiu, na altura, que a sobrevida global foi um objectivo secundário do ensaio, que não foi projectado para detectar uma melhoria estatisticamente significativa nesta medida.

A fase final de estudo MAESTRO deverá incluir a inscrição de 660 doentes e tem como objectivo principal a sobrevida global, tendo como objectivos secundários sobrevida livre de progressão, taxa de resposta global e taxa de controlo da doença. O ensaio está a ser conduzido sob uma avaliação de protocolo especial com a FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA).

O TH 302-também está a ser

investigado num estudo de fase III em doentes com sarcoma do tecido mole.

POP, 29 JANEIRO 2013

Investigadores descobrem novo alvo para tratamento do cancro do pâncreas

Investigadores da Florida, nos EUA, identificaram um novo alvo para o tratamento do adenocarcinoma ductal pancreático, que responde por mais de 95% dos casos de cancro do pâncreas. Este tipo de cancro, geralmente letal, é resistente à quimioterapia, avança o portal Isaúde.



Os cientistas descodificaram um processo molecular, activo em tempo integral e que promove o crescimento acelerado de tumores do pâncreas. Os investigadores afirmam que esta descoberta revelou novas formas de “desactivar” este processo. Uma estratégia de tratamento a ser considerada é o uso do medicamento bortezomibe, já utilizado para tratar diversos tipos de cancro no sangue.

“Ter este processo como alvo para reduzir a proliferação das células cancerosas pode representar uma nova estratégia de tratamento do cancro do pâncreas”, diz o investigador sénior do estudo, o bioquímico e biólogo molecular da Clínica Mayo Peter Storz.

Uma característica do cancro do pâncreas é a maior actividade do factor de transcriptase NF-kB, que activa a expressão dos genes que mantêm a proliferação das células e as protege contra a morte. São dois processos, conhecidos como clássico e alternativo, pelos quais o NF-kB pode ser activado. Os investigadores bloquearam o processo alternativo pelo qual o NF-kB é activado de uma



forma diferente e que, por sua vez, activa outros genes (enquanto que o processo clássico apenas sinaliza os outros genes). No cancro do pâncreas, ambos os processos, o clássico e o alternativo, estão activos.

A equipa de investigação descobriu que a maior actividade do processo alternativo do NF-κB é resultado da supressão do receptor associado ao TRAF2 (factor de necrose tumoral 2). A perda do TRAF2 promove o crescimento rápido dos tumores do pâncreas e está relacionado à sua maior agressividade, diz Peter Storz.

Os investigadores testaram essa descoberta em 55 amostras humanas de cancro do pâncreas e descobriram que, em 69% dos casos, o TRAF2 não estava funcionando apropriadamente e havia níveis mais altos de outras moléculas participando na via alternativa. Um cocktail de drogas, que inclui quimioterapia, bortezomibe e outros inibidores das moléculas activadas pela via alternativa podem ajudar no tratamento de pacientes com cancro do pâncreas, diz o investigador.

“É claro que essa hipótese requer amplos testes clínicos, mas nossa descoberta oferece uma nova direcção para a pesquisa que busca melhorar o tratamento do cancro do pâncreas”, diz.

POP, 30 JANEIRO 2013

### Abraxane® da Celgene melhora sobrevida em doentes com cancro do pâncreas

A Celgene anunciou que o seu medicamento Abraxane® (paclitaxel ligado à proteína albumina humana) administrado em combinação com gemcitabina melhorou a sobrevida em doentes com cancro do pâncreas, em comparação com gemcitabina isoladamente, por quase dois meses

num ensaio de Fase III. A empresa informou em Novembro que o Abraxane® melhorou a sobrevida no estudo, mas não deu mais detalhes na época, avança o site FirstWord.

No ensaio MPACT, que envolveu 861 doentes com cancro do pâncreas metastático que não tinham recebido tratamento, a Celgene observou que os doentes que receberam Abraxane® e gemcitabina tiveram uma sobrevida global mediana de 8,5 meses, contra 6,7 meses para gemcitabina isoladamente, uma diferença que foi significativa. Além disso, a sobrevivência no grupo Abraxane® mais gemcitabina após um ano foi de 35 por cento, em comparação com 22 por cento no grupo gemcitabina, e a sobrevivência após dois anos no grupo Abraxane® mais gemcitabina foi de 9 por cento, contra 4 por cento no grupo gemcitabina.

A Celgene também disse que doentes que receberam Abraxane® mais gemcitabina tiveram uma sobrevida livre de progressão mediana de 5,5 meses, contra 3,7 meses no grupo gemcitabina. Além disso, a taxa de resposta global no grupo Abraxane® mais gemcitabina foi de 23 por cento, em comparação com 7 por cento no grupo gemcitabina. Mais detalhes do estudo serão apresentados no final desta semana no simpósio ASCO GI.

A farmacêutica indicou que, com base nos resultados, planeia apresentar no primeiro semestre do ano um pedido para aprovação do Abraxane® nesta indicação na Europa e nos EUA.

O Abraxane®, que foi aprovado nos EUA para tratar o cancro da mama em 2005 e o cancro do pulmão de não-pequenas células em Outubro de 2012, registou vendas de cerca de 386 milhões de dólares em 2011. De acordo com o analista da Cowen

& Co. Eric Schmidt, o fármaco pode gerar um pico de 2,1 mil milhões de dólares em vendas para o uso no cancro do pâncreas.

POP, 25 JANEIRO 2013

## SARCOMA

Cientistas do Utah avaliam enzima para tratamento do sarcoma de Ewing



Uma nova descoberta do Instituto de Cancro Huntsman e da Universidade de Utah, nos EUA, surge agora como uma esperança no tratamento do sarcoma de Ewing, um tipo de cancro pediátrico que afecta sobretudo os ossos e os músculos, avança o PIPOP – Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica, citando o Deseret News.

Num estudo publicado na revista Oncogene, os especialistas admitem ter descoberto um novo alvo que actua directamente num mecanismo previamente desconhecido que está na origem do problema.

Os investigadores acreditam que a inibição dos genes específicos EWS/FLI permite travar o desenvolvimento deste tipo de sarcoma. O estudo concluiu que a enzima demetilase, específica da lisina (LSD-1), interage com EWS/FLI permitindo que o complexo destes dois genes possa impulsionar o desenvolvimento do sarcoma de Ewing.

A descoberta torna a enzima LSD-1 um importante alvo para o desenvolvimento de novos fármacos para o tratamento deste sarcoma.

POP, 30 NOVEMBRO 2012

## CANCRO DA MAMA

Fármaco experimental da Pfizer com resultados muito animadores no cancro da mama

Dados de um ensaio de fase intermédia apresentados quarta-feira no San Antonio Breast Cancer Symposium revelaram que o fármaco experimental da Pfizer PD-0332991, quando usado em combinação com o Femara® (letrozol) da Novartis, prolongou significativamente a sobrevida livre de progressão (PFS) em comparação com o Femara® sozinho em mulheres pós-menopáusicas com cancro da mama com receptor de estrogénio positivo, HER2-negativo localmente avançado ou metastático, avança o site FirstWord.

“Estes resultados são especialmente importantes devido à magnitude do efeito clínico observado e o facto de que [o PD-0332991] representa o primeiro composto da classe potencial”, disse Mace Rothenberg, vice-presidente sénior de desenvolvimento clínico e assuntos médicos unidade de oncologia da Pfizer.

O estudo incluiu 165 mulheres com cancro de mama avançado ou metastático, que foram tratadas com PD-0332991 mais Femara® ou Femara® sozinho. Os resultados mostraram que a PFS mediana para o grupo a tomar PD-0332991 com Femara® foi de 26,1 meses, em comparação com 7,5 meses para aquelas que só tomaram o medicamento da Novartis. Além disso, a Pfizer referiu que as taxas de resposta objectivas foram de 45 por cento no grupo PD-0332991 mais Femara® e 31 por cento no grupo Femara® sozinho, enquanto que a taxa de benefício clínico foi de 70 por cento e 44 por cento, respectivamente, nos dois grupos.

O líder da pesquisa Richard Finn disse que “esta magnitude do benefício é provavelmente uma das

maiores com qualquer novo agente no cancro da mama, ou talvez qualquer tumor sólido”, acrescentando que “é dramático ver este nível de benefício com um novo agente”. Rothenberg referiu que a Pfizer está a iniciar o inibidor oral de CDK 4 e 6 na fase III de ensaios, com um ensaio de fase final no cancro da mama previsto para arrancar em 2013. O investigador referiu que a companhia também está em discussões com as entidades reguladoras sobre os dados necessários para a aprovação.

O analista do Citigroup, Andrew Baum, sugeriu que, se aprovado para o cancro da mama e outros tipos de tumores, os picos de vendas anuais do PD-0332991 poderiam chegar a 5 mil milhões de dólares, acrescentando que os investidores têm ignorado o “potencial mega-blockbuster”.

A Pfizer está a testar o PD-0332991 noutras indicações, como cancro do pulmão de não-pequenas células, cancro do fígado, cancro do ovário e mieloma múltiplo.

POP, 7 DEZEMBRO 2012

### Testes genómicos superam exames tradicionais no diagnóstico do cancro da mama



Novos testes genómicos podem melhorar a capacidade dos médicos para diagnosticar o cancro da

mama, de acordo com investigadores do Fox Chase Cancer Center, nos EUA, avança o portal Isaúde.

O estudo revela que os testes comercialmente disponíveis permitem classificar correctamente os tumores de cancro da mama, o que vai permitir aos médicos adequar mais precisamente o tratamento de cada doente.

Os testes genómicos utilizam o perfil genómico do tumor da doente e outras informações para individu-

alizar o tratamento com o objectivo de alcançar melhores resultados clínicos. Estes testes examinam o tecido tumoral e a actividade de grupos de genes dentro do tumor, para fornecer uma visão mais abrangente do cancro e opções de tratamento.

“Temos agora uma melhor ferramenta para determinar quais as doentes que não precisam de submeter-se a tratamentos como a quimioterapia, quando esse tratamento seria caro e não seria útil para aquele caso em particular”, afirma o líder do estudo Massimo Cristofanilli.

Os riscos da quimioterapia incluem efeitos secundários imediatos, desconforto e danos de longo prazo, incluindo um possível novo cancro. Vários estudos concluíram que a quimioterapia não fornece nenhum benefício real para as doentes com cancro da mama por causa dos seus subtipos da doença e do baixo risco de recorrência.

“Estas descobertas contribuem para o entendimento de como o cancro cresce e de que forma o crescimento pode ser interrompido, e os resultados vão ajudar-nos a tratar mais doentes com mais sucesso”, sublinha o oncologista Stefan Gluck.

Com os novos testes genómicos, os médicos serão capazes também de empregar mais precisamente os tratamentos sofisticados que foram desenvolvidos para o cancro da mama.

#### O estudo

Tumores de cancro da mama têm sido tradicionalmente classificados usando a chamada imunohistoquímica (IHC) e hibridização fluorescente in situ (FISH).

Os investigadores compararam a precisão de IHC e os resultados de FISH com dois testes genómicos (MammaPrint® e Blueprint®). Eles analisaram retrospectivamente 208 amostras de tumores de doentes com cancro da mama cuja idade, sobrevi-



vência e tempo de diagnóstico eram conhecidos. A média de acompanhamento foi de 11,3 anos.

O estudo comparou a precisão dos exames no momento em que cada doente tinha sido diagnosticada.

Os investigadores concluíram que os testes genómicos forneceram um método mais preciso para a determinação do subtipo de doença de uma paciente, o que ajuda a determinar o risco de recorrência da doença e identificar a terapia adjuvante mais apropriada. “Esta informação pode ajudar os médicos a determinar quais as melhores candidatas para a terapia neoadjuvante. A quimioterapia neoadjuvante é algumas vezes usada para encolher um tumor, antes da sua remoção através de cirurgia. O estudo também pode ajudar cirurgiões da mama a informar melhor as suas doentes sobre qual o tipo de tumor que têm e como podem agir para sobreviver melhor ao tratamento”, concluem os investigadores.

POP, 10 DEZEMBRO 2012

### Perjeta® da Roche prolonga sobrevida no cancro da mama metastático HER2-positivo

Dados actualizados de um estudo de fase final do Perjeta® (pertuzumab) da Roche em doentes com cancro da mama metastático HER2 positivo (mBC) previamente tratadas mostraram que o fármaco em combinação com o Herceptin® (trastuzumabe) e quimioterapia prolonga significativamente a sobrevida global em comparação com o Herceptin®, quimioterapia mais placebo. Os resultados da pesquisa foram apresentados no San Antonio Breast Cancer Symposium, avança o site FirstWord.

No ensaio Fase III CLEO-PATRA, 808 doentes com mBC HER2-positivo não tratadas previamente ou aquelas com mBC

HER2-positivo cuja doença tinha retornado após terapia anterior, foram escolhidas aleatoriamente para receber Perjeta® em combinação com Herceptin® e quimioterapia padrão, ou Herceptin® e quimioterapia padrão mais placebo. Os resultados actualizados demonstraram que o risco de morte foi reduzido em 34 por cento para aquelas no grupo Perjeta® do ensaio, em comparação com as do grupo de placebo. Além disso, a Roche indicou que, no momento da análise, a sobrevivência média geral ainda não tinha sido alcançada naquelas que estavam a receber Perjeta® mais Herceptin® e quimioterapia. Não há novas questões de segurança que tenham sido observadas, acrescentou a empresa.

O tratamento recebeu a aprovação da FDA em Junho, para uso, em combinação com Herceptin e quimioterapia, para o tratamento de doentes com mBC HER2-positivo que ainda não tenham recebido previamente terapia anti-HER2. O fármaco está também aprovado na Suíça, México, e foi enviado para aprovação da UE.

POP, 12 DEZEMBRO 2012

### Identificado marcador genético capaz de prever recorrência do cancro da mama

Investigadores da Universidade de Alberta, no Canadá, descobriram um marcador genético no ADN capaz de detectar, com precisão, mulheres mais propensas ao cancro da mama recorrente, avança o portal Isaúde. A pesquisa foi publicada na revista Plos One.

Sambasivarao Damaraju e os seus colegas utilizaram um simples exame de sangue para digitalizarem todo o genoma humano de 369 mulheres que tinham sido diagnosticadas com cancro da mama. Destas, 155 tinham sofrido recorrência do cancro e 214 não.

“Se nós pudermos prever com precisão quais as mulheres que estão em alto risco de recorrência do cancro da mama, isso fornece aos médicos e oncologistas tempo para projectar uma terapia mais agressiva na esperança de prevenir o cancro de voltar. As estratégias de tratamento poderiam ser feitas sob medida para as mulheres com base na sua composição genética e em como ela as torna susceptíveis à recorrência do cancro da mama”, afirma Damaraju.

Damaraju e a sua equipa concentraram-se sobre o cancro da mama com bom prognóstico, aquele que tem uma alta taxa de sucesso em termos de recuperação inicial e tratamento. Cerca de 70% de todos os cancros da mama se enquadram nesta categoria.

Actualmente, as opções de tratamento para os doentes com cancro da mama baseiam-se no que os médicos sabem a respeito do tumor em si, o seu tamanho, grau e a ausência ou a presença de certos marcadores dentro do tumor.

Damaraju referiu que há pacientes que recebem um excelente prognóstico com base no que os médicos vêem dentro do tumor, mas o cancro retorna. E outras mulheres permanecem livres do cancro, embora os seus médicos tenham dado um mau prognóstico com base em informações obtidas a partir do tumor. De acordo com Damaraju, esta imprecisão poderia ser complementada com o novo marcador de ADN que pode ser encontrado através de um simples exame de sangue.

A equipa continua as suas pesquisas e pretende confirmar as suas descobertas num estudo maior. Os resultados do estudo indicam que o teste de ADN predictor poderia ser testado em estudos clínicos prospectivos antes de se tornar amplamente disponível para as mulheres.

POP, 17 JANEIRO 2013

## Inicie terapia do cancro... inicie Caphosol<sup>®</sup>

**Caphosol é única solução supersaturada de íões de Fosfato de Cálcio que demonstrou reduzir o número de doentes que experimentou episódios de mucosite oral<sup>1</sup>**

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 Caphosol<sup>1</sup>
- Caphosol reduziu a duração dos episódios de mucosite oral<sup>1</sup>
- 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 morfina<sup>1</sup>

**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<sup>®</sup> 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](mailto: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](http://www.mouthsmadegood.com)

**mouthsmadegood**



EM PORTUGUÊS

CE

Data preparação Fevereiro 2013  
Dispositivo Médico

## TUMORES LÍQUIDOS

Leucemia Mielóide Crónica: fármaco da Novartis com resultados promissores

Os últimos resultados de dois ensaios clínicos de Fase III continuam a estabelecer os benefícios do Tasigna® (nilotinib), da Novartis, em relação ao Glivec® (imatinib), também da Novartis, no tratamento da Leucemia Mielóide Crónica para o cromossoma Filadélfia Positivo (LMC PH+) em doentes recém-diagnosticado e/ou com doença residual, que mudaram a terapêutica para Tasigna®, após longo período de tratamento com Glivec®, avança a Novartis, em comunicado.

Os resultados de ambos os estudos foram apresentados em sessões orais na 54ª Reunião Anual da Sociedade Americana de Hematologia (ASH), em Atlanta.

Os resultados de dois anos do ENESTmr mostraram que a mudança para Tasigna® levou a respostas moleculares profundas em doentes com evidências residuais da doença, após terapia de longa duração com Glivec®. Mais do dobro dos doentes tratados com Tasigna® continuaram a alcançar um BCR-ABL indetectável, quando comparados com Glivec®. A diferença entre ambos os grupos aos 24 meses foi estatisticamente significativa (22,1% versus 8,7%,  $p = 0,0087$ ), diferença esta que duplicou desde a análise aos 12 meses. Os doentes tratados com Tasigna® alcançaram significativamente MR4.5 ou BCR – ABL indetectável quando comparados com Glivec®, independentemente do nível de BCR-ABL em baseline.

“O Tasigna® deve ser considerado uma opção de tratamento de primeira linha, porque permite que muitos doentes alcancem respostas mais profundas mais cedo, associadas a melhores resultados a longo prazo”,

afirmou Timothy P. Hughes, investigador do estudo ENEST, Chefe do Departamento de Hematologia do Royal Adelaide Hospital e Professor Clínico da Universidade de Adelaide, na Austrália.

POP, 11 DEZEMBRO 2012

Quizartinib com eficácia comprovada em doentes com leucemia mielóide aguda refractária ou recidivante

Resultados de um estudo completo de fase II com o inibidor FLT3 quizartinib, um regime de tratamento em monoterapia oral para doentes com leucemia mielóide aguda (LMA) refractária ou recidivante, mostram que aproximadamente metade dos doentes que expressam o gene FLT3-ITD atingiram resposta completa e um em cada três tratados previamente de forma intensiva, receberam um transplante potencialmente curativo, seguindo-se tratamento com quizartinib, avança comunicado de imprensa.

A LMA é considerada a forma mais comum de leucemia mielóide em adultos, atingindo entre cinco a oito pessoas em cada 100 mil, na Europa, estando ainda associada a uma mortalidade global elevada. As mutações do gene FLT3 são detetadas em aproximadamente 30% dos doentes com LMA.

“Os doentes com mutações activas no gene FLT3 apresentam um prognóstico particularmente negativo e, muitas vezes, recidivam ou são refractários às opções actuais de tratamento”, afirmou Jorge Cortes, do M.D. Anderson Cancer Center da Universidade do Texas. Assim sendo, existe “uma necessidade não satisfeita significativa de novas abordagens que ajudem a estabilizar a doença e a providenciar tempo adicional aos doentes para o acesso ao transplante. Os dados agora apresentados são encorajadores, já que o quizartinib é

o único agente isolado a demonstrar, até hoje, resultados nesta população de doentes”.

O transplante é actualmente o objectivo global do tratamento e a melhor alternativa para doentes refractários ou previamente submetidos a tratamento intensivo. Além do benefício clínico observado em doentes que expressam FLT3-ITD, estes resultados também demonstraram evidência substancial de actividade em doentes que não expressam aquele gene, com aproximadamente um em cada três a atingir uma resposta completa.

Os efeitos adversos identificados, relacionados com o trato gastrointestinal, mielosupressão e alargamento do intervalo QT, foram, no geral, mitigados com modificações na dose. Cerca de 10% dos doentes apresentaram um evento adverso que resultou na interrupção do tratamento.

POP, 18 JANEIRO 2013

## CANCRO UROLÓGICO

Bayer solicita aprovação dos EUA para medicamento contra cancro da próstata

A farmacêutica alemã Bayer afirmou na passada sexta-feira (14) que solicitou a aprovação de um medicamento experimental contra o cancro da próstata a reguladores norte-americanos. O fármaco poderá gerar mais de mil milhões de euros em vendas anuais, avança o portal UOL.

Na última quarta-feira (12), a Bayer disse que tinha solicitado aprovação da União Europeia para o novo fármaco, o Radium-223. O medicamento é indicado para doentes com cancro da próstata resistente a castração e com metástases ósseas.

“Estamos ansiosos para continuar os debates com as autoridades reguladoras para trazer esta opção de tratamento inovador para

pacientes o mais rápido que pudermos”, afirmou o médico Kemal Malik, membro do comité executivo da Bayer HealthCare.

O pedido baseou-se em dados da fase III do ensaio Asympca, que mostrou aumento de sobrevivência de 44%, resultando na redução de 30,5% do risco de morte em relação ao placebo. O acréscimo médio do tempo de sobrevivência dos pacientes tratados foi de 3,6 meses. Os resultados foram apresentados na 48ª Reunião Anual da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (Asco), em Junho de 2012.

Os efeitos secundários mais comuns apresentados pelos utilizadores do medicamento nos estudos foram anemia, neutropenia (redução do número de neutrófilos no sangue) e trombocitopenia (redução do número de plaquetas no sangue), além de dor óssea, náusea, diarreia e vómitos.

POP, 17 DEZEMBRO 2012

## OUTROS TUMORES

Descobertas duas novas mutações genéticas que ocorrem em 71% dos melanomas

Cientistas descobriram duas novas mutações genéticas que ocorrem em 71 por cento dos tumores de melanoma maligno, um agressivo e mortal cancro da pele, indica um estudo, avança a agência Lusa.

As mutações, detectadas numa parte do genoma que controla os genes, ocorrem nos tumores de grande número de pessoas e poderão ser as mais frequentes nos melanomas descobertos até agora.

A descoberta, objecto de dois estudos divulgados na quinta-feira na edição digital da revista norte-americana Science, poderá ajudar a compreender melhor como se desenvolve o melanoma e talvez outros cancros.

Trata-se da primeira vez que mutações relacionadas com o cancro são descobertas naquela vasta zona do ADN de células cancerosas.

A região é designada de “matéria negra” do genoma, numa referência à matéria negra que forma uma grande parte do Universo, mas que é pouco conhecida.

Nas últimas décadas foram identificadas numerosas mutações presentes nos cancros, mas todas elas se encontravam noutras zonas, as dos genes responsáveis pela produção de proteínas, precisam os investigadores.

“Esta descoberta representa uma primeira incursão na ‘matéria negra’ do genoma do cancro”, sublinhou o doutor Levi Garraway, do Dana Farber Cancer Institute em Boston, o principal autor de um dos estudos.

Garraway assinalou tratar-se “da descoberta das duas mutações mais frequentes no melanoma”, adiantando que tal “pode levar a que se descubram tratamentos preventivos visando aquelas mutações”.

Os investigadores indicaram ainda que as mesmas mutações estarão presentes em células do cancro do fígado e da bexiga.

Nos estudos participaram também investigadores do Broad Institute de Harvard e do Instituto de Tecnologia de Massachusetts (MIT).

POP, 28 JANEIRO 2013

Nova técnica para tratar cancro do pulmão inoperável é apresentada em Espanha

Um novo sistema que demonstrou eficácia no tratamento do cancro do pulmão que não pode ser operado foi apresentado na passada quinta-feira por um grupo de investigadores espanhóis, avança o portal Terra.

Representantes do Instituto Catalão de Oncologia (ICO), na cidade de Hospitalet de Llobregat, perto de Barcelona, apresentaram os

resultados do sistema criado em 2008 e aplicado em 70 pacientes.

A radioterapia estereotóxica extracranial (SBRT) consiste em uma técnica de máxima precisão que permite aplicar elevadas doses de radiação em uma área muito delimitada sem propagar tecido saudável.

“O erro é de um milímetro”, disse o responsável pelo Serviço de Oncologia Radioterápica do ICO, Ferran Guedea. Isto é possível graças à sincronização da máquina de radioterapia com a respiração do paciente.

“Aplicar radioterapia a um osso, por exemplo, é relativamente simples, mas o problema é aplicar a radioterapia a um órgão que se movimenta, como o pulmão”, afirmou Guedea.

Nos 43 primeiros resultados da nova técnica, a sobrevivência aos dois anos foi de 79,10%, mais que o dobro da radioterapia convencional. Já o controlo local do tumor é de 96,4%.

Ferran Guedea declarou que “o cancro do pulmão é diagnosticado em estádios iniciais e o tratamento fundamental é a cirurgia, para extirpar o tumor. Mas há casos em que isto não pode ocorrer por contra-indicações do paciente”.

A coordenadora assistencial da unidade de Cancro do pulmão do Hospital de Bellvitge e do ICO, Susana Padrones, lembrou a vinculação do cancro do pulmão ao tabagismo “o que nos faz ter problemas associados, como por exemplo o EPOC”, que pode descartar os pacientes de realizarem uma cirurgia.

Os resultados levaram os responsáveis do ICO a ampliarem a técnica a outro tipo de tumores, como os de fígado, metástases óssea, suprarrenal e de próstata.

POP, 29 JANEIRO 2013





## Ensaio clínico fase III e IV

Nesta secção publicamos os estudos de ensaios clínicos em processo de recrutamento por patologias oncológicas. Nesta revista apresentamos os actuais ensaios para o Adenocarcinoma do Pulmão e Cancro Mama.

### ADENOCARCINOMA PULMÃO:

#### ESTUDOS ABERTOS, ADULTOS, FASE III E IV

■ *Icotinib as First-line and Maintenance Treatment in EGFR Mutated Patients With Lung Adenocarcinoma*  
**CONDIÇÕES:** EGFR Positive Non-small Cell Lung Cancer; Adenocarcinoma  
**INTERVENÇÕES:** Drug: Experimental; Drug: Chemotherapy

■ *Icotinib Versus First-line Chemotherapy Plus Maintenance Treatment in EGFR Positive Lung Adenocarcinoma Patients*  
**CONDIÇÃO:** NSCLC  
**INTERVENÇÕES:** Drug: Icotinib; Drug: Chemotherapy

■ *A Study of Tarceva (Erlotinib) in First Line in Patients With Locally Advanced or Metastatic Lung Adenocarcinoma With EGFR Mutations*  
**CONDIÇÃO:** Non-Small Cell Lung Cancer  
**INTERVENÇÕES:** Drug: erlotinib [Tarceva]

■ *Carboplatin and Paclitaxel With or Without Bevacizumab and/or Cetuximab in Treating Patients With Stage IV or Recurrent Non-Small Cell Lung Cancer*  
**CONDIÇÃO:** Lung Cancer  
**INTERVENÇÕES:** Biological: bevacizumab; Biological: cetuximab; Drug: carboplatin; Drug: paclitaxel

■ *Bevacizumab or Pemetrexed Disodium Alone or In Combination After Induction Therapy in Treating Patients With Advanced Non-Squamous Non-Small Cell Lung Cancer*  
**CONDIÇÃO:** Lung Cancer  
**INTERVENÇÕES:** Biological: bevacizumab; Drug: pemetrexed disodium

■ *Comparison of Different Types of Surgery in Treating Patients With Stage IA Non-Small Cell Lung Cancer*

**CONDIÇÃO:** Lung Cancer  
**INTERVENÇÕES:** Procedure: therapeutic thoracoscopy; Procedure: videothoracoscopy

■ *Pazopanib Hydrochloride or a Placebo in Treating Patients With Non-Small Cell Lung Cancer Who Have Received First-Line Chemotherapy*  
**CONDIÇÃO:** Lung Cancer  
**INTERVENÇÕES:** Drug: pazopanib hydrochloride; Other: laboratory biomarker analysis; Other: pharmacogenomic studies; Other: pharmacological study; Procedure: quality-of-life assessment

■ *Gemcitabine Hydrochloride or Pemetrexed Disodium and Carboplatin With or Without Celecoxib in Treating Patients With Advanced Non-Small Cell Lung Cancer*  
**CONDIÇÃO:** Lung Cancer  
**INTERVENÇÕES:** Drug: carboplatin; Drug: celecoxib; Drug: gemcitabine hydrochloride; Drug: pemetrexed disodium; Other: placebo

### CANCRO MAMA:

#### ESTUDOS ABERTOS, ADULTOS, FASE III E IV

■ *Phase III Study of BKM120/Placebo With Fulvestrant in Postmenopausal Patients With Hormone Receptor Positive HER2-negative Locally Advanced or Metastatic Breast Cancer Refractory to Aromatase Inhibitor*  
**CONDIÇÃO:** Breast Cancer  
**INTERVENÇÕES:** Drug: BKM120 Matching placebo; Drug: Fulvestrant; Drug: BKM120

■ *4EVER - Efficacy, Safety, Health Economics, Translational Research of Postmenopausal Women With Estrogen Receptor Positive Locally Advanced or Metastatic Breast Cancer*

**CONDIÇÃO:** Metastatic Breast Cancer  
**INTERVENÇÕES:** Drug: Exemestane; Drug: Everolimus (RAD001)

■ *A Phase III Study of NK105 in Patients With Breast Cancer*  
**CONDIÇÃO:** Breast Cancer Nos Metastatic Recurrent  
**INTERVENÇÕES:** Drug: NK105; Drug: Paclitaxel

■ *A Global Study to Compare the Effects of Fulvestrant and Arimidex in a Subset of Patients With Breast Cancer.*  
**CONDIÇÃO:** Hormone Receptor Positive Breast Cancer  
**INTERVENÇÕES:** Drug: faslodex 500mg; Drug: arimidex 1mg; Drug: faslodex dummy; Drug: arimidex dummy

■ *A Safety and Efficacy Study of BCD-022 With Paclitaxel Compared to Herceptin With Paclitaxel in HER2-Positive Metastatic Breast Cancer Patients*  
**CONDIÇÃO:** HER2-positive Metastatic Breast Cancer  
**INTERVENÇÕES:** Drug: Trastuzumab; Drug: Paclitaxel

■ *An Open Label Study of Postmenopausal Women With Oestrogen Receptor Positive Locally Advanced or Metastatic Breast Cancer Treated With Everolimus (RAD001) With Exemestane, With Exploratory Epigenetic Marker Analysis*  
**CONDIÇÃO:** Oestrogen Receptor Positive Advanced Breast Cancer  
**INTERVENÇÕES:** Drug: RAD001; Drug: Exemestane



■ *A Phase III Study of BKM120 With Fulvestrant in Patients With HR+,HER2-, AI Treated, Locally Advanced or Metastatic Breast Cancer Who Progressed on or After mTORi*

**CONDITION:** Metastatic Breast Cancer HR+, HER2-

**INTERVENTIONS:** Drug: Fulvestrant; Drug: BKM120; Drug: BKM120 matching placebo

■ *A Study of Pertuzumab in Combination With Herceptin (Trastuzumab) and A Taxane in First-Line Treatment in Patients With HER2-Positive Advanced Breast Cancer (PERUSE)*

**CONDITION:** Breast Cancer

**INTERVENTIONS:** Drug: pertuzumab; Drug: trastuzumab [Herceptin]; Drug: taxane

■ *A Study of Trastuzumab Emtansine in Patients With HER2 Positive Breast Cancer Who Have Received Prior Anti-HER2 And Chemotherapy-based Treatment*

**CONDITION:** Breast Cancer

**INTERVENTIONS:** Drug: trastuzumab emtansine

■ *A Study of Trastuzumab Emtansine Versus Trastuzumab as Adjuvant Therapy in Patients With HER2-Positive Breast Cancer Who Have Residual Tumor in the Breast or Axillary Lymph Nodes Following Preoperative Therapy*

**CONDITION:** Breast Cancer

**INTERVENTIONS:** Drug: trastuzumab emtansine; Drug: trastuzumab

■ *A Safety and Tolerability Study of Assisted- and Self-Administered Subcutaneous Herceptin (Trastuzumab) as Adjuvant Therapy in Patients With Early HER2-Positive Breast Cancer (SafeHer)*

**CONDITION:** Breast Cancer

**INTERVENTIONS:** Drug: trastuzumab [Herceptin]

■ *Study of AlloStim In-Situ Vaccine in Pre-Treated Metastatic Breast Cancer*

**CONDITION:** Metastatic Breast Cancer

**INTERVENTIONS:** Biological: AlloStim; Procedure: cryoablation

■ *Study To Evaluate the Efficacy and Safety Of Bevacizumab, and Associated Biomarkers, In Combination With Paclitaxel Compared With Paclitaxel Plus Placebo as First-line Treatment Of Patients With Her2-Negative Metastatic Breast Cancer*

**CONDITION:** Metastatic Breast Cancer

**INTERVENTIONS:** Drug: Paclitaxel; Drug: Bevacizumab [Avastin]; Drug: Placebo

■ *A Study of PD-0332991 + Letrozole vs. Letrozole For 1st Line Treatment Of Postmenopausal Women With ER+/HER2- Advanced Breast Cancer*

**CONDITION:** Breast Neoplasms

**INTERVENTIONS:** Drug: PD-0332991; Drug: Letrozole; Drug: Placebo

■ *Phase III Study Comparing the Efficacy and Safety of LA-EP2006 and Peg-Filgrastim*

**CONDITION:** Chemotherapy-induced Neutropenia; Breast Cancer

**INTERVENTIONS:** Drug: LA-EP2006; Drug: Peg-Filgrastim

■ *Phase III Study Comparing the Efficacy and Safety of EP2006 and Filgrastim*

**CONDITION:** Chemotherapy Associated Neutropenia; Breast Cancer

**INTERVENTIONS:** Drug: EP2006; Drug: Filgrastim

■ *Phase III Study Comparing the Efficacy and Safety of LA-EP2006 and Neulasta®*

**CONDITION:** Neutropenic Complications; Breast Cancer Patients Treated With Myelosuppressive Chemotherapy

**INTERVENTIONS:** Drug: LA-EP2006; Drug: Peg-Filgrastim

■ *Study Comparing Nanoparticle-based Paclitaxel With Solvent-based Paclitaxel as Part of Neoadjuvant Chemotherapy for Patients With Early Breast Cancer (GeparSepto)*

**CONDITION:** Tubular Breast Cancer Stage II; Mucinous Breast Cancer Stage II; Breast Cancer Female NOS; Invasive Ductal Breast Cancer; Tubular Breast Cancer Stage III; HER-2 Positive Breast Cancer; Inflammatory Breast Cancer Stage IV; Inflammatory Breast Cancer

**INTERVENTIONS:** Drug: nab-Paclitaxel; Drug: Paclitaxel

■ *A Phase 3 Comparative Study of TAP-144-SR(6M) in Postoperative and Hormone Therapy-naïve Patients With Premenopausal Breast Cancer*

**CONDITION:** Premenopausal Breast Cancer

**INTERVENTIONS:** Drug: TAP-144-SR(6M); Drug: TAP-144-SR(3M)

■ *Study of Nab-Paclitaxel in High Risk Early Breast Cancer*

**CONDITION:** Breast Cancer

**INTERVENTIONS:** Drug: Epirubicin; Drug: nab-Paclitaxel; Drug: Cyclophosphamide; Drug: Docetaxel

# 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; IVEMEND 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. IVEMEND (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 IVEMEND não podem ser co-administrados com pimozida, terfenadina, astemizole ou cisaprida. A inibição da CYP3A4 pelo aprepitante 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%), elevação 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](http://www.msd.pt)

[www.univadis.pt](http://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)

**IVEMEND®**  
(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](http://pfizer.pt)



**A trabalhar em conjunto para um mundo mais saudável™**

Copyright © 2010 Pfizer Inc. Direitos reservados. A Wyeth foi adquirida pela Pfizer Inc. A integração da Wyeth e da Pfizer a nível local depende ainda do cumprimento de requisitos legais e regulamentares