

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

21

ANO VI • JUL-OUT 2012

TRANSIÇÃO DE UM MEMBRO DA FAMÍLIA PARA O EXERCÍCIO DO PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS DE UM DOENTE COM CANCRO COLORECTAL

Os autores procuram descrever como lida o membro da família na transição para o exercício do papel de prestador de cuidados de um doente com cancro colorectal à luz da Teoria das Transições em Enfermagem.

ESTRATÉGIA DOS CUIDADORES INFORMAIS NO DOMICÍLIO A DOENTES COM CANCRO DO PULMÃO EM FASE TERMINAL

Os autores apresentam um estudo de carácter descritivo e utilizando o método de estudo de caso que teve como alvo os cuidadores de doentes com cancro de pulmão em fase terminal no domicílio. Os resultados indicam um enorme esforço dos cuidadores para ultrapassar todas as situações difíceis, incluindo a morte.

CONSULTA DE ENFERMAGEM AO UTENTE ONCOLÓGICO SUBMETIDO A QUIMIOTERAPIA

Com base no acompanhamento de doentes submetidos a quimioterapia em ambulatório, os autores verificaram a necessidade de elaborar e implementar a consulta de enfermagem com o objectivo de prestar cuidados de enfermagem de forma humanizada, individualizada, contínua e sistematizada.

A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES APÓS UM CANCRO – UMA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

O cancro, mesmo após o seu controlo, tem múltiplas implicações na vida das mulheres. Os autores defendem que os profissionais de saúde em geral, e os profissionais de enfermagem em particular, devem ser capazes de compreender e ajudar estas mulheres a gerir o impacto do cancro nas suas vidas, promovendo uma abordagem holística dos cuidados.

O SOFRIMENTO DO DOENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Através de um estudo quantitativo de tipo descritivo, utilizando o inventário de experiências subjectivas de sofrimento na doença (IESSD) numa amostra de 50 doentes oncológicos, os autores puderam verificar que os doentes em cuidados paliativos apresentam graus elevados de sofrimento sócio-relacional, sobretudo relacionado com preocupações afectivo-relacionais.



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa



**XELODA®
É DOMINANTE:
GANHAR VIDA
COM QUALIDADE,
REDUZINDO CUSTOS⁴**

carcinoma do cólon estágio III



**XELODA®
É EFICIENTE:
POUPAR CUSTOS,
PARA INVESTIR
MELHOR^{1,5}**

carcinoma gástrico avançado, carcinoma colo-rectal



**XELODA®
É CUSTO-EFECTIVO:
INVESTIR POUCO,
PARA GANHAR VIDA³**
carcinoma da mama

VIVER MAIS^(3,4) CUSTA MENOS^(1,4,5)

carcinoma mama e carcinoma cólon estágio III

carcinoma colo-rectal e carcinoma 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 carcinoma do cólon estágio III (estádio Dukes C). b) Tratamento do carcinoma colorectal metastático. c) Tratamento de primeira linha do carcinoma gástrico avançado, em associação com um regime baseado em platiná. d) Em combinação com o docetaxel é indicado no tratamento de doentes com carcinoma da mama localmente avançado ou metastático. 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 **Psicológia 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. **Carcinoma do cólon, carcinoma colorectal e carcinoma da mama, em monoterapia:** 1250 mg/m², duas vezes por dia durante 14 dias, seguida de um período de descanso de 7 dias. O tratamento adjuvante em doentes com carcinoma do cólon estágio III é recomendado para um total de 6 meses. **Carcinoma da mama, em associação:** 1250 mg/m² duas vezes por dia durante 14 dias, seguida de um período de descanso de 7 dias, associado com docetaxel a 75 mg/m² administrado em perfusão intravenosa com a 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. **Carcinoma colorectal e carcinoma gástrico, em associação:** 800-1000 mg/m², duas vezes por dia, durante 14 dias seguida de um período de descanso de 7 dias, ou 625 mg/m² 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 hepático grave. Compromisso renal grave (depuração 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, entorpidosidade palmar-plantar). Os doentes com episódios graves de diarreia devem ser monitorizados. A desidratação deverá ser prevenida ou corrigida aquando 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 se ultrapassar este estado ou 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 fenpropumol). Fenilolína. Ácido folínico. Sorivudina e seus análogos quimicamente relacionados, como a brivudina. Anticídios, incluindo hidróxido de alumínio e hidróxido de magnésio. Allopurinol. 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), entorpidosidade 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, faringite, disestesia da faringe, obstipação, dispepsia, alopecia, alterações ungueais, mialgia, artralgia, dores nas extremidades, pirexia, fraqueza, letargia, intolerância a temperatura. **RAS graves e/ou potencialmente fatais ou consideradas medicamentamente relevantes:** Septicemia, infecção do tracto urinário, celulite, tonsilite, faringite, 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, algidez periférica, embolia pulmonar, pneumotórax, hemoptise, asma, dispnéia de esforço, obstrução intestinal, escote, enterite, gastrite, disfgia, dor abdominal baixa, esofagite, desconforto abdominal, afecção de refluxo gastroesofágico, colite, sangue nas fezes, icterícia, ulcera cutânea, erupção cutânea, urticária, reacção de fotossensibilidade, eritema palmar, cara inchada, púrpura, tumefação 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 hepate colástica. 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 O 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.

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 Anita Margulies, Membro da EONS, da Sociedade de Enfermagem Oncológica Suíça, da Liga Oncológica de Zürich e da Sociedade Americana de Enfermagem Oncológica

ARTIGOS

07 TRANSIÇÃO DE UM MEMBRO DA FAMÍLIA PARA O EXERCÍCIO DO PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS DE UM DOENTE COM CANCRO COLO-RECTAL

Cristina Freitas Carvalho Sousa Pinto
Filipe Pereira

19 ESTRATÉGIA DOS CUIDADORES INFORMAIS NO DOMICÍLIO A DOENTES COM CANCRO DO PULMÃO EM FASE TERMINAL

Emília Rito

27 CONSULTA DE ENFERMAGEM AO UTENTE ONCOLÓGICO SUBMETIDO A QUIMIOTERAPIA

Maria Isabel Correia Andrade

32 A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES APÓS UM CANCRO - UMA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

Cândida Pinto
Bárbara Gomes

41 O SOFRIMENTO DO DOENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Rita Susana Soares Capela
João Luís Alves Apóstolo

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

- 49 ESTUDO SOCIAL SUPPORT SARCOMA: INÍCIO DA FASE 2 • CONGRESSO CANCRO PULMÃO E CANCRO DIGESTIVO • CONGRESSO SPH 2012: AEOP PRESENTE COM PROGRAMA CIENTÍFICO • LANÇAMENTO LINHAS CONSENSO CANCRO ESÓFAGO • INÍCIO DA DISCUSSÃO LINHA CONSENSO: PROCEDIMENTO NA UTILIZAÇÃO DA PEG • ADVISORY COUNCIL MEETING, LJUBLJANA, SLOVENIA • REUNIÃO CONSELHO CONSULTIVO AEOP • AEOP 6: GRANDE HOTEL LUSO, 17 E 18 MAIO 2013

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

53 NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO

Também disponível em www.aeop.net

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
castrom3@sapo.pt

CONSELHO CIENTÍFICO

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

Bruno Magalhães, MsC, RN
Mestrado em Saúde Pública
Docente na Escola Superior de Enfermagem 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
Doutoranda em Enfermagem
Coordenadora do GIESEL, 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

Marta Barbosa, MsC, RN
Mestrado em Ciências de Enfermagem
Hospital de Dia Adultos - Instituto Português de Oncologia-Porto
malu.rb@gmail.com

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

CONSELHO EDITORIAL DESTA REVISTA

Cristina Freitas Carvalho Sousa Pinto; Filipe Pereira; Emília Rito; Maria Isabel Correia Andrade;
Cândida Pinto; Bárbara Gomes; Rita Susana Soares Capela; João Luís Alves Apóstolo.

COORDENADORES DOS WORKGROUPS

- **EDUCAÇÃO EM ONCOLOGIA:** Ana Paula Figueiredo, MsC, RN - *anapaulafg.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@ipoporito.min-saude.pt*
- **DOENTE COM CANCRO PULMÃO:** Esmeralda Barreira, MsC, RN - *merbarreira@gmail.com*
- **DOENTE COM CANCRO UROLÓGICO:** José Fernando Silva, RN - *silvafje@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

Tipografia Nunes, Lda

TIRAGEM

600 exemplares

DEPÓSITO-LEGAL

262108/08

“Para onde Vamos?” Será a pergunta que neste momento mais se repete em toda a população portuguesa e nós, enquanto cuidadores, numa área tão particular e sensível como é a saúde direccionada para o doente oncológico nas suas mais variadas vertentes, seremos chamados a responder.

Independentemente das dificuldades e obstáculos, somos e continuaremos a ser os que estão ao lado do doente e família, não só como prestadores de cuidados mas também como orientadores, educadores e “modeladores” em momentos de mudanças pessoais como é o caso de um diagnóstico oncológico e todas as possíveis etapas de tratamento que o doente tem que percorrer. Em alturas de crise, historicamente o papel da enfermagem foi e será importante no reforço do “conforto e segurança” por parte de quem já se sente fragilizado.

Mas também somos humanos, com necessidades e fragilidades comuns, e para cuidar dos outros temos também que saber cuidar de nós tanto a nível pessoal como profissional. Espero que a nossa Associação, e em particular a Onco.News, possa cumprir o seu papel ao demonstrar que a Enfermagem evolui e continua a possibilitar a quem tem ideias, projectos e interesse, um meio para os divulgar de forma mais alargada.

Produzir pode ser um trabalho penoso, mas com vontade conseguiremos criar iniciativas, mudar mentalidades e influenciar movimentos. Exemplos disso são todas as anteriores Reuniões organizadas pela AEOP ou as participações nas diferentes actividades científicas ao longo destes 5 anos de existência. Mais uma vez marcamos a nossa presença no 5.º Congresso Português do Cancro do Pulmão e no 8.º Congresso Nacional de Cancro Digestivo em Outubro passado e estaremos presentes na Reunião da Sociedade Portuguesa de Hematologia, no início de Novembro. Simultanea-

mente e tendo sempre a noção que estamos inseridos numa comunidade global, a AEOP congratula-se pela parceria com a EONS, possibilitando aos seus associados obter informações actualizadas sobre programas, como é o caso do Projecto Europeu PEPs, onde mais uma vez se confirmou que as contribuições dos enfermeiros na área da identificação e promoção de boas práticas em oncologia, pesquisa de Enfermagem oncológica, educação e formação são essenciais e preponderantes para os resultados finais.

Enquadrado na percepção de que existe a necessidade de expandir horizontes e produzir num âmbito mais alargado, a AEOP vai participar na próxima Reunião da EONS, na Eslovénia, no final de Novembro. Daremos informação do importante que aí se decidir para 2013.

“A participação de todos é importante e essencial para um debate aberto, onde a troca de ideias e uma reflexão saudável podem ser um marco dinamizador para a melhoria da qualidade das nossas intervenções junto do doente”

Esta edição conta com a entrevista a Anita Margulies, colega suíça pertencente ao *board* da EONS, que abordará o contexto da enfermagem europeia e o papel das sociedades e da EONS na educação dos enfermeiros. Esperemos que esta visão possa ajudar a responder a algumas das nossas questões.

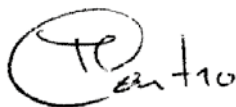
Publicamos neste número da Onco.News 5 artigos, 4 deles de investigação, que abordam temas distintos como seja a necessidade de perceber o que é causador de stress em cuidados paliativos, a necessidade de um acompanhamento estruturado numa consulta de início de tratamentos de quimioterapia, o papel do prestador de cuidados ao doente com cancro colo-rectal e o papel da mulher que experiencia cancro. Teremos as habituais informações institucionais onde destaco a programação da próxima reunião do Conselho Consultivo da AEOP em Coimbra, no próximo dia 15 Dezembro, em local ainda a designar. Será mais um momento importante de definição e planeamento das actividades científicas para 2013

com a presença de membros efectivos dos *workgroups* e do *board* da AEOP.

Termino lembrando que a próxima reunião nacional da AEOP será em 17 e 18 Maio de 2013 no Luso, pelo que todos os interessados em participar com trabalhos podem encontrar no site da Associação o regulamento para começarem a estruturar os vossos projectos. Contamos, como já vem sendo habitual, com uma excelente adesão por parte de todos. No nosso *site* já poderá encontrar o programa estruturante, cujos pormenores estão na fase final de definição, e muitas outras informações relativas ao local e logística.

A participação de todos é importante e essencial para um debate aberto, onde a troca de ideias e uma reflexão saudável podem ser um marco dinamizador para a melhoria da qualidade das nossas intervenções junto do doente.

Uma última nota para informar que a nossa revista, a partir de 2013, irá ser distribuída online, em formato PDF, aos nossos membros e associados. Caso não tenham os vossos endereços de e-mail actualizados, por favor enviem essa informação para secretariado@aeop.net. Obrigado.



Mónica Castro
Coordenação Editorial
castron3@sapo.pt





Enfermeira
Anita Margulies,
em entrevista à ONCO.NEWS

Biografia

Anita Margulies, BSN RN, completou a sua formação profissional na Michigan State University, seguido por uma posição como enfermeira-chefe no University of Michigan Medical Center. É especialista em enfermagem oncológica do adulto e educação em oncologia para enfermeiros e outros profissionais de saúde em todos os níveis. Nasceu em Nova York, EUA.

Depois do que era suposto ser uma estadia de um ano na Suíça, ela foi, juntamente com o Prof. Georg Martz, responsável por organizar o primeiro ambulatório de oncologia, especificamente uma unidade de enfermagem. O seu trabalho no Hospital da Universidade de Zurique, tanto em áreas clínicas como educacionais, continuou até 2010. Além das várias responsabilidades na EONS, ela trabalha actualmente como *freelancer*, como consultora e educadora.

Membro da EONS (membro do Conselho Executivo e delegado de Portugal), da Sociedade de Enfermagem Oncológica Suíça (Programa de Educação Contínua) da Liga Oncológica de Zurique (membro do Conselho) e da Sociedade Americana de Enfermagem Oncológica (ONS), bem como revisor de investigação do SAKK (grupo suíço de pesquisa clínica em cancro). Dentro destes grupos, faz parte de diversos projectos.

A ON esteve com Anita Margulies e colheu a seguinte entrevista:

[onco.news] – As organizações de enfermagem europeias dão maior importância ao papel do enfermeiro como “educador em oncologia”. Porquê?

[Anita Margulies] – Educação é a chave para o sucesso. Para a nossa profissão, a educação pode ser dividida em educação em enfermagem e educação do doente. Enfermeiras bem treinadas, enfermeiras com conhecimento bem fundamentado podem transferir conhecimento e dar início a uma melhor prática. O resultado deve ser melhor, mais seguro, assistência individualizada ao doente. Enfermeiros podem influenciar muito estes resultados. Além disso, o fluxo de informações para doentes e cuidadores durante o percurso da doença Cancro tem aumentado bastante. Isso por si só faz com que enfermeiros mais “educados” seja uma necessidade absoluta para o desenvolvimento futuro da enfermagem oncológica.

Com a sua experiência na área da enfermagem oncológica europeia, o que pensa sobre as diferenças na actividade clínica dos enfermeiros nos diferentes países?

Estamos muito conscientes de que cada um dos países da UE tem a sua própria agenda em questões de saúde. Com a situação actual económica dos países, com o envelhecimento da população, com a migração crescente, com diversidades de linguagem só se pode esperar diferenças na prática de enfermagem oncológica. As questões políticas de reconhecimento da enfermagem oncológica, ou da enfermagem em geral, como uma especialidade e como uma necessidade, aumentam também as diferenças. As possibilidades para a educação continuada, o ensino superior, a pesquisa em enfermagem mostra grandes lacunas entre os diferentes países. A EONS considera todos esses factores como grandes desafios, mas com projetos como o Euro-PEPs podemos ter um impacto significativo na assistência ao doente, independentemente de que país se trata na sua implementação.

Como foi criado o recente projecto PEPs?

A EONS, em colaboração com o ONS e apoiado pela EPAAC, está a implementar um projecto para a prática baseada em evidência, desde setembro de 2012. Cinco sintomas foram escolhidos: dispneia, linfedema, dor, neuropatia periférica e dermatite de radiação. Estes sintomas foram escolhidos porque, com exceção de “Dor”, nenhum tem recomendações europeias para o atendimento. O resultado deste projecto será o de orientar os participantes, provenientes de cinco diferentes países europeus, para iniciar mudanças na prática clínica e desenvolvimento de diretrizes baseadas em evidências científicas.

Qual a importância deste projecto para a EONS?

Os “Euro-PEPs” devem ajudar a preencher as lacunas na prática de enfermagem que, no momento, existe entre os países europeus. Desigualdades de conhecimento e Competências podem, com os Euro-PEPs, ser reduzidas. Orientações individuais, adaptados às necessidades de países ou instituições podem ser desenvolvidos. A EONS tem como missão promover estratégia exatamente com estes temas e, ao apresentar o

projeto para todos os países da UE, pode contribuir para um impacto positivo na melhoria dos cuidados do doente. A informação será aplicável em todos os países europeus.

O que pensa sobre o papel das associações locais de oncologia nos vários países europeus?

As associações nacionais de enfermagem oncológica são muito importantes para o desenvolvimento da excelência local. Com o conhecimento das práticas dos seus países e as regras legais, as sociedades podem ser fundamentais em várias frentes, como a transferência de conhecimento, questões políticas, questões de apoio aos doentes, etc. A força de cada associação local, trabalhando em conjunto com os seus membros, pode desenvolver a enfermagem oncológica no seu país, de acordo com as necessidades e possibilidades. Nós todos temos que pensar no futuro, ainda que realistas no estabelecer dos nossos objetivos.

Como analisa o papel actual da EONS junto das diferentes associações europeias?

A EONS tem trabalhando em parceria com outras entidades ligadas à oncologia europeia, por exemplo a ESO, ESMO, ECCO, bem como organizações internacionais, por exemplo ONS, ISNCC, MASCC. Tentamos ter projectos comuns e participar em cada um dos outros congressos, muitas vezes em sessões conjuntas. Todas as organizações estão se esforçando para melhorar o tratamento do cancro no seu próprio domínio específico para que foram criados.

Face às dificuldades de financiamento da economia, como poderá a EONS colaborar com as associações dos diferentes países europeus?

A EONS tem um orçamento anual que é dividido em áreas de trabalho e de projectos, bem como permite o pagamento do pessoal responsável pelo seu funcio-

namento. Certos valores são mantidos por doações, por trabalho de investigação ou tradução. Isso ajuda as nossas associações afiliadas a apoiar determinados projectos, bem como dar apoio a membros que pedem com sucesso bolsas de investigação. Todas essas informações podem ser encontradas no site da EONS.

Pela sua experiência em oncologia, que diferenças encontra na formação académica nos diferentes países? Os enfermeiros de oncologia da Europa do Norte, do Sul e do Leste têm formações diferentes?

Existem grandes diferenças na Europa, tanto na formação de nível básico como de nível superior, seja em faculdades ou universidades. Este facto tem sido analisado e os resultados mostram o quão diversificado é. Alguns dos países têm uma tradição mais longa para um certo tipo de escolaridade e educação continuada do que outros. Com estes resultados, vai ser difícil obter igualdade de condições para todos, o que é, a curto prazo, pouco realista. Mas entendo que o conhecimento de alguma forma deve ser partilhado - nenhuma pessoa, país ou sociedade é o “dono” do conhecimento.

Como coordenadora da EONS para Portugal, o que gostaria de esperar da AEOP?

Eu não gostaria de esperar - eu espero. E acredito que Portugal será capaz de continuar a desenvolver o seu programa de educação em enfermagem oncológica para o melhor nível possível. Pequenos passos serão a regra em vez de se tentar cumprir metas irrealistas.

A EONS orgulha-se de ter Portugal como um membro activo e interessado pela sociedade!

“A EONS orgulha-se de ter Portugal como um membro activo e interessado pela sociedade”

TRANSIÇÃO DE UM MEMBRO DA FAMÍLIA PARA O EXERCÍCIO DO PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS DE UM DOENTE COM CANCRO COLO-RECTAL

Cristina Freitas Carvalho Sousa Pinto

Assistente, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
Mestre em Oncologia.

Filipe Pereira

Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
Doutor em Ciências de Enfermagem.

Objectivo: Descrever como lida o membro da família na transição para o exercício do papel de prestador de cuidados de um doente com cancro colorectal à luz da Teoria das Transições em Enfermagem.

Método: Realizamos a revisão da literatura segundo os passos preconizados pela Cochrane Reviewers Handbook, durante os meses de Novembro e Dezembro de 2010.

Resultados: Foram analisados 10 artigos, em que 8 são estudos primários e 2 de revisão sistemática da literatura. A partir da análise dos dados, constatamos que os estudos demonstram que a condição de saúde dos doentes com cancro varia no decurso da doença e/ou tratamentos, mas não aprofundam ou descrevem em que momentos essas alterações ocorrem; que factores as precipitam e qual o impacto no exercício do papel de Membro da Família Prestador de Cuidados.

Conclusões: Os estudos descrevem o impacto da doença oncológica no seio da família, no entanto, pouco exploram os momentos/eventos em que o membro da família prestador de cuidados reconhece e percepção o processo de transição para o exercício do novo papel. Os enfermeiros podem ajudar os “Membros da Família Prestadores de Cuidados” em processo de transição através da utilização de instrumentos capazes de monitorizar e acompanhar estes clientes, com base nos condicionalismos pessoais e comunitários que influenciam o exercício do papel, bem como os padrões de resposta decorrentes do exercício do papel.

PALAVRAS-CHAVE: familiar cuidador; cancro colorectal; transição.

Aim: Describe how a family member deals with the transition to caretaker of a colorectal cancer patient, according to Transitions in Nursery Theory.

Method: Literature review through Cochrane Reviewers Handbook steps between November and December of 2010.

Results: There were 10 articles analyzed: 8 primary studies, 2 systematic reviews of literature. Through the data analysis, we have concluded that patients' health condition varies with the course of the disease and/or treatment, but we weren't able to identify the moment that changes occur; what factors enable them and what is the impact in the role of the family member caretaker.

Conclusions: These studies describe the impact of a cancer disease in family environment but they don't work on the moment that the family member perceives the role transition to caretaker. Nurses can help the family members in this process through instruments able to track and follow these clients, based on personal and comunitary conditions which have impact in this role performance as well the answer padrons of the role performance.

KEYWORDS: nursing interventions; family caregiver; colorectal cancer; transitions.

Introdução

O cancro como doença crónica representa uma séria ameaça à saúde sendo-lhe imputada responsabilidade por um grande número de mortes e de incapacidade a nível mundial. Em Portugal, os tumores malignos representam a segunda causa de morte. Em 2009, as mortes por tumor ascenderam a 24 277 pessoas (INE, 2009). Da totalidade de mortes devidas a cancro em 2005, 14,6 % foram devidas a cancro colorectal (SPED, 2009 cit. por Pinto et al, 2010)

O cancro colorectal situa-se entre os processos oncológicos mais comuns em todo o mundo. A incidência deste tipo de cancro duplicou na última década nos indivíduos com mais de 50 anos (Ko et al, 2007). Em Portugal, no ano de 2005 a incidência de cancro colorectal foi de 37/100000 habitantes (Pinto et al, 2010).

Nos últimos anos ocorreram mudanças significativas, quer ao nível do diagnóstico, quer ao nível do tratamento do cancro colorectal, o que se reflectiu na sobrevivência destes doentes (Knowles et al, 2007). As taxas de sobrevivência aos cinco anos nos doentes com cancro colorectal é de 70 a 80% nos estádios II e de 25 a 30 % nos estádios III, o que lhe imputa um carácter de cronicidade, que se traduz muitas vezes em situação de dependência e reveste-se de uma maior necessidade de cuidados, usualmente de longa duração (Costa et al, 2004).

O impacto da doença e do seu tratamento é sentido pela família e outros elementos do sistema de suporte, alterando os seus planos para o futuro, os papéis, as responsabilidades, bem como a dinâmica familiar.

Os membros da família são cada vez mais chamados a assumirem a responsabilidade de prestarem cuidados complexos aos seus familiares dependentes, isto porque é comumente aceite que a família é o melhor meio para se integrar a pessoa dependente. O exercício do papel de prestador de cuidados enquadra-se no core da disciplina de Enfermagem, no domínio das respostas humanas às transições (Pereira, 2007; Silva, 2007).

O “Membro da Família Prestador de Cuidados” está definido pelo ICN (2005) como o “...responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (p.172).

Do percurso terapêutico dos doentes com cancro emerge um conjunto de problemas associados aos efeitos adversos dos tratamentos. Molassiotis (2004) refere que

não é só a toxicidade e a tolerância ao tratamento escolhido que constituem um problema para os doentes, mas também os problemas relativos à sua capacidade funcional para realizar as tarefas diárias.

É neste quadro que emerge a necessidade de alguns membros da família da pessoa com cancro colorectal assumirem um novo papel, o papel de prestador de cuidados, que na perspectiva de Meleis et al (2000), Shyu (2000b) e Shumacher et al (2006) são uma das transições com relevância para a enfermagem.

As transições são definidas como a “*passagem de uma fase da vida, condição, ou de um estado para outro... refere-se aos processos e resultados de uma complexa interação entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais do que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e situação*” (Meleis & Trangenstein, 1994, p.256).

A adopção do papel de prestador de cuidados despoleta um processo de transição do tipo situacional. As transições do tipo situacional estão relacionadas com as alterações na situação familiar, originam definição ou redefinição na interacção de papéis (Meleis, 2005).

A evidência disponível diz-nos que existe uma relação significativa entre a condição de saúde do doente, os conhecimentos e capacidades dos membros da família prestadores de cuidados e o suporte que percebem na assunção do papel (Petronilho, 2007).

A expansão da base de conhecimento sobre o desenvolvimento de competências dos membros da família para tomarem conta de dependentes afectados com doença oncológica reveste-se de primordial relevância para a profissão e disciplina de enfermagem (Shumacher et al, 2006).

Shyu (2000b) descreve o processo de transição para o papel de prestador de cuidados como o ajuste pelo qual o membro da família prestador de cuidados e a pessoa dependente adquirem um padrão harmonioso de cuidados ao dependente.

Shyu (2000b) identifica diferentes fases que os membros da família prestadores de cuidados se confrontam até atingir um padrão estável de cuidar: 1) *fase de compromisso*; necessidades de informação sobre a condição de saúde do doente, monitorização de sintomas e intervenção, assistência no autocuidado e intervenção de emergência; 2) *fase de negociação*, marcada por necessidade de ajuda nos cuidados diários, desenvolvimento de mestria nos cuidados, ajuda na

adesão do doente, intervenção sobre as emoções do doente, apoio continuado; 3) *fase de resolução*, caracterizada por estabelecimento de um padrão de regularidade na prestação de cuidados.

É neste contexto que importa aumentar a nossa base de conhecimento sobre esta problemática, tão decisiva para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Deste modo, parece-nos um desafio interessante e muito útil, numa perspectiva de enfermagem, centrarmo-nos na seguinte questão, como ponto de partida para esta revisão da literatura:

“Como é vivida a transição para o exercício do papel de Membro da Família Prestador de Cuidados (MFPC), face a um quadro de patologia oncológica colorectal, por parte de um familiar dependente no autocuidado?”

Metodologia

Realizamos a revisão da literatura segundo os passos preconizados pelo Cochrane Reviewers Handbook (2001), tendo como linha orientadora a questão de partida. A identificação dos estudos decorreu entre Novembro e Dezembro de 2010, utilizando o inglês como idioma preferencial e sem qualquer limitação de datas. Na selecção dos artigos desta revisão da literatura definimos os seguintes critérios de inclusão e exclusão (Quadro 1).

| CRITÉRIOS DE SELECÇÃO | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO | CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO |
|--------------------------|---|---|
| PARTICIPANTES | Membros da família prestadores de cuidados de doentes com cancro colorectal dependentes no autocuidado. | Membros da família prestadores de cuidados de doentes com cancro, em fase terminal. Receptores de cuidados tivessem idade < 18 anos. |
| CONTEXTO | Estudos realizados em contexto hospitalar e domiciliário. | Estudos realizados em Unidades de cuidados paliativos. |
| DESENHO DO ESTUDO | Estudos originais de investigação, revisão sistemática da literatura e meta-análise. | Artigos de opinião |

Quadro 1: Critérios de inclusão e exclusão na revisão da literatura, nas bases de dados on-line.

Iniciámos a revisão pelas bases de dados: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE); Cochrane of Systematic Reviews. Posteriormente recorremos à pesquisa em bases de dados electrónicas: CINHALL Plus with Full text; MEDLINE with Full Text; MedicLatina; Nursing & Allied Health Collection; Academic Search Complete; Psychology and behavior; ISI Web of Knowledge; SCO-

PUS e Elsevier. Apenas foram incluídos artigos apresentados em texto integral através dos seguintes descritores:

1. Familiar cuidador (family caregiver, caregiver, carer, informal caregiver, family carer);
2. Transição (transition, role transition, transitional care, new role, role change e role acquisition);
3. Cancro colorectal (colorectal cancer, cancer)
4. Autocuidado (self care, self-care)
5. Dependência

No campo opcional foram seleccionados descritores com o objectivo de excluir estudos cujos participantes fossem membros da família prestadores de cuidados de doentes com cancro nas primeiras etapas do ciclo de vida (child; teenager; children; young; parental role; newborn). Foram utilizados os operadores booleanos “and”, “or” e “not” como forma de assegurar diferentes combinações dos termos e as desejáveis exclusões.

Resultados

Utilizando a estratégia de pesquisa anteriormente descrita, foram identificados 362 artigos, nas diferentes bases de dados, dos quais 63 se encontravam repetidos. Tendo por base os critérios de inclusão e exclusão determinados para o estudo, os 299 artigos remanescentes foram avaliados pelo título, pela leitura do resumo e, por último, pela avaliação do texto completo.

Assim, 212 foram rejeitados pelo título porque abordavam temáticas que não iam de encontro à questão de partida ou por serem relacionados com outras disciplinas. Outros 52 artigos foram rejeitados pelo resumo e 35 foram rejeitados pela leitura integral. Estes artigos foram rejeitados porque a metodologia não se encontrava descrita de forma explícita, os objectivos não se enquadravam na questão de partida, por serem artigos de opinião ou revisões narrativas. Em síntese, foram incluídos 10 artigos, dos quais 8 artigos primários e 2 de revisão da literatura.

Sobre os estudos incluídos não foi possível efectuar meta-análise, dada a heterogeneidade metodológica.

| AUTOR, ANO, PUBLICAÇÃO, FONTE, PAÍS | PARTICIPANTE/ AMOSTRA | INTERVENÇÃO | METODOLOGIA | RESULTADOS |
|--|---|--|---|---|
| 1.Schumacher et. al. (2006). Advances in Nursing Science. Vol. 29, N.º 3, pp. 271-286. Pennsylvania. | MFPC = 63 cuidadores e 44 receptores de cuidados. | Desenvolver um método sistemático de aquisição de competências dos cuidadores para cuidarem de familiares de doentes com cancro. | Grounded theory | A aquisição das habilidades para cuidar depende de factores pessoais, das necessidades decorrentes da condição clínica dos receptores de cuidados e da complexidade dos cuidados. Elenam nove áreas de competências que permitem monitorizar as mesmas |
| 2.McIlpatrick et. al. (2006). European Journal of Oncology Nursing. 10, pp. 294-303 UK | 10 MFPC | Explora a experiência dos MFPC dos doentes a efectuarem quimioterapia em hospital de dia. | Estudo fenomenológico | O tipo de cuidados prestado pelos cuidadores é: companhia, protecção, cuidados directos e apoio. Os MFPC relatam que os profissionais de saúde devem informar e facilitar o envolvimento no processo de cuidar, porque eles sentem que fazem parte dele. |
| 3.Schumacher et. al. (2008) Oncology Nursing Forum Vol. 35, N.º 1 USA | 87 MFPC | Testar um modelo em que o cuidado familiar depende de três variáveis; das necessidades do cuidar; da relação entre cuidador e receptor de cuidados; da preparação para cuidar. | Estudo descritivo correlacional | Decorrente das três variáveis, os cuidadores mais jovens têm menos dificuldades decorrentes das necessidades do cuidar, mas apresentam maior fadiga, depressão e tensão global. A relação entre o MFPC e receptor de cuidados tem significado estatístico face ao acto de cuidar. Os MFPC menos preparados são mais tensos e têm maior dificuldade em perceber a tarefa de cuidar. A complexidade e exigência do cuidar são preditivas de maior sobrecarga. |
| 4.Cotrim H, Pereira G. (2008). European Journal of Oncology Nursing. 12, pp. 217-226 Portugal | MFPC n= 96 Doentes com cancro colorectal n= 197 | Estudar o impacto do cancro colorectal no doente e na família. | Estudo transversal correlacional de abordagem quantitativa | O cancro colorectal tem impacto negativo ao nível físico e emocional no MFPC. Os MFPC de doentes ostomizados apresentam níveis mais elevados de depressão, sobrecarga e ansiedade. Os aspectos decorrentes do acto de cuidar os doentes com cancro, influenciam a saúde e o bem-estar dos seus cuidadores. |
| 5. Kidd L. et al. (2008). Journal of Advanced Nursing. pp. 469-477 UK | 11 doentes com cancro colorectal. | Explorar as repercussões no autocuidado, na perspectiva dos doentes com cancro colorectal a efectuarem quimioterapia durante 6 meses. | Estudo longitudinal ao longo de 6 meses, de abordagem qualitativa | Da análise de conteúdo emergiram três categorias: autocuidado físico; autocuidado emocional e auto-identidade. O autocuidado deve ser um foco importante para os enfermeiros em oposição ao tratamento da doença e/ou aos efeitos secundários dos tratamentos. |
| 6.Papastavrou E et al. (2009). European Journal of Oncology Nursing 13, pp. 128-136. Chipre | 130 MFPC | Conhecer a sobrecarga dos MFPC na Grécia-Cipriota. Descrever as consequências emocionais decorrentes do acto de cuidar. Identificar as estratégias de coping utilizadas. | Estudo descritivo, correlacional de abordagem quantitativa | AS políticas de saúde no Chipre fazem com que cada vez mais os MFPC assumam a responsabilidade dos cuidados em cas com repercussões emocionais e sociais. Os MFPC apresentam sobrecarga global, em que as variáveis preditivas de sobrecarga foram o género, o grau de parentesco, os níveis de escolaridade, o tipo de habitação e a percepção do MFPC acerca do estado de saúde do recetor de cuidados. |
| 7.Rehwaldt M. et al. (2009). Oncology Nursing Forum. Vol. 36, N.º 2. USA | Doentes com cancro a efectuarem quimioterapia. N=42 | Descrever os factores que estão relacionados com a alteração do paladar associada à quimioterapia. Conhecer as estratégias adoptadas pelos doentes na promoção do autocuidado. | Quasi-experimental de abordagem quantitativa. Desenho pré e pós intervenção | As alterações do paladar são comuns nos doentes a efectuarem quimioterapia e comprometem o autocuidado comer e beber. As estratégias adoptadas para lidarem com a alteração do paladar variam entre o uso de mais sal, refeições mais pequenas e mais frequentes, ingerir mais água durante a refeição e lavar a boca antes da refeição. |
| 8.Piamjaruakul U. et al. (2010). European Journal of Oncology Nursing. XXX, pp.1-8. Tailândia | 202 doentes com cancro a efectuarem radioterapia quimioterapia em três centros de oncologia de Bangkok. | Descrever os sintomas relatados pelos doentes a efectuarem quimioterapia e radioterapia. Conhecer as estratégias para o autocuidado para lidarem com esses sintomas. | Estudo descritivo, correlacional - transversal de abordagem quantitativa | Os doentes submetidos a quimioterapia e radioterapia combinada evidenciam mais sintomas e com maior severidade (p<0,05) do que os doentes submetidos a quimioterapia e radioterapia isoladas. Os factores que influenciam a capacidade de desempenho para autocuidado são as alterações na dieta, a fadiga, o padrão de sono, a dor, a perda do apetite, alterações do paladar e as náuseas. |

| | | | | |
|---|----------------------|--|--|---|
| 9. Northouse L. et al. (2010). <i>Cancer Journal for Clinicians</i> . Vol. 60, pp.317-339 USA | Total de 29 artigos. | Compreender o tipo e a eficácia das intervenções dos profissionais de saúde face às necessidades dos MFPC de doentes com cancro | Revisão sistemática da literatura com meta-análise | Da análise dos 29 artigos emergem três níveis de intervenção; educacionais; treino de habilidades e gestão do regime terapêutico. A maioria das intervenções são dirigidas à dependência no autocuidado arranjar-se, às relações familiares e às relações conjugais. O foco de atenção por parte dos profissionais de saúde é o doente, ficando o familiar cuidador em pleno secundário. As terapêuticas de enfermagem dirigidas ao exercício do papel de prestador de cuidados aumentam a confiança destes; reduzem a ansiedade e a sobrecarga, melhora as estratégias de coping e as relações familiares. |
| 10. McCarthy B. (2010). <i>European Journal of Oncology Nursing</i> . XXX, pp.1-14. Irlanda | Total de 34 artigos | Conhecer a produção científica entre 200 e 2010, relacionada com a informação adquirida pelos membros da família dos doentes com cancro. | Revisão sistemática da literatura | Os membros da família de doentes com cancro têm as mesmas necessidades de informação e demonstram estratégias semelhantes na sua procura. Os estudos revelam que os profissionais de saúde são altamente significativos para os membros da família, apesar de nos relatos existirem experiências positivas e negativas na comunicação com entre os mesmos. |

Tabela 1: Síntese das evidências encontradas.

Na Tabela 1 apresentamos a síntese das evidências encontradas especificando a informação relativa aos seus autores, ao ano da publicação, à fonte, ao país; os participantes no estudo; a intervenção/objectivo do estudo; a abordagem metodológica e os resultados.

Discussão

Os artigos seleccionados foram analisados tendo por base seis temáticas de domínio central relacionadas com o processo de transição para o exercício do papel de prestadores de cuidados dos membros da família de doentes com patologia oncológica colonrectal, à luz do Modelo da Teoria das Transições em Enfermagem de Afaf Meleis (2000).

1. Perfil sócio demográfico do Membro da Família Prestador de Cuidados (MFPC).
2. Impacto da doença e/ou tratamento na “condição de saúde do doente cancro colorectal”.
3. As “propriedades do processo de transição” para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados.
4. Os “condicionalismos do processo de transição” para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados.
5. Os “padrões de resposta” face ao processo de transição para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados.
6. As “terapêuticas de enfermagem” que ajudam o membro da família prestador de cuidados no processo de transição para o exercício do papel de prestador de cuidados.

1. O perfil do Membro da Família Prestador de Cuidados

Os achados mostram que os membros da família prestadores de cuidados de doentes com cancro são maioritariamente do sexo feminino, com relação de parentesco com o receptor de cuidados (esposas e filhas); com idades que varia dos 50 aos 70 anos (Papastavrou et al, 2009; Cotrim e Pereira, 2008; Kidd et al, 2008; Schumacher et al, 2008; Schumacher et al, 2006). O perfil sociodemográfico do membro da família prestador de cuidados do doente com cancro assemelha-se ao perfil de outros membros da família prestadores de cuidados com outros quadros patológicos (Pinto e Santos, 2009; Imaginário, 2008; Campos, 2008; Petronilho, 2007; Shumacher, 2006).

2. O impacto da doença e/ou tratamento na “condição de saúde” do cliente portador de cancro colorectal

Partindo do pressuposto de que, na nossa perspectiva, o processo de transição situacional vivida pelo membro da família prestador de cuidados (MFPC) não pode ser dissociado do processo de transição saúde/doença vivida pelo doente, é importante conhecermos de que modo é que os tratamentos e a doença modificam a condição de saúde do doente e influenciam a sua capacidade de desempenho para o autocuidado.

Os doentes com cancro apresentam compromissos no domínio dos processos corporais (Crf. ICN, 2006), que derivam da doença dos efeitos iatrogénicos da terapêutica médica (quimioterapia, radioterapia), que alteram a sua condição de saúde. As alterações na “condição de saúde são influenciadas pela utilização combinada ou isolada dos trata-

mentos. Os doentes submetidos a quimioterapia combinada com radioterapia apresentam maior incidência de sintomas, o que se reflecte na sua capacidade funcional, bem como em necessidades em cuidados (Piamjariyakul et al, 2010).

A alteração na “condição de saúde” no domínio dos processos corporais revela-se em compromisso da pele, alteração no padrão de sono, compromissos do paladar, compromissos na deglutição e mastigação, perda de peso, diarreia, obstipação, náuseas e vômitos, dor(es); alterações da eliminação intestinal pela presença da colostomia (Piamjariyakul et al, 2010; Rehwaldt et al, 2009; Kidd et al, 2008; Schumacher et al, 2006).

Estas alterações na “condição de saúde” dos doentes com cancro constituem um marco, do qual se inferem necessidades em cuidados de alguma complexidade e que vão ser da responsabilidade do MFPC.

Schumacher e colaboradores (2006) elencaram um conjunto de necessidades em cuidados decorrentes da doença como: a gestão de sinais e sintomas; o suporte nutricional; a resposta às alterações de comportamento; a gestão do regime terapêutico; a utilização dos recursos da comunidade; a utilização dos serviços de saúde.

Cotrim e Pereira (2008), ao estudarem o impacto do cancro colorectal no doente e na família, concluíram que os doentes colostomizados apresentam diminuição da capacidade funcional, maior incidência de sintomas e menor qualidade de vida face aos doentes sem colostomia. A presença de colostomia causa mudanças profundas na vida dos doentes, levando a comportamentos de depressão, ansiedade, isolamento social e disfunção sexual.

A análise da literatura permite-nos inferir que o exercício do papel de prestador de cuidados é influenciado pelas alterações na condição de saúde do doente com cancro.

3. As propriedades do processo de transição para o exercício do papel de prestador de cuidados

A teoria das transições proposta por Meleis et al (2000) aponta para cinco propriedades, que segundo a autora são transversais a todos os processos de transição. Referem a: Consciencialização; Envolvimento, Mudança e diferença; Tempo de transição; Pontos e eventos críticos.

A literatura descreve o cancro como uma doença que afecta não só o doente mas toda a família. A reorganização familiar em função das necessidades do membro da família doente faz com que o membro da família prestador de cuida-

dos reconheça que algo mudou na sua vida (McCarthy, 2010; Cotrim e Pereira, 2008; Mcilfatrick et al, 2006).

O reconhecimento da mudança por parte do membro da família prestador de cuidados é despoletado pelas alterações na dinâmica familiar (mudança de papéis), pela exigência dos cuidados e pelo tempo de prestação de cuidados (McCarthy, 2010; Cotrim e Pereira, 2008; Mcilfatrick et al, 2006).

A consciencialização influencia o grau do comprometimento da pessoa em transição, face às expectativas criadas, bem como aos significados atribuídos ao evento. O significado que o membro da família prestador de cuidados atribui ao diagnóstico de cancro emerge na literatura como uma ameaça, sentimento de perda do familiar, um percurso terapêutico complexo e imprevisível (Papastavrou et al, 2009; Schumacher et al, 2008).

Assim, a consciencialização é determinante para que o MFPC se envolva no processo de transição. A procura de informação é um dado importante de que o MFPC está envolvido no processo. É transversal aos estudos analisados que o MFPC relata a necessidade de informação sobre a doença, a sobrevivência, o prognóstico, os tratamentos, as complicações decorrentes dos tratamentos e a dor (McCarthy, 2010; Northouse et al, 2010; Papastavrou et al, 2009; Schumacher et al, 2008).

Esta procura de informação é marcada pelo momento do diagnóstico, junto dos profissionais de saúde, na Internet e com outros doentes (McCarthy, 2010; Papastavrou et al, 2009).

A mudança na condição de saúde do doente com cancro faz com que surjam novas necessidades em cuidados. Esta mudança obriga o membro da família prestador de cuidados a um reajuste face ao exercício do papel. Surgem novas alterações na vida do MFPC, tornando-o mais vulnerável o que facilita a ocorrência de períodos críticos. Estes períodos críticos são marcados pelo medo da recidiva e que geram dificuldades no exercício do papel (McCarthy, 2010).

Apesar de a literatura descrever o impacto da doença oncológica no seio da família, pouco explora os momentos/ eventos em que o MFPC reconhece e percepçiona o processo de transição para o exercício do novo papel.

4. Os Condicionismos do processo de transição para o exercício do papel de prestador de cuidados

Meleis et al (2000) organizaram os diferentes condi-

cionalismos em três categorias: pessoal (significado, crenças e atitudes, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento), social e comunitário. Contudo, estas categorias não pretendem representar aquilo que os estudos realizados identificam.

O MFPC atribui ao diagnóstico de cancro o significado de ameaça pela probabilidade de perda, de tratamentos complexos e muitas vezes sem resultados, de imprevisibilidade do decurso da doença e de dificuldade (Papastavrou et al, 2009; Schumacher et al, 2008).

Os significados atribuídos pelo MFPC perante um familiar com cancro podem dificultar o processo de transição. Apesar dos avanços ao nível do diagnóstico e tratamento do cancro, ainda prevalece uma representação social negativa, associada ao fatalismo que determina a visibilidade da doença. Esta crença influencia negativamente o doente e o MFPC (McCarthy, 2010; Piamjariyakul et al, 2010; Papastavrou et al, 2009; Mcilfatrick et al, 2006).

Desde então a esta parte que um membro da família assume a prestação de cuidados do seu familiar com cancro. Defendemos que a preparação antecipatória dos MFPC(s) para o exercício do papel facilita o processo de transição, enquanto a sua ausência pode inibi-la. Os estudos analisados revelam que a preparação, a informação e o suporte para responder de forma vital ao exercício do papel por parte do MFPC continua insuficiente (Northouse et al, 2010).

O MFPC menos preparado apresenta níveis maiores de tensão e têm maior dificuldade em perceber a tarefa de cuidar (Schumacher et al, 2008). A falta de preparação pode traduzir padrões de resposta no sentido da não resolução do processo de transição.

As alterações económicas podem condicionar o processo de transição vivido pelo MFPC. Estas alterações estão associadas aos custos decorrentes da doença, à (des)empregabilidade do membro da família prestador de cuidados e da impossibilidade do doente manter a sua actividade profissional. O que se traduz, muitas vezes, em diminuição do rendimento disponível para lidarem com novas despesas (Papastavrou et al, 2010).

As condições sociais e comunitárias podem de igual forma inibir ou facilitar a transição (Meleis et al, 2000). Os profissionais de saúde constituem um recurso da comunidade importante, ao centrar a sua atenção no MFPC, reco-

nhecendo que o exercício do papel é complexo e relevante. Apesar disto, os estudos revelam que a actuação dos profissionais de saúde é muito centrada nas necessidades do doente com cancro e que o MFPC é um foco de atenção secundário (Mcilfatrick, 2006; Mccarthy, 2010; Northouse et al, 2010).

Os condicionalismos que influenciam o processo de transição vivido pelo MFPC de um doente com cancro descritos nos estudos identificados não se revelam facilitadores do mesmo.

1. Os padrões de resposta do processo de transição para o exercício do papel de prestador de cuidados

Os padrões de resposta reflectem a evolução da transição e que para Meleis et al (2000) distinguem-se entre indicadores de processo e resultado. Os indicadores de processo permitem perceber a forma como a pessoa está envolvida no processo, ou seja, a continuidade das relações entre amigos e os profissionais de saúde, a interacção entre o cuidador e o receptor de cuidados, o estar confiante e situado. Os indicadores de resultado indicam se a transição se realizou de forma saudável, ou seja, o MFPC reformulou a sua identidade e integrou de forma fluida o seu novo papel de cuidador (Meleis et al, 2000).

Schumacher e colaboradores (2006) estudaram 87 MFPC de doentes com cancro em tratamento de cirurgia, quimioterapia e radioterapia. O estudo teve como objectivo testar um modelo de cuidado familiar que dependia de três variáveis: das necessidades do cuidar; da relação entre o familiar cuidador e o receptor de cuidados e da preparação para cuidar. Os autores concluíram que os MFPC requerem um conjunto das habilidades cognitivas e físicas para prestarem cuidados. Assim elencaram áreas de competência/indicadores: monitorizar; interpretar; decidir; tomar medidas; fazer ajustes; utilizar os recursos; prestar cuidados directos; envolver o doente no cuidado e negociar com os serviços de saúde. Em cada domínio de competências são nomeados subindicadores, sendo estes definidos como características observáveis e que indicam o nível das habilidades adquiridas face à prestação de cuidados (Quadro 2).

No entanto, os estudos revelam outros indicadores que permitem perceber o movimento do MFPC na direcção a riscos e maior vulnerabilidade, de natureza física e emocional. Esta vulnerabilidade manifesta-se pelo cansaço, pela tristeza, pelo isolamento, alteração do apetite, alteração no padrão de sono

| INDICADORES | SUBINDICADORES |
|--|--|
| MONITORIZAR | Observa o doente e identifica mudanças na sua condição. |
| INTERPRETAR | Face ao que observa e interpreta, toma decisões. |
| DECIDE | Faz escolhas e estabelece prioridades. |
| TOMAR MEDIDAS | Age no momento certo de forma hábil, eficaz e com elevados níveis de organização. |
| FAZER AJUSTES | Adopta medidas face a novas alterações. |
| UTILIZAR OS RECURSOS | Utiliza a actividade e os recursos necessários à prestação de cuidados. |
| ENVOLVER O DOENTE | Partilha os cuidados com o doente e faz com que este se sinta envolvido no processo. |
| NEGOCEIA COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE | O MFPC com habilidade para negociar com os serviços de saúde, obtém com mais facilidade aquilo de que necessita para o exercício do papel. |

Quadro II: Competências/Indicadores do MFPC necessárias à prestação de cuidados. Adaptado de Shumacher et al. (2006).

e alterações nas relações familiares (Schumacher et al, 2008; McCarthy, 2010; Northous et al, 2010).

A sobrecarga percebida (subjectiva e objectiva) pelo MFPC decorrente do exercício do papel surge na literatura de forma transversal e traduz um padrão de resposta face ao processo de transição vivido. A sobrecarga subjectiva manifesta-se pelo isolamento, pela tristeza, pela alteração do apetite, pela alteração no padrão de sono, pela depressão e por menos tempo para a família. A sobrecarga objectiva decorre da alteração na condição de saúde e maior necessidade em cuidados (Northouse et al, 2010; Mccarthy, 2010; Papastavrou et al, 2009; Schumacher et al, 2008; Cotrim e Pereira, 2008).

Assim, inferimos a importância da monitorização de diferentes indicadores de processo que ao longo do tempo possam indicar se o MFPC evolui no sentido de uma transição saudável.

A conclusão com sucesso de uma transição é determinada pelo grau de domínio que a pessoa demonstra ao nível de habilidades e comportamentos necessários para lidar com a nova situação ou contexto; a mestria (Meleis et al, 2000).

A imprevisibilidade no curso da doença oncológica e dos tratamentos influenciam as necessidades em cuidados e a capacidade de resposta dos membros da família prestadores de cuidados (Schumacher et al, 2008). O MFPC lida com os sintomas, mas também com a incerteza durante o processo de transição, daí que o domínio pode não ser absoluto e variar ao longo do percurso terapêutico.

2. As terapêuticas de enfermagem que ajudam no processo de transição

Meleis et al. (2000) definem as terapêuticas de enfermagem como as intenções colocadas nas acções de enfermagem, que ajudam as pessoas em processo de transição. As enfermeiras ajudam os clientes, as famílias e as comunidades em processo de transição, respondendo antecipadamente, fornecendo orientações que melhorem os sintomas, reforçam a saúde e o bem-estar e desenvolvem acções de promoção para o autocuidado (Meleis et al, 2010).

Northouse e colaboradores (2010), ao realizarem uma revisão sistemática da literatura tinham como objectivo: perceber o tipo e a eficácia das intervenções destinadas às necessidades dos familiares cuidadores de doentes com cancro. Apesar dos estudos analisados não serem em largo número, defendem que as intervenções dirigidas aos MFPC de doentes com cancro podem ter resultados positivos no cuidado prestado. Os autores elencaram três níveis de intervenção: educacional (informação sobre sintomas, necessidades emocionais dos doentes e cuidadores, relações conjugais e familiares); treino de habilidades (resolução de problemas, alterações de comportamento); aconselhamento terapêutico. Contudo, os estudos revelam que as intervenções de enfermagem são na sua maioria desenhadas para a satisfação das necessidades do doente, ficando o cuidador para segundo plano.

Os enfermeiros podem ajudar na adaptação do membro da família prestador de cuidados às suas novas funções (Cotrim e Pereira, 2008). As intervenções de enfermagem face ao às necessidades do MFPC são centradas nas necessidades do doente, decorrentes da sua alteração na condição de saúde. Os estudos não revelam intervenções que visem a adaptação do MFPC às actividades decorrentes do exercício do papel de prestador de cuidados.

Conclusão

Os estudos demonstram que a condição de saúde dos doentes com cancro varia no decurso da doença e/ou tratamentos, mas não aprofundam ou descrevem em que momentos essas alterações ocorrem; que factores as precipitam e qual o impacto no exercício do papel de MFPC.

O membro da família prestador de cuidados de um doente com cancro assume a responsabilidade dos cuidados em casa,

a gestão de sinais e sintomas, a gestão do regime terapêutico, na satisfação das actividades de vida diária e na manutenção das relações familiares. O assumir da responsabilidade destes cuidados relaciona-se de com a condição de saúde do doente e tem implicações na vida do cuidador, que se manifestam por sobrecarga, depressão isolamento e ansiedade, tornando-o mais vulnerável.

O MFPC dos doentes com cancro, deve ser um foco de atenção para os enfermeiros, com o objectivo de dar resposta mais eficaz às necessidades deste. Os enfermeiros podem ajudar o MFPC desde a consolidação das tarefas mais instrumentais ao acompanhamento emocional e prevenção da sobrecarga, promovendo assim uma transição saudável que se repercuta em cuidados de melhor qualidade.

Os estudos descrevem o impacto da doença oncológica no seio da família, no entanto, pouco exploram os momentos/ eventos em que o MFPC reconhece e percepção o processo de transição para o exercício do novo papel. Defendemos que os enfermeiros podem ajudar os “Membros da Família Prestadores de Cuidados” em processo de transição através da utilização de instrumentos capazes de monitorizar e acompanhar estes clientes, com base nos condicionalismos pessoais e comunitários que influenciam o exercício do papel, bem como os padrões de resposta decorrentes do exercício do papel.

Implicações para a enfermagem

A investigação em enfermagem terá sempre um papel relevante no estudo dos fenómenos associados aos processos de transição. Os achados dos estudos que integram este artigo respondem em parte à nossa questão de partida. Pensamos que são necessários mais estudos de carácter longitudinal para compreender o processo de transição para o exercício do papel de MFPC, pelo que parece-nos importante referir algumas linhas de investigação:

- Como evolui a condição de saúde do paciente com cancro colorectal durante o percurso terapêutico?
- Como se caracteriza e evolui o processo de “tomar conta” por parte dos “Membros da Família Prestadores de Cuidados” do paciente com cancro colorectal?

Face a esta realidade importa aumentar a base de conhecimento acerca deste fenómeno, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim, defendemos a definição de instrumentos de monitorização e acompanhamento dos clientes com cancro colorectal e

Membros da Família Prestadores de Cuidados em processo de transição.

BIBLIOGRAFIA

1. Blum, K; Sherman, D. (2010) – Understanding the experience of caregivers: A focus on transitions. *Seminars in oncology Nursing*. Vol. 26, nº26, pp.243-258.
2. Campos, J. (2008) – Integração da família de uma pessoa dependente no autocuidado – Impacte da acção do enfermeiro no processo de transição. Tese de Mestrado. [Cedida pelo autor]
3. Costa, N. [et al] (2004) – Recomendações para o seguimento do doente tratado por cancro colorectal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Vol. 20, pp.204-206.
4. Cotrim, H.; Pereira, G. (2008) – Impact of cancer on patient and family: implications for care. *European Journal of oncology Nursing*. Nº12, pp.217-226.
5. Imaginário, C. (2008) – O idoso dependente em contexto familiar. Formasau.
6. Instituto Nacional de Estatística (2009) – Óbitos por sexo e por causa de morte. [Em linha] [Consult. 3 de Jan. 2011] Disponível em: <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ineindicadores&indocorrdoc=0001675&contexto=bd&selTab=tab2>.
7. Kidd, L. [et al] (2008) – Experiences of self care in parents with colorectal cancer: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*. pp.469-477.
8. Knowles, G. [et al] (2007) – Developing and pilot a nurse-led model of follow-up in the multidisciplinary, management of colorectal cancer. *European journal of oncology Nursing*, pp212-223.
9. Ko, C. Y.; Ganz, P. A. (2007) - Cancer survivorship Issues in Colorectal Cancer. *Journal of surgical research*. Vol.14, pp.177-187.
10. McCarthy, B. (2010) – Family members of patients with cancer: What they know, how they know and what they want to know. *European Journal of oncology Nursing*. Vol.XXX, pp.1-14.
11. Mcfiltratrick, S. Sullivan; K. McKenna, H. (2006) - What about the caregivers?: Exploring experience of caregivers in chemotherapy day hospital setting. *European Journal of oncology Nursing*. Vol.10, pp. 294-303.
12. Meleis, A; Trangenstein, P. (1994) – Facilitating Transitions: Redefinition of the nursing Mission. *Nursing Outlook*. Vol.42, pp.255-259.
13. Meleis, A. [et al] (2000) – Experiencing transitions. An Emerging Middle-Rang theory. *Advanced Nursing Science*; 23(3), pp.12-28.
14. Meleis, A. (2005) – Theoretical nursing: development and progress. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 3ª ed.
15. Meleis, A. (2010) – Transitions Theory. Springer Publishing Company. pp. 455.
16. Molassiotis, A (2004) – Managing nausea and vomiting after cancer treatments: patients still suffer unnecessarily. *European Journal of Oncology Nursing*, 9(1), pp.4-5
17. Northouse, L. [et al] (2010) – Interventions with Family caregivers of Cancer. Meta-Analysis of Randomized Trials. *Cancer journal for clinicians*. Vol.60, Nº5, pp. 317-339.
18. Papastavrou, E. [et al] (2009) – Exploring the other side of cancer : The informal caregiver. *European Journal of oncology Nursing*. Nº13, pp. 128-136.
19. Pereira, F. (2007) – Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem. Dissertação da tese de Doutoramento apresentada à Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
20. Petronilho, F. (2007) – Preparação do regresso a casa. Formasau, formação e saúde, Lda.
21. Piamjaritakul, U. [et al] (2010). – Cancer therapy-related symptoms and self-care in Thailand. *European Journal of oncology Nursing*. Vol. XXX pp.1-8.
22. Pinto, C. G. Paquete, A. T.; Pissarra, I. (2010) – Colorectal cancer in Portugal. *European Journal of Health Economy*. Vol.10 (Suppl 1): pp.S65-S73.
23. Pinto, C. Santos, L. (2009) – Prestador de Cuidados. Quais as suas necessidades? *Oncology News*, Nº9, p16-21.
24. Shumacher, K. L. [et al] (2006) – A transactional Model of Cancer Family Care giving Skill. *Advances in Nursing Science*, Vol.29, and Nº 3; p.271-286.
25. Schumacher, K. L. [et al] (2008) – Effects of care giving Demand, Mutuality and preparedness on Family caregiver Outcomes during Cancer Treatment. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 35, Nº1, pp.49-56.
26. SHYU, Yea-Ing L. (2000b) – The needs of family caregivers of Frail Elders during the Transition from Hospital to Home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32, p.619-625.
27. Silva, A. (2007) – “Enfermagem avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. Nº1,2, p.11-20.
28. Rehwaldt, M. [et al] (2009) – Self-care Strategies to cope with taste Changes after chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*. Vol.36, Nº 2, pp.47-56.

NOME DO MEDICAMENTO: Tyverb 250 mg comprimidos revestidos por película.
COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: Cada comprimido revestido por película contém ditosilato de lapatinib mono-hidratado, equivalente a 250 mg de lapatinib. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos revestidos por película, ovais, biconvexos, amarelos, com gravação "GS XJG" numa das faces. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Tyverb é indicado para o tratamento de doentes com cancro da mama, cujos tumores sobre-expressam o HER2 (ErbB2): em associação com capecitabina para os doentes com cancro da mama avançado ou metastizado com doença progressiva após terapêutica prévia, que deve ter incluído antraciclina e taxanos e terapêutica com trastuzumab, em contexto metastático; em associação com um inibidor da aromatase para mulheres pós-menopausadas com doença metastizada com receptores hormonais positivos, não elegíveis no presente para quimioterapia. Os doentes no estudo de registo não foram previamente tratados com trastuzumab ou com um inibidor da aromatase. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** O tratamento com Tyverb só deverá ser iniciado por um médico com experiência na administração de medicamentos antineoplásicos. Os tumores que apresentem sobre-expressão do HER2 (ErbB2) são definidos por IHC3+, ou IHC2+ com amplificação do gene ou amplificação do gene isolado. O status HER2 deve ser determinado por métodos exactos e validados. A dose diária de Tyverb não deve ser dividida. Tyverb deve ser tomado pelo menos uma hora antes, ou pelo menos uma hora após a refeição. Para minimizar a variabilidade individual do doente, a administração de Tyverb deve ser padronizada em relação à ingestão de alimentos, por exemplo ser sempre tomado uma hora antes de uma refeição. As doses esquecidas não devem ser compensadas e a posologia deve ser retomada na próxima dose diária habitual. Consultar o RCM completo do medicamento administrado em associação. **Posologia da associação Tyverb/capecitabina:** A dose recomendada de Tyverb é 1250 mg (i.e. cinco comprimidos) uma vez por dia de forma contínua. A dose recomendada de capecitabina é 2000 mg/m²/dia tomada em 2 doses com intervalo de 12 horas nos dias 1-14 em ciclos de 21 dias. A capecitabina deve ser tomada com alimentos ou nos 30 minutos a seguir à refeição. Consultar o RCM da capecitabina. **Posologia da associação Tyverb/inibidor da aromatase:** A dose recomendada de Tyverb é 1500 mg (i.e. seis comprimidos) uma vez por dia de forma contínua. Consultar o RCM do inibidor da aromatase administrado em associação. **Redução da dose ou atraso na sua administração:** Acontecimentos cardíacos: De acordo com os Critérios de Terminologia Comum para Acontecimentos Adversos do Instituto Nacional do Cancro (NCI CTCAE) o tratamento com Tyverb deve ser descontinuado em doentes com sintomas associados com diminuição da fracção de ejeção ventricular esquerda (LVEF) de grau 3 ou superior ou se a LVEF descer abaixo dos limites mínimos instituídos como normais. Tyverb pode ser reiniciado a uma dose reduzida (1000 mg/dia quando administrado com capecitabina ou 1250 mg/dia quando administrado com um inibidor da aromatase) após um intervalo mínimo de 2 semanas e se a LVEF recuperar a normalidade e o doente estiver assintomático. **Doença pulmonar intersticial/pneumonia:** Tyverb deve ser descontinuado nos doentes que apresentem sintomas pulmonares de grau 3 ou superior segundo o NCI CTCAE. **Outras toxicidades:** A descontinuação ou interrupção da administração de Tyverb pode ser considerada quando um doente desenvolve toxicidade de grau 2 ou superior segundo o NCI CTCAE. Quando a toxicidade reduzir para grau 1 ou inferior, a terapêutica pode ser reiniciada com 1250 mg/dia quando administrado com capecitabina ou com 1500 mg/dia quando administrado com um inibidor da aromatase. Se a toxicidade reaparecer, então Tyverb deve ser reiniciado numa dose ainda mais baixa (1000 mg/dia quando administrado com capecitabina ou 1250 mg/dia quando administrado com um inibidor da aromatase). **Compromisso Renal:** Não é necessário ajuste da dose nos doentes com compromisso renal ligeiro a moderado. É recomendada precaução em doentes com compromisso renal grave uma vez que não existe informação sobre o uso de Tyverb nesta população. **Compromisso hepático:** Tyverb deve ser descontinuado se as alterações à função hepática forem graves e os doentes não devem voltar a ser tratados. A administração de Tyverb a doentes com compromisso hepático moderado a grave deve ser feita com precaução devido ao aumento na exposição ao medicamento. Os dados disponíveis em doentes com compromisso hepático são limitados para permitir recomendar um ajuste de dose. **População pediátrica:** Tyverb não é recomendado na população pediátrica devido a dados insuficientes de segurança e eficácia. **Dosos:** A informação existente sobre o uso de Tyverb e capecitabina em doentes de idade ≥65 anos é limitada. No ensaio clínico de fase III de Tyverb em associação com letrozol, do total de doentes com cancro da mama metastático com receptores hormonais positivos, 44% tinham ≥65 anos de idade. Globalmente não foram observadas diferenças na eficácia e segurança da associação de Tyverb e letrozol entre estes indivíduos e os de <65 anos de idade. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** A segurança de lapatinib foi avaliada como monoterapia ou em associação com outras quimioterapias para vários tipos de cancro em mais de 11.000 doentes, incluindo 198 doentes que receberam lapatinib em associação com capecitabina e 654 doentes que receberam lapatinib em associação com letrozol. As reacções adversas mais frequentes (>25%) durante o

tratamento com lapatinib foram gastrointestinais (diarreia, náuseas e vómitos) e erupção cutânea. A Eritrodisestesia palmoplantar [EPP] também foi frequente (>25%) quando o lapatinib foi administrado em associação com capecitabina. A incidência de EPP foi semelhante no braço de tratamento de lapatinib em associação com capecitabina e no braço de tratamento de capecitabina em monoterapia. A diarreia foi a reacção adversa mais frequente que resultou em descontinuação do tratamento quando o lapatinib foi administrado em associação com capecitabina ou com letrozol. A seguinte convenção foi utilizada para a classificação da frequência: Muito frequentes (≥ 1/10), Frequentes (≥1/100 e < 1/10), Pouco frequentes (≥ 1/1000 e < 1/100), Raros (≥ 1/10 000 e < 1/1000), Muito raros (< 1/10 000), desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). As seguintes reacções adversas foram notificadas como tendo uma associação causal à monoterapia com lapatinib ou à associação de lapatinib com capecitabina ou letrozol: **Doenças do sistema imunitário:** Raras: Reacções de hipersensibilidade incluindo anafilaxia; **Doenças do metabolismo e da nutrição:** Muito frequentes: Anorexia; **Perturbações do foro psiquiátrico:** Muito frequentes: Insónia*; **Doenças do sistema nervoso:** Muito frequentes: Cefaleias*; Frequentes: Cefaleias*; **Cardiopalias:** Frequentes: Diminuição da fracção de ejeção ventricular; **Vasculopatias:** Muito frequentes: Afrotamentos*; **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino:** Muito frequentes: Epistaxe*, tosse*, dispneia*. Pouco frequentes: Doença intersticial pulmonar/pneumonia. **Doenças gastrointestinais:** Muito frequentes: Diarreia, que pode levar à desidratação, náuseas, vómitos, dispepsia*, estomatite*, obstipação*, dor abdominal*. Frequentes: Obstipação*. **Afecções hepatobiliares:** Frequentes: Hiperbilirrubinémia, hepatotoxicidade; **Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Muito frequentes: Erupção cutânea (incluindo dermatite acneiforme), pele seca*, eritrodisestesia palmoplantar*, alopecia*, prurido*. Frequentes: Afecções das unhas incluindo paroníquia; Muito frequentes: Dor nas extremidades*, dor nas costas*, artralgia*. **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** Muito frequentes: Fadiga, inflamação das mucosas*, astenia*. * Estas reacções adversas foram observadas quando lapatinib foi administrado em associação com capecitabina. † Estas reacções adversas foram observadas quando lapatinib foi administrado em associação com letrozol. **Diminuição da fracção de ejeção ventricular esquerda e prolongamento do intervalo QT:** Foi notificado diminuição da fracção de ejeção ventricular esquerda (LVEF) em aproximadamente 1% dos doentes a receber lapatinib e mais de 90% dos casos eram assintomáticos. Em mais de 70% dos casos a diminuição da LVEF resolveu-se ou melhorou, sendo que em 60% dos quais a melhoria ou resolução deu-se após descontinuação da terapêutica com lapatinib, e em 40% dos casos a terapêutica com lapatinib foi continuada. Foi observado em cerca de 0,2% dos doentes a receber lapatinib em monoterapia ou em associação com outros medicamentos antineoplásicos uma diminuição sintomática da LVEF. Os sintomas observados incluíram dispneia, insuficiência cardíaca e palpitações. No global, recuperaram 58% dos indivíduos sintomáticos. Foram notificadas diminuições na LVEF em 2,5% dos doentes a receber lapatinib em associação com capecitabina, comparativamente a 1,0% com capecitabina em monoterapia. Foram notificadas diminuições na LVEF em 3,1% dos doentes a receber lapatinib em associação com letrozol, comparativamente a 1,3% dos doentes a receber letrozol mais placebo. Num ensaio de fase I não-controlado, observou-se um pequeno aumento dependente da dose do intervalo QTc. O potencial do lapatinib prolongar o intervalo QTc não foi excluído. **Diarreia:** Ocorreu diarreia em aproximadamente 65% dos doentes que receberam lapatinib em associação com capecitabina, e em 64% dos doentes que receberam o lapatinib em associação com letrozol. A maioria dos casos de diarreia foi de grau 1 ou 2 e não causaram descontinuação do tratamento com lapatinib. A diarreia responde bem ao tratamento pró-activo. No entanto, foram notificados alguns casos de falência renal aguda consequentes a desidratação grave devida a diarreia. **Erupções cutâneas:** Ocorreram erupções cutâneas em aproximadamente 28% dos doentes que receberam lapatinib em associação com capecitabina, e em 45% dos doentes que receberam lapatinib em associação com letrozol. As erupções cutâneas foram de uma maneira geral de baixo grau e não causaram descontinuação do tratamento com lapatinib. Os médicos prescritores são aconselhados a examinar a pele antes do tratamento com lapatinib e depois regularmente durante o tratamento. Os doentes que apresentem reacções cutâneas devem ser encorajados a evitar a exposição solar e aplicar um protector solar de largo espectro com Factor de Protecção Solar (SPF) ≥ 30. Se ocorrer uma reacção cutânea deverá examinar-se todo o corpo em cada consulta médica, até um mês após a resolução. Os doentes com reacções cutâneas extensas ou persistentes devem ser referenciados a um dermatologista. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** Glaxo Group Limited, Berkeley Avenue, Greenford, Middlesex UB6 0NN, Reino Unido. **DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** 10.06.2008 / 12.06.2009. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** 02/2011. Informação pormenorizada sobre este medicamento está disponível na Internet no site da Agência Europeia de Medicamentos (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>.

Medicamento sujeito a receita médica restrita

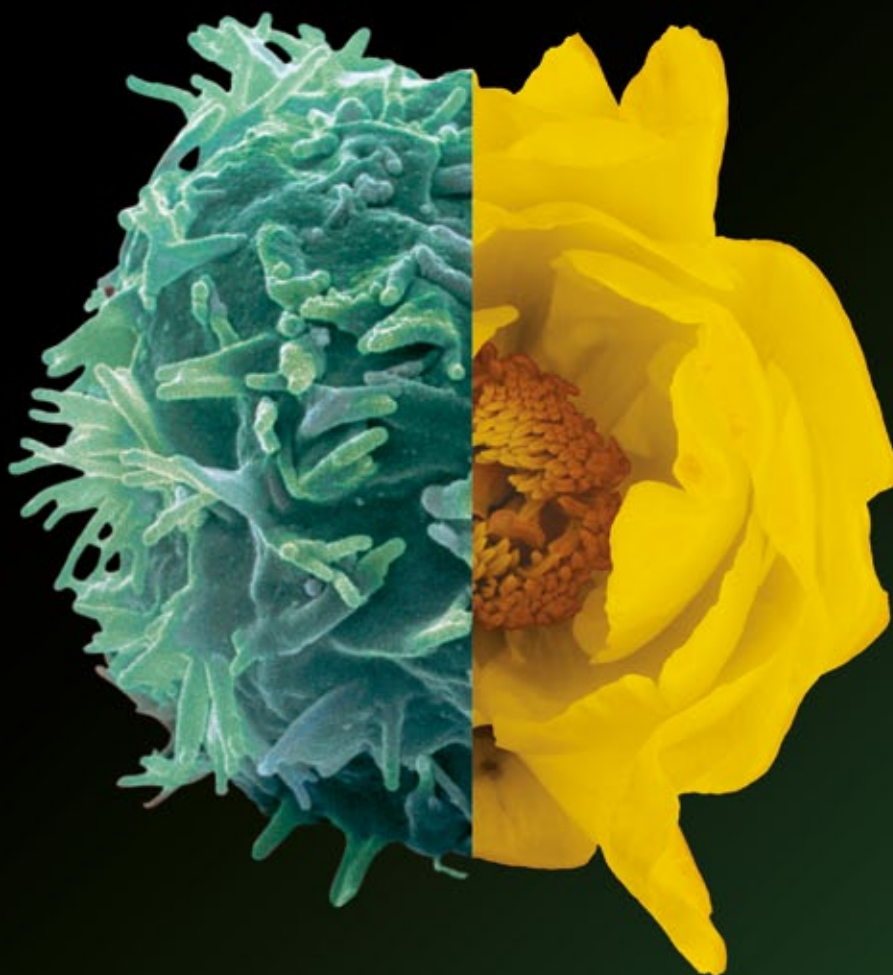
Referências:

1. Tyverb® (lapatinib) European Public Assessment Report, disponível em http://www.emea.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Assessment_Report_-_Variation/human/000795/WC500091824.pdf, acedido em Junho de 2011
2. Tyverb® (lapatinib) - Resumo das Características do Medicamento, disponível em <http://ema.europa.eu>
3. Arimidex® (anastrozol) - Resumo das Características do Medicamento, disponível em <http://www.infarmed.pt>
4. Femara® (letrozol) - Resumo das Características do Medicamento, disponível em <http://www.infarmed.pt>
5. Herceptin® (trastuzumab) - Resumo das Características do Medicamento, disponível em <http://ema.europa.eu>



GlaxoSmithKline - Produtos Farmacêuticos, Lda.
Rua Dr. António Loureiro Borges, N.º 3, ARQUIPARQUE - Miraflores, 1495-131 Algés.
Contribuinte n.º 500139962.
Para mais informações contactar o Departamento Médico da GlaxoSmithKline
- Tel.: 21 412 95 00

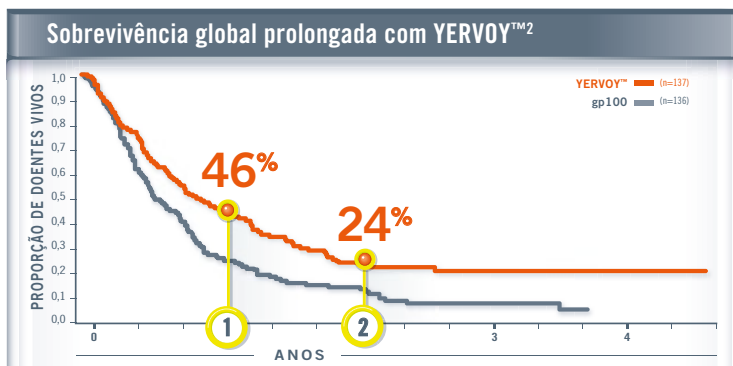
Tyverb[®]
lapatinib



*Lapatinib + IA - A única
opção terapêutica ORAL
para o tratamento em
1ª Linha do cancro da
mama metastático
RH+/ErbB2+¹⁻⁵*

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

YERVOY™: o primeiro fármaco aprovado a prolongar significativamente a sobrevivência global no melanoma avançado*2



Adaptado de Hodi FS et al. 2010

YERVOY™: uma terapêutica inovadora, potenciadora dos linfócitos T, que activa o sistema imunitário para destruir os tumores¹

- YERVOY™ não tem como alvo o tumor directamente, mas bloqueia especificamente o sinal inibitório do antigénio-4 dos linfócitos T citotóxicos (CTLA-4) de supressão das células T, resultando na potenciação da resposta imunitária contra os tumores.^{1,3}

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

YERVOY (IPIIMUMAB) Informações essenciais compatíveis com o RCM.

Nome do medicamento: YERVOY (ipilimumab) 5 mg/ml concentrado para solução para perfusão. **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 glicose 50 mg/ml (5%) para concentrações entre 1 e 4 mg/ml. YERVOY não pode ser administrado por via intravenosa rápida nem como injeção em bólus. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **Efeitos indesejáveis:** 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 (≥ 10% dos doentes) foram diarreia, erupção cutânea, prurido, fadiga, náuseas, vómitos, 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 interações farmacocinéticas. A utilização de corticosteróides sistémicos no basal, antes do início de YERVOY, deve ser evitada. No entanto, os corticosteróides sistémicos ou outros imunossupressores podem ser utilizados após o início de YERVOY para tratar as reacções adversas imunitárias. Uma vez que a hemorragia gastrointestinal é uma reacção adversa com YERVOY, os doentes que requerem terapia anticoagulante concomitante devem ser monitorizados cuidadosamente. Fonte: RCM aprovado em Julho de 2011. 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.



*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. Fong L, Small EJ. *J Clin Oncol*. 2008;26(32):5275-5283.

ESTRATÉGIA DOS CUIDADORES INFORMAIS NO DOMICÍLIO A DOENTES COM CANCRO DO PULMÃO EM FASE TERMINAL

Emília Rito

ritoemilia@gmail.com

Unidade Mama, Fundação Champalimaud

No contexto dos cuidados às pessoas em fim de vida é premente solucionar problemas e adoptar estratégias de resolução das dificuldades e necessidades dos mesmos e dos cuidadores informais. O presente estudo de carácter descritivo e utilizando o método de estudo de caso teve como alvo os cuidadores que prestaram cuidados a doentes com cancro de pulmão em fase terminal no domicílio. Os resultados indicam um enorme esforço dos cuidadores para ultrapassar todas as situações difíceis, incluindo a morte, contando apenas com ajuda de familiares e amigos, ou recorrendo a serviços de urgência ou ainda, como último recurso, a internamento em hospitais vocacionados para tratar doenças agudas. A amostra foi não probabilística, incluindo os cuidadores dos doentes adultos, que faleceram em 2008, com cancro de pulmão de não pequenas células, metastizado, e que foram submetidos a quimioterapia no Hospital de Dia de Pneumologia de um hospital central, e que concordaram em participar. As respostas dos cuidadores informais constituíram as unidades de análise desta investigação, através dos dados que nos forneceram em quatro entrevistas.

Da análise de conteúdo aplicada às entrevistas emergiram as seguintes categorias:

1. Dificuldades do cuidador.
2. Estratégias de resolução das dificuldades.
3. Consequências de cuidar no cuidador.
4. Sentimentos positivos do cuidador.
5. Sentimentos negativos do cuidador.
6. Percepção dos cuidadores sobre as reacções do doente aos cuidados.

Os resultados obtidos permitem concluir que há um enorme esforço dos cuidadores para ultrapassar o dia-a-dia, levando-os a descobrir e explorar formas de actuação em função das necessidades, contando apenas com a ajuda de familiares, amigos e profissionais, serviços de internamento ou urgências hospitalares, mas sem um serviço estruturado que dê resposta cabal, técnica e humana, transformando o fim de vida em momentos dignos, de alguma paz para o doente e os que o rodeiam.

PALAVRAS-CHAVE: cuidadores informais; doente com cancro do pulmão; estratégias; domicílio; cuidados paliativos.

ABSTRACT: When it comes to the care of patients who are dying it is necessary to recognize problems and implement strategies and solutions which will deal with the necessities of both the patient and non-professional carer.

This paper is based on actual case studies and has as its objective the non-professional carers who take care of terminally-ill lung cancer patients at home or in a domestic environment. The results highlight the enormous effort required on the part of these carers to overcome all the inevitable ensuing difficult situations including death, whilst only being able to rely on the help of family members and

friends or resorting to emergency hospital admission or as a last resort, special vocational Hospices for the treatment of those with chronic illnesses.

This case study was not based on probabilities or statistics but on the data gathered over four interviews from willing non-professional carers of adult patients who died in 2008. The said patients died of non-small-cell metastasized lung cancer and had gone through chemotherapy in the out-patients department of the Central Hospital Lung Department.

On analysis of the data compiled over the course of the interviews, the following list of categories was drawn up:

- 1. The difficulties faced by non-professional carers.*
- 2. The strategies required in dealing with and resolving said difficulties.*
- 3. The effects of caring for the patient on the carer.*
- 4. The positive feelings of the carer.*
- 5. The negative feelings of the carer.*
- 6. Perception of carers to the patients' reaction to the care given.*

The results draw attention to the enormous effort required on the part of the carers to get through each day. Without the help of a structured support system, carers are required to find ways to cope with all associated issues, relying only on the help of family members, friends, professionals, hospital internment and Emergency services. A structured support system would transform the terminal stage into something dignified by giving both the dying patient and the caring people around them some peace and comfort.

KEYWORDS: *caregivers; lung cancer patient; strategies; home; palliative care.*

Introdução

É condição necessária para uma pessoa com uma doença terminal permanecer em casa, a existência de um cuidador informal que faça a ligação com a equipa de cuidados. Importa clarificar que cuidador informal é alguém próximo do doente, familiar ou não, que lhe presta cuidados sem possuir formação específica e sem auferir qualquer remuneração e que doente terminal, segundo Neto, não são só os doentes incuráveis e avançados (...), a existência de uma doença grave e debilitante, ainda que curável, pode determinar elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e dessa forma justificar a intervenção dos cuidados paliativos. Capelas & Neto¹ definem doença terminal como sendo aquela que é incurável e simultaneamente está em fase avançada e em progressão, onde as possibilidades minimamente realistas de resposta ao tratamento específico são nulas e estejam presentes inúmeros problemas ou sintomatologia intensa, múltipla, multifactorial e em evolução. É uma doença que causa grande impacto no doente, família e equipa, muito relacionado com a presença explícita, ou não, da morte, e com um prognóstico de vida inferior a 6 meses.

Devido à mudança dos serviços de saúde, a pessoa com doença oncológica é cada vez menos hospitalizada, o que faz com que a família tenha de assumir os cuidados de saúde domiciliários, tornando-se o complemento da equipa terapêutica. O papel das equipas dos cuidados primários deve garantir apoio, informações e assistência que doentes e cuidadores necessitam para *gerir as necessidades de saúde em casa*. Parafraseando Capelas & Neto¹, se as equipas, a este nível, estiverem adequadamente preparadas, torna-se possível, com o mínimo de invasibilidade, intervir de forma programada e nas intercorrências, proporcionando a máxima qualidade de vida até ao final da vida e simultaneamente promovendo a diminuição dos custos sociais e económicos. As dificuldades com que se debate um cuidador informal, são actualmente causa de preocupação dos investigadores e temos vários trabalhos que visam esta problemática: Nogueira²; Pereira & Lopes³; Moreira⁴; Sousa⁵; Castro⁶. Os autores são unânimes na sugestão de ser imprescindível continuar a investigar e apontar soluções para facilitar e desenvolver ajuda efectiva aos cuidadores. Algumas das sugestões apontam para criar

grupos ou sistemas de apoio, outras vão no sentido de explorar o que os cuidados de saúde primários têm para oferecer, mas todos identificam falhas susceptíveis de serem colmatadas.

Sabemos que 80% dos doentes com cancro vão necessitar, ao longo da evolução da sua patologia, de Cuidados Paliativos. O cancro do pulmão é a causa líder de morte por cancro no mundo. Mas lidar com o cancro do pulmão é mais do que simplesmente viver ou morrer, pois está frequentemente associado a sintomas desconfortáveis. O cuidado a pessoas com cancro do pulmão requer decisões sobre o tratamento da doença com intenção curativa, bem como o tratamento dos sintomas que resultam da própria doença, envolvendo várias modalidades com objectivos diferentes. É fundamental uma intervenção multidisciplinar com participação de enfermagem, assistente espiritual, social, psicológica, especialistas de oncologia, radioterapia, cirurgia cardio-torácico entre outros. Manifestações gerais, como febre, astenia, anorexia e emagrecimento podem constituir o modo de apresentação da neoplasia broncopulmonar. A tosse é um dos sintomas mais precoces e constantes. Outros sintomas incluem: hemorragia respiratória, dor torácica, dispneia, rouquidão, pieira ou processos infecciosos de repetição. Estes sintomas, por vezes, são de difícil controlo mesmo em meio hospitalar, com acesso a meios técnicos e terapêuticos...no domicílio, sem estes recursos, como é que os cuidadores actuam? Como resolvem as situações complicadas que possam surgir, como por exemplo uma dor aguda ou o aparecimento de febre?

Reflectir sobre esta realidade conduziu-nos à questão central que irá orientar este estudo: Quais as estratégias adoptadas pelos cuidadores informais para cuidarem de uma pessoa com neoplasia do pulmão no domicílio no último meio ano de vida?

Entendemos por estratégias adoptadas, os recursos que serão alocados para se atingir determinado objectivo.

No presente estudo propomo-nos conhecer a realidade de cuidar pessoas com neoplasia do pulmão em fase terminal no domicílio, através dos cuidadores informais. Pretendemos também identificar as dificuldades sentidas pelos cuidadores principais dos doentes

com cancro de pulmão em fim de vida no domicílio, analisar as estratégias utilizadas pelos cuidadores para cuidar das pessoas com cancro de pulmão e ainda propor estratégias de resolução para os problemas reais referidos pelos cuidadores.

Abordagem Metodológica

Recorremos a um estudo descritivo com metodologia qualitativa, utilizando o método de estudo de caso, para obtermos informação detalhada através dos testemunhos dos cuidadores informais. Entende-se o estudo de caso como uma investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização.⁷ O estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real, tais como ciclos de vida individuais⁸.

Para efectuar a colheita de dados, optámos pela entrevista não estruturada com o intuito de compreender a significação dada a um acontecimento ou a um fenómeno na perspectiva dos participantes.⁷ Traçamos como objectivo geral da entrevista compreender a experiência de cuidar uma pessoa com cancro de pulmão em fim de vida através do cuidador informal auscultando as necessidades e as estratégias de resolução dos problemas com que se depararam.

Os cuidadores da amostra tinham em comum o facto de terem cuidado de um doente adulto, com cancro de pulmão de não pequenas células, em estágio IV, em fase terminal. Foram seleccionados a partir de uma população de doentes que foram submetidos a quimioterapia no Hospital de Dia de Pneumologia de um hospital central e falecidos em 2008. A sobrevida média dos doentes que constituíram a amostra foi de 28 meses, exigindo assim períodos longos de tratamento, implicando desgaste e exaustão dos cuidadores. O tempo médio do fim de tratamento até à morte foi de 52 dias, sendo o mínimo de 2 dias e o máximo de 120 dias, o que se explica com o bom *performance* status que 3 destes doentes apresentavam à data do último tratamento.

O âmago deste trabalho de investigação é a “mensagem” que os cuidadores dos doentes com cancro de pulmão nos transmitiram de forma espontânea, carregada de sentimento e emoção, muitas vezes com a

voz trémula e os olhos brilhantes pelas lágrimas que sustinham. Para processar as suas palavras com rigor foi necessário distanciarmo-nos emocionalmente dos discursos tantas vezes repetidos pelo gravador e que teimam em persistir na nossa memória e recorremos a técnicas de análise, como a análise de conteúdo, que segundo Moraes⁹ se utiliza para reinterpretar as mensagens e atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.

Análise dos Dados e Discussão dos Resultados

As palavras proferidas pelos entrevistados que colaboraram neste estudo foram agrupadas por temas, em seis categorias. A categoria mais expressiva reporta-se às *dificuldades do cuidador*, logo seguida pela categoria *estratégias de resolução das dificuldades*. A categoria que reúne menos unidades de enumeração refere-se às *consequências de cuidar no cuidador*. Este facto é reconhecido na literatura¹⁵, pois os cuidadores negligenciam-se, para assistir a pessoa doente. Foram-nos relatadas situações que nos permitiram ainda agrupar mais duas categorias relativas aos sentimentos descritos pelos entrevistados: *sentimentos positivos e sentimentos negativos do cuidador*. Por fim, mas não por último, agrupamos a *percepção dos cuidadores sobre as reacções dos doentes aos cuidados*.

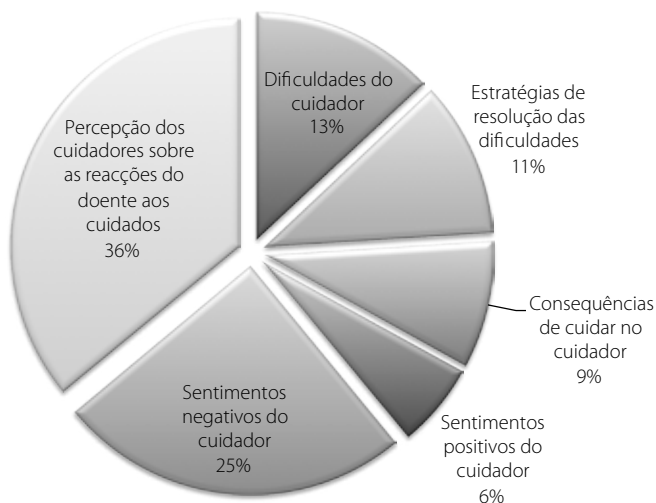


Figura 1: Percentagem da distribuição das unidades de enumeração por categoria

Categoria 1 – Dificuldades do cuidador

Um doente com cancro não é meramente um indivíduo com o corpo doente, ele é também uma pessoa com um espírito pensante e uma alma viva. Ele tem atitudes e aptidões, interesses e instintos, esperanças e sonhos, os quais estão todos afectados pela sua condição. Esta afirmação está consagrada no Plano Oncológico Nacional do Conselho de Oncologia e aponta a complexidade implícita no cuidado ao doente oncológico. É uma patologia “medonha” e afecta tanto o doente como os que com ele convivem e o têm à sua responsabilidade. Esta situação suscita vários medos e incertezas, que vão surgindo ao longo do processo de doença, e prendem-se com atitudes que visam suprir necessidades humanas básicas, como a alimentação ou a eliminação, mas também com necessidades mais complexas como segurança, estima, amor e pertença ou realização pessoal. O que os informantes da investigação referiram nesta categoria sugeriu-nos 9 sub-categorias:



Figura 2: Enumeração da categoria *Dificuldades do Cuidador*

Categoria 2 – Estratégias de resolução das dificuldades

Para cuidar dos doentes com cancro de pulmão em fase terminal no domicílio, os cuidadores informais adoptaram estratégias, ou seja, alocaram recursos para resolverem as complicações com que se depararam. Recorreram necessariamente a soluções rápidas e eficazes para os problemas e para as situações complexas que surgiram. O que os informantes da investigação referiram nesta categoria sugeriu-nos 8 sub-categorias:



Figura 3: Enumeração da categoria *Estratégias de resolução das dificuldades*

Categoria 3 – Consequências de cuidar no Cuidador

Quando as instituições hospitalares já não podem oferecer cuidados activos ao doente, estes são delegados nos familiares, atribuindo-lhes a responsabilidade de cuidar do seu familiar doente em casa. Mas cuidar de um doente com uma doença grave implica um intenso sofrimento pessoal, os cuidadores atravessam um conjunto de experiências que são difíceis de ultrapassar sem ajuda específica, tais como: desconhecer como gerir a situação de doença (sintomatologia), gerir emoções, insegurança, interromper o seu projecto de vida, conseguir manter seus objectivos pessoais, ter de partilhar actividades com outros familiares, diminuir os contactos sociais (isolamento), alterar as suas rotinas, entre outros.¹⁶ Enfrentam esta fase como uma obrigação que têm de cumprir para que nada falte ao seu ente querido. O que os informantes da investigação referiram nesta categoria, sugeriu-nos 3 sub-categorias.

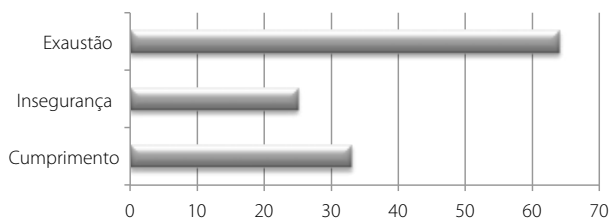


Figura 4: Enumeração da categoria *Consequência de cuidar no Cuidador*

Categoria 4 – Sentimentos positivos do Cuidador

Os familiares que vivenciam a experiência de cuidar, valorizam a vida e todos os momentos que passam junto do doente, dando principal relevância aos momentos de fim de vida. O desafio que hoje nos é colocado é o de levar de novo o doente a morrer em sua casa, local mais acolhedor, onde o doente possa partilhar os seus últimos momentos com os que lhe são mais próximos, onde certamente ele se sentira mais seguro e acarinhado, neste momento de grande tensão para ele, como nos refere Costa.¹⁰ O que os informantes da investigação referiram nesta categoria sugeriu-nos 4 sub-categorias:

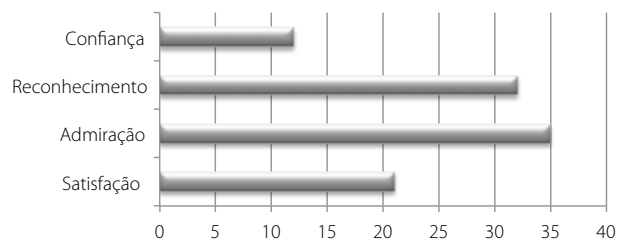


Figura 5: Enumeração da categoria *Sentimentos positivos do Cuidador*

Categoria 5 – Sentimentos negativos do Cuidador

A estrutura familiar altera-se, criam-se novas relações entre os seus membros, podendo ocorrer mudanças a nível da individualidade e da autonomia de todos os elementos da família, como também alguns poderão ter necessidade de alterar ou desistir das suas rotinas habituais.¹¹ O que os informantes da investigação referiram nesta categoria sugeriu-nos 3 sub-categorias:

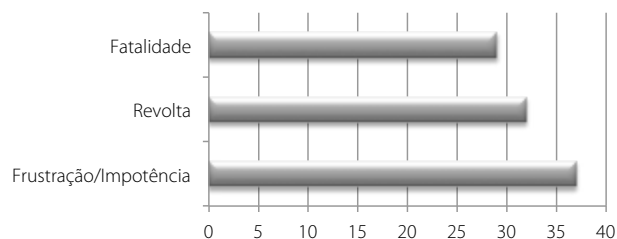


Figura 6: Enumeração da categoria *Sentimentos negativos do cuidador*

Categoria 6 – Percepção dos Cuidadores sobre as reacções do doente aos cuidados

Os doentes carregam consigo, todos os desejos, motivações, esperanças e atitudes, polarizadas num

pedido de ajuda de acordo com as suas necessidades humanas. Um dos princípios fundamentais a proteger, é o da preservação da intimidade e privacidade do doente, quando este se encontra em situação de vulnerabilidade.¹² Um doente com uma doença grave é muitas vezes tratado como uma pessoa que não tem direito à sua opinião. Frequentemente, é uma outra pessoa que decide. O que o informante da investigação referiu nesta categoria, sugeriu-nos 5 sub-categorias:

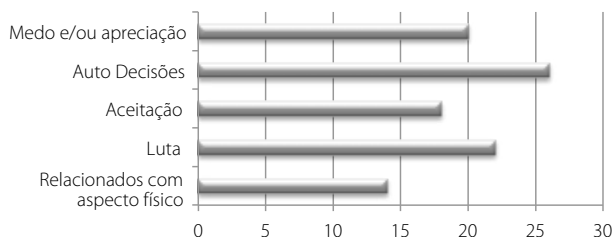


Figura 7: Enumeração da categoria *Reações do doente aos cuidados*

O cuidado às pessoas com doença oncológica em fase terminal no domicílio representa um desafio para os cuidadores informais. As estratégias que estes utilizaram para cuidar no domicílio doentes com cancro do pulmão em fase terminal são variadas e adaptadas conforme as suas necessidades. As soluções que o sistema de saúde oferece passam por internamentos hospitalares em unidades de doenças agudas e serviços de urgência e não resolvem os seus problemas. Os cuidados paliativos são a resposta às situações de doença terminal, mas em Portugal, o número de unidades fica muito aquém das necessidades, e das dezanove existentes, apenas cinco prestam apoio domiciliário. É fundamental e urgente solucionar esta lacuna, criando mais unidades e/ou proporcionando condições e apoio domiciliário aos cuidadores informais.

Neste estudo obtivemos uma amostra constituída na totalidade por familiares, mulheres, esposas e filhas, em coabitação com o doente, com agregados familiares pouco alargados (casal, ou casal + 1 filho), o que obrigou a recorrer a outros familiares e amigos para superar as necessidades assistenciais.

Relativamente à situação laboral, as cuidadoras tiveram necessidade de permanecer junto do doente, obtendo licenças sem vencimento ou por doença, mo-

dificando assim a situação laboral que tinham antes da doença do seu familiar. Quanto a familiares ainda estudantes, modificaram a sua situação de disponibilidade, mostrando alguma dificuldade em conseguir conciliar os estudos com a necessidade de presença permanente junto do doente. A dificuldade de acesso a serviços de saúde está presente em todos os discursos, seja pela distância ou pelo mau funcionamento das instituições. Os aspectos económicos, apresentaram na amostra do estudo pouca relevância e foi focado superficialmente e pela positiva apenas dois cuidadores.

Os principais contributos de experiências referidas pelos participantes compreendem estratégias de resolução das dificuldades que vão desde o recurso aos profissionais de saúde e recurso à urgência ou internamento hospitalar até ao facto de contar com eles mesmos. A procura de informação também foi uma das armas mencionadas como sendo necessária e valiosa. As consequências de cuidar no cuidador vão desde a sensação de dever cumprido aos sentimentos de insegurança pelo que se fez ou pelo que se deixou de fazer, tocando pólos opostos que consequentemente podem conduzir à exaustão.

Apenas um doente dos constituintes da amostra morreu em casa. Um doente morreu internado numa Unidade de Cuidados Paliativos e os dois restantes morreram em internamento hospitalar. Morre-se no hospital por isolamento, por falta de apoio aos cuidadores, longe da família, porque o cuidador é muitas vezes também doente ou idoso, porque a família está sobrecarregada com actividades socioprofissionais, culturais e familiares, ou ainda para não impressionar ou perturbar os parentes e as crianças. Morre-se no hospital porque ninguém pode hoje em dia tomar conta de um doente em fim de vida no domicílio a não ser que esteja em situação de reforma ou outra que lhe dê disponibilidade total. Ponderando os testemunhos dos cuidadores, percebemos porque se morre hoje mais nos hospitais e não tanto em casa! Há um desgaste e uma sensação de desamparo nos cuidadores informais. Nas situações que analisamos, os cuidadores estavam na grande maioria das vezes, sozinhos, sem apoio e sem suporte! Os números apontam actualmente o seguinte:

morre nos hospitais ou em instituições, 75% da população geral e este número aumenta para 85% se avaliado apenas na população idosa.¹³ Estes dados confirmam os que obtivemos, pois apenas 1 doente participante nesse estudo morreu em casa. A cuidadora que assistiu o marido até à morte no domicílio manifestou menos sentimentos negativos e mais sentimentos positivos que qualquer outra cuidadora do estudo. Em contrapartida, a cuidadora que exteriorizou mais sentimentos negativos foi também a que revelou menos sentimentos positivos. Acompanhou o processo de doença durante mais tempo e o marido faleceu num hospital, contra a vontade de ambos. Considerando as atitudes perante a morte e o processo que a Ela conduz, Kübler-Ross, identifica cinco estádios: negação e isolamento, ira, negociação, depressão e aceitação. O primeiro estágio não foi por nós detectado nas palavras dos participantes, pois, como refere a autora: é geralmente uma defesa temporária, sendo pouco depois substituída por uma aceitação parcial. Deparamo-nos com esta fase de aceitação no testemunho dos entrevistados. Foi referido em todas as entrevistas a forma como o doente abordou a sua partida. O que não foi referenciado pelos cuidadores (ou porque o doente não transpareceu ou porque não se aperceberam) foram as fases de ira e negociação, sendo substituídas pela descrição da luta e do medo que os cuidadores perceberam no seu doente. Pensamos que na luta aqui descrita e no facto de os doentes não se entregarem à doença, está subentendido o confronto e a tentativa de inverter o processo de doença terminal, para depois dar lugar à aceitação.

Em relação aos sentimentos positivos que os cuidadores relataram a admiração foi o sentimento mais focado. Nessa perspectiva, os cuidadores valorizaram bastante a forma como os doentes se adaptaram à situação de doença. No que concerne aos pequenos desejos ou prazeres que os cuidadores puderam proporcionar aos doentes, foram motivo de satisfação dos mesmos. A influência dos efeitos colaterais do tratamento de quimioterapia, ao ser visível nos aspectos físicos, provoca também efeitos nefastos nos aspectos psicológicos.

Conclusões

Vários são os estudos nessa área, já referidos ao longo desta investigação, que evidenciam a necessidade de adoptar soluções para facilitar um período tão crítico como o fim de vida. Fundamentar as acções em estudos de investigação, colaborar com os pesquisadores e divulgar os resultados em conferências e publicações, pode projectar a enfermagem como ciência independente e disciplina profissional. **As principais conclusões deste estudo são:**

- O conteúdo das entrevistas sugere que é fundamental criar condições que permitam uma presença constante junto do doente para o cuidar em fim de vida.
- Parece-nos que, segundo os relatos dos cuidadores, é incompatível manter uma ocupação, mais criticamente se for uma ocupação a realizar fora de casa, quando se pretende ou é imposto desempenhar o papel de cuidador.
- Os familiares que acompanharam os doentes em fim de vida deste estudo, referem a necessidade de estarem sempre disponíveis.
- As estratégias que os cuidadores utilizaram para conseguirem cuidar da pessoa doente, compreendem recursos e apoios variados.
- Os cuidadores centram-se no doente, reagem e actuam segundo as suas necessidades, medos e angústias, tentam proteger o familiar e satisfazer-lhe os desejos.
- As dificuldades dos cuidadores que identificámos estão relacionadas com o cuidado no domicílio, mas também com o cuidar a pessoa doente no ambiente hospitalar, quando esta se encontrava internada ou recorreu ao hospital de dia.
- As principais dificuldades que os cuidadores referem, prendem-se com a obtenção de apoio psicológico e emocional, dificuldades de deslocação ao hospital, assistência técnica em casa por profissionais qualificados e de material de apoio e ainda, com a maleabilidade de horários que permitam assistência permanente ao doente.

- Podemos concluir que é indiferente o local onde se prestam cuidados – domicílio ou hospital – porque não alteram as dificuldades intrínsecas na perspectiva do cuidador.
- Sempre que o doente precisou de uma terapêutica de urgência, ou de observação por ter aparecido um problema pontual, apenas pode recorrer ao hospital de dia onde realizava tratamentos para o cancro ou aguardar numa urgência algumas horas, sem garantia de resolução para o seu problema.

Sugestões

Acreditamos que é fundamental:

- Investir no apoio domiciliário, ao nível dos cuidados de saúde primários, mas também se torna imprescindível criar equipas intra-hospitalares.
- Programar reuniões periódicas com a família para valorizar o trabalho feito e avaliar o impacto que a evolução da doença está a ter nos diversos elementos da família, bem como efectuar ensino, apoio emocional e social e facilitar a comunicação.
- Envolver os cuidadores em grupos de apoio, pautados pela partilha de experiências e entreajuda, pois permitem que cada família normalize as suas vivências e reenquadre a sua identidade: de família incompetente e desajustada, para família competente que pode ajudar as outras (Sousa, 2007).

BIBLIOGRAFIA

1. CAPELAS, Manuel & NETO, Isabel – Organização dos serviços. In BARBOSA, António & NETO, Isabel – Manual de cuidados paliativos. 2.ª Ed, Lisboa: Faculdade Medicina Lisboa, 2010, p. 786.
2. NOGUEIRA, Mª Assunção – Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro. Porto, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2003. Tese de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, orientada pela Prof.ª Dr.ª Zaida de Aguiar Sá Azeredo.
3. PEREIRA, Mª & LOPES, Cristiana – O doente oncológico e a sua família. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. ISBN: 972-796-195-9.
4. MOREIRA, Isabel – O doente terminal em contexto familiar. 2ª Edição. Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda., 2006, p. 13.
5. SOUSA, Liliana – Sobre...vivendo com cancro: o doente oncológico e a sua família. 1ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN: 978-972-796-271-6.
6. CASTRO, Susana – Como aprende o cuidador principal do doente oncológico em fase terminal a cuidar no domicílio. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
7. FORTIN, Marie-Fabienne – O processo de investigação: da concepção à realização. 3ª Ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-10-X.
8. YIN, K. Robert – Estudo de caso: Planeamento e Métodos. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed®, 2003. ISBN: 0-7619-2553.
9. MORAES, Roque - Análise de conteúdo. Revista Educação. Porto Alegre. Vol. 22, n. 37, p. 7-32, 1999, Porto Alegre.
10. COSTA, M.A. – Reflectindo a morte e o luto nos cuidados de saúde. Revista Nursing. Lisboa: Serra Pinto – edições e publicações, Unipessoal Lda. ISSN: 0871-6196. Edição Novembro 2009.
11. CARVALHO, Mª Leonor – Morte, cuidados paliativos e a família do doente terminal. Revista Nursing. Lisboa: Serra Pinto – edições e publicações, Unipessoal Lda. ISSN: 0871-6196. Nº 227 – Novembro 2007. Ano 17.
12. ALMEIDA, Manuel – O respeito pela intimidade do paciente na relação terapêutica: que limites? Enfermagem oncológica. Porto: Sociedade Portuguesa Enfermagem Oncológica, ISSN: 0873-5689. Nº28, 29, Out/Janeiro 2004; 26-33.
13. PLON, Florence – Questions de vie et de mort. Soins palliatifs et accompagnements des familles. Nîmes: Éditions Champ social, 2004. ISBN: 2-913376-36-3.
14. KÜBLER-ROSS, Elisabeth – Acolher a morte: On death and dying, 1ª Edição. Cruz Quebrada: Estrela Polar, 2008. ISBN: 978-972-8929-82-4.
15. APARICIO, Maria – O apoio à família em cuidados paliativos. In NETO, Isabel Galriça – Cuidados Paliativos: testemunhos. Lisboa: Alêtheia Editores, 2010. ISBN: 978-989-622-298-7. P. 26-42.
16. LOPES, Lúcia – A problemática do prestador de cuidados: uma revisão da literatura. Revista Nursing. Lisboa: Serra Pinto – Edições e Publicações, Unipessoal Lda. ISSN: 0871-6196. Nº 247 – Julho 2009. Ano 21.

CONSULTA DE ENFERMAGEM AO UTENTE ONCOLÓGICO SUBMETIDO A QUIMIOTERAPIA

Maria Isabel Correia Andrade

Hospital de Dia, Serviço de Hemato-Oncologia
Hospital da Horta, E.P.E.

Com base no acompanhamento de doentes submetidos a quimioterapia em ambulatório verificou-se a necessidade de elaborar e implementar a consulta de enfermagem com o objectivo de prestar cuidados de enfermagem de forma humanizada, individualizada, contínua e sistematizada. Este acompanhamento pretende melhorar a qualidade de vida e a satisfação dos utentes/família com os cuidados de saúde prestados.

PALAVRAS-CHAVE: utente; oncológico; quimioterapia; consulta; enfermagem.

Based on the monitoring of patients receiving outpatient chemotherapy there was a need to develop and implement the nursing consultation in order to provide nursing care in a humane way, individualized, continuous and systematic. This monitoring aims to improve the quality of life and satisfaction of patients/ family with health care provided.

KEYWORDS: cancer patient; chemotherapy; nursing consult.

Introdução

O número de casos de doença oncológica tem aumentado consideravelmente em todo o mundo, principalmente a partir do século XX. A Organização Mundial de Saúde estima que o cancro atinge anualmente pelo menos 9 milhões de pessoas, e cerca de 5 milhões morrem no decurso da doença (Frigato, 2003).

O avanço da ciência e da tecnologia permitiu a melhoria dos meios de diagnóstico e tratamentos que culminaram na cura de diversas doenças, entre elas o cancro, aumentando a esperança média de vida. Contudo, paradoxalmente, o uso de métodos de diagnóstico e tratamentos altamente sofisticados, ao mesmo tempo que podem prolongar a vida das pessoas, podem aumentar o seu sofrimento, devido aos efeitos secundários da terapêutica.

A quimioterapia pode ser definida como a administração de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objectivo de tratar as neoplasias malignas. Pode ser classificada como neo-adjuvante, adjuvante e paliativa. Estas denominações estão relacionadas com a duração e objectivo do tratamento (Adami, 1998; Frigato, 2003).

Apesar dos inúmeros estudos que a indústria farmacêutica tem desenvolvido em colaboração com grandes centros de investigação com intenção de aumentar a eficácia e diminuir os efeitos adversos, sabe-se que a acção desses medicamentos é sistémica e não actua somente nas células malignas, mas também nas normais, causando deste modo transtornos para os doentes, tanto a nível físico quanto emocional.

Dentro dos efeitos secundários mais comuns da quimioterapia estão os gastrointestinais, a fadiga

e outros que alteram a imagem corporal dos utentes, afectando a sua auto-estima. Destacam-se a alopecia, a caquexia, as alterações cutâneas e a disfunção sexual, dado que acarretam um impacto emocional muito grande nos utentes, porque são identificados como portadores de cancro.

Deste modo, para prestar cuidados de enfermagem diferenciados ao utente com doença oncológica submetido a quimioterapia, é essencial conhecer os seus sentimentos e as situações por ele vivenciadas de modo a viabilizar medidas concretas e efectivas de cuidar. Assim sendo, o cuidado não se limita à realização de uma tarefa ou procedimento. Inclui o componente moral (do dever sem obrigação) e emocional, o aspecto cognitivo, da percepção, do conhecimento e da intuição. Este modo de entender o cuidado transforma ambientes, harmoniza relações, sensibiliza o humano de cada um e aumenta o nosso potencial para ajudar os outros a encontrarem as suas potencialidades e lidarem com as adversidades (Collière, 1999; Hesbeen, 2000).

De acordo com o Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas existem em média 750 novos casos de doença oncológica por ano na Região Autónoma dos Açores. Uma vez que o número de utentes activos do Serviço de Hemato-Oncologia do Hospital da Horta, E.P.E. é de aproximadamente 600 e o número daqueles a quem é administrada quimioterapia tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos, havendo em média cerca de 100 primeiras consultas por ano, surge a possibilidade de investir na humanização dos cuidados através de uma consulta que permita ao utente/família expor as suas dúvidas e medos ao mesmo tempo que é informado dos principais efeitos secundários do seu tratamento (DRS, 2009).

Fundamentação

Apesar da política de saúde nacional permanecer mais voltada para a orientação da população quanto aos factores de risco, tendo como objectivo a prevenção e controlo da doença, há uma preocupação com o cuidado que ultrapassa a intervenção estritamente

técnica e tecnológica e que assuma uma dimensão mais global, considerando a história de vida dos utentes e familiares e o contexto em que ambos vivem e convivem com a doença. Assim, após a equipa de enfermagem do Hospital de Dia do Serviço de Hemato-Oncologia do Hospital da Horta ter identificado a necessidade de existir um “momento” que favoreça a comunicação entre o enfermeiro e o utente/família, garantindo a privacidade e o sigilo inerente à situação, procedeu à elaboração do “Projecto de Consulta de Enfermagem ao Utente Oncológico Submetido a Quimioterapia”. A criação desta consulta também se justifica pelo facto de se verificar que muitas vezes os utentes se retraem em abordar os profissionais de saúde na sala de tratamento, onde estão rodeados de pessoas “estranhas”. Devido a este factor, não expõem as suas dúvidas pessoalmente, o que origina posteriormente um elevado número de contactos telefónicos.

Embora existam aspectos semelhantes no viver com cancro, cada pessoa tem características únicas e um modo diferente de enfrentar e lidar com a doença, devido às suas crenças, valores e forma de ver o mundo. Em geral, os sentimentos que mais incomodam estes utentes são: o medo, a tristeza, a possibilidade de perda do controlo de sua própria vida, a incerteza da cura e a terapêutica. As emoções variam muito, frente a estes aspectos, por isso é necessário estabelecer uma relação de ajuda com o utente que lhe permita expressar emoções e sentimentos. Essa relação é possível quando unimos o cuidado técnico ao humano, sendo ambos vertentes do cuidado em enfermagem (Adami, 1998).

Quando falamos de uma consulta de enfermagem ao utente oncológico é necessário salientar que esta detém um conhecimento técnico-científico complexo, específico e essencial à prática, ligado a uma imprevisibilidade ditada pelos efeitos secundários comuns à terapêutica. Esse conhecimento necessita de tempo e dedicação para ser adquirido e revela-se nas acções do enfermeiro, articuladas com uma visão humanista no âmbito do quotidiano assistencial; uma conjugação entre técnica e o modo de ser de quem realiza e para quem o cuidado é realizado.

A consulta de enfermagem mostra-se como um cuidado em essência, um modo de ser-com o utente. Trata de reflexões teóricas sobre a prática de enfermagem em ambulatório de quimioterapia, com ênfase na função educativa, como meio de promover e melhorar a adesão ao tratamento. A consulta de enfermagem é um importante meio para estabelecer uma relação com o utente de forma a conduzi-lo ao auto-cuidado, visando minimizar os efeitos da toxicidade induzida pelos fármacos citotóxicos e tornar maior a possibilidade de sucesso no tratamento (Bolander, 1998, Collière, 2003).

É responsabilidade do enfermeiro o planeamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem em todas as fases do tratamento. Cabe ainda aos enfermeiros oferecer cuidados específicos aos utentes submetidos a quimioterapia e assisti-los nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, procurando minimizar os efeitos secundários decorrentes do tratamento.

Modelo da Consulta de Enfermagem

Em Novembro de 2009 a equipa de enfermagem, procurando minimizar o impacto negativo associado ao tratamento em regime de quimioterapia, deu início ao Projecto da Consulta de Enfermagem Oncológica no Hospital de Dia do Serviço de Hemato-Oncologia do Hospital da Horta, E.P.E..

O objectivo geral é melhorar os cuidados de enfermagem prestados ao utente oncológico e família através da realização de uma consulta de enfermagem. Através de uma parceria com o utente no planeamento do processo de cuidados procurou: a satisfação do utente; a promoção do bem-estar e auto-cuidado; a readaptação funcional, e a organização dos cuidados de enfermagem.

São destinatários da Consulta todos os utentes em regime de quimioterapia. A duração da consulta é de aproximadamente 30 minutos, devendo ser agendada criteriosamente (exemplo: no dia dos exames ou no dia da consulta médica) de modo a não provocar mais uma deslocação do utente ao hospital.

Constituem objectivos específicos da Consulta de Enfermagem:

- Realizar a colheita de dados do utente e família de modo a avaliar as necessidades e capacidades destes;
- Auxiliar o utente e família a identificarem recursos internos e externos necessários à satisfação das AVD durante os ciclos de quimioterapia;
- Desenvolver um plano de cuidados individual e holístico de acordo com as necessidades identificadas;
- Implementar o plano de cuidados de enfermagem de modo a alcançar os objectivos definidos;
- Apresentar o serviço e respectiva equipa multidisciplinar;
- Fornecer informação sobre o tratamento (pré-medicação, duração, efeitos secundários, frequências dos ciclos...);
- Esclarecer dúvidas;
- Colaborar na avaliação psicológica do utente através da orientação no preenchimento na Escala de HADS;
- Encaminhar o utente e família para outros elementos da equipa multidisciplinar (assistente social, psicóloga, nutricionista, etc.) sempre que se identifique essa necessidade;
- Avaliar sinais vitais, glicemia capilar e parâmetros antropométricos.

Contudo, em 2010, atendendo ao conceito de melhoria contínua da qualidade em saúde, tornou-se imperativo avaliar o Projecto da Consulta de Enfermagem.

O conceito de qualidade em saúde pode ser entendido como um conjunto de actividades integradas e planeadas que se inicia na medição do nível dos cuidados prestados, definidos em termos de critérios de eficiência, efectividade, adequação técnico-científica, aceitabilidade e acessibilidade. Visa a introdução continuada de medidas correctoras de modo a obter mais ganhos em saúde e o conseqüente aumento da satisfação dos utilizadores, que terá de constituir objecto de medições subseqüentes (Rodrigues, 2007).

Assim, de acordo com a *check list* de Heather Palmer, procedeu-se ao planeamento da avaliação da consulta, a avaliação foi interna: inter-pares. A dimensão estudada foi a adequação técnico-científica (“capacidade de utilizar os recursos e conhecimentos para produzir saúde e satisfação nos receptores dos cuidados” - OMS, 1988) da consulta. A unidade de estudo incluiu como utilizadores os utentes oncológicos em regime de quimioterapia; os profissionais em

avaliação são os enfermeiros do Serviço de Hemato-Oncologia, e o período sujeito a avaliação decorreu de Janeiro a Março de 2010. A fonte de dados utilizada correspondeu aos registos dos processos clínicos dos utentes, e os critérios de avaliação (explícitos normativos) correspondem aos objectivos específicos da Consulta de Enfermagem.

A colheita de dados foi realizada pelos enfermeiros do Serviço de Hemato-Oncologia, através de uma relação temporal retrospectiva. A selecção da amostra foi institucional e incluiu todas as consultas efectuadas no período de Janeiro a Março de 2010.

De seguida são apresentados os números das consultas de enfermagem efectuadas e os critérios que foram utilizados na avaliação.

Resultados da avaliação

Relativamente aos *Indicadores de Estrutura* verifica-se que:

- Existe a Consulta de Enfermagem;
- Existe o procedimento da Consulta de Enfermagem (Manual de Procedimentos de Enfermagem do Hospital da Horta).

Relativamente aos Indicadores de Processo destaca-se uma taxa de utilização da consulta de enfermagem de 100%. A percentagem de consultas em que foi registada a informação dada sobre o tratamento é de 60,8%. Relativamente à percentagem de consultas em que foram identificadas necessidades de ensino ao utente/família, esta é de 53,5%, e 12,6% dos utentes foram encaminhados para o serviço social.

Da avaliação efectuada pode-se concluir que a intervenção prevista passa por uma mudança estrutural ao nível da revisão da Norma de Procedi-

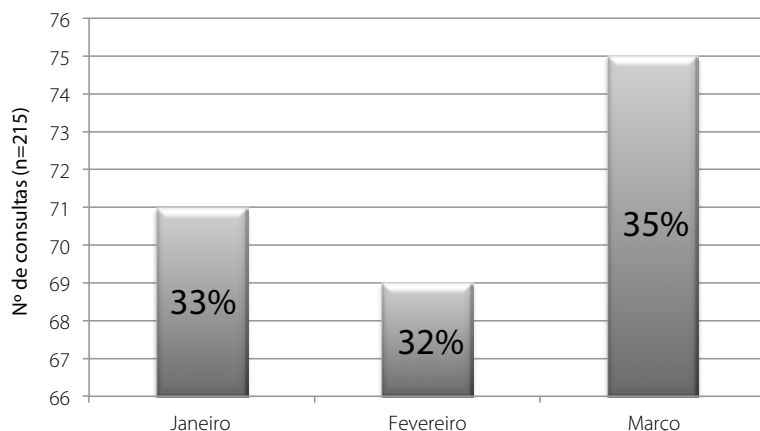


Gráfico 1: Consultas de Enfermagem

| CRITÉRIOS | EXCEPÇÕES | ESCLARECIMENTOS |
|--|------------------------------------|--|
| É feita a apresentação do serviço e respectiva equipa multidisciplinar | Utentes que não se possam deslocar | Efectuar na primeira consulta |
| É feita avaliação inicial do utente | | Efectuar na primeira consulta em folha própria |
| É aplicada a escala de HADS | | Aplicada na primeira consulta |
| É feita avaliação de sinais de vitais | | Registar em folha própria |
| É registada a glicemia capilar | | Registar em folha própria |
| É avaliado o peso | | Registar em folha própria |
| São feitos e registados ensinados sobre o tratamento | | Pré-medicação; duração do ciclo/tratamento; frequência do ciclo; possíveis efeitos secundários |
| Os utentes são encaminhados para o serviço social quando detectadas necessidades | | Necessidades de apoio financeiro; esclarecimento de alguns direitos legais |
| São registadas dúvidas que os utentes expressam | | |

Quadro 1: Critérios de avaliação

mentos da Consulta de Enfermagem ao Utente Oncológico submetido a Quimioterapia. Relativamente às mudanças educacionais, estas passam pela apresentação do formato da consulta aos enfermeiros que a vão executar. Salienta-se ainda o facto de ter sido detectada a necessidade de melhorar a informação escrita constante dos registos de enfermagem.

Como nota final, a equipa de enfermagem tem consciência que este projecto requer continuidade e avaliação de outros parâmetros. No entanto, pode-se concluir que o Projecto da Consulta de Enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia parece um bom modelo uma vez que os objectivos estão a ser alcançados e os utentes referem satisfação com a utilização da mesma.

BIBLIOGRAFIA

1. Frigato, Scheila e Akiko Komura Hoga, Luiza (2003). Revista Brasileira de Cancerologia - Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. Acedido em 8 Junho de 2009, em: WWW: <URL: <http://www.facenf.uej.br/v16n3a11.pdf>.
2. Adami, NP. et al. (1998). Acta Paul. Enf. - Enfermagem em Oncologia – a dimensão das actividades da pesquisa. Acedido em 8 de Junho de 2009, em: WWW: <URL: http://www.unifesp.br/denf/acta/1998/11_esp/pdf/art10.pdf.
3. Collière, Marie-Françoise (1999). Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2ª ed. LIDEL. Lisboa; pp. 385.
4. Hesbeen, Walter (2000). CUIDAR NO HOSPITAL: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar. Lusociência. Loures. pp. 201.
5. DRS (2009). Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas. Acedido a 21 de Julho de 2009, em: WWW: <URL: <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/srs-coa/publicacoes/?mode=entity&mode=entity&ct=publicacoes&lang=pt&area=ct>.
6. Bolander; Barnes, Verolyn (1998). Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica. Lusodidata. Lisboa, pp. 1963.
7. Collière, Marie-Françoise (2003). Cuidar: A primeira arte da vida. 2ª ed. Luso Ciência. Loures. pp. 440.
8. Rodrigues, António (2007). Qualidade em Saúde. Pós-Graduação em Economia e Gestão de Organizações de Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra pp. 27. Acedido a 12 de Abril de 2010, em: <https://woc.uc.pt/feuc/getFile.do?id=3683&tipo=2>.

A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES APÓS UM CANCRO – UMA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

Cândida Pinto

candidapinto@esenf.pt

Doutor em Psicologia da Saúde
Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Bárbara Gomes

candidapinto@esenf.pt

Doutor em Ciências de Enfermagem
Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Com o aumento das opções de diagnóstico e tratamento do cancro, os problemas decorrentes da sobrevida tem aumentado. São identificadas necessidades físicas e psicossociais específicas nas pessoas sobreviventes de cancro. As mulheres, dentro da população adulta sobreviventes de cancro, são o maior grupo. Isto, porque o cancro da mama é o cancro mais frequente no sexo feminino, e o diagnóstico precoce e o desenvolvimento das intervenções terapêuticas tem levado a um grande sucesso, e conseqüentemente a períodos cada vez mais longos de sobrevida.

A percepção da magnitude deste problema levou-nos a desenvolver esta investigação, com o objetivo de compreender as implicações do cancro na vida das mulheres. Esta investigação decorre de uma outra investigação realizada sobre a avaliação da qualidade de vida junto de 426 sujeitos, sobreviventes de cancro. Dentro destes, 68,1% eram mulheres sobreviventes de cancro. Durante as entrevistas as mulheres expressavam sentimentos, experiências e falavam das múltiplas implicações do cancro nas suas vidas. Foram efectuadas notas de campo, que posteriormente foram analisadas e codificadas em categorias. Este trabalho permitiu identificar as seguintes unidades de análise: incerteza/síndrome de Damocles; aspectos positivos; sentido de controlo; o preço da cura; implicações familiares; revolta; auto-imagem; necessidades de escuta; espiritualidade/religiosidade. Conclusões: A análise de dados permitiu-nos concluir que o cancro, mesmo após o seu controlo, tem múltiplas implicações na vida das mulheres. Os profissionais de saúde em geral, e os profissionais de enfermagem em particular, devem ser capazes de compreender e ajudar estas mulheres a gerir o impacto do cancro nas suas vidas, promovendo uma abordagem holística dos cuidados, de forma a dar respostas às necessidades e às transições de vida que decorrem do confronto com este problema.

PALAVRAS-CHAVE: mulheres; sobreviventes de cancro; abordagem qualitativa.

With more treatment options for people with cancer long-term problems survivorship is increasing. Physical and psycho-social needs have been identified in cancer survivors. The women are the biggest group inside of the adult survivors of cancer. This must mainly to the fact of the cancer of the breast be the cancer most frequent cancer in the feminine sex and early diagnose accompanied with multiple developments in therapeutic interventions origins a growing success and a longer period of survival. The conscience of the magnitude of this problem led us to develop this research, aiming to understand the implications of cancer in women's daily life.

Our research study is about quality of life of 426 cancer survivor patients; from these 68,1% were cancer women survivors. During the interviews women expressed feelings, experiences and spoke about the multiple implications of cancer in their lives. We also prepare field notes that were submitted to a systematized reading, generating coded categories.

The work done with women's speech, allowed us to identify as analysis units: incertitude / Damocles syndrome; positive aspects; sense of control; the cure price; familiar implications, revolt; auto-image; listening necessities; religiosity / spirituality.

Conclusions: unit register analysis allowed us to conclude that cancer, even after clinical control, has implications in different women's life dimensions. Health professionals and nurses in particular, should be able to understand and help these women to manage cancer impact on their lives, increasing a holistic quality of care, in order to fulfil the needs and life transitions elapsed from this threatening life event.

KEYWORDS: *women; survivors of cancer; qualitative approach.*

Introdução

As doenças crónicas constituem, nos países ditos desenvolvidos, um dos maiores problemas que os serviços de saúde enfrentam, com repercussões a nível individual e familiar, mas também a nível social, pois habitualmente estão associadas a condições de morbilidade com custos inerentes.

São inúmeras as definições de doença crónica que se foram organizando ao longo dos tempos, sendo transversal a todas elas, o padrão de irreversibilidade da doença, acumulação ou latência de um estado de doença ou incapacidade, que envolve o Homem total e o seu meio envolvente, acarretando a necessidade de cuidados de suporte, auto-ajuda, manutenção das funções e prevenção de novas incapacidades. Enquadrando-se no quadro de doenças crónicas uma panóplia de quadros clínicos muito variáveis, poder-se-á dizer que as “doenças crónicas não se definem pela sua aparente ou real gravidade, mas sim por serem doenças, ou sem cura ou de duração muito prolongada”. (Ribeiro, 2005, p.219). As doenças crónicas são a “epidemia do futuro” tendo assumido o lugar das doenças infecciosas ao liderarem as causas de mortalidade e morbilidade (Ogle, Swanson, Woodts & Azzouz, 2000).

Torna-se pois inquestionável que o conceito de doença não pode resumir-se a uma simples ruptura na estrutura ou função de um sistema corporal, pois a ele está inerente toda a configuração de desconforto e desorganização psicossocial, resultante de uma interacção do indivíduo consigo próprio e com o meio.

Dentro das doenças crónicas, o cancro altera indubitavelmente todos os aspectos da vida da pessoa e pode acarretar o comprometimento da capacidade e habilidade para a execução das actividades de vida diária.

De facto, o cancro pode interferir com os múltiplos papéis que são pedidos a um adulto: pai/mãe, cuidador, trabalhador, apoio ou fonte económica da família entre outros. O cancro pode alterar drasticamente a visão do futuro, levantando-se a questão não só da mortalidade mas da aceitação da própria sobrevivência e a necessidade de encontrar de novo a vitalidade para dar resposta a esses papéis (Reuben, 2004).

A maioria da investigação tem-se focalizado na fase de diagnóstico e tratamento, na fase final de vida, com a emergência dos estudos nos cuidados paliativos, constatando-se um menor investimento na fase pós-tratamento.

No entanto, com o aumento crescente de sobreviventes, começaram a surgir estudos sobre o “preço” dessa sobrevivência. Os tratamentos que curaram podem estar associados a efeitos colaterais, alguns de manifestação tardia, o que se pode repercutir na saúde física e bem-estar. Embora a taxa de sobrevivência seja associada aos 5 anos, que cria em termos psicológicos “uma fronteira” para a cura, os 5 anos é só um começo, não um fim de linha de um tratamento de sucesso (Schwartz, 2003).

Neste sentido, o “final da linha” da experiência de um cancro deve ser compreendido tendo em consideração

a dúvida que decorre da ameaça de qualquer diagnóstico oncológico, a qual consequentemente induz a incerteza sobre a possibilidade de estar efectivamente curado (Clayton, Mishel & Belyea, 2006; Ronson & Body, 2002).

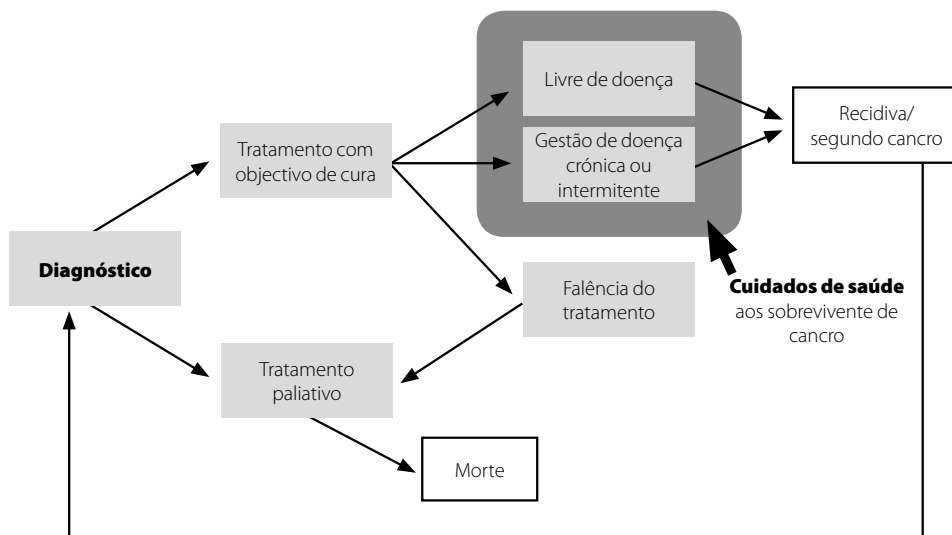


Figura 1: Trajectória de cuidados à pessoa com cancro.

Fonte: adaptado de Hewit, Greenfield & Stovall (2006). *From cancer patient to cancer survivor: lost in transition*

Como nos diz Ganz (2001), “with some exceptions, once a cancer patient, always a cancer patient” (p. 241); no entanto segundo Hewit et al. (2006), a fase após o fim dos tratamentos “cancer survivorship” é uma fase distinta da trajetória dos cuidados à pessoa com cancro (figura 1), na qual é necessário melhorar os cuidados. O cancro é hoje encarado como uma doença crónica que toca todas as dimensões da saúde do indivíduo: física; funcional; cognitiva/psicológica, social, económica e espiritual (Rowland & Baker, 2005), pelo que a sua abordagem implica um acompanhamento ao longo de toda a trajetória de vida, tendo em conta essas mesmas dimensões.

Cancro na Mulher

Segundo Thornton (2002), citando a Sociedade Americana de Oncologia, um em cada dois homens e uma em cada três mulheres irão desenvolver um cancro, em qualquer fase da sua vida. Foi feita uma estimativa

em termos de previsão da incidência do cancro em Portugal, e para o ano 2000 eram previstos 19.880 novos casos no sexo masculino e 17.000 no sexo feminino (Pinheiro et al, 2003). Segundo estes mesmos autores na mulher, o cancro da mama é o mais frequente (4358),

seguido pelo cancro do cólon e recto (2541), estômago (1494) e colo do útero (1083).

O cancro da mama é uma das causas de morte mais frequentes em mulheres dos 35 aos 75 anos de idade, nos países industrializados (Ganz, & Goodwin, 2005; Pinheiro, Tyczynski, Bray, Amado & Parkin, 2003).

Contudo, e segundo o *National Cancer Institute* (2006), as

mulheres com história de cancro da mama constituem o maior grupo de sobreviventes de cancro. De facto, o diagnóstico precoce e os avanços nas múltiplas intervenções terapêuticas levam a um sucesso crescente e consequentemente a um maior tempo de sobrevida.

Face à magnitude deste problema e aos resultados tão promissores das modalidades terapêuticas na doença oncológica em geral, e no cancro da mama em particular, a avaliação da qualidade de vida torna-se uma das áreas relevantes na investigação actual.

A investigação tem evidenciado que a crise que decorre de um cancro, não termina com os tratamentos (Schnipper, 2001). Como se aprende a viver sobre a incerteza de uma recorrência da doença? Como se gerem as mudanças corporais e as perspectivas de vida? Que implicações tem na relação com os outros, e como se lida com as emoções que emergem? Estas são algumas questões que as mulheres enfrentam após terem vivenciado um cancro.

Metodologia

No decurso de um trabalho de investigação de uma das autoras (Pinto, 2008), foram inquiridos 426 pessoas que tinham tido uma doença oncológica, situando-se essa investigação no paradigma quantitativo. 68,1% dos inquiridos eram do género feminino, e 31,9% do género masculino. As mulheres eram maioritariamente (57,2%) sobreviventes de cancro da mama, 17,4% sobreviventes de cancro hematológico, 11,4% do aparelho digestivo e os restantes 14% englobam um conjunto de outras patologias oncológicas, como cancro do ovário, útero, melanomas, sarcomas entre outras. O tempo médio do fim dos tratamentos no género feminino situa-se nos 5 anos.

Foi garantida a confidencialidade e anonimato aos participantes, pelo que todos os inquéritos foram codificados à posteriori não permitindo qualquer identificação. A participação das pessoas foi voluntária, sendo o seu consentimento precedido de informação sobre o âmbito e finalidades do estudo.

Como a colheita de dados foi presencial, após o preenchimento dos questionários, de modo a não influenciar as respostas, houve muitas situações em que se prolongou a entrevista, possibilitando às pessoas a verbalização de outros assuntos que julgassem relevantes, entre os quais citamos como exemplo: a experiência de vida associada à doença, os medos, ansiedades, as alegrias, as múltiplas fragilidades e forças! Durante o processo de colheita de dados e, aquando do processo interacção no decurso das entrevistas, resultaram “notas de campo”. Essas notas eram codificadas com um “s”, seguidas do número dos questionários, afim de não permitir qualquer identificação. A grande maioria dos inquiridos que partilharam as suas vivências pertencia ao género feminino.

Recorrendo a essas notas de campo, extraímos as referentes às mulheres que tinham tido cancro, criando-se unidades de análise, sendo estas categorizadas à posteriori, tendo em conta o referencial teórico. Assim, com esta abordagem qualitativa propomo-nos contribuir para o conhecimento dos processos complexos da constituição da subjectividade, partindo da ideia que se pode deixar o fenómeno falar por si, com o objectivo de alcançar o sentido da experiência, ou seja, o que a experiência de ter tido um cancro, significa para a mulher. Os aspectos

descritos encerram fragmentos da vida quotidiana das mulheres sobreviventes de cancro, pelo que a sua análise pode potenciar uma maior compreensão das implicações do cancro na vida da mulher, mesmo após o sucesso dos tratamentos.

Porque pretendemos estudar a experiência vivida, o significado das mulheres que tiveram cancro, enquadrámos esta abordagem num estudo fenomenológico.

Análise dos dados

As unidades de análise são referenciadas em itálico, procedendo-se à interface entre o constructo teórico e a expressão das vivências das mulheres.

Incerteza / síndrome de Damocles

Apesar do sucesso sobre o controle da doença oncológica em geral, e do cancro da mama em particular, o medo da recorrência paira muitas vezes como uma sombra, no grupo das pessoas sobreviventes de cancro. Esse medo pode estar relacionado com o medo da morte, com o receio de novos tratamentos de quimioterapia, da dor, das dificuldades emocionais, da potencial progressão da doença, com o sofrimento de familiares (Dow & Loerzel, 2005). Tal incerteza é bem expressa nas seguintes transcrições:

“A doença nunca está curada... pode estar adormecida... pode aparecer a qualquer momento... Eu já vi acontecer aos outros... Sempre que passo junto ao IPO, ou quando venho às consultas, fico enjoada, mesmo com vômitos... quando venho às consultas nem durmo... é o medo”. (s.3, 56 anos, sobrevivente de cancro do cólon há 11 anos)

“a minha vida é uma ameaça... é como se tivesse uma espada sobre a cabeça... na minha idade as coisas são assim... qualquer dia volta” (s.246, 44 anos, cancro da mama há 7 anos).

É uma situação ambivalente em que por um lado, o cancro parece ter desaparecido, sem que a pessoa tenha a certeza disso.

Tudo isto, mantém ou promove um temor latente e constante de que a doença Subitamente e por qualquer motivo, se instale novamente, o que é denominado como o síndrome de Damocles, em que a incerteza é

personificada como uma espada sobre a cabeça presa por um fio de cabelo (Ronson & Body, 2002; Zebrack & Zeltzer, 2001).

Enquanto muitos dos sintomas são reversíveis ao longo do tempo, os sobreviventes têm que aprender a monitorizar «sinais do corpo» e adaptar-se à incerteza do futuro. Isto pode tornar-se uma tarefa árdua, pois a vigilância de saúde torna-se mais espaçada, e pode mesmo deixar de ser feita por uma equipa considerada “perita” e passar a ser feita pela equipa de cuidados de saúde primários, por exemplo. Independentemente do contexto onde se processam as consultas de vigilância, estas tendem a ser breves, restringindo-se a uma avaliação física e a uma análise dos marcadores tumorais e dos exames mais recentes (Holland & Reznik, 2005). Segundo estes mesmos autores, os profissionais de saúde podem não ter tempo para perguntar sobre problemas psicossociais e, por sua vez, as pessoas que tiveram cancro podem considerar esses problemas demasiado triviais. Num estudo em consultas de follow-up de mulheres que tinham tido cancro da mama, em Inglaterra, é referido que as consultas eram focalizadas na procura da recidiva da doença, mas pouca atenção era dada à educação para a saúde e às necessidades psicossociais (Beaver & Luker, 2004).

Quando os tratamentos terminam algumas pessoas celebram, outras tornam-se ansiosas com medo da recidiva, e sentem que perderam uma protecção contra o cancro (Stephens, 2004; Vacek, Winstead-Fry, Secker-Walker, Hooper & Plante, 2003). Assim a incerteza é potenciadora de insegurança, medo, como expressam:

“...depois é sempre aquela preocupação...aquele medo... Tenho medo que a doença volte...muito medo... já não como carne...” (s.224, 39 anos, cancro gástrico há dois anos ; s.290, 56 anos sobrevivente de cancro gástrico há 7 anos).

O receio sobre a recidiva leva a maiores preocupações com a saúde, tal como é expresso:

“Agora ando sempre na médica... peço-lhe para me pedir exames... assim apanha-se no princípio!” (s.7, 42 anos sobrevivente de cancro do cólon há 4 anos).

“Antes quando tinha um problema de saúde não ligava... esperava que passasse... Agora tenho medo ... vou

logo ao médico... tenho medo que a doença volte...foi muito mau...” (s.88, 46 anos, sobrevivente de cancro do ovário há 9 anos).

Nesta teia complexa da vida após um cancro, e numa redefinição de normal, as perspectivas futuras negativas são contrabalançadas por aspectos positivos.

Aspectos positivos

É que apesar da natureza complexa da doença oncológica, muitas pessoas que tiveram cancro, manifestam uma grande resiliência (Rowland & Baker, 2005) e, mesmo face à adversidade, saem reforçadas, crescem com a provação (Holland & Holahan, 2003; Wikes, O’Baugh, Luke & George, 2003), dando um novo sentido à vida, estabelecendo novas prioridades, e tornando-se mais capazes de enfrentar situações futuras adversas. Neste sentido, enfatizam-se os resultados positivos tais como a esperança, o ter um sentido para a vida, melhorar as relações interpessoais, sentir-se útil, feliz e satisfeito o que pode exceder a globalidade dos resultados negativos (Thornton, 2002), tal como é expresso por algumas das mulheres entrevistadas:

“A doença foi uma libertação.... deixei de fazer um trabalho que não gostava!!...” (s.233, 69 anos, sobrevivente de cancro da mama há 4 anos).

“Esta doença transforma-nos muito... 100% nunca mais se é a mesma pessoa... a vida é vista de outra maneira...” (s.137, 57 anos, sobrevivente de cancro da mama há 3 anos).

“Teve alguns aspectos positivos... Penso que passei a conhecer-me melhor... Senti que era importante para a família, para os amigos... Tive muito apoio”...” (s.228, 58 anos, sobrevivente de cancro da mama há 5 anos).

“A doença mudou-me! Passei a vestir-me de outra maneira... como eu gosto... foi uma libertação... deixei o trabalho que me foi imposto, quase na infância...” (s.14, 43 anos, sobrevivente de cancro da mama há 2 anos).

Sentido de controlo

O locus de controlo refere-se a uma característica psicológica que envolve a percepção de que o que acontece a uma pessoa, sendo influenciado pela acção pessoal, locus de controlo interno, ou devido a factores externos ou à influência de outras pessoas locus de con-

trolo externo (Thompson, 2002). O locus de controlo interno tende a estar associado com um bom auto-conceito, uma boa auto-aceitação e um adequado sentido de eficácia, como se pode depreender nas seguintes expressões:

“Sabe eu vou-lhe disser... A minha sobrevivência deve-se a pouca cama, pouco garfo e muito sapato...” (s.4, 80 anos, sobrevivente de cancro gástrico há 28 anos).

“eu tinha que vencer... nunca deixei de trabalhar...” (s.156, 48 anos, cancro gástrico há 6 anos).

No entanto, outras pessoas, passam o controlo de algo que lhes foge à própria capacidade de controlo, para uma força transcendente cruzando o poder de controlo entre as forças divinas e os profissionais de saúde, como se pode constatar nas seguintes expressões:

“eu já pedi ao Sr. Dr... para não me mandar embora... eu aqui sinto-me segura...” (s.160, 65 anos, cancro da mama há 4 anos).

“olhe eu entreguei-me nas mãos dos sr. doutores e da Nossa Senhora...” (s.103, sobrevivente de cancro da mama há 4 anos).

O preço da cura

Com o aumento crescente de sobreviventes começaram a surgir estudos sobre o “preço” dessa sobrevivência. Os tratamentos que “curaram” podem estar associados a efeitos colaterais, alguns de manifestação tardia, o que se pode repercutir na saúde física e bem-estar. Isto é bem manifesto nas seguintes expressões:

“Eu como muito pouquinho... tudo passado mais para o líquido... Às vezes sinto-me muito só... Também custa-me tanto falar... sabe a boca seca... bebo uns golinhos de água...” (s.5, 73 anos, sobrevivente de um linfoma há 22 anos).

“por vezes não controlo a flatulência... por isso não quero sair... envergonho-me...” (s.59, 65 anos, cancro do recto há 8 anos).

Um dos sintomas mais associado ao cancro e tratamentos é a fadiga mas que não se restringe só à fase activa, pois pode prevalecer durante muito tempo (Bower et al., 2000; Cella, Davis, Breitbart & Curt, 2001).

A falta de energia pode ser potenciada por factores como a anemia, a desnutrição, ou ainda resultar de um

ciclo vicioso em que a fadiga decorrente dos tratamentos leva a uma redução de actividade que, por sua vez, ao manter-se essa redução leva à persistência de problemas de fadiga, como se evidencia nos seguintes relatos:

“Sinto-me muito cansada... preciso de descansar depois de comer... os filhos ainda são pequenos... não consigo fazer a minha vida...” (s.224, 39 anos, cancro gástrico há dois anos);

“sinto-me cansada... só me apetece estar na cama... deixei de ter energia para cuidar de mim (pintar-me, ir ao cabeleireiro... a vida nunca mais voltou ao mesmo... sinto-me irritada, porque não consigo fazer o que fazia (s.257, 32 anos, cancro da tiróide há 3 anos).

“...a vida nunca mais voltou a ser a mesma... já não tenho aquela energia...” (s.289, 56 anos, cancro gástrico há 7 anos).

Melhores resultados na avaliação da fadiga de pressão e estado de humor em sobreviventes de cancro da mama são obtidos junto de mulheres que praticam regularmente exercício físico, comparativamente a mulheres sedentárias, contribuindo neste sentido para melhores resultados da qualidade de vida (Pinto & Trunzo, 2004).

Implicações familiares

A doença crónica não ocorre no vácuo. Ela afecta particularmente o doente e família que já são portadores de recursos e potenciais fragilidades que influenciarão a sua adaptação à doença. A doença crónica é assumida como um «novo» elemento na vida do indivíduo/família, sendo necessário emergir do «mar tumultuoso» decorrente do confronto com o diagnóstico de uma doença crónica, de uma forma equilibrada reconquistando a homeostase individual e familiar.

A perspectiva de que o cancro ultrapassa a barreira da vivência individual é bem expressa por uma das nossas interlocutoras:

“o cancro não é uma doença da pessoa... é da pessoa, dos amigos, da família...” (s.300, 57 anos, cancro da mama há 4 anos).

“Para o meu marido foi muito difícil... refugiou-se no trabalho... eu tive que ter força... os miúdos...” (s.192, 40 anos, cancro da mama há 1 ano).

Na época de pós modernidade em que nos situamos onde a imagem física é assumida cada vez mais como um valor, há cancros (mama, laringe, cabeça e pescoço, cólon, etc.) em que se verifica a perda do órgão e ou função correspondente, mas também a função simbólica a que está estritamente unida. Tudo isso vai levar à necessidade de reconstruir o esquema corporal, pelo que um dos temas mais estudados está relacionado com a imagem corporal, e as repercussões na sexualidade (Ibáñez et al., 2002).

As implicações na vida sexual emergem nos seguintes relatos:

“afectou-me muito a vida... sabe entre casal... Fiquei vazia cá dentro...” (s.222, 52 anos, cancro do útero há 6 anos).

“Eu disse ao Sr. Dr. que não queria saco... sabe... isso não... fiz quimioterapia e radioterapia junto... fiquei toda queimada... isto teve implicações na minha vida com o meu marido... mas eu não queria saco...” (s.6, 58 anos, cancro do recto há 6 anos).

Revolta

A pessoa a quem é feito um diagnóstico de um cancro é confrontada com uma ruptura na percepção de invulnerabilidade, que irá repercutir-se na percepção de si própria e sobre o mundo.

A forma como a pessoa responde ao diagnóstico, o confronto com a inevitabilidade da morte, dado o estigma que está associado ao cancro, leva a sentimentos de choque e revolta:

“eu senti-me muito revoltada! Porquê a mim!?” (s.302, sobrevivente de cancro da mama há 1 ano).

“eu reagi muito mal... eu estava em baixo... tinha passado por um divórcio litigioso... complicado... depois chorava muito... chamaram o psiquiatra, que me deu comprimidos, e me disse uma coisa que não me esqueço, porque não se deve dizer: viva um dia de cada vez!! Isto não ajuda nada, porque apesar de pensarmos na morte, a vida tem que ter objectivos, porque senão não há esperança...” (s.11, 58 anos, cancro do cólon há 4 anos).

“eu no início reagi muito mal... afinal eu levava uma vida saudável, fazia a minha vigilância de saúde regular... Parece que caiu o mundo... chorei tanto... cheguei a casa

fechei-me no quarto... não queria ver ninguém...” (s.300, 57 anos, cancro da mama há 4 anos).

Auto-imagem

O impacto psicossocial do tipo de cirurgia no cancro está relacionado com as repercussões a nível da auto-imagem e com o sentirem-se ou não atractivas. O cancro da mama é um dos cancros que mais potencia angústias pois o seio é um órgão cheio de simbolismo associado à feminilidade, maternidade e sexualidade:

“...não consigo olhar para o meu corpo... porque eu gostava do meu corpo... gostava de andar despida... de sair do banho e não pôr toalha... Agora nunca mais... não permito que o meu marido olhe para mim...” (s.361, cancro da mama há dois anos).

“Nunca mais olhei para mim... Aliás quando me olho ao espelho vejo só metade do corpo... nunca permiti que o meu marido olhasse para mim... aliás passamos a dormir em camas separadas...” (s.309, 62 anos, cancro da mama há 5 anos).

“recusava-me a olhar para mim... tomava banho com camisola interior... tapei os espelhos de casa...” (s.242, 73 anos, cancro da mama há 7 anos).

A reconstrução configura o “sonho” de retorno à imagem de outrora *“queria muito fazer a reconstrução... gosto tanto de nadar... e mesmo com fato de banho especial... tenho medo... parece-me que a prótese vai cair...”* (s.155, 53 anos, cancro da mama há 4 anos). No entanto, nem sempre esse objectivo é conseguido, pois como nos referia uma das intervenientes no estudo *“fiz a reconstrução... mas isto não é a mesma coisa... sabe não fica igual... a gente deita-se e vê-se que é um monte de carne que ali está... não é a mesma coisa...”* (s.413, 45 anos, cancro da mama há 5 anos).

Necessidade de escuta

Apesar do fim dos tratamentos ser um marco importante na trajectória de vida das pessoas que tiveram um cancro, a necessidade de processar emoções e encontrar significado está ainda no princípio (Stanton et al, 2005). Estudos recentes (Beaver & Luker, 2004; Hewit et al, 2008), evidenciam que as pessoas não estão satisfeitas com o apoio dado na fase pós-tratamento, pois a vigilância de saúde centra-se quase

exclusivamente na existência da evidência de doença oncológica, esvaindo-se de sentido a pessoa que teve o cancro.

Tal é expresso pelas pessoas inquiridas:

“Não há espaço para falarmos dos medos, das dúvidas... lembro-me da consulta de grupo... chorei tanto...” (s.404, 55 anos, cancro da mama há 2 anos).

“eu não quero comprimidos... eu quero que me ouçam... que falem comigo... pensa-se na morte, no sofrimento... queremos falar disto...” (s.11, 58 anos, cancro do cólon há 4 anos).

Preconiza-se uma vigilância da saúde que, para além de orientada para a identificação precoce da recidiva (Beaver & Luker, 2005), inclua informação, orientação e aconselhamento sobre as mudanças de estilo de vida e comportamentos, apoio psicossocial e orientações específicas sobre os efeitos colaterais reais e ou potenciais, de forma a prevenir ou minimizar os seus efeitos obtendo “os ganhos em saúde”.

Religiosidade / espiritualidade

A espiritualidade assumida como atribuição de significado à vida, mediatiza os efeitos do cancro no bem-estar das pessoas com cancro, podendo incluir uma melhoria das relações pessoais, mudanças nos valores e prioridades, ou um aumento da fé em Deus, (Ferrans, 2005). A associação à religião era bem evidente nos discursos de algumas das inquiridas:

“... depois eu tive muita fé... quando saí da operação, vinha-me a rir e a falar com Nossa Senhora... o meu marido até disse que eu parecia maluca...” (s.420, 48 anos, cancro da mama há 4 anos).

“se não fosse a fé... olhe eu entreguei-me nas mãos dos sr. doutores e da Nossa Senhora” (s. 103, 78 anos, cancro da mama há 4 anos).

“eu sempre tive muita fé... encomendei-me a Sta Rita... Vou lá todos os anos... ela tem olhado por mim...” (s.233, 77 anos, cancro da mama há 15 anos).

No entanto outras distanciavam-se de qualquer credo religioso, sendo que as suas referências se centravam mais nas mudanças na sua interioridade e no estabelecimento de prioridades:

“damos valor à vida de uma forma diferente... olhe aceitei melhor a minha própria mortalidade...” (s.190, 62 anos, cancro da mama há 4 anos)

“é mais uma questão espiritual... medito... penso no significado da vida... o que ando cá fazer... faço as minhas leituras... é uma procura da minha interioridade...” (s.108, 64 anos, cancro do cólon há 13 anos).

“aprendemos a não valorizar tanto as coisas materiais... Sou mais solidária, participo em algumas associações... já fui à televisão contar a minha experiência... é a minha forma de ver a vida de outra maneira... a minha fé” (s.137, 57 anos, sobrevivente de cancro da mama há 3 anos).

É neste sentido compreensível que as pessoas se virem para a religião/espiritualidade a seguir ao cancro, de forma a restabelecer uma imagem do mundo não ameaçadora, face ao que se descobriu com a ameaça decorrente de ter tido uma doença oncológica. Uma doença deste tipo, pode levar a questionar as necessidades pessoais versus sociais, fazendo emergir a espiritualidade como uma força primária da própria vida.

Conclusão

Apesar de cada vez mais pessoas sobreviverem ao cancro muitos anos após o seu diagnóstico, pouco se sabe de que forma a qualidade de vida destas pessoas é afectada por esta situação clínica e pelos tratamentos que lhe estão associados.

Caminha-se assim para uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde à pessoa com doença oncológica. Há umas décadas atrás o objectivo principal dos cuidados em oncologia era a erradicação da doença. Dados quantitativos, objectivos (resultados analíticos, regressão tumoral, tempo de sobrevida), tornaram-se parâmetros relevantes da avaliação da eficácia das terapêuticas utilizadas. *“Physical survival – staying alive! – became the utmost goal, while concerns about the quality of that survival remained a luxury”* (Leigh & Stovall 2003, p.381).

Com a mudança do curso do tratamento, houve também uma mudança da forma de cuidar das pessoas com este tipo de doença. As avaliações e observações

objectivas permanecem importantes mas quando usadas isoladamente dão um quadro incompleto do impacto global do cancro.

Isto tudo reforça que a experiência do cancro é diferente e única para cada pessoa, tornando-se fundamental compreender as perspectivas e as experiências da doença tendo em conta as idiosincrasias individuais, de modo a sermos capazes de providenciar um apoio efectivo que ajude a encontrar significado de vida (Vickberg et al., 2001).

Neste sentido, há que advertir da necessidade de acompanhamento posterior, estabelecendo planos terapêuticos que tenham em consideração a pessoa no seu todo, ou seja valorizando não só a vigilância da recidiva, mas as implicações no quotidiano destas mulheres, a fim de se promover ganhos em saúde.

Neste sentido, os profissionais de enfermagem no âmbito dos profissionais de saúde, devem assumir um papel relevante no apoio de pessoas sobreviventes de cancro (Ferrell et al., 2003c), fornecendo informação/ apoio na fase pós-tratamento.

Podemos concluir que é por demais evidente que uma abordagem centrada na patologia é manifestamente insatisfatória para a pessoa que teve um cancro. Há que promover orientações específicas face às necessidades em saúde destas pessoas.

BIBLIOGRAFIA

1. Beaver, K. & Luker, K.A. (2005). Follow-up in breast cancer clinics: reassuring for patients rather than detecting recurrence. *Psycho-Oncology*, 14 (2), 94-101.
2. Bower, J.E., Ganz, P.A., Desmond, K.A., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., & Belin, T.R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (4), 743-753.
3. Cella, D., Davis, K., Breitbart, W., & Curt, G. (2001). Cancer-related fatigue: prevalence of proposed diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 19 (14), 3385-3391.
4. Clayton, M.F., Mishel, M.H. & Belyea, M. (2006). Testing a model of symptoms, communication, uncertainty, and well-being, in older breast cancer survivors. *Research in Nursing & Health*, 29 (1), 18-39.
5. Dow, K. H. & Loerzel, V.W. (2005). Cancer survivorship: a critical aspect of care. In C.H. Yarbrow, M.H. Frogge; & M. Goodman (eds). *Cancer Nursing. Principles and practice.* (1665-1675), 6ª ed. Boston.
6. Ferrell, B.R., Virani, R., Smith, S., & Juarez, G. (2003 c). The role of oncology nursing to ensure quality care for cancer survivors: a report commissioned by the national cancer policy board and institute of medicine. [Versão electrónica] *Oncology Nursing Forum*, 30 (1) <http://www.ons.org/clinical/Survivorship.shtml>
7. Ferrans, C.E. (2005). Definitions and conceptual models of quality of life. In J. Lipscomb., C. Gotay & C. Snyder. *Outcomes assessment in cancer. Measures, methods and applications.* (pp.14-30) University Press. Cambridge.
8. Ganz, P. A. (2001). Late effects of cancer and its treatment. *Seminars in Oncology Nursing*, 17 (4), 241-248.
9. Ganz, P.A., & Goodwin, P.J. (2005). Quality of life in breast cancer – what we learned and where do we go from here? In J. Lipscomb., C. Gotay & C. Snyder. *Outcomes assessment in cancer. Measures, methods and applications.* (pp.93-125) University Press. Cambridge.
10. Hewitt, M., Greenfield, S., & Stovall, E. (2006). From cancer patient to cancer survivor: lost in transition. Washington. The National Academies Press disponível em <http://darwin.nap.edu/books/0309101239/html>
11. Hewitt, M., Bamundo, A., Day, R. & Harvey, C. (2008) Perspectives on Post-Treatment Cancer Care: Qualitative Research with Survivors, Nurses, and Physicians. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 2270-2273
12. Holland, J.C. & Reznik, I. (2005). Pathways for psychosocial care of cancer survivors. *Cancer Supplement*, 104 (11), 2624-2637.
13. Holland, K.D. & Holahan, C.K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, 18 (1), 15-19.
14. Ibáñez, E., Valiente, M. & Soriano, J. (2002). Una história de la Psico-oncología: del cáncer a la Psicología e vice-versa. In M.R. Dias & E.Durá (Eds.). *Territórios da Psicologia Oncológica.* (pp.348-380). Lisboa: Climpis Editores. Manuais Universitários.
15. Leigh, S. A. & Stovall, E.L. (2003). Cancer survivorship. Quality for life. In C.R. King & P.S. Hinds (Eds.), *Quality of Life. From nursing and patient perspectives* (2ª ed, pp.381-395). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
16. National Cancer Institute (2006) Division of Cancer Control e population Sciences. Cancer survivorship research: survivorship definitions. Acedido a 10 de Janeiro, 2006, através de <http://dcccps.nci.nih.gov/ocs/definitions.html>
17. Ogle, K.S., Swanson, G. M., Woods, N., & Azzouz, F. (2000). Cancer and Comorbidity. Redefining chronic diseases. *Cancer*, 88 (3), 653-663.
18. Pinheiro, P. S., Tyczynski JE., Bray F., Amado, J., & Parkin, DM (2003). Cancer Incidence and mortality in Portugal. *European Journal Cancer*, 39 (17), 2507-2520
19. Pinto, c. (2008) . Jovens e adultos sobreviventes de cancro: Variáveis psicossociais associadas à optimização da saúde e qualidade de vida após o cancro. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, não publicada.
20. Pinto, B.M. & Trunzo, J.J. (2004). Body esteem and mood among sedentary and active cancer survivors. *Mayo Clinic Proceedings*, 79 (2), 181-186.
21. Reuben, S.H. (2004). Living Beyond cancer: finding a new balance. U.S. Department of health and human services. *National Institutes of Health, National Cancer Institute*, disponível em <http://deainfo.nci.nih.gov/advisory/pcp/agenda.htm>
22. Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde.* Coimbra, Quarteto. 356 p.
23. Rowland, J. & Baker, F. (2005). Introduction: resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer*, 104 (11 Supplement), 2543-2548.
24. Ronson, A., & Body, J. (2002). Psychosocial rehabilitation of cancer patients after curative therapy. *Support Care Cancer*, 10 (4), 281-291.
25. Schnipper, H. (2001). The art of oncology: when the tumor is not the target. *Life After Breast Cancer. Journal of Clinical Oncology*, 19 (15), 3581-3584.
26. Schwartz, C.L. (2003). Health status of childhood cancer survivors. Cure is more than the eradication of cancer. *Journal of the American Medical Association*, 290 (12), 1641-1643.
27. Stanton, A., Ganz, P.A., Rowland, J.H., Meyerowitz, B. E., Krupnick, J.L. & Sears, S.R. (2005). Promoting adjustment after treatment for cancer. *Cancer*, 104 (11 Supplement), 2608-2613.
28. Stephens, M. (2004). Understanding the long-term challenges of cancer survivorship. *Nursing Times*, 100 (30), 30-31.
29. Thompson, S. (2002). The role of personal control in adaptative functioning. In C. R. Snyder, & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp.202-213). USA: Oxford University Press.
30. Thornton, A. A. (2002). Perceiving benefits in the cancer experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 9 (2), 153- 165.
31. Vacek, P.M., Winstead-Fry, P., Secker-Walker, R.H., Hooper, G. J., & Plante, D.A. (2003). Factors influencing quality of life in breast cancer survivors. *Quality of Life Research*, 12 (5), 527-537.
32. Vickberg, S.M.J., Duhamel, K.N., Smith, M.Y., Manne, S.L., Winkel, G., Papadopoulos, E.B. et al. (2001). Global meaning and psychological adjustment among survivors of bone marrow transplant. *Psycho-Oncology*, 10 (1), 29-39.
33. Zebrack, B. J., & Zeltzer, L.K., (2001). Living beyond the sword of Damocles: surviving childhood cancer. [Versão electrónica] *Expert Review of Anticancer Therapy*. 1 (2), 163-164.
34. Wikes, L.M., O’Baugh, J., Luke, S., & George, A. (2003). Positive attitude in cancer: patients’ perspectives. *Oncology Nursing Forum*, 30 (3), 412-426.

O SOFRIMENTO DO DOENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Rita Susana Soares Capela

Mestrado em Cuidados Paliativos;
Serviço de Onco-hematologia do IPO Porto

João Luís Alves Apóstolo

PhD, Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Contextualização – Os cuidados paliativos visam a prevenção e alívio do sofrimento. Caracterizar o sofrimento que sustente intervenções para o seu alívio constitui uma das metas em cuidados paliativos.

Objectivos: Caracterizar o sofrimento de doentes oncológicos em cuidados paliativos; Avaliar se a dor apresenta menor intensidade relativamente às outras temáticas do sofrimento nestes doentes.

Metodologia: Investigação quantitativa de tipo descritivo, utilizando-se o inventário de experiências subjectivas de sofrimento na doença (IESSD) de McIntyre e Gameiro (1997), numa amostra de 50 doentes oncológicos, num serviço de cuidados paliativos.

Resultados: Estes doentes experienciam maior grau de sofrimento sócio-relacional e psicológico, (médias = 3,67; 3,49), nomeadamente nos aspectos afectivo-relacionais. Apresentam média mais elevada ao nível da perda de vigor físico (4,31). A dor, apresenta média mais baixa (2,32), com excepção das alterações sócio-laborais. A dimensão sofrimento existencial apresenta menor média (3,28), embora as limitações existenciais tenham média de 3,96. Revelam ainda níveis medianos de experiências positivas de sofrimento (3,00).

Conclusão: Os doentes em cuidados paliativos apresentam graus elevados de sofrimento sócio-relacional, sobretudo relacionado com preocupações afectivo-relacionais. A perda de vigor físico é fonte de elevado sofrimento. As questões psicológicas e as limitações existenciais contribuem para o sofrimento. A dor parece ser o sintoma que menos colabora. Os níveis médios de experiências positivas de sofrimento, revelam esperança no futuro.

PALAVRAS-CHAVE: sofrimento; cuidados paliativos; oncologia.

Background - The goal of palliative care is to prevent and relieve suffering. One of the targets in palliative care is the characterization of suffering so as to support pain relief interventions.

Aims: To characterize patients' suffering in oncology palliative care and assess if pain is less important than the other themes related to suffering for these patients.

Methods: Quantitative descriptive study, using the Inventory on Subjective Suffering Experiences in Illness by McIntyre and Gameiro (1997) on a sample of 50 cancer patients in a palliative care unit.

Results: These patients experience a higher socio-relational and psychological suffering (means = 3.67; 3.49), particularly in affective-relational aspects. They show a highest mean in the loss of physical vigour (4.31). Pain has the lowest mean scores (2.32), with the exception of socio-professional changes. The dimension "existential suffering" has a lower mean score (3.28), although existential limitations show a mean score of 3.96. These patients also show median levels of positive suffering experiences (3.00).

Conclusion: Cancer patients in palliative care show highest levels of socio-relational suffering, particularly affective-relational changes. The loss of physical vigour is a source of a lot of suffering. The psychological issues and the existential limitations contribute to this. Pain is the symptom that affects less. The mean levels of positive suffering experiences show hope.

KEYWORDS: suffering; palliative care; oncology.

Introdução/Fundamentação

Os cuidados paliativos destinam-se a todos os doentes e respectivas famílias, cujo tratamento curativo já não é possível, mas que suportam complicações de ordem física, psicológica, existencial e relacional, que inevitavelmente desencadeiam sofrimento de intensidade variável. Visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais (WHO, 2009).

De entre os vários doentes que necessitam de cuidados paliativos, encontram-se os doentes oncológicos que se vêem confrontados, de modo mais premente, com a finitude da vida. O sofrimento faz parte da vivência pessoal dos doentes oncológicos, em especial dos que estão em fase terminal, pois nesta, para além dos sintomas físicos, torna-se eminente o confronto com a ideia de uma morte próxima e com a ameaça à integridade do indivíduo.

Sabe-se, hoje, que o sofrimento é um fenómeno complexo, individual e de natureza multidimensional. Existe, no entanto, uma tendência para confundir dor e sofrimento, mas estas são entidades distintas, embora possam entrelaçar-se (Fleming, 2003). De facto, o sofrimento é sempre vivido por pessoas e não apenas por corpos e, como tal, não se limita aos aspectos físicos da doença (Cassel, 1982, 1991, 1999; Neto, 2004). Diversos estudos têm revelado que os doentes terminais atribuem elevado valor ao controlo sintomático, mas atribuem um valor superior e muito significativo aos aspectos psicológicos, existenciais e sócio-relacionais (Singer et al., 1999; Steinhäuser et al. 2000). Em cuidados paliativos, muito tem sido feito para controlar sintomas físicos. Existem meios de combate eficazes ao nível da analgesia e progressos ao nível da radioterapia e quimioterapia (Neto, 2004). No entanto, diferentes estudos apontam que apesar dos cuidados paliativos estarem actualmente bem capacitados para responder a aspectos relacionados com sintomas físicos, o que continua a atormentar os doentes em fase final de vida parecem ser as questões

relacionadas com os aspectos psicossociais, existenciais e espirituais do sofrimento.

Conceptualmente, o sofrimento foi definido como um estado de desconforto severo, de distress causado por uma ameaça actual ou percebida como eminente para a integridade ou continuidade da existência da pessoa como um todo (Cassel, 1982).

Por sua vez Gameiro (1999) considera que o sofrimento é vivenciado de modo profundamente subjectivo e individual e que para a sua compreensão é necessário aceder aos significados e modos de resposta individuais ao sofrimento, que designa por experiências subjectivas de sofrimento.

O sofrimento engloba cinco dimensões e temáticas: sofrimento psicológico, que diz respeito a alterações cognitivas e emocionais; sofrimento físico, referente à dor, desconforto e perda de vigor físico; sofrimento existencial respeitante a alterações da identidade pessoal, alterações do sentido de controlo emocional, limitações existenciais e limitações no projecto de futuro; sofrimento sócio-relacional referente a alterações afectivo-relacionais, alterações sócio-laborais; experiências positivas do sofrimento relativo a sentimentos positivos na doença (Gameiro, 1999; 2000).

O alívio do sofrimento é um dos objectivos principais em cuidados paliativos, mas, de acordo com Cassel (1999), necessita ser reconhecido e diagnosticado. Surge, por isso, a necessidade de caracterizar o sofrimento dos doentes oncológicos em cuidados paliativos.

Mundialmente, são desenvolvidos diversos estudos que visam o entendimento e reconhecimento do sofrimento em cuidados paliativos, porém, poucos estudos têm sido realizados em Portugal a este nível. “Importa, pois, de forma sistemática, integrada e oportuna, avaliar as dimensões do sofrimento que são globais, simultâneas, complexas, únicas para cada doente, e que, quanto a nós, se deveriam constituir no sexto sinal vital a aplicar a todos os doentes alvo de cuidados” (Barbosa, 2006, p. 402).

Neste contexto, desenvolveu-se o presente estudo, baseado numa investigação quantitativa do tipo descritivo-corelacional com o objectivo de descrever as características do sofrimento dos doentes oncológicos em cuidados paliativos.

Metodologia

Foi desenvolvido um estudo de tipo quantitativo descritivo, com as seguintes questões de investigação: Quais são as características do sofrimento dos doentes oncológicos em cuidados paliativos? Será que a dor apresenta menor intensidade relativamente a outras temáticas do sofrimento?

Amostra e contexto

A amostra foi constituída consecutivamente (Pallás e Villa, 1991) por 50 doentes internados ou seguidos em consulta num serviço de cuidados paliativos da região Norte de Portugal. Como critérios de inclusão dos indivíduos no estudo, considerou-se que não poderiam ter comprometimento cognitivo ou físico, incluindo ausência de dor aguda, para interpretar e responderem ao questionário. A sua participação foi voluntária, sendo cumprido o pressuposto do consentimento informado.

A amostra é constituída por 48% de homens e por 52% de mulheres, com idades entre os 27 e os 88 anos e média de 61 anos, DP = 14; 66% casados; 18% viúvos; 8% divorciados e 8% solteiros.

Relativamente à escolaridade (em anos), 58% tinham 4, 20% tinham 6, 2% tinham 9, 4% tinham 12, 6% tinham uma licenciatura e 10% não possuíam quaisquer habilitações literárias.

Em relação ao diagnóstico, 18% tinham carcinoma colo-rectal, 14% carcinoma da mama, 12% carcinoma do colo do útero. Em 10% dos doentes encontravam-se as patologias do esófago e gástricas e entre 2% e os 8% encontram-se outras patologias oncológicas (sarcomas, linfomas, melanoma, carcinomas do pulmão, peritoneu, fígado, ovário, orofaringe e tracto urinário).

Instrumento de recolha dos dados

O instrumento de recolha de dados foi constituído por um conjunto de questões sócio-demográficas pelo diagnóstico clínico e pelo Inventário de Experiências Subjectivas na Doença (IESSD) construído por Gameiro e McIntyre (1997). Este questionário é constituído por 44 itens, numa escala tipo *Likert* de 1 a 5 pontos, que se propõe medir o sofrimento através de cinco dimensões (sofrimento físico, sofrimento psicológico, sofrimento existencial, sofrimento sócio-relacional e experiências positivas de sofrimento) e das diversas temáticas do sofrimento.

No presente estudo o IESSD revelou aceitável consistência interna com valores de alfa de Cronbach de 0,95 para o global da escala e para as dimensões acima de 0,70.

Procedimentos de recolha dos dados

O projecto foi aprovado pela Comissão de Ética do Serviço e durante a colheita de dados foram cumpridos os pressupostos do consentimento informado.

Antes da abordagem, por entrevista, foi elaborada uma lista de doentes que satisfaziam as condições de inclusão, recorrendo-se à equipa de enfermagem e, por vezes, à consulta do processo clínico do doente. De modo a serem obtidas as melhores condições de resposta, os dados foram colhidos na presença do investigador e do doente, nos turnos da manhã ou da tarde, preferencialmente após a hora de pequeno-almoço ou após a hora de almoço, entre 7 de Maio a 15 de Outubro de 2009.

Resultados

Características do sofrimento de doentes oncológicos em cuidados paliativos

Em todos os itens do IESSD são considerados pelos indivíduos valores máximos de 5 e mínimos de 1, com excepção dos itens 1 “*Sinto-me mais cansado desde que estou doente*” e 27 “*Sinto que já não sou capaz de fazer as mesmas coisas que conseguia fazer antes de adoecer*” (valor mínimo de 2), e o item 43 “*Desejaria que a minha família não sofresse tanto por eu estar doente*” (valor mínimo de 3).

Os indivíduos apresentam valores médios de sofrimento mais elevado nos aspectos avaliados pelos itens: 43 “*Desejaria que a minha família não sofresse tanto por eu estar doente*” (\bar{x} = 4,74; DP = 0,49); 14 “*Com a doença tenho perdido muita da minha energia e força física*” (\bar{x} = 4,42; DP = 0,95); 22 “*A minha doença faz-me preocupar com o futuro das pessoas que me são queridas*” (\bar{x} = 4,40; DP = 0,88); 4 “*Sinto que a doença me está a roubar tempo para poder fazer aquilo que gostaria*” (\bar{x} = 4,34; DP = 1,02); 27 “*Sinto que já não sou capaz de fazer as mesmas coisas que conseguia fazer antes de adoecer*” (\bar{x} = 4,34; DP = 0,82); 12 “*Angustia-me a ideia de poder deixar as pessoas de quem gosto*” (\bar{x} = 4,26; DP = 1,12); e 1 “*Sinto-me mais cansado/a desde que estou doente*” (\bar{x} = 4,20; DP = 1,03).

Dos referidos itens, três pertencem à dimensão do sofrimento sócio-relacional (item 43, item 22, item 12),

dois pertencem à dimensão do sofrimento existencial (item 4 e 27) e dois pertencem à dimensão sofrimento físico (item 14 e item 1).

Pelo facto destes valores estarem próximo do máximo valor da escala consideramos que estes indivíduos apresentam valores muito severos de sofrimento relativamente às preocupações com as consequências da doença para a família, às limitações existenciais provocadas por essa mesma doença e a perda de vigor e força física.

Os indivíduos apresentam valores médios de sofrimento mais baixos nos aspectos avaliados pelos itens 7 “Preocupa-me a ideia de a minha doença me poder fazer perder o emprego” ($\bar{x}=1,72$; DP=s=1,29); 36 “Desde que fiquei doente não consigo evitar certos comportamentos de que não gosto” ($\bar{x}=2,24$; DP=1,32); 23 “Tenho dores difíceis de suportar” ($\bar{x}=2,26$; DP=1,10); 16 “Desde que estou doente sinto dificuldade em me controlar e reajo com agressividade” ($\bar{x}=2,30$; DP=1,37); 41 “Tenho dores que não me deixam descansar” ($\bar{x}=2,38$; DP=1,32); 24 “Apesar de estar doente sinto-me tranquilo/a” ($\bar{x}=2,50$; DP=1,36).

O item 7 pertence à dimensão sócio-relacional avaliando alterações sócio-laborais; os itens 23 e 41 pertencem à dimensão do sofrimento físico, avaliando a dor; os itens 36 e 16 pertencem à dimensão do sofrimento existencial avaliando alterações de sentido de controlo pessoal e o item 24 avalia experiências positivas de sofrimento.

Estes resultados revelam essencialmente que os doentes oncológicos em cuidados paliativos apresentam níveis de sofrimento menores no que se refere à dor, o que poderá estar relacionado com o facto de no serviço de cuidados paliativos ser feito o controlo da dor. Outro aspecto a salientar é que a situação laboral não constitui preocupação para estes doentes, uma vez que nesta altura da doença este era um factor de menos importância. Ainda o facto de não apresentarem alterações do sentido de controlo, não reagindo com agressividade, apesar da sua situação.

A análise dos valores médios e medianos das diferentes dimensões e temáti-

cas evidenciam a mesma tendência (Quadro 1) revelando níveis de sofrimento acima dos valores intermédios da escala. Na generalidade, os indivíduos apresentam sofrimento mais intenso na dimensão sócio-relacional ($\bar{x}=3,67$), sobretudo a nível afectivo-relacional ($\bar{x}=4,29$) e na dimensão sofrimento psicológico ($\bar{x}=3,49$).

Ao nível físico, embora apresentem valores consideráveis de sofrimento, é na perda de vigor físico que manifestam uma intensidade de sofrimento mais severa ($\bar{x}=4,31$), não obstante referenciarem níveis de dor de baixa intensidade ($\bar{x}=2,32$).

Revelam também valores substanciais de sofrimento existencial ($\bar{x}=3,28$) embora este seja mais intenso na temática limitações existenciais ($\bar{x}=3,96$) e de baixa intensidade nas alterações do sentido de controlo emocional ($\bar{x}=2,85$).

Relativamente à dimensão das experiências positivas de sofrimento na doença, os dados revelam uma média de 3,00, o que denota que os doentes inquiridos têm um nível supra-mediano e de ponderação relativamente ao optimismo e à esperança de recuperação.

Analisando individualmente cada dimensão do IESSD verifica-se que:

| SOFRIMENTO | ITENS | MÍN. | MAX. | \bar{X} | DP | MD | IC 95% |
|-----------------------------------|-------|------|------|-------------|------|------|-------------|
| Físico | 6 | 1,17 | 4,67 | <u>3,30</u> | 0,91 | 3,33 |]3,04;3,56[|
| Dor | 2 | 1,00 | 5,00 | 2,32 | 1,13 | 2,00 |]2,00;2,64[|
| Desconforto | 2 | 1,00 | 5,00 | 3,28 | 1,19 | 3,50 |]2,94;3,62[|
| Perda de vigor físico | 2 | 1,50 | 5,00 | 4,31 | 0,89 | 4,50 |]4,06;4,56[|
| Psicológico | 13 | 1,23 | 4,77 | <u>3,49</u> | 0,96 | 3,77 |]3,49;3,76[|
| Alterações cognitivas | 4 | 1,00 | 5,00 | 3,66 | 0,95 | 3,75 |]3,39;3,93[|
| Alterações emocionais | 9 | 1,33 | 4,89 | 3,42 | 1,04 | 3,67 |]3,12;3,71[|
| Existencial | 16 | 1,41 | 4,47 | <u>3,28</u> | 0,71 | 3,38 |]3,07;3,48[|
| Alterações da identidade pessoal | 3 | 1,00 | 5,00 | 3,34 | 1,20 | 3,67 |]3,00;3,68[|
| Alterações do sentido de controlo | 3 | 1,00 | 4,67 | 2,85 | 0,98 | 2,67 |]2,57;3,12[|
| Limitações existenciais | 5 | 1,20 | 5,00 | 3,96 | 0,95 | 4,20 |]3,69;4,23[|
| Limitações no projecto de futuro | 5 | 1,80 | 5,00 | 3,46 | 0,82 | 3,60 |]3,23;3,69[|
| Sócio-relacional | 7 | 2,00 | 5,00 | <u>3,67</u> | 0,71 | 3,71 |]3,47;3,87[|
| Alterações afectivo-relacionais | 5 | 2,40 | 5,00 | 4,29 | 0,72 | 4,60 |]4,09;4,50[|
| Alterações sócio-laborais | 2 | 1,00 | 5,00 | 2,11 | 1,20 | 2,00 |]1,77;2,45[|
| Experiências positivas | 5 | 1,00 | 5,00 | <u>3,00</u> | 1,02 | 3,00 |]2,71;3,29[|
| Sofrimento global | 44 | 1,80 | 4,52 | 3,46 | 0,75 | 3,65 |]3,25;3,68[|

Quadro 1: Características do sofrimento considerando as diferentes dimensões temáticas

No figura 1 apresentamos o perfil do sofrimento destes doentes evidenciando claramente maior intensidade ao nível sócio-relacional e menor intensidade de sofrimento a nível físico e existencial.

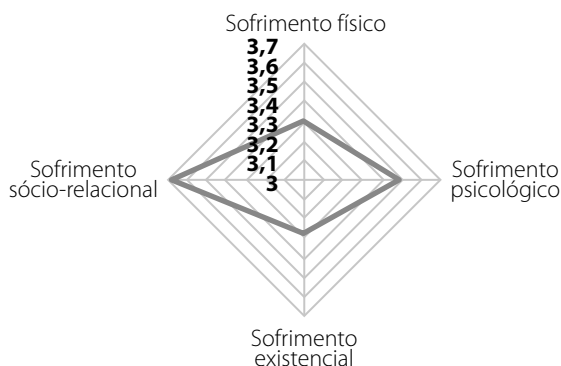


Figura 1: Perfil do sofrimento dos doentes oncológicos em cuidados paliativos

A análise das intercorrelações do IESSD revela, na maioria, correlações moderadas e fortes entre todas as dimensões, oscilando entre 0,38 (experiências positivas de sofrimento/sofrimento psicológico) e 0,88 (sofrimento existencial/sofrimento psicológico). Não são evidenciadas correlações entre as experiências positivas de sofrimento com o sofrimento físico e com o sofrimento Sócio-relacional.

Discussão

Considerando o valor médio global (3,46) considera-se que os doentes oncológicos em cuidados paliativos têm um nível de sofrimento substancial, podendo ser discutido com dois tipos de argumentos. Em primeiro lugar, por serem doentes oncológicos que se vêem ameaçados e confrontados com perdas ao nível da sua integridade física, psicológica, emocional e relacional o que implica ajustamentos psicossociais significativos - mudanças de comportamento; alteração da dieta alimentar; adaptação e ajuste a sintomas secundários dos tratamentos e alterações físicas e da imagem corporal; impacte emocional da doença; mudanças e ou interrupção da actividade profissional; acréscimos e dificuldades económicas; dificuldades a nível das relações interpessoais e alteração dos papéis sociais, medo da morte e sentimentos de culpa que possam surgir (Pereira e Lopes, 2005).

Em segundo lugar, por se tratar de doentes em cuidados paliativos, que para além de todas as perdas e mudanças já referidas, têm ainda de viver o seu processo de morte, caracterizado por uma deterioração progressiva, perda de capacidade, autonomia, aumento da dependência e de sintomas; percepção da ameaça à integridade do eu; incerteza face ao que poderá ocorrer e de possíveis crises de sentido de vida (Benito et al., 2009).

Escassos têm sido os estudos feitos nesta área. No entanto salienta-se o estudo realizado em Portugal por Paulo (2006) com doentes oncológicos em cuidados paliativos seguidos numa unidade de dor. Embora com uma amostra de 17 doentes, obteve resultados para o sofrimento global semelhantes aos aqui descritos. Vários outros estudos apontam para uma alta prevalência e severidade do sofrimento nos doentes terminais com cancro, como o estudo de Abraham et al. (2006).

Os resultados evidenciam que em fase de doença avançada e tratamento paliativo, os doentes experimentam maiores fontes de sofrimento em três grandes áreas:

- Nos aspectos relacionados com as repercussões que a doença tem na família e nos entes mais próximos e com o futuro destas pessoas. Daí que três dos itens com média mais alta tenham sido encontrados: “Desejaria que a minha família não sofresse tanto por eu estar doente”; “A minha doença faz-me preocupar com o futuro das pessoas que me são queridas”; “Angustia-me a ideia de deixar as pessoas de quem gosto.” A doença acarreta alterações na dinâmica pessoal e familiar sobretudo nas rotinas e nos papéis desempenhados. Os familiares vêm-se obrigados a estar longe do seu ente querido, assim como este se vê longe daqueles, com todas as preocupações para ambas as partes. Para além disto, os membros das famílias são, muitas vezes, obrigados a deixar o seu posto de trabalho para cuidar do doente que necessita de cuidados, por vezes, nas suas necessidades mais básicas, factor que pode levar a dificuldades económicas. A família sofre pela perda eminente do seu ente querido, partilhando com o doente sentimentos de angústia, medo, desespero, desequilíbrio emocional, deixando várias vezes para segundo plano os seus próprios problemas, atendendo apenas às necessidades do doente (Pereira e Lopes, 2005, Apóstolo et al., 2004).

- Nos aspectos relacionados com a perda de vigor físico, a astenia, o cansaço e a fadiga são fontes de maior sofrimento, uma vez que implicam restrições nas actividades diárias do doente. De facto, segundo Esper e Redman (1999), citado por Mota e Pimenta (2002), é na fase mais avançada da doença ou quando o doente se encontra em cuidados paliativos que a fadiga atinge 99% de ocorrência. É nesta fase que a fadiga é mais acentuada e na qual os doentes expressam extremo desconforto, apresentando um declínio da qualidade de vida. Segundo o mesmo autor, a fadiga não é só o sintoma mais frequente como é o mais incapacitante.

- Nos aspectos relacionados com as limitações existenciais provocadas pela doença, e que estão muito associadas à perda de autonomia, são neste estudo evidenciados pela percepção de que a doença limita o indivíduo no desenvolvimento das actividades que gostaria de ter e que desenvolvia antes do processo de doença. De facto, viver a morte implica uma perda progressiva de controlo sobre a própria vida, incapacidade para desenvolver actividades pessoais e sociais, receio de isolamento, deterioração física o que, implicitamente, é considerado por ele como um ataque a sua dignidade pessoal (Sales et al., 2003).

De facto, o indivíduo, confrontado com uma doença oncológica em cuidados paliativos, gosta de sentir que controla os acontecimentos e de fazer as suas escolhas, o que se desgasta progressivamente à medida que vai perdendo a capacidade para desempenhar o seu papel e passa a ser portador de um novo estatuto – *pessoa doente prestes a partir* (Pereira e Lopes, 2005).

Estes dois últimos aspectos (perda de vigor físico e as limitações existenciais) estão intimamente relacionados entre si. Tal como nos refere Paulo (2006), a perda funcional, o desconforto e a perda de vigor físico estão subjacentes à perda de identidade, às alterações na auto-imagem, à perda de papéis sociais e familiares e às alterações *continuum* independência/dependência.

Relativamente aos resultados encontrados, verifica-se que os doentes oncológicos em cuidados paliativos apresentam baixos níveis de sofrimento no que respeita à possibilidade de perder o emprego, pois como é com-

preensível, os doentes nesta fase já não se encontram laboralmente activos não constituindo, para eles, fonte de preocupação.

Os doentes oncológicos em cuidados paliativos experimentam maior sofrimento na dimensão sócio-relacional. No entanto, convém fazer-se uma diferenciação importante nas duas temáticas desta dimensão, as alterações sócio-laborais e as alterações afectivo-relacionais. Os dados revelaram que aquilo que provoca maior sofrimento nos doentes são as alterações afectivo-relacionais, ou seja, os doentes sofrem pelo impacto negativo que a doença tem nos entes próximos, pela separação das pessoas amadas e pela perda de capacidade para desempenhar os seus papéis na família. É, no fundo, uma forma de sofrimento empático.

Resultados semelhantes foram obtidos por Morins (2009) e por Apóstolo et al. (2006) em doentes oncológicos internados ou a efectuarem quimioterapia em ambulatório. O sofrimento do doente é ampliado pela sua percepção de que as pessoas que lhe são queridas sofrem com a sua doença, sendo esta situação avaliada como uma carga para si e para os outros (Cherny e Coley, 1994).

Sobressai também níveis de sofrimento psicológico elevados, que estão ligados a perturbações cognitivas e emocionais (ideias perturbadoras, ansiedade, humor deprimido, desespero, tensão psicológica etc.). Todos os doentes em fase terminal têm momentos de tristeza pelo fim de vida se encontrar próximo. Aproximadamente dois terços de todos os doentes com cancro experimentam sintomas de depressão e ansiedade, (Epping-Jordan, 1999 citado por WHO, 2002).

Outro aspecto que sobressai dos resultados é o facto de estes indivíduos apresentarem níveis mais baixos de sofrimento existencial, sendo, no entanto, de salientar níveis de sofrimento substanciais na temática específica - limitações existenciais - que está relacionada com a perda de sentido de vida, sentimentos de futilidade, de insignificância pessoal e desapontamento. Kissane (2000) considera que o sofrimento em cuidados paliativos está proeminentemente relacionado com questões psicológicas e existenciais. Também Breibart et al. (2000) concluiu que a depressão e a desesperança são predictores importantes do desejo de uma morte rápida. De acordo

com Rousseau (2003), o sofrimento espiritual/existencial manifesta-se a partir de problemas físicos e psicológicos e partilha aspectos com a depressão, incluindo sentimentos de desesperança, falta de propósito, assim como falta de sentido de vida. Devido a toda a problemática inerente, o doente em fase terminal está mais propenso a desenvolver quadros depressivos e ansiosos por vezes difíceis de diagnosticar (Stedeford, 1986, citado por Pereira e Lopes, 2005).

Pode-se, por isso, considerar que estes dois aspectos, o sofrimento psicológico e as limitações existenciais, que sobressaíram dos resultados, são separados por fronteiras muito ténues, argumento que é também sustentado pela forte correlação (0,88) entre estas duas dimensões do sofrimento.

Por outro lado, será também de realçar o facto de o sofrimento sócio-relacional e o sofrimento existencial apresentarem uma correlação elevada. Este resultado vem de encontro ao resultado encontrado por Wilson *et al.* (2005), citado por Chochinov (2006), que revela elevadas correlações entre a noção dos doentes em sentirem-se uma carga para os outros e as questões existenciais, incluindo, perda de dignidade, desesperança, e perda de controlo.

Deve-se ainda salientar que os doentes oncológicos em cuidados paliativos apresentam níveis medianos de experiências positivas de sofrimento na doença, ou seja, os doentes apresentam alguma esperança relativamente ao seu futuro. Segundo Gameiro (2006), nas situações críticas, a esperança ancora-se à incerteza. Por isso, gerir esta incerteza, não se deixando sucumbir ao fatalismo e ao desespero, pode ser um factor de manutenção de esperança.

Nestes doentes a dor apresenta-se como um factor de menor sofrimento relativamente a todas as outras temáticas do sofrimento. Resultados semelhantes foram encontrados em anteriores estudos com doentes em cuidados paliativos (Abraham *et al.*, 2006; Singer *et al.*, 1999; Steinhauer *et al.*, 2000, Morita, 2004; Mako *et al.*, 2006).

Mais uma vez os resultados deste estudo, apontam para que não são as questões relacionadas com a dor, aquelas que mais contribuem para o sofrimento dos

doentes em cuidados paliativos. Confirma-se com este estudo a premissa de alguns autores que consideram que os cuidados paliativos estão bem capacitados para responder a questões relativas ao controlo sintomático. No entanto, continuam a ser deixadas para segundo plano as questões relacionadas com os aspectos psicossociais, existenciais ou espirituais da experiência de sofrimento dos doentes (Chochinov, 2006; Breibart *et al.*, 2004; Lesho, 2003).

Conclusão

Os doentes paliativos em oncologia apresentam graus elevados de sofrimento sócio-relacional, sobretudo ao nível afectivo-relacional, ou seja, sofrem pelo impacto negativo que a doença tem nos entes próximos. A perda de vigor físico é também fonte de elevado sofrimento, pelas suas repercussões nas actividades de vida diárias, bem como o sofrimento psicológico, humor depressivo, desespero, e as limitações existenciais, perda de autonomia, perda de sentido de vida.

As alterações sócio-laborais não parecem constituir elevada fonte de sofrimento, bem como a dor que parece ser o sintoma que menos contribui para a expressão do sofrimento nos doentes em fim de vida.

O facto de apresentarem níveis médios de experiências positivas de sofrimento, poderá revelar que os doentes ainda apresentam esperança relativamente ao seu futuro, o que se revela como benéfico para eles. Parece, por isso, que uma intervenção eficaz no alívio do sofrimento poderá passar pelo apoio na relação familiar pela grande importância atribuída por estes doentes às repercussões negativas da sua doença. Neste contexto poder-se-á agir de modo a minorar o sofrimento e a dar sentido à existência do doente, adoptando uma comunicação aberta entre doente e família, atitudes de sinceridade, espontaneidade, respeito, confiança, que sejam facilitadoras da partilha de vulnerabilidades, experiências, pensamentos, emoções, sentimentos, promovendo-se o mútuo desenvolvimento pessoal e o alívio do sofrimento, evitando-se a conspiração do silêncio.

BIBLIOGRAFIA

1. Abraham, A.; Kutner, J. & Beaty, B. (2006). *Suffering at the end of life in setting of low physical symptom distress*. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (3), 658- 665.
2. Apóstolo, J.; Batista, A.; Macedo, C.; Pereira, E. (2006). *Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia*. *Referência*, IIª série, 3, 55-64.
3. Apóstolo L. A.; Cunha, S. R. P.; Cristo, J. M. F., Lacerda, R. (2004). A vivência dos familiares de doentes com doença oncológica em fase terminal de vida numa unidade de cuidados paliativos. *Investigação Enfermagem*, 10, 28-37.
4. Barbosa, A. (2006). Sofrimento. In: Barbosa, A. & Neto, I. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 397-417). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
5. Benito, E; Barbero, J. & Payás, A.. *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta*. SECPAL. Obtido a 5 de Outubro de 2009 em http://www.izenpe.com/s15-4812/es/contenidos/informacion/hbas_ad_noticias_novedades/es_hbas/adjuntos/guia_espiritual.pdf
6. Breitbart W.; Rosenfeld, B.; Pessin, H.; Kaim, M.; Funesti-Esch, J; Galiotta, M.; Nelson, C. & Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *Jama*, 284 (22), 2907- 2911.
7. Breitbart W.; Gibson, C.; Poppito, S. & Berg, A. (2004). Psychotherapeutic interventions at the end of life: a focus on meaning and spirituality. *Cancer Journal Psychiatry*, 49 (6), 366- 372.
8. Cassel, E. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, 18, (306), 639-645.
9. Cassel, E. (1991). Recognizing Suffering. *Hastings Center Report*, Maio-Junho, 24-31.
10. Cassel, E. (1999). Diagnosing Suffering: A Perspective. *American Society of Internal Medicine*, 131, 531- 534.
11. Cherny, N. & Coyle, N. (1994). Suffering in Advanced Cancer Patient: A Definition and Taxonomy. *Journal of Palliative Care*, 10, 57-70.
12. Chochinov, H. (2006). *Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care*. *CA A Cancer Journal for Clinicians*, 56, 84-103.
13. Fleming, M. (2003). *Dor Sem Nome: Pensar o Sofrimento*. Porto: Afrontamento.
14. Gameiro, M. (1999). *Sofrimento na Doença*. Coimbra: Quarteto.
15. Gameiro M. (2000). IESSD: um instrumento para a abordagem do sofrimento na doença. *Referência*, 4, 57-66
16. Gameiro, M. (2006). *O sofrimento na doença: Apresentação de um modelo facilitador do «Pensar o Sofrimento» e da organização das intervenções de alívio*. In: Arte(s) de Cuidar: Ciclo de Colóquios. Cultura e Doença Mental. O poder do Outro. Dor e Sofrimento (p. 135-153). Loures: Lusociência.
17. Kissane, D.; Spruyt, O. & Aranda, S. (2000). Palliative care - new approaches to the problem of suffering. *Internal Medicine Journal*, 30, 377-384.
18. Lesho, E. (2003). When spirit hurts: an approach to the suffering patient. *Arch Inter Med*, 163, 2429-2432.
19. Mako, C.; Galek, K. & Poppito, S. (2006). Spiritual Pain among patients with advanced cancer in palliative care. *Journal of palliative medicine*, 9 (5), 1106- 1113.
20. Morita, T. (2004). Palliative sedation to relieve psycho- Existential Suffering of terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28 (5): 445-450.
21. Morins, G. (2009). *Sofrimento e qualidade de vida em doentes com cancro no HDES, E.P.E*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa. Obtido a 20 de Agosto de 2009 em http://digitool01.sibul.ul.pt:1801/view/action/singleViewer.do?dvs=1260029874061~715&locale=pt&DELIVERY_RULE_ID=10&search_terms=sofrimento&adjacency=N&application= DIGITool-3&frameId=1&usePid1=true&usePid2=true.
22. Mota, D. & Pimenta, C. (2002). Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 4 (48), 577-583.
23. Neto, I. (2004). *Para além dos sintomas: A dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos*. In: Neto, I.; Aitken, H.; Paldrón, T. (eds), A dignidade e o sentido da vida: uma reflexão sobre a nossa existência. Cascais: Pergaminho.
24. Pallás, J. & Villa, J. (1991). *Metodos de Investigacion Aplicadas a la Atención Primaria de Salud*. Barcelona: Doyma.
25. Paulo, J. (2006). *As vivências da dor e do sofrimento na pessoa com doença oncológica em tratamento paliativo*. Dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à Universidade Aberta de Lisboa. Obtido a 20 de Agosto de 2009 em <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/698>.
26. Pereira, M. & Lopes C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Clempsi editores.
27. Rousseau, P. (2003). Spirituality and the dying patient. *Journal of clinical Oncology*, 21 (9), 54-56.
28. Sales, C.; Silva, A.; Ribeiro, M. & Wauters, N. (2003). A existencialidade da pessoa com neoplasia em tratamento quimioterápico. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 25 (2), 177-182.
29. Singer, P. A.; Martin, D. K. & kelmer, M. (1999). Quality End-of-life Care. Patients' Perspectives. *Jama*, 281 (2), 163- 168.
30. Steinhauer, K.; Christakis, N.; Clipp, E.; McNeilly, M; McIntyre, L. & Tulsy, J. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *Jama*, 284 (19), 2476-2482.
31. WHO. (2009). *Definition of palliative care*. Obtido em Janeiro de 2009, de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
32. WHO. (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*.- 2nd ed. Obtido a 17 de Outubro em <http://whqlibdoc.who.int/ha/2002/9241545577.pdf>

ESTUDO SOCIAL SUPPORT SARCOMA: INÍCIO DA FASE 2



SOCIALSUPPORTSARCOMA

O estudo Investigacional *Autogestão do doente com Sarcoma em tratamento multidisciplinar* já tem o seu desenho final e estrutura pronto a ser aplicado, entrando na Fase 2.

Em parceria estabelecida com a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), este estudo foi desenvolvido e vai ser implementado por ambas as entidades. A AEOP será a promotora e a implementadora 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.

A segunda fase inicia-se no final deste ano e corresponde à sua implementação.

Como objectivo primário pretende-se analisar a autogestão da doença Sarcoma por parte do doente submetido a tratamento

com QT, RT e/ou Cirurgia. Como objectivo secundário, pretende-se construir um Projecto Educativo de Intervenção junto destes doentes, partindo dos resultados obtidos do estudo.

CONGRESSO CANCRO DO PULMÃO E CANCRO DIGESTIVO: AEOP ESTEVE PRESENTE COM PROGRAMA CIENTÍFICO



Em parceria com o Grupo de Estudos Cancro Pulmão (GECPE) e com o Grupo de Investigação Cancro Digestivo (GICD), a AEOP esteve presente entre 11 e 14 Outubro no Algarve, com Programa em parceria científica. Foram dois momentos com boa participação dos presentes ficando a avaliação de que o debate foi alargado, de interesse científico, sendo que as apresentações ultrapassaram as expectativas. Alguns dos projectos e ideias aí discutidas serão utilizadas pela AEOP em futuras iniciativas. Momento alto no Congresso do Cancro Digestivo para o início da discussão das Linhas de Consenso na utilização da PEG. No Cancro do Pulmão, saliente-se o Fórum/Debate sobre “Viver com Cancro Pulmão: Como?”. Desta discussão contamos apresentar um documento de interesse para os profissionais e doentes.

CONGRESSO SPH 2012: AEOP PRESENTE COM PROGRAMA CIENTÍFICO



De 7 a 10 Novembro decorre mais um Congresso Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia (SPH) onde a AEOP estará presente pelo segundo ano consecutivo com um programa científico em parceria. Teremos 1 Sessão de Debate, 2 Sessões Educativas e 1 Sessão do Grupo Hemato-Oncologia da AEOP. Teremos a apresentação e discussão de trabalhos com a atribuição de dois prémios para os melhores. Este ano o Congresso decorre no Porto, no Hotel Porto Palácio. Contamos que seja mais um momento científico importante para hemato-oncologia. Serão apresentados 8 trabalhos em forma de poster, o que denota a boa adesão por parte dos enfermeiros a esta reunião.

LANÇAMENTO DAS LINHAS DE CONSENSO CANCRO ESÓFAGO



Este documento, lançado em Outubro 2012, apresenta as Linhas de Consenso de Enfermagem no Doente com Cancro do Esófago.

Este trabalho é o resultado dos consensos encontrados após a discussão científica entre enfermeiros com experiência com estes doentes, desenvolvido pelo Grupo AEOP

Digestivos. Podemos encontrar neste documento informação sintetizada sobre: Caracterização e classificação; Consulta/Acolhimento; Tratamento Standard: Cirurgia, Quimioterapia e Radioterapia; Acompanhamento/Seguimento; Tratamento Nutricional; Tratamento Paliativo. Toda a informação, incluindo *download* do documento, pode ser encontrado em www.aeop.net.

INÍCIO DA DISCUSSÃO LINHAS DE CONSENSO: PROCEDIMENTO NA UTILIZAÇÃO DA PEG



Utilizado frequentemente na área da cirurgia oncológica, trata-se de um procedimento endoscópico, percutâneo, para criação de uma abertura do estômago para a pele, destinada, habitualmente, à alimentação.

No decorrer do congresso nacional dos Digestivos, no passado mês de Outubro, em Vilamoura, iniciou-se a discussão das Linhas de Consenso dos procedimentos a ter com o doente portador de PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy). Foram efectuadas as primeiras discussões e o grupo AEOP Digestivos está a tratar a informação para uma segunda submissão à discussão.

ADVISORY COUNCIL MEETING, 23 E 24 NOVEMBRO, LJUBLJANA, SLOVENIA

Como tem sido habitual, a AEOP estará presente na próxima reunião interna da EONS, como membro efectivo, na definição e participação das actividades da nossa representante europeia, para o ano de 2013. Este ano, pela primeira vez, esta reunião será feita num dos países membros da EONS, tendo sido escolhida a Eslovénia em detrimento da candidatura portuguesa e inglesa. Toda a informação desta reunião e de outras estará disponível no site da EONS.

REUNIÃO CONSELHO CONSULTIVO AEOP, COIMBRA, 15 DEZEMBRO 2012



No final deste ano de 2012, a AEOP irá realizar uma reunião do seu Conselho Consultivo, mais uma vez em Coimbra, num sábado, 15 de Dezembro. Nesta reunião interna participarão os membros efectivos dos Workgroups e corpos sociais da AEOP, com a finalidade de discutir e definir as actividades científicas relevantes da AEOP para 2013. Nesta fase, os grupos de trabalhos estão em discussão pública no sentido de apresentarem propostas. O programa da reunião estará disponível brevemente.

AEOP 6: GRANDE HOTEL LUSO, 17 E 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 participação 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 de qualidade que queremos oferecer. Já está disponível informação sobre a logística necessária para estar presente neste evento.

Datas importantes a reter na disponibilização de informação no site em www.aeop.net:

Regulamento da apresentação trabalhos: Janeiro 2013.

Início das inscrições na reunião: Março 2013.

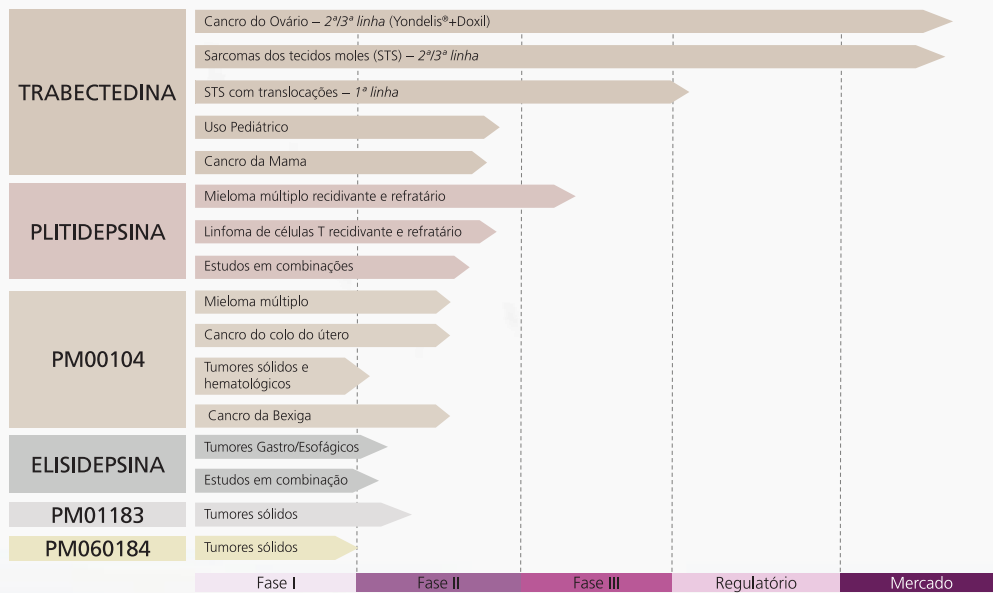
Programa final: Março 2013.

No site da AEOP poderá já encontrar informação sobre o programa estruturante. Este ano, teremos uma página individualizada com informação privilegiada on-line e actualizada sobre os temas em discussão.

Na próxima revista contamos detalhar toda a informação da próxima AEOP 6. Fique atento e marque na sua agenda para 2013.

Todo o poder do mar, agora contra o cancro

Seis compostos em desenvolvimento clínico



Para mais informações por favor contacte a PharmaMar.

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

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

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

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

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

- Fácil de usar e sem sabor desagradável.



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

Referências:

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



EUSA Pharma

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

Code: CAP/PT/003.0210.01

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

mouthsmadegood



EM PORTUGUÊS

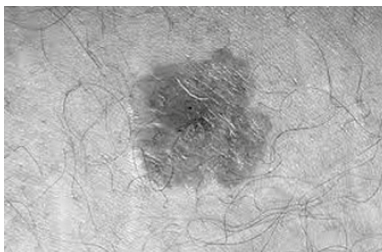


Data preparação Maio de 2010

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>

CANCRO DA PELE

Expressão de molécula no sistema imune inibe crescimento de cancro da pele



Investigadores dos EUA descobriram que a alta expressão de uma molécula de sinalização celular, conhecida como interleucina-9, em células do sistema imunológico é capaz de inibir o crescimento do melanoma. O estudo foi conduzido no Brigham and Women's Hospital e publicado na revista *Nature Medicine*, avança o portal ISaúde.

Após observar ratos sem os genes responsáveis pelo desenvolvimento de uma célula de imunidade chamada de célula T helper 17 (TH17), os investigadores descobriram que estas cobaias tinham uma resistência significativa ao crescimento do tumor melanoma, sugerindo que o bloqueio da célula TH17 favorece a inibição do tumor. Os investigadores também detectaram que os ratos expressaram quantidades elevadas de interleucina-9.

“Estes foram resultados inesperados, o que nos levou a examinar uma possível contribuição da interleucina-9 a supressão do crescimento

do cancro”, diz um dos líderes da pesquisa, Rahul Purwar.

Os investigadores em seguida trataram os ratos portadores de melanoma com células T helper 9 (TH9), uma célula imunológica que produz a interleucina-9. Eles viram que estes ratos também tiveram uma profunda resistência ao crescimento do melanoma. Este é o primeiro estudo a exibir um efeito anti-tumoral de células TH9.

Além disso, os investigadores foram capazes de detectar células TH9, tanto no sangue, quanto na pele humana. Em contraste, as células TH9 são ausentes ou presentes em níveis muito baixos no melanoma humano. Esta nova descoberta abre caminho para futuros estudos que irão avaliar o papel das células de interleucina-9 e TH9 na terapia do cancro humano.

“A imunoterapia contra o cancro está a evoluir, temos tido resultados animadores em pacientes com melanoma tratados com drogas que estimulam o sistema imunológico”, diz o investigador envolvido no estudo Thomas S. Kupper. “Esperamos que os nossos resultados também sejam traduzidos para o tratamento de pacientes com melanoma, mas muito trabalho ainda precisa ser feito”. De acordo com os investigadores, outras moléculas de sinalização celular têm sido utilizadas no tratamento do melanoma; no entanto, este estudo é o primeiro a investigar o papel da interleucina-9 na imunidade do tumor melanoma.

POP, 10 JULHO 2012

Melanomas crescem de “forma exponencial”

Mil novos casos de cancro maligno de pele deverão surgir durante este ano em Portugal, sendo que cerca de um terço estarão já num estado avançado que dificulta o tratamento, segundo dados da Sociedade Por-

tuguesa de Dermatologia, avança a agência Lusa.

O melanoma será um dos temas centrais do Congresso de Dermatologia, que decorre entre sexta-feira e domingo em Tróia, no ano em que a Sociedade Portuguesa da especialidade comemora 70 anos.

“O melanoma está a crescer de uma forma exponencial, entre cinco a oito por cento em cada ano, como nos restantes países europeus”, afirmou à agência Lusa Américo Figueiredo, presidente da Sociedade.

Apesar de os diagnósticos de melanoma conseguirem ser cada vez mais precoces, o dermatologista avisa que ainda é insuficiente, porque continuam a surgir muitos casos de casos de tumores malignos em estádios de evolução sem possibilidade de controlo.

“Melanomas com dois ou três milímetros de espessura não têm grandes possibilidades do ponto de vista terapêutico, quer medicamentoso, quer cirúrgico. Quando fazemos diagnósticos inferiores a um milímetro há facilidade no controlo da doença”, explica Américo Figueiredo.

Além dos cuidados na exposição ao sol, os dermatologistas recomendam uma vistoria anual aos sinais de todo o corpo, com especial atenção para os locais de difícil visualização, como o couro cabeludo ou a área genital.

Devem ainda ser mostrados ao médico os sinais novos que surgem depois da puberdade, bem como todos os que se alteram na cor, textura, elevação ou contornos.

“Temos de estar mobilizados para que os cancros que são evitáveis sejam controlados, como é o caso do melanoma. E esperamos que se possa tornar uma doença crónica e não uma doença aguda que colhe vidas”, defende à Lusa Américo Figueiredo.

No Congresso vão ser ainda debatidas as doenças dermatológicas desenvolvidas em contexto laboral, como as alergias de contacto desenvolvidas no âmbito de uma profissão, como pedreiros ou marceneiros.

POP, 18 OUTUBRO 2012

ONCOLOGIA MOLECULAR

Proteína sintética induz morte celular programada de células do cancro

Pesquisadores da Universidade Hebraica de Jerusalém e do Instituto de Ciência Weizmann, em Israel desenvolveram uma proteína sintética capaz de causar apoptose, ou morte celular programada, avança o *Isaúde.net*. A técnica, descrita na revista *Journal of Biological Chemistry*, pode levar a novas abordagens para o tratamento de vários tipos de cancro.

A apoptose é um mecanismo de defesa essencial contra a disseminação de células anormais, tais como o cancro. É um processo complexo que ocorre através de redes de proteínas que interagem umas com as outras. As células cancerosas geralmente evitam este processo devido a mutações nos genes que codificam as proteínas relevantes. O resultado é que as células cancerosas sobrevivem e assumem o controlo enquanto as células saudáveis morrem. Para o estudo, Chen Hener-Katz e seus colegas examinaram a interação entre duas proteínas importantes envolvidas na morte da célula: mitochondrial carrier homologue 2 (MTCH2) e truncated BID (tBID), que estão envolvidos no processo de apoptose.

Os investigadores descobriram as regiões nas duas proteínas que são responsáveis pela ligação com a outra, um passo crítico no início da apoptose.

Após a descoberta, eles desenvolveram curtos fragmentos de pro-

teínas sintéticas, ou peptídeos, que imitam as áreas sobre as proteínas que se ligam umas às outras, e fazendo isso inibiram essa ligação.

Em experiências de laboratório realizados em culturas de células, isto resultou na morte de células cancerosas de origem humana.

“Estes segmentos da proteína poderiam ser a base de futuras terapêuticas oncológicas nos casos em que o mecanismo de morte celular natural não está a funcionar correctamente. Nós apenas começamos a descobrir o potencial escondido na interacção entre essas proteínas. Este é um alvo importante para o desenvolvimento de fármacos contra o cancro que irão estimular a apoptose”, conclui o pesquisador Assaf Friedler.

POP, 13 JULHO 2012

ADN é capaz de detectar falhas genéticas que podem levar ao cancro

Uma pesquisa realizada no California Institute of Technology, em Pasadena (EUA), aponta que o organismo pode usar “fios” de ADN para detectar falhas genéticas que, se não reparadas, podem evoluir para doenças como cancro e contribuir para o declínio físico e mental no envelhecimento. O trabalho foi apresentado no domingo dia 19, na 244ª edição do National Meeting & Exposition of the American Chemical Society, em Filadélfia, avança o portal *Isaúde*.

A pesquisa rendeu à autora, Jacqueline Barton, a U.S. National Medal of Science, maior honra para a realização científica dos EUA. O mérito consistiu na descoberta de que as células usam as cadeias duplas do ADN como um fio de sinalização de anormalidades.

“O ADN é um fio muito frágil e especial”, disse a autora do estudo, Jacqueline Barton. “Você nunca vai

ligar uma casa com ele, e ele não é robusto o suficiente para ser usado em dispositivos electrónicos. Mas esse estado frágil é exactamente o que faz o ADN tão bom como biossensor eléctrico para identificar danos genéticos”, explicou.

Conforme a cientista, danos ocorrem constantemente no ADN, “as células da pele, por exemplo, que recebem a exposição excessiva à luz solar ou que as células do pulmão atingido com substâncias cancerígenas na fumaça de cigarro”. As células, segundo a pesquisa, têm um sistema de reparo natural em que proteínas específicas constantemente patrulham a arquitectura do ADN. Elas monitorizam os três bilhões de pares, procurando e consertando danos de substâncias cancerígenas e outras fontes.

Os cientistas notaram que a arquitectura de ADN se assemelha quimicamente à dos materiais de estado sólido usados em transistores e outros componentes electrónicos. E bases do ADN são empilhadas umas em cima das outras, num arranjo que pareceu capaz de conduzir electricidade.

“É como uma pilha de moedas de cobre”, disse Barton. “E quando em boas condições e devidamente alinhada, aquela pilha de moedas pode ser condutora. Mas se uma das moedas está um pouco errada – se não for empilhada tão bem –, então não vai ser capaz de obter boa condutividade. Mas, se estas bases são incompatíveis ou se houver qualquer outro dano ao ADN, como pode acontecer com os danos que conduzem ao cancro, o fio é interrompido e electricidade não fluirá bem”, detalhou.

POP, 27 AGOSTO 2012

FDA aprova versão da Teva do Neupogen® da Amgen

A Teva anunciou na quinta-feira que a FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) aprovou o tbo-filgrastim, que é semelhante ao Neupogen® (filgrastim) da Amgen, para reduzir a duração da neutropenia grave em adultos com doenças malignas não mielóides tratados com fármacos quimioterápicos, que diminuem substancialmente a produção de neutrófilos. A farmacêutica referiu que o produto é o primeiro factor estimulante das colónias de granulócitos (G-CSF) a ser aprovado nos EUA em mais de 10 anos, avança o site FirstWord.

A farmacêutica avançou que nos EUA, onde o Neupogen® enfrenta a expiração da patente no próximo ano, o tbo-filgrastim foi registado como uma aplicação biológica uma vez que a via de aprovação biossimilar ainda não foi estabelecida. No início deste ano, a FDA emitiu um projecto de orientações destinado a ajudar as empresas farmacêuticas no desenvolvimento de produtos biológicos similares nos EUA.

POP, 31 AGOSTO 2012

Quimioterápico usado para tratar cancro danifica células do coração

Investigadores da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), no Brasil, realizaram duas descobertas importantes num mesmo estudo. Primeiro, identificaram a provável causa dos problemas cardíacos que afectam as pessoas tratadas com doxorubicina, antibiótico naturalmente produzido por bactérias e amplamente usado para combater alguns dos tipos mais comuns de cancro. Em experiências com ratos, eles verificaram que esse compos-

to destrói a distrofina, proteína que mantém a forma e permite a contracção das células cardíacas. No mesmo estudo, a investigadora Érica Carolina Campos, da equipa do patologista Marcos Rossi, encontrou uma forma promissora de reduzir os danos da doxorubicina no coração, avança o portal ISaúde.

A doxorubicina é um composto derivado das antraciclina, isoladas na década de 1960 a partir da bactéria *Streptomyces peucetius*. Desde então tem sido usada como quimioterápico por causa do seu amplo espectro de actividade. “As antraciclina causam danos irreversíveis às células tumorais por se intercalarem no ADN, inibirem a síntese de proteínas e produzirem espécies reactivas de oxigénio, causando a morte celular”, explica Rossi. “Por isso, elas sempre foram consideradas um dos medicamentos mais eficazes no tratamento de tumores humanos”.

Com o tempo, no entanto, verificou-se que a doxorubicina produz efeitos colaterais que se tornam cada vez mais intensos. O principal deles é a dilatação do coração, que causa insuficiência cardíaca e pode levar à morte. A insuficiência pode ser aguda, observada logo após a administração da primeira dose ao paciente e facilmente tratada, ou crónica, que se manifesta ao longo de meses de tratamento. Actualmente, a estratégia para tentar reduzir os danos cardíacos é limitar a dosagem da medicação a algo entre 500 e 550 miligramas por metro quadrado (mg/m²) de superfície corporal – uma pessoa de 1,80 m e 80 quilos tem cerca de 2 m² de superfície corporal e pode receber uma dose cumulativa máxima de 1.000 a 1.100 mg. Mesmo assim, não se consegue evitar completamente os efeitos tóxicos. “Estima-se que 5% a 35% dos pacientes que recebem dose superior a 400 mg/m² de antracicli-

nas apresentam queda nos índices de função cardíaca ou até insuficiência cardíaca”, diz Rossi.

Algumas hipóteses tentavam explicar a origem dos danos que a doxorubicina causa às células do coração (cardiomiócitos). A mais estudada delas é o stress oxidativo. De acordo com os defensores dessa ideia, as antraciclina geram radicais livres, moléculas altamente reactivas que causariam lesões na membrana e em outros componentes das células. “Mas esse mecanismo tem sido cada vez mais questionado”, comenta Rossi. “Isso aumentou o nosso interesse em estudar a causa da lesão cardíaca e permitiu propor que ela seja consequência de danos a proteínas estruturais dos cardiomiócitos, principalmente a distrofin”.

Para testar essa hipótese, a investigadora tratou durante duas semanas três grupos de ratos com doses diferentes de doxorubicina e analisou o que acontecia com o coração dos roedores. “Avaliámos a expressão das proteínas nas células do coração e também a função cardíaca 7 dias e 14 dias após a última dose administrada”, conta Érica Carolina Campos.

A cientista verificou uma perda significativa da distrofin nas células cardíacas. Quanto maior a dose do medicamento, menos distrofin havia no coração e maior a taxa de mortalidade entre os animais, relataram os investigadores num artigo no *European Journal of Pharmacology*. Exames de imagem, como a ecocardiografia, revelaram também que a perda de distrofin prejudicou a capacidade de bombeamento de sangue. “A perda de distrofin foi considerada a causa estrutural responsável pela perda da função cardíaca”, afirma a investigadora.

Mas confirmar o efeito nocivo não bastava. Os cientistas também

queriam saber como a distrofin é destruída pela medicação. “Descobrimos que os danos na membrana dos cardiomiócitos permitem a entrada de mais íons de cálcio”, explica Rossi. “Isso, por sua vez, activa as proteases (enzimas) que lesam as células”.

Na posse desse conhecimento, os cientistas passaram a procurar formas de reduzir os danos cardíacos causados pelas antraciclina. Um dos compostos que testaram foi o relaxante muscular dantrolene, que reduz a contracção das células ao bloquear a entrada de cálcio. Administrado com a doxorubicina, o relaxante muscular reduziu a perda de distrofin e os focos de lesão. “Os ratos tratados com dantrolene e doxorubicina mantiveram função cardíaca semelhante à dos animais controlos [que tinham recebido placebo em vez do quimioterápico]”, conta Rossi. “As nossas descobertas entusiasma porque abrem a possibilidade de que, no futuro, talvez possam reorientar a prática clínica”.

POP, 10 JULHO 2012

CANCRO DA MAMA

Nova técnica cirúrgica ajuda a reduzir sequelas do cancro da mama

Uma investigação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no Brasil, chegou a uma nova técnica cirúrgica capaz de reduzir as sequelas do cancro da mama, avança o portal *Isaúde*.

Segundo a cirurgiã Mônica Duarte Pimentel, os resultados da experiência foram animadores. Os nervos isolados estudados na pesquisa são facilmente lesados em procedimentos cirúrgicos como esse – durante o procedimento, a investigadora preservou dois nervos – intercostobraquial e terceiro nervo intercostal

– “por causa da forma como estão dispostos, há grande risco de serem prejudicados se não houver a intenção de poupá-los”, diz.

Após um ano de acompanhamento, 80% das pacientes operadas deste modo apresentaram menor nível de dor. Além disso, a sensibilidade do braço foi preservada em 64% dos casos. “Após a cirurgia com as modificações propostas, as pacientes tiveram melhora considerável”, afirma a médica.

Ela explica que durante muito tempo pensou-se que esses nervos dificultavam a operação de esvaziamento, atrapalhando o controlo do cancro, por isso eram retirados. A pesquisa revelou o contrário: “Preservar tais estruturas não atrapalha o controlo do cancro. E as sequelas para a paciente justificam a busca de uma alternativa”, explica a investigadora.

Duração

Apesar de necessitar de mais cuidado durante a cirurgia, a mudança de procedimento não exige grande aumento no tempo da paciente no bloco cirúrgico. “Em geral, são acrescentados apenas mais 10 ou 15 minutos”, afirma a cientista. No entanto, não são todos os casos em que é possível realizar essa cirurgia. “Algumas situações, como um grande número de linfonodos comprometidos na axila, ou nódulos muito aumentados, que envolvam o nervo, impedem que este seja preservado. Mas na grande maioria das pacientes isto é possível”, esclarece a cirurgiã.

Mônica Duarte Pimentel também comparou os benefícios de preservar ambos os nervos ou apenas o intercostobraquial. Apesar de apresentar desempenho superior quando os dois são poupados, a diferença não é suficientemente significativa para justificar a preservação do segundo nervo. A autora da tese, no entanto, ressalta a importância de mais estudos na área “É necessário estudar

mais o assunto, com número maior de pacientes, para verificarmos essas conclusões”.

POP, 27 JULHO 2012

TUMORES LIQUIDOS

Combinação de medicamentos reduz efeitos secundários no tratamento da leucemia

Uma investigação da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto, no Brasil, revela que a utilização do fármaco Zebularina é eficaz no tratamento da leucemia linfoblástica aguda (LLA) pediátrica, principalmente numa aplicação conjunta com o quimioterápico Metotrexato (MTX). Os resultados apontam que, se administrados juntos, os dois medicamentos são eficientes em doses menores do que se administrados separados. A necessidade de menos medicamentos na terapia contra o cancro diminui a ocorrência de efeitos secundários, avança o portal Saúde.

De acordo com o responsável pelo estudo, o biólogo Augusto Faria Andrade, “esse fármaco ainda não é usado em nenhum tratamento, mas noutros estudos in vitro [que ocorre em meio artificial, sem o uso de animais] ele já foi testado em uma grande variedade (de cancros), como mama, próstata, leucemias, linfomas, glioblastoma, e sempre obteve sucesso”.

A LLA é o cancro hematológico mais comum na infância, mas que também acomete adultos. Cerca de 20% das pessoas que tem esta doença voltam a desenvolvê-la. Nesta doença, as células alteradas substituem, na medula óssea, as células saudáveis, e a produção das células sanguíneas fica comprometida.

O tratamento para LLA realizado no Hospital das Clínicas (HC), no Brasil, actualmente, ocorre de

acordo com o Grupo Brasileiro de Tratamento a Leucemia na Infância (GBTLI). Envolve diversas etapas, como indução, consolidação da remissão, intensificação, consolidação tardia e manutenção, e diversas drogas aplicadas em combinação. A duração do tratamento, segundo o investigador, é de dois a três anos, dependendo do grupo.

Próximo passo

O fármaco não está na fase dos testes clínicos, mas Andrade acredita que os estudos de especificidade e eficácia ajudarão as pesquisas a prosseguirem para um próximo estágio. Para que o medicamento passe a ser utilizado no tratamento da leucemia, ou mesmo para que seja testado em humanos, o biólogo diz que “seria preciso mais estudos in vitro para melhor analisar como a droga seria metabolizada e quais as consequências possíveis para seres humanos”. Só assim os testes poderiam passar para a etapa in vivo, que corresponde a testes em ratinhos, e depois, humanos.

“A Zebularina tem preferência por células cancerosas, o que diminui os efeitos secundários”, diz o cientista, ressaltando que “é descrita como menos tóxica que medicamentos similares já aprovados desde 2004, como a Azacitidina”. O investigador acredita que dentro de cinco ou dez anos o produto poderá ser comercializado – factores como resultados, financiamento para os estudos e a autorização dos órgãos competentes como a FDA, nos EUA, e da ANVISA, no Brasil, influenciarão no processo.

POP, 1 AGOSTO 2012

FDA aprova Bosulif da Pfizer

FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) anunciou na terça-feira ter aprovado o Bosulif® (bosutinibe) da Pfizer para o

tratamento de doentes adultos com leucemia mielóide crónica (LMC) em fase crónica, acelerada ou com explosão do cromossoma Filadélfia positivo (Ph +), que são resistentes ou que não podem tolerar outras terapias, como o Glivec® (imatinib) da Novartis, avança o site FirstWord.

“Com a aprovação dos inibidores de tirosina-quinase, estamos a assistir a melhorias no tratamento da LMC com base numa melhor compreensão das bases moleculares da doença”, comentou Richard Pazdur, director da Divisão de Produtos para Hematologia e Oncologia no Centro da FDA para Avaliação e Pesquisa de Medicamentos.

A aprovação do fármaco baseou-se em dados do estudo 200, que incluiu 546 pacientes com LMC em fase crónica, acelerada ou com Ph +. Todos os pacientes tinham doença que progrediu após tratamento com Glivec® ou Gleevec® seguido pelo Sprycel® (dasatinib) da Bristol-Myers Squibb e/ou Tasigna® (nilotinib) da Novartis e todos os pacientes receberam Bosulif®. Às 24 semanas, os dados mostraram que 33,8 por cento dos pacientes tratados com Glivec® apenas atingiram uma resposta citogenética major (MCyR). Dos doentes que atingiram MCyR em qualquer momento, 52,8 por cento tiveram a sua resposta durar, pelo menos, 18 meses. Entre os pacientes previamente tratados com Glivec® seguido por Sprycel® e/ou Tasigna®, 26,9 por cento conseguiram MCyR nas primeiras 24 semanas de tratamento e destes 51,4 por cento tiveram a sua MCyR durar pelo menos nove meses.

Entre os doentes com LMC acelerada previamente tratados com, pelo menos, Gleevec®, 33 por cento obtiveram uma resposta hematológica completa e 55 por cento tiveram uma resposta hematológica global dentro das primeiras 48

semanas de tratamento. Ao mesmo tempo, 15 por cento e 28 por cento dos doentes com Ph + atingiram uma resposta hematológica completa e resposta hematológica global, respectivamente.

Os reguladores europeus aceitaram um pedido para a terapia na LMC Ph + recém-diagnosticada na fase crónica, em Agosto de 2011..

POP, 6 SETEMBRO 2012

CANCRO DIGESTIVO

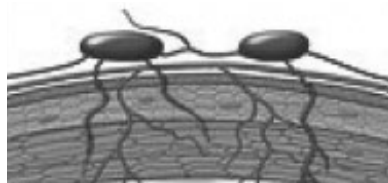
FDA aprova ZALTRAP® para doentes com cancro colo-rectal metastizado e já tratado

A Sanofi e a Regeneron Pharmaceuticals, Inc. anunciaram, em comunicado de imprensa, que a FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) aprovou o ZALTRAP® (ziv-aflibercept) solução intravenosa, em combinação com 5-fluorouracil, leucovorin, irinotecano (FOLFIRI) para doentes com cancro colo-rectal metastizado resistente à oxaliplatina ou que tenham demonstrado progressão da doença após tratamento à base de oxaliplatina.

O ZALTRAP® foi aprovado após revisão prioritária da FDA, uma designação dada às terapêuticas que representam grandes avanços no tratamento ou oferecem tratamento quando não existe nenhuma terapêutica adequada. Os pedidos de autorização de comercialização de ZALTRAP® estão também a ser avaliados pela Agência Europeia de Medicamentos (EMA) e outras entidades reguladoras em todo o mundo.

POP, 28 AGOSTO 2012

EUA aprovam novo tratamento para cancro colo-rectal avançado



A FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) aprovou o medicamento Stivarga® (regorafenib), da Bayer, para tratar pacientes com cancro colo-rectal avançado, avança o portal Isaúde.

O medicamento é indicado para pacientes cuja doença progrediu após tratamento e se espalhou para outras partes do corpo (metástase).

Stivarga® é um inibidor quinase que bloqueia várias enzimas que promovem o crescimento do cancro. O fármaco foi revisto sob o programa de prioridade da FDA que fornece uma revisão de seis meses de drogas que oferecem grandes avanços no tratamento ou que fornecem terapia quando não existe uma adequada.

“Stivarga® é o tratamento do cancro colo-rectal mais recente a demonstrar capacidade de prolongar a vida dos pacientes e é o segundo medicamento aprovado para pacientes com cancro colo-rectal nos últimos dois meses”, afirma Richard Pazdur, da FDA.

A segurança e a eficácia do medicamento foram avaliadas em um estudo clínico de 760 pacientes previamente tratados com cancro colo-rectal metastático. Os pacientes foram aleatoriamente designados para receber Stivarga® ou placebo. Eles receberam o tratamento até que o seu cancro tivesse progredido ou os efeitos secundários se tenham tornado inaceitáveis.

Os resultados mostraram que os pacientes tratados com Stivarga® viveram uma média de 6,4 meses, em comparação a uma média de cinco

meses nos doentes tratados com placebo. Os resultados também mostraram pacientes tratados com o medicamento sofreram maior retardo no crescimento do tumor.

Os efeitos secundários mais comuns relatados em pacientes tratados com Stivarga® incluem fraqueza ou fadiga, perda de apetite, diarreia, feridas na boca (mucosite), perda de peso, infecção, pressão alta, e mudanças no volume de voz ou de qualidade (disfonia).

De acordo com os Centros para Controlo e Prevenção de Doenças (CDC), o cancro colo-rectal é o terceiro cancro mais comum em homens e em mulheres e a terceira principal causa de morte nos Estados Unidos. Os Institutos Nacionais de Saúde estimam que 143.460 norte-americanos serão diagnosticados com cancro colo-rectal, e 51.690 morrerão da doença em 2012.

POP, 01 OUTUBRO 2012

Investigadores norte-americanos descobrem possível tratamento contra o cancro pancreático

Investigadores norte-americanos encontraram um possível tratamento contra o cancro pancreático, um dos mais letais, avança o site noticioso SRZD.

A experiência foi realizada no Centro de Cancro do Hospital Geral de Massachusetts, nos EUA, e os seus resultados foram publicados na revista Nature. Esses resultados podem ajudar o tratamento por se tratar de trabalhar no estágio avançado da doença.

O pâncreas é uma glândula do organismo que ajuda na digestão e faz o metabolismo através da insulina. Ele também quebra as moléculas de açúcar e utiliza essas moléculas como forma de energia para o tecido muscular.

Os cientistas implantaram um microchip nas células tumorais em

humanos e ratinhos e verificaram o aumento da WNT2, que é uma célula que causa o cancro. Através dessa descoberta, os cientistas tentaram de várias formas usar agentes diferentes para travar a WNT2 e descobriram que, se inibirem a proteína TGF-beta (TAK1), preveniriam a metástase do pâncreas, logo, a utilização dessa proteína ajudaria o processo de tratamento em estágio avançado da doença.

POP, 1 AGOSTO 2012

Divulgados resultados sobre a utilização de ZALTRAP® da Sanofi



A Sanofi anunciou, em comunicado de imprensa, que a edição de Outubro de 2012 do Journal of Clinical Oncology (JCO) publicou resultados detalhados do estudo VELOUR, um ensaio clínico de fase III que avaliou o Zaltrap® (afibercept), solução intravenosa para o tratamento de doentes com cancro colo-rectal metastizado e previamente tratado.

O Zaltrap® é uma proteína de fusão recombinante que se liga ao factor de crescimento endotelial vascular (VEGF)-A, VEGF-B e factor de crescimento placentário (PIGF).

No ensaio VELOUR, que envolveu doentes com cancro colo-rectal metastizado e previamente tratados com um regime de quimioterapia à base de oxaliplatina, o Zaltrap® em combinação com o regime de quimioterapia FOLFIRI (5-fluorouracil, leucovorin, irinotecan), mostrou uma melhoria estatisticamente significativa da sobrevivência em geral, sobrevivência livre de progressão e a taxa da resposta geral do tumor versus placebo + FOLFIRI.

POP, 09 OUTUBRO 2012

CANCRO DO PULMÃO

Há cada vez mais não fumadores com cancro do pulmão

Um estudo francês divulgado na reunião anual da Sociedade Europeia de Patologia Respiratória (ERS) revela que, na última década, o tipo mais comum de cancro de pulmão aumentou nos não fumadores e em mulheres. Resta perceber porquê, escreve o jornal Público.

Uma equipa de especialistas em França analisou, com um intervalo de uma década, mais de 7600 novos casos de cancro do pulmão e apresenta nesta terça-feira os resultados no congresso anual da ERS, que se realiza em Viena. Comparando os dados obtidos em 2000 e em 2010, o que os investigadores encontraram foi um aumento do número de 4 pontos percentuais nos não fumadores e de oito nas mulheres afectadas com cancro de pulmão de não-pequenas células, o tipo mais comum (80 a 90% dos casos) deste cancro. Por outro lado, nota-se também que há mais diagnósticos feitos na fase mais adiantada do cancro. E se há quem aponte para a emissão de gases diesel como um dos possíveis culpados, a verdade é que ninguém sabe dizer por que é que isto está a acontecer, sublinha o Público.

No que se refere aos não fumadores, o aumento do número de casos entre 2000 e 2010, relatado pelos especialistas, é de 7,9% para 11,9% do total de pessoas afectada por cancro do pulmão. Mais notório ainda é o caso das mulheres (fumadoras e não fumadoras) com um número que cresceu de 16% para 24,4%. O comunicado divulgado pela Fundação Europeia do Pulmão sobre este estudo sublinha que no caso das mulheres o aumento se verificou sobretudo entre as que não fumam já que nas doentes fumadoras ou ex-fumadoras as taxas parecem estáveis (64% em 2000 e

66% em 2010). Os resultados mostram ainda que há menos homens com este tipo de cancro e que a taxa de homens que nunca fumaram aumentou na última década.

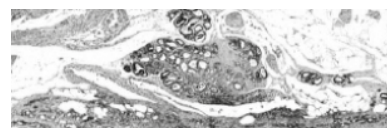
Sobre o diagnóstico, os especialistas indicam que 58% dos casos de cancro são detectados já na fase 4, a mais adiantada da doença. Neste capítulo, sobra mais uma preocupação quando se comparam os valores encontrados em 2000 e em 2010, notando-se um aumento de 15 pontos percentuais. Porém, os investigadores acreditam que este resultado pode estar relacionado com uma nova forma de classificar as diferentes fases da doença, avança o Público.

E sobre as razões que explicam estes novos números? Os especialistas não arriscam uma resposta, sublinhando que é preciso estudar este fenómeno. Citado no comunicado, Chrystele Locher, principal autor do estudo, nota que “recentemente, a Organização Mundial de Saúde classificou os gases diesel como carcinogénicos, mas é preciso investigar mais para perceber quais são os outros factores que estão a fazer com que o cancro de pulmão aumente entre os não fumadores”. O especialista aproveita ainda para sugerir a preparação de campanhas antitabágicas dirigidas especialmente às mulheres, já que neste grupo não houve uma evolução positiva na última década.

POP, 04 SETEMBRO 2012

CANCRO UROLÓGICO

FDA aprova medicamento para tratar cancro da próstata avançado



A FDA, a entidade que regula os medicamentos nos EUA, aprovou, na sexta-feira, um novo medicamento

para o tratamento contra o cancro da próstata com metástase. Trata-se da Enzalutamida, medicamento que será indicado para pacientes que apresentam a doença em estágio avançado mesmo após terem passado por tratamentos hormonais (que são usados como primeira opção) e por quimioterapia, avança a revista VEJA.

O fármaco, que será vendido com o nome da marca Xtanti®, foi desenvolvido pelos laboratórios Medivation e Astellas Pharma e deverá ser comercializado a partir da segunda quinzena deste mês.

Segundo a FDA, uma caixa com cápsulas suficientes para um mês de tratamento custará 7.450 dólares. Estudos envolvendo o medicamento mostraram que um doente precisa de fazer uso do medicamento durante oito meses, em média.

Efeitos

A fase final das pesquisas feita com a Enzalutamida teve os seus resultados publicados em Agosto deste ano. Os testes clínicos revelaram que o medicamento eleva a sobrevivência de pacientes com cancro da próstata avançado em cinco meses em comparação com a quimioterapia tradicional, além de provocar efeitos secundários ‘muito mais brandos’ do que as terapias já existentes.

Os estudos também indicaram que os homens que tomaram o fármaco, em relação aos que receberam placebo, apresentaram uma melhoria em aspectos como retardamento da progressão da doença e melhores resultados nos exames de PSA.

Os efeitos secundários mais observados entre pessoas que fizeram uso do medicamento foram fadiga, fraqueza e dor nas costas. A FDA exigiu que os laboratórios responsáveis pelo fármaco realizem estudos que avaliem os efeitos da Enzalutamida pós-comercialização.

Mecanismo

A Enzalutamida é uma classe de drogas conhecidas como inibidoras de andrógeno, ou seja, que bloqueiam a acção de hormonas como a testosterona, que estimulam o crescimento do cancro na próstata. Esse bloqueio pode ser feito de diversas formas. No caso deste novo medicamento, a própria substância do fármaco liga-se aos receptores de andrógenos das células cancerígenas, tornando-se uma “concorrente” das hormonas na disputa por esses receptores.

Embora a actual indicação da Enzalutamida seja para pacientes com estágio avançado de cancro da próstata que já passaram por todos os tratamentos disponíveis contra a doença, os especialistas acreditam que a grande esperança do fármaco seja agir sobre a fase inicial do problema. Ou seja, utilizada antes de cirurgias e da quimioterapia, evitando ou retardando um tratamento mais invasivo. De acordo com a Medivation, estudos envolvendo esse uso do medicamento já estão a ser feitos, mas não há previsão de quando os resultados serão publicados.

POP, 04 SETEMBRO 2012

Inlyta da Pfizer aprovado na UE

A Pfizer informou na terça-feira que a Comissão Europeia aprovou o seu fármaco Inlyta® (axitinibe) para o tratamento de adultos com carcinoma de células renais avançado (CCR) após falha do tratamento prévio com o seu medicamento Sunitent® (sunitinib) ou com citocina. A decisão segue um parecer positivo do Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) da Agência Europeia do Medicamento (EMA) em Maio, avança o site FirstWord.

A farmacêutica referiu que a aprovação do inibidor da quinase oral foi baseado em dados das fases finais do ensaio clínico AXIS, que com-

parou o Inlyta® ao Nexavar® (sorafenibe) da Bayer e Onyx Pharmaceuticals, o actual tratamento padrão de segunda linha para esta população de pacientes. Os resultados demonstraram que os doentes que tomaram o medicamento da Pfizer® tiveram sobrevida média livre de progressão (PFS) de 6,8 meses, que foi significativamente maior em comparação com aqueles tratados com Nexavar®, o que representa uma melhoria de 45 por cento na PFS mediana.

O Inlyta® foi aprovado pela FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) em Janeiro para o tratamento de carcinoma de células renais avançado depois de falha de uma terapia sistémica de primeira linha. O fármaco também está autorizado em vários outros países, incluindo Suíça, Japão, Canadá, Austrália e Coreia.

POP, 06 SETEMBRO 2012

Ajude a Evitar as NVIQ* Antes que Comecem

com EMEND® como parte de uma terapêutica
combinada



EMEND

* NVIQ = náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia

Denominação do medicamento EMEND 125mg/80mg cápsulas; IIVEMEND 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. IIVEMEND (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 IIVEMEND 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%), ele-vação da ALT (2,8%), obstipação (2,2%), cefaleias (2,2%) e anorexia (2,0%). Outras reacções adversas frequentes num estudo de bioequivalência com fosaprepitant por via intravenosa: endurecimento e dor no local de perfusão. **Advertências e precauções especiais de utilização** Precaução na coadministração com medicamentos que são metabolizados principalmente pelo CYP3A4 e com índice terapêutico estreito, como ciclosporina, tacrolimus, sirolimus, everolimus, alfentanil, diergotamina, ergotamina, fentanil, e quinidina. Aprepitant pode aumentar as concentrações plasmáticas dos medicamentos metabolizados via CYP3A4. A co-administração de EMEND com varfarina pode resultar numa diminuição clinicamente significativa do Rácio Norma-lizado Internacional (INR) do tempo de protrombina. Nos doentes com varfarina, o INR deverá ser cuidadosamente monitorizado durante o tratamento com aprepitant e nas 2 semanas após cada ciclo de 3 dias para NVIQ. A eficácia dos contraceptivos hormonais pode estar diminuída durante a administração oral de aprepitant e nos 28 dias seguintes. **Interações medicamentosas e outras formas de interacção** A dose habitual de dexametasona oral deverá ser reduzida em aproximadamente 50% quando co-administrada com

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

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

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

 MSD ONCOLOGIA

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

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

Linha Verde MSD
800 20 25 20

EMEND® (aprepitant, MSD) IIVEMEND® (fosaprepitant dimeglumina, MSD)

Prevenção Desde o Início



NOME DO MEDICAMENTO SUTENT COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA Cada cápsula contém malato de sunitinib equivalente a 12,5 mg, 25 mg, 37,5 mg ou 50 mg de sunitinib. **FORMA FARMACÉUTICA** Cápsula. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS** O SUTENT é indicado para: tratamento de tumores malignos do estroma gastrointestinal irrecorríveis e/ou metastáticos (GIST) em adultos, após insucesso do tratamento com imatinib, devido a resistência ou intolerância; tratamento do carcinoma de células renais avançado/metastático (MRCC) em adultos; tratamento de tumores neuroendócrinos pancreáticos bem diferenciados, irrecorríveis ou metastáticos em adultos com progressão da doença. A experiência com SUTENT como tratamento de primeira linha é limitada. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** A terapêutica com sunitinib deve ser iniciada por um médico experiente na administração de anti cancerígenos. **Posologia** Para GIST e MRCC, a posologia recomendada de SUTENT é de 50 mg, tomada oralmente, uma vez por dia, durante 4 semanas consecutivas, a que se segue um período de repouso de 2 semanas (esquema de tratamento 4/2), completando um ciclo de 6 semanas. Para pNET, a dose recomendada de SUTENT é de 37,5 mg, tomada oralmente, uma vez por dia sem um período de repouso programado. **Ajustes de dose Segurança e tolerabilidade** Para GIST e MRCC, podem ser aplicados ajustes de dose em intervalos de 12,5 mg com base na segurança e tolerabilidade individuais. A dose diária não deve exceder os 75 mg nem ser reduzida abaixo dos 25 mg. Para pNET, podem ser aplicados ajustes de dose em intervalos de 12,5 mg com base na segurança e tolerabilidade individuais. A dose máxima administrada nos estudos de fase 3 de pNET foi de 50 mg diários. Podem ser necessárias interrupções da dose com base na segurança e tolerabilidade individual. **Inibidores/indutores do CYP3A4** A co-administração de sunitinib com indutores potentes do CYP3A4, tal como a rifampicina, deverá ser evitada. Caso tal não seja possível, poderá ser necessário aumentar a dose de sunitinib em incrementos de 12,5 mg (até 87,5 mg por dia para GIST e MRCC ou 62,5 mg por dia para pNET), com base na monitorização cuidadosa da tolerabilidade. A co-administração de sunitinib com inibidores potentes do CYP3A4, tal como o cetoconazol, deverá ser evitada. Caso tal não seja possível, poderá ser necessário reduzir a dose de sunitinib para um mínimo de 37,5 mg diários para GIST e MRCC ou 25 mg diários para pNET, com base na monitorização cuidadosa da tolerabilidade. Deverá ser considerada a seleção de medicação concomitante alternativa sem ou com potencial mínimo de inibição ou indução do CYP3A4. **Populações especiais** **População pediátrica** A segurança e eficácia de sunitinib em doentes com idade inferior a 18 anos não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. Não é relevante a utilização de sunitinib em crianças desde a nascença até aos 6 anos de idade na indicação de tratamento de tumores malignos do estroma gastrointestinal irrecorríveis e/ou metastáticos (GIST), após insucesso do tratamento com imatinib, devido a resistência ou intolerância. Não é relevante a utilização de sunitinib na população pediátrica nas indicações de carcinoma de células renais avançado/metastático e tratamento de tumores neuroendócrinos pancreáticos bem diferenciados, irrecorríveis ou metastáticos, com progressão da doença. A utilização de sunitinib na população pediátrica não é recomendada. **Doentes idosos (> 65 anos)** Aproximadamente um terço dos doentes que participaram nos estudos clínicos e que receberam sunitinib tinham 65 ou mais anos. Não se observaram diferenças significativas relativas à segurança ou efectividade entre os doentes mais novos e os doentes mais velhos. **Afecção hepática** Não é recomendado ajuste de dose inicial quando se administra sunitinib a doentes com afecção hepática ligeira a moderada (classes A e B da classificação Child-Pugh). O sunitinib não foi estudado em doentes com afecção hepática grave (classe C da classificação Child-Pugh) e, portanto, não se pode recomendar a sua utilização em doentes com afecção hepática grave. **Compromisso renal** Não é recomendado ajuste de dose inicial quando se administra sunitinib a doentes com compromisso renal (moderado a grave) ou com doença renal em fase terminal (ESRD) em hemodíalise. Ajustes de dose subsequentes, devem basear-se na segurança e tolerabilidade individual. **Modo de administração** O SUTENT é para administração oral. Pode ser tomado com ou sem alimentos. Se o doente não tomar uma dose, não deverá compensar com uma dose adicional. O doente deverá tomar a dose recomendada no dia seguinte, da forma habitual. **CONTRA INDICAÇÕES** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **EFEITOS INDESEJÁVEIS** Resumo do perfil de segurança As reacções adversas mais graves associadas com sunitinib são insuficiência renal, insuficiência cardíaca, embolia pulmonar, perfuração intestinal e hemorragias (por exemplo, hemorragias respiratórias, gastrointestinais e tumorais). As reacções adversas mais frequentes, de qualquer Grau (ocorridas em pelo menos 20% dos doentes em ensaios de registo de RCC, GIST e pNET) incluíram diminuição do apetite, alterações do paladar, hipertensão, fadiga, perturbações gastrointestinais (isto é, diarreia, náuseas, estomatite, dispepsia e vómitos), alteração da coloração cutânea e síndrome de eritrodismetasia palmo-plantar. Estes sintomas podem diminuir durante a continuação do tratamento. Pode desenvolver-se hipotireoidismo durante o tratamento. As perturbações hematológicas (por exemplo), neutropenia, trombocitopenia e anemia) estão entre as reacções adversas medicamentosas mais frequentes. Os acontecimentos fatais, que foram considerados possivelmente relacionados com sunitinib incluíram também falência orgânica multi-sistémica, coagulação intravascular disseminada, hemorragia peritoneal, rabdomiólise, acidente cerebrovascular, desidratação, insuficiência supra-renal, insuficiência renal, insuficiência respiratória, derrame pleural, pneumotórax, choque e morte súbita. As reacções adversas que foram notificadas em doentes com GIST, MRCC e pNET nos estudos de fase 3, encontram-se abaixo descritas por classes de sistemas de órgãos, frequência e grau de gravidade (NCI-CTCAE). Os efeitos indesejáveis são apresentados por ordem decrescente de gravidade dentro de cada classe de frequência. As frequências são definidas por: Muito frequentes ($\geq 1/10$), frequentes ($\geq 1/100$ a $<1/10$), pouco frequentes ($\geq 1/1000$ a $<1/100$), raros ($\geq 1/10000$ a $1/10000$), muito raros ($<1/10000$), desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). **Reacções adversas notificadas em ensaios clínicos** **Muito frequentes:** neutropenia, trombocitopenia, anemia, diminuição do apetite a, alterações do paladar b, cefaleias, hipertensão, epistaxis, diarreia, estomatite/estomatite aftosa, vómitos, náuseas, dispepsia, dor abdominal c/ distensão, obstipação, glosite, coloração amarela/alteração da coloração cutânea/alterações da pigmentação, síndrome de eritrodismetasia palmo-plantar, erupção cutânea, alteração da coloração do cabelo, secura cutânea, dor nas

extremidades/membros, fadiga/astenia, inflamação das mucosas, edemad _ leucopenia, linfopenia, hipotireoidismo, desidratação, insónia, depressão, parestesias, fonturas, neuropatia periférica, hipoestesia, hiperestesia, aumento da secreção lacrimal, edema da pálpebra, rubor, afrontamentos, dispneia, dor orofaríngea, tosse, dispneia de esforço, secura nasal, derrame pleural, congestão nasal, dor na cavidade oral, flatulência, xerostomia, refluxo gastroesofágico, disfagia, hemorragia gengival, ulceração da cavidade oral, queilite, proctalgia, hemorroidas, desconforto oral, hemorragia rectal, eructação, desconforto gástrico, alopecia, eritema, reacção cutânea, estioiação cutânea, prurido, dermatite, edema periorbital, alteração das unhas/da coloração, lesão cutânea, bolhas, hiperqueratose, acne, hiperpigmentação cutânea, mialgia, artralgia, espasmos musculares, dor de costas, fraqueza muscular, dor musculoesquelética, insuficiência renal, cromatúria, pirexia, arrepios, dor no peito, dor, sintomas semelhantes aos da gripe, diminuição da fracção de ejeção, diminuição do peso, diminuição da contagem de células brancas e, aumento da lipase, diminuição da contagem plaquetária, diminuição da hemoglobina, aumento da creatinina fosfatase sérica, aumento da amilase, aumento da aspartato aminotransferase, aumento da alanina aminotransferase, aumento da creatinina sérica, aumento da pressão sanguínea Pouco frequentes: pancitopenia, hipersensibilidade, hipertireoidismo, síndrome de lise tumoral, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência cardíaca, cardiomiopatia, derrame pericárdico, insuficiência ventricular esquerda, QT prolongado no electrocardiograma, embolia pulmonar, hemorragia pulmonar, hemoptise, dor faringolaringea, perfuração intestinal, pancreatite, disfunção hepática, eczema, fistula anal, fistula, insuficiência renal aguda, síndrome nefrótica, proteinúria, dificuldade na cicatrização de feridas, aumento da concentração sérica da hormona estimulante da tireóide. Foram combinadas as seguintes designações: a Anorexia e diminuição do apetite, b Disgeusia, agusia e alteração do paladar, c Dor abdominal e dor abdominal superior, d Edema, edema periférico e edema facial, e Diminuição da contagem de células brancas, diminuição da contagem de neutrófilos e diminuição da contagem de leucócitos. **Reacções adversas identificadas através da experiência pós comercialização** As seguintes reacções adversas foram identificadas durante a utilização pós aprovação de SUTENT. Estas reacções incluem notificações de casos espontâneos, bem como, acontecimentos adversos graves de estudos a decorrem, de programas de acesso alargado, estudos de farmacologia clínica e estudos exploratórios em indicações não aprovadas. **Infeções e infestações** Pouco frequentes*: Infeções (com ou sem neutropenia). Raros: Fáscele necrosante Doenças do sangue e do sistema linfático Pouco frequentes*: Microangiopatia trombótica Doenças do sistema imunitário Pouco frequentes*: Angioedema Cardiopatias Raros: **Torsade de pointes** Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino Pouco frequentes*: Insuficiência respiratória **Afecções hepatobiliares** Pouco frequentes: Insuficiência hepática Pouco frequentes*; Hepatite **Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos** Pouco frequentes* Miopatia, rabdomiólise Pouco frequentes* Osteonecrose da mandíbula *Frequência das reacções adversas calculada com base na metodologia 3/X descrita na Norma Orientadora do Resumo das Características do Medicamento. **Descrição das reacções adversas seleccionadas** **Infeções e infestações:** Foram notificados casos de infecções graves (com ou sem neutropenia), incluindo pneumonia. Poucos casos foram fatais. Foram notificados casos raros, por vezes fatais, de fáscele necrosante, incluindo do perineo. **Doenças do sangue e do sistema linfático:** Foram notificados casos raros de microangiopatia trombótica. Recomenda-se a suspensão temporária de SUTENT; após a resolução o tratamento pode ser retomado de acordo com o critério do médico. **Doenças do sistema imunitário:** Foram notificadas reacções de hipersensibilidade, incluindo angioedema. **Doenças endócrinas:** Foram notificados casos raros de hipertireoidismo, alguns dos quais seguidos por hipotireoidismo, em ensaios clínicos e experiência pós-comercialização. **Cardiopatias:** Foram notificados acontecimentos cardíacos, incluindo insuficiência cardíaca, cardiomiopatia e perturbações do miocárdio, alguns dos quais fatais, através da experiência pós comercialização. **Doenças do metabolismo e da nutrição:** Foram notificados casos de SLI, alguns dos quais fatais, em doentes tratados com sunitinib. **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino:** Foram notificados casos de embolia pulmonar e de hemorragia pulmonar, alguns dos quais fatais. **Afecções hepatobiliares:** Foram notificados casos de disfunção hepática e que podem incluir análises da função hepática anómalas, hepatite ou insuficiência hepática. **Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos:** Foram notificados casos raros de miopatia e/ou rabdomiólise, alguns dos quais com insuficiência renal aguda. Os doentes com sinais ou sintomas de toxicidade muscular devem ser tratados de acordo com a prática médica corrente. Foram notificados casos de formação de fistula, por vezes associada a necrose e regressão tumoral, em que alguns casos foram fatais. Foram notificados casos de dificuldade na cicatrização de feridas durante o tratamento com sunitinib. Foram notificados casos de osteonecrose da mandíbula em doentes tratados com SUTENT, a maioria dos quais ocorreu em doentes que tinham factores de risco para a osteonecrose da mandíbula identificados, particularmente, exposição a bifosfonatos por via intravenosa e/ou história de doenças odontológicas que tenham necessitado de procedimentos invasivos. **Doenças renais e urinárias:** Foram notificados casos de compromisso renal, insuficiência renal e/ou insuficiência renal aguda, em alguns dos casos fatais. Foram notificados casos de proteinúria e casos raros de síndrome nefrótica. A segurança da manutenção do tratamento com SUTENT em doentes com proteinúria moderada a grave não foi sistematicamente avaliada. SUTENT deve ser descontinuado em doentes com síndrome nefrótica. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** 01/2012

Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações deverá contactar o Representante Local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado.

