

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

20

ANO V · MAR-JUN 2012

CATETER VENOSO CENTRAL: QUE PRÁTICAS NA PROCURA DA EXCELÊNCIA

Artigo de investigação sobre o risco de infecção na utilização do Cateter Venoso Central. Os autores concluem que a adesão às recomendações ajuda a padronização das melhores práticas.

EMOÇÕES FACE AO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA ONCOLÓGICA

Neste artigo de investigação procura-se abordar o impacto emocional e as emoções emergentes quando surge o diagnóstico de doença oncológica. Compreender as emoções inerentes a um diagnóstico de cancro promove o bem-estar emocional do doente e beneficia o seu processo de adaptação.

APOIO PERCEBIDO DE AMIGOS E FAMILIARES: ESTUDO DA SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Pretendeu-se neste estudo conhecer a satisfação das famílias com o suporte social e identificar os apoios percebidos pela família e amigos. Os resultados revelam que estas famílias não estão satisfeitas com o seu Suporte Social, manifestado por poucas actividades sociais e isolamento.

OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPIRITUAIS NO ALÍVIO DO SOFRIMENTO EM PESSOAS COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA

Trabalho de investigação em se conclui que os cuidados de enfermagem espirituais aliviam o sofrimento da pessoa com doença hemato-oncológica sendo que as intervenções aplicadas diminuíram o sofrimento dos doentes.

PERCEPÇÃO DOS DOENTES INCLUÍDOS EM ENSAIOS CLÍNICOS RELATIVAMENTE AO PROCESSO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Artigo de revisão bibliográfica onde se abordam os aspectos importantes a ter em consideração acerca do processo de consentimento informado no doente em ensaios clínicos.



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa



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

câncer do cólon estadios III



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

câncer gástrico avançado, câncer colo-rectal



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

câncer da mama

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

câncer mama e câncer cólon estadios III

câncer colo-rectal e câncer 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, óxido de lítio (E171), óxido de ferro amarelo e vermelho (E172), talco. **Indicações terapêuticas:** a) Tratamento adjuvante, após cirurgia, dos doentes com câncer do cólon estadios III (estadios Dukes C). b) Tratamento do câncer colorrectal metastático. c) Tratamento de primeira linha do câncer gástrico avançado, em associação com um regime baseado em platina. d) Em combinação com o docetaxel é indicado no tratamento de doentes com câncer 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 **Procedência do modo de administração:** Só deverá ser prescrito por um médico qualificado e com experiência na utilização de fármacos antineoplásicos. Os comprimidos devem ser deglutidos com água, nos 30 minutos que se seguem a uma refeição. O tratamento deve ser descontinuado caso se observe progressão da doença ou se a toxicidade for considerada intolerável. **Câncer do cólon, câncer colorrectal e câncer 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 câncer do cólon estadios III é recomendado para um total de 6 meses. **Câncer 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 corticóide oral, como a dexametasona, antes da administração do docetaxel. **Câncer colorrectal e câncer 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 reacções graves ou inesperadas a 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 existem 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, eritrodresia 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 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 hipercalcemia pré-existente, doença do sistema nervoso central ou periférico, por ex. metastases 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, obstrução, dispepsia, alopecia, alterações ungueais, mialgia, artralgia, dores nas extremidades, parestesia, fraqueza, letargia, intolerância a temperatura. **RAS graves e/ou potencialmente fatais ou consideradas medicamente relevantes:** Septicémia, 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, hipocalcémia, alteração do apetite, má nutrição, hiperpigmentação, 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, parestesias, hipotensão, rubor, algidez periférica, embolia pulmonar, pneumotórax, hemoptise, asma, dispnéia de esforço, obstrução intestinal, ascite, enterite, gastrite, disfagia, dor abdominal baixa, esofagite, desconforto abdominal, afecção de refluxo gastroesofágico, colite, sangue nas fezes, icterícia, úlcera cutânea, erupção cutânea, urticária, reacção de fotossensibilidade, eritema palmar, cara inchada, púrpura, tumefação articular, dor óssea, dor facial, rigidez musculoesquelética, fraqueza muscular, hidronefrose, incontínência urinária, hematúria, nictúria, creatinemia aumentada, hemorragia vaginal, edema, arrepios, estado gripal, arrepios, aumento da temperatura corporal, boia, sobredosagem. Estenose do canal lacrimal, insuficiência hepática e hepulite colestática. Populações especiais - consultar RCM. **Dala da revisão do texto:** Março de 2010. **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Representado em Portugal por Roche Farmacéutica Química, Lda, Estrada Nacional 249-1, 2720-413 Amadora. NC 500233810. Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacéutica 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 Farmacéutica Química, Lda.
Estrada Nacional 249, 1 - 2720-413 Amadora
Telf.: 214 257 000 - Fax: 214 186 677
N.º Contribuinte: 500 233 810
www.roche.pt



Os doentes estão no centro
de tudo o que fazemos

Xeloda®
capecitabina

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

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

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

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

08 ENTREVISTA COM...

Enfermeira Helena Fernandes, Chefe Serviço Hematologia Especialista em Enfermagem Comunitária CHUC

ARTIGOS

11 A CATETER VENOSO CENTRAL: QUE PRÁTICAS NA PROCURA DA EXCELÊNCIA

Paula Cristina Martins Nunes
Sílvia Manuela Pação Alminha

20 EMOÇÕES FACE AO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA ONCOLÓGICA

Luis Miguel Ferreira
Célia Santos
Emília Bulcão

28 APOIO PERCEBIDO DE AMIGOS E FAMILIARES: ESTUDO DA SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Goreti Filipa Santos Marques
Beatriz Rodrigues Araújo
Luís Octávio Sá

34 OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPIRITUAIS NO ALÍVIO DO SOFRIMENTO EM PESSOAS COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA

Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá
Diana Silva
Liliana Oliveira
Raquel Filipe
Rute Gonçalves

41 PERCEÇÃO DOS DOENTES INCLUÍDOS EM ENSAIOS CLÍNICOS RELATIVAMENTE AO PROCESSO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Maria de Fátima Rodrigues Francisco

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

- 49 5ª REUNIÃO NACIONAL AEOP • PUBLICAMOS LIVRO INFANTIL NA ÁREA DA EDUCAÇÃO EM ONCOLOGIA • APRESENTAÇÃO ESTUDO SOCIALSUPPORTSARCOMA • CONGRESSO CANCRO PULMÃO • SIMPÓSIO CANCRO DIGESTIVO • PROJECTO PEPS • ARTIGO DO ESTUDO FADIGA

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

52 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
Oncologia Médica
Instituto Português de Oncologia-Porto
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

Paula Cristina Martins Nunes; Sílvia Manuela Pação Alminha; Luís Miguel Ferreira; Célia Santos;
Emília Balcão, Goreti Filipa Santos Marques; Beatriz Rodrigues Araújo; Luís Octávio Sá; Eunice
Maria Casimiro dos Santos Sá; Diana Silva; Liliana Oliveira; Raquel Filipe; Rute Gonçalves; Maria de
Fátima Rodrigues Francisco.

COORDENADORES DOS WORKGROUPS

- EDUCAÇÃO EM ONCOLOGIA: Ana Paula Figueiredo, MsC, RN - anapaulafig.lo@gmail.com
- DOENTE COM CANCRO CABEÇA E PESCOÇO: Pedro Cardoso, RN - pedromadal@gmail.com
- DOENTE COM CANCRO DIGESTIVO: Ana Paula Moreira, RN - ana.paula.moreira@sapo.pt
- DOENTE COM CANCRO MAMA: Elisabete Valério, MsC, RN - evalerio@ipoporto.min-saude.pt
- DOENTE COM CANCRO PULMÃO: Esmeralda Barreira, MsC, RN - merbarreira@gmail.com
- DOENTE COM CANCRO UROLÓGICO: José Fernando Silva, RN - silvajfg@gmail.com
- DOENTE COM SARCOMA: Rui Santos, RN - rmrsgs60@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

Cumprindo a nova programação de publicação da Onco.News a partir de 2012, chega agora às vossas mãos a 2.^a revista quadrimestral. Como aconteceu na revista anterior e de forma a responder a todos aqueles que nos enviaram artigos científicos, o número de artigos publicados por revista aumentou. Desta forma a coordenação pensa conseguir responder à necessidade que os profissionais de enfermagem mantêm em estar actualizados numa área que evolui todos os dias.

É sempre um reforço positivo quando verificamos que o esforço realizado ao longo de um período de tempo por alguns indivíduos/organizações obtém bons resultados. Exemplo disso foi uma vez mais a 5.^a Reunião Nacional da AEOP, realizada na Curia, onde estiveram 243 delegados, no passado mês de Maio. Através da participação activa de todos os presentes nas diferentes mesas pudemos verificar que os enfermeiros continuam interessados em manter a qualidade presente nas anteriores Reuniões, aproveitando uma oportunidade única de debater ideias e fazer nascer novos projectos. Esperamos que brevemente seja possível apresentar o que de melhor se produziu nesta Reunião, em forma de artigo ou através do site da AEOP. Aproveito para dar os parabéns à Comissão Científica da Reunião que estiveram a um bom nível. Fica desde já o convite a todos os nossos membros para se juntarem novamente em 2013, especificamente em 10 e 11 de Maio no Grande Hotel Luso para a 6.^a Reunião Nacional cujo planeamento se inicia hoje

Igualmente importante foi verificar a participação na Reunião da Primavera em Évora onde a AEOP esteve em parceria pelo 4.^o ano consecutivo. No programa científico, unanimemente classificado de qualidade, um dos momentos

altos foi a apresentação do livro infantil sobre promoção de comportamentos saudáveis em saúde, resultado do esforço e imaginação de vários enfermeiros que responderam ao repto de escreverem um conto onde reflectissem de forma perceptível para os mais novos o que é o cancro. Esperamos também que as participações no próximo Simpósio Nacional do Cancro Digestivo e no Congresso Português do Cancro do Pulmão a decorrerem em Outubro possam ser igualmente bons momentos científicos. Estamos a planear o programa científico, com mesas redondas e fóruns de discussão sobre várias temáticas ligadas ao cancro do pulmão e digestivos.

Conforme já vem sendo habitual, abrimos com uma entrevista à Enfermeira Helena Fernandes, Chefe de serviço de Hematologia dos HUC, onde através das diferentes questões se procura perceber o que significa trabalhar e viver a hematologia e que tipo de

crescimento se espera no futuro da enfermagem oncológica. Complementando esta intervenção, a Comissão Científica da Onco.News seleccionou para este número artigos que considerou serem um bom exemplo das diferentes áreas e formas que podem revestir a intervenção de enfermagem numa população, pelo que se abordam temas tão diferentes como o impacto emocional e as emoções emergentes quando surge o diagnóstico de doença oncológica, a importância do cuidado de enfermagem espiritual no alívio do sofrimento, neste caso aplicado a doentes da área da Hemato-Oncologia, a satisfação com o suporte social das famílias de crianças com doença oncológica,

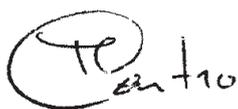
a percepção sobre o consentimento informado em doentes incluídos em Ensaios Clínicos ou as práticas recomendadas na manipulação do cateter venoso central, tão fundamental para os muitos tratamentos

É sempre um reforço positivo quando verificamos que o esforço realizado ao longo de um período de tempo por alguns indivíduos/organizações obtém bons resultados.

utilizados na área de Oncologia. Na Informação Institucional destaco a apresentação do Projecto Europeu PEPs onde a AEOP está inserida.

Atendendo ao espaçamento na publicação das revistas e à calendarização das diferentes Reuniões ou Simpósios onde a AEOP participa, recomendamos a visita frequente à nossa plataforma de comunicação on-line: www.aeop.net, através da qual iremos tentar evoluir para um conceito de formação em sistema e-learning e manter as actualizações que se considerem mais pertinentes sobre tudo o que envolve a nossa prática. Para além disso poderão encontrar neste espaço as rubricas referentes aos diferentes projectos, workgroups ou estudos que se encontram em desenvolvimento na Associação.

Reforço mais uma vez a importância da participação de todos os que vivenciam a enfermagem oncológica nos mais diferentes locais e condições com as suas sugestões, críticas e produção de saberes próprios do nosso dia-a-dia e da nossa forma de entender e nos relacionarmos com a Enfermagem, o Doente/Família e o Mundo e a importância de acreditamos na nossa capacidade de fazer a diferença.



Mónica Castro
Coordenação Editorial
castron3@sapa.pt



AEOP 5

REUNIÃO NACIONAL

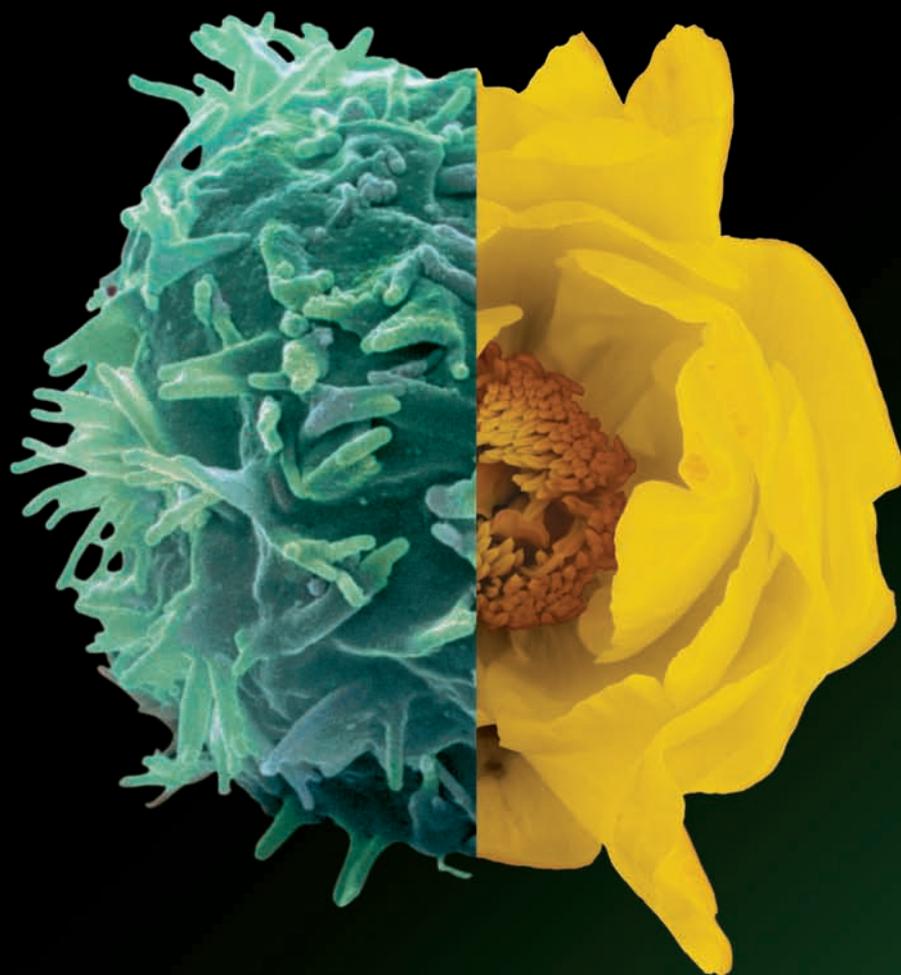
25-26 MAIO 2012
CURIA PALACE HOTEL - Coimbra



BREVEMENTE EM 2013...

AEOP 6
REUNIAO NACIONAL

10 e 11 Maio 2013
GRANDE HOTEL DO LUGO Coimbra



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

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 metastático com doença progressiva após terapêutica prévia, que deve ter incluído antracilinas e taxanos e terapêutica com trastuzumab, em contexto metastático; em associação com um inibidor da aromatase para mulheres pós-menopáusicas com doença metastática 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/pneumonite: 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.

Idosos: 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 Eritrodresesia 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*.

Cardiopatias: 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/pneumonite.

Doenças gastrointestinais: Muito frequentes: Diarreia, que pode levar à desidratação, náuseas, vómitos, dispepsia*, estomatite*, obstipação*, dor abdominal*. Frequentes: Obstipação*.

Afeções hepato biliares: Frequentes: Hiperbilirrubinemia, hepatotoxicidade.

Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos: Muito frequentes: Erupção cutânea (incluindo dermatite acneiforme), pele seca*, eritrodresesia palmoplantar*, alopecia*, prurido*. Frequentes: Afeções 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 notificada 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.º3, 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



Enfermeira
Helena Fernandes*,
 em entrevista à ONCO.NEWS

*Chefe Serviço Hematologia
 Especialista em Enfermagem Comunitária
 CHUC – Centro Hospitalar Universidade Coimbra.

[ONCO.NEWS] – Como caracteriza o serviço de Hematologia? Como estão organizados os cuidados de enfermagem?

[HELENA FERNANDES] – O serviço de Hematologia Clínica do CHUC-HUC, presta cuidados diferenciados de saúde a uma extensa parte da população da Zona Centro do país, sendo no caso das leucemias Agudas o único serviço de referência. Aguardamos a nova rede de referência já que a de 2002 está

completamente desatualizada face aos recursos institucionais existentes. Só no ano passado, 2011, foram referenciados 90 novos casos de leucemia e 120 casos com outra patologia hemato oncológica nomeadamente os linfomas. Estes doentes vêm de Coimbra bem como de Castelo Branco, Viseu, Aveiro e Covilhã e Guarda. A Hematologia Clínica compreende a unidade de internamento, a unidade de Transplantes Hematopoiéticos (UTH) e

o Hospital de Dia. Temos uma lotação de 29 camas sendo que a nossa taxa de ocupação ronda os 97%. Os doentes chegam-nos provenientes do serviço de urgência, da Consulta Externa ou por transferência intra ou inter-hospitalar. A UTH tem apenas duas camas onde realizamos cerca de 25-30 transplantes autólogos por ano. O Hospital de Dia tem uma actividade assistencial para doentes em tratamentos de suporte já que a quimioterapia citostática é realizada no Hospital de Dia de Oncologia (noutra estrutura física da instituição).

A equipa de enfermagem que integra a Hematologia é constituída por 28 enfermeiros sendo um enfermeiro chefe e um enfermeiro especialista na área de Reabilitação. Trabalhamos com o método individual de cuidados e com sistematização de cuidados; O SCD (sistema Classificação Doentes) é o instrumento utilizado para a gestão e otimização dos recursos humanos.

Defende que cuidar o doente Hemato-Oncológico requer uma preparação diferente. Em que sentido?

Ser enfermeiro requer antes de tudo o resto, um gosto e uma dedicação que estarão na base do sucesso de qualquer um de nós. A capacidade de assumir as responsabilidades e de tomar decisões em cada momento são competências fundamentais e basilares no dia-a-dia. É por isso aos alunos de 3º e 4º ano que nos passam em ensino clínico insistimos fortemente na componente reflexiva e crítica para que aprendam desde cedo a pensar e a fundamentar tudo o que fazem. Cuidar em Oncologia assume uma vertente diferente atendendo a toda a especificidade da área bem como a todas as implicações que o impacto deste diagnóstico provoca no utente e no modo como se repercute na sua vida. Há que ter a capacidade de perceber toda a destruturação que a doença traz à pessoa e à sua vida pessoal, familiar, social e profissional. Temos como enfermeiros de arranjar estratégias para

muitas vezes não sermos “arrastados” e envolvidos em toda a problemática destes doentes sendo esta tarefa algo muito difícil e complicado. Trabalho em Oncologia há cerca de 23 anos e é evidente a evolução nesta área. No entanto continuo a pensar que trabalhar em Oncologia não é fácil e que nem todas as pessoas conseguem desenvolver as estratégias

“somos obrigados a confrontar-nos com os nossos próprios valores e ideias sobre a morte”

necessárias. Os nossos doentes passam muito tempo internados devido aos ciclos de quimioterapia (indução e consolidação) e também pelas situações de

aplasia severa em que entram. Inevitavelmente acompanhamos ciclos familiares e participamos em momentos de vida importantes; vivemos os sucessos e os fracassos de cada doente relativamente aos processos terapêuticos e isso deixa marcas na nossa vida. Devo ainda dizer que recebemos muitas vezes destes doentes lições de vida e de coragem que nos obrigam a repensar os nossos problemas e as nossas vidas e que nos mostram o quanto somos ou fomos importantes para aquelas pessoas. O reconhecimento do doente e da família principalmente nas situações terminais são para o enfermeiro o sentimento de profissionalismo e visibilidade. Também o processo da morte assume nesta área uma importância relevante já que temos obrigatoriamente que olhar para o doente terminal com uma responsabilidade acrescida e somos obrigados a confrontar-nos com os nossos próprios valores e ideias sobre a morte. Isto não é fácil!

Genericamente os enfermeiros que trabalham em oncologia defendem que “o doente oncológico é um doente especial e como tal necessita de cuidados diferenciados” Concorda?

Na sequência da resposta anterior é óbvio que sim. Claro que todos os doentes nos merecem cuidados diferenciados e de excelência. Quando falamos em diferenciação estamos a referir-nos à complexidade e especificidade de alguns cuidados de enfermagem. Os cuidados

ao doente submetido a quimioterapia, profundamente aplasiado ou em fase terminal ou paliativa requerem formação diferenciada nestas áreas.

Um dos problemas reais é a incapacidade de os enfermeiros das práticas investigarem pouco. Concorda? É um problema dos serviços ou das instituições?

Quando se fala em investigação na área médica ocorrem-nos logo os ensaios clínicos e ainda aquilo a que ela nos conduz sejam as novas terapêuticas ou os meios de diagnóstico que vão conduzir à cura das doenças ou melhoria das condições de vida do doente. E quando se fala em investigar enfermagem? Ocorrem-nos os processos ensino-aprendizagem em contexto escolar! Os enfermeiros investigam pouco e isso é também um problema nosso, dos enfermeiros, e não só dos serviços ou instituições. Muito do nosso trabalho não tem relevo no financiamento hospitalar; os apoios não são fáceis de obter e o interesse que cada um de nós tem nessa vertente não é suficiente para consolidar estes processos.

Outra questão é a divulgação dos trabalhos realizados pelos enfermeiros que não é uma prática regular e que em nada contribui para o desenvolvimento da profissão e para a visibilidade social tão necessária.

Então, que e como investigar em enfermagem? Com as limitações atuais, é possível? Existe ligação entre o seu serviço e as Escolas?

Parece-me que essas decisões devem ser tomadas dentro dos contextos práticos e incluídas em programas de formação sistematizada do serviço; o que fazemos dia-a-dia, o que observamos e refletimos em equipa a cada momento deveriam ser geradores de focos de interesse e de mudança de prática. Se temos noção, por exemplo, que não damos resposta qualitativa num determinado momento em determinada situação devemos parar e refletir sobre ela. A investigação só faz sentido de obtivermos ganhos para melhorar a qualidade dos cuidados que prestamos. Repare por exemplo na quantidade de ensinamentos que realizamos

aos nossos doentes. Temos a certeza que, de facto, os ensinamos? Ou será que debítamos informação sem que o doente se aproprie realmente dessa informação? Instruímos e treinamos os doentes para os autocuidados: como avaliamos essa instrução? Os enfermeiros têm de interiorizar a importância extrema que têm as monitorizações e os acompanhamentos sistematizados dos processos. Realizamos formação, replicamos a formação na equipa, alteramos e atualizamos os procedimentos mas não acompanhamos os processos e damos os factos como adquiridos! Se a formação é contínua ela tem mesmo de o ser e é dentro do serviço com o envolvimento de toda a equipa. Era importante que as linhas de investigação fossem definidas dentro das instituições e coordenadas com os serviços. A instituição tem de definir as suas áreas de interesse e de prioridade de investigação e as Escolas colaboram neste processo. Às vezes tenho a sensação de que é o contrário! Os enfermeiros deveriam aproveitar os contextos de formação académica (Especialidades, Mestrados, etc.) para realizarem os trabalhos dentro dos seus serviços vendo assim o tempo e o esforço verdadeiramente recompensado. O que assistimos hoje é a realização de trabalhos académicos, muitas vezes descontextualizados da realidade do enfermeiro e que pretende apenas dar resposta ao currículo escolar. E depois?

Como enfermeira chefe de serviço encara o termo *Enfermagem baseada na evidência como possível*? Existe alguma estratégia de serviço direcionada para ela?

Concordo com a Tomada de Posição da Ordem dos Enfermeiros (2006) relativamente à investigação onde considera que uma prática de enfermagem baseada na evidência será a incorporação da melhor evidência científica existente, conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferência dos utentes.

A identificação dos saberes inerentes à prática valoriza não só os profissionais dos contextos práticos como ainda renova o corpo de conhecimentos da própria enfermagem. A tomada de decisão tem sempre por base os conhecimentos e a

evidência científica, logo a investigação vai valorizar o nosso trabalho. Lembro que o crescente aparecimento de profissões com intervenções de enfermagem por delegação e a tendência dos enfermeiros para o modelo biomédico quando os rácios doente/enfermeiro são excessivos, são fatores bastantes para os enfermeiros começarem a pensar seriamente no que querem para si e para o futuro desta profissão!

Neste serviço de Hematologia a estratégia de formação passa por privilegiar o contexto e os cuidados num processo sistemático de observação. Os temas abordados surgem sempre dos processos críticos identificados em contexto. Os Padrões de Qualidade da Ordem devem ser uma exigência a trabalhar e as áreas neste momento que estamos a privilegiar são as Úlceras, as Quedas e a Dor. Existem neste momento três trabalhos de investigação a ser realizados pelos enfermeiros do serviço que estão em contexto de formação escolar e que felizmente contemplam assuntos relevantes da nossa prática e cujos resultados serão certamente importantes para a melhoria dos nossos cuidados. Tenho no entanto a noção clara que o contexto nacional da enfermagem é gerador de frustração e desmotivação e em nada contribui para andarmos em frente. Perdemos oportunidades que nunca mais teremos e vamos perdendo para outros aquilo que é nosso por definição. Enquanto enfermeira chefe sinto que o combate de forças é desigual. As estratégias para motivar e gerar satisfação profissional estão em desvantagem com a instabilidade profissional e a existência de uma carreira que é só por si geradora de descontentamento e frustração.

Hoje a Ordem dos Enfermeiros preconiza a implementação de metodologia na defesa de cuidados seguros. O que pensa das dotações seguras e como é no seu serviço?

Não há consenso na literatura relativamente ao que realmente significa dotação segura mas é um facto que os estudos demonstram claramente que o nº de enfermeiros/utentes tem impacto nos resultados. Existem outras variáveis

que também interferem na segurança que não só o número de enfermeiros: o ambiente de trabalho, a complexidade dos doentes, as qualificações etc. As instituições neste momento estão com restrições grandes em termos de financiamento e o recrutamento de enfermeiros é uma miragem! Preocupa-me seriamente, como já referi anteriormente, a proliferação de cursos que formam pessoas para realizar atividades que são de enfermeiros e espero nunca vir a assistir à substituição de enfermeiros por estes profissionais. No serviço de Hematologia, como em muitos outros o principal constrangimento em termos de recursos reside na substituição em tempo útil os elementos que ficam de Licenças Atestadas ou que saem do hospital. Estas situações são geradoras de desequilíbrios e de quebras importantes no desenvolvimento dos processos formativos e nos projetos de melhoria bem como no bem-estar dos próprios profissionais. Reconheço no entanto que o serviço está próximo do que será o desejável e que o esforço da minha equipa é meritório na qualidade dos cuidados que prestamos e na satisfação dos nossos utentes.

CATETER VENOSO CENTRAL: QUE PRÁTICAS NA PROCURA DA EXCELÊNCIA

Paula Cristina Martins Nunes

Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Serviço de Cirurgia, Hospital do Espírito Santo de Évora.

Sílvia Manuela Pação Alminha

Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico - Cirúrgica.
Mestre em Saúde e Bem - Estar da Pessoa Idosa .
Serviço de Urgência, Hospital do Espírito Santo de Évora.

Os doentes críticos/oncológicos com Cateter Venoso Central possuem um elevado risco de infecção relacionada com o cateter, o que aumenta a morbilidade, mortalidade e os custos dos cuidados de saúde, pelo que as intervenções realizadas pelos enfermeiros para a tentativa de evitar e controlar a infecção são fulcrais para a qualidade dos cuidados prestados. Concluiu-se que, apesar de existirem orientações e recomendações disponíveis, existem diferentes abordagens no controlo da infecção relacionada com o CVC entre profissionais e instituições e a prática actual não tem sido formalmente pesquisada. Assim, uma maior aderência às orientações e recomendações iria ajudar na padronização das melhores práticas e facilitar a prática baseada na evidência.

PALAVRAS-CHAVE: intervenções de enfermagem; cateter venoso central; controlo da infecção; cuidados críticos.

ABSTRACT: Critical patients/oncology with Central Venous Catheter have a high infection risk related to the catheter, which increases the morbidity, mortality and costs of health care, so that the nurses' interventions to attempt to prevent and control infection is crucial for the quality of care. It was concluded that, despite guidelines and recommendations available, there are different approaches in the control of infection associated with CVC between professionals and institutions and the current practice has not been formally investigated. Thus a greater adherence to guidelines and recommendations would help in the standardization of best practices and facilitate practice based on evidence.

KEYWORDS: nursing interventions; central venous catheter; infection control; critical care.

Introdução

O cateter venoso central (CVC) tem sido cada vez mais utilizado no cuidar de pessoas que necessitam de intervenções terapêuticas complexas, nomeadamente no doente crítico e no tratamento do doente oncológico. Contudo, se por um lado esta técnica facilita a prática de procedimentos terapêuticos, por outro, pode constituir um grave problema na vida de um doente. Por isso, além da correcta colocação do cateter, não é menos importante a segurança

e eficiência na sua utilização e manipulação, cumprindo à Enfermagem um papel fundamental. Assim, exige-se ao enfermeiro que preste cuidados de qualidade ao doente com cateter venoso central, para assegurar o seu correcto funcionamento e despistar possíveis complicações. Neste sentido, surge este artigo de revisão sistemática da literatura onde se pretende identificar práticas e aprofundar conhecimentos relacionados com as intervenções de enfermagem

ao CVC para prevenção e controlo da infecção associada ao mesmo. Na verdade, a escolha deste tema resulta do facto de muitos doentes críticos, que cuidamos diariamente, possuírem um CVC para quimioterapia, administração de soluções hidroelectrolíticas, alimentação e medicação ou monitorização hemodinâmica. Embora, também existam CVC's totalmente implantados, este artigo refere-se sobretudo aos parcialmente implantados.

Saliente-se que, o CVC é um dispositivo invasivo, que estabelece a ligação entre o meio externo e uma veia central, estando-lhe associado uma série de complicações, de onde se destaca as infecciosas, quer pela sua frequência quer pelos resultados que acarreta para o doente e para o sistema de saúde. Neste sentido, são consideradas complicações infecciosas as que se relacionam com o local de inserção do cateter, assim como a infecção sistémica que ocorre como resultado da sua presença directa e da sua frequente manipulação. Por fim, é importante frisar que, na prestação de cuidados ao doente crítico/oncológico, é o enfermeiro que realiza os cuidados necessários pós-inserção do CVC e que mais intervenções executam junto do mesmo, o que constitui uma oportunidade de serem estes a contribuir para a redução das taxas de infecção hospitalar associadas à sua presença. (Rickard, Courtney & Webster, 2004).

Enquadramento Teórico

A infecção hospitalar é definida como sendo uma infecção adquirida após o internamento do doente e que se manifesta durante o mesmo ou após a alta, todavia, encontrando-se relacionada com o internamento ou procedimentos hospitalares (Pereira, Sousa, Tipple & Prado, 2005). Por seu lado, um cateter constitui sempre uma quebra da integridade da pele e dos tecidos de forma a estabelecer uma via de comunicação entre o meio ambiente e a circulação sanguínea. Assim sendo, representa sempre uma porta de entrada aos microrganismos, nomeadamente aos que se encontram ao nível da pele ou do ambiente, que facilmente atingem a circulação sistémica. Veja-se que, a infecção relacionada com o CVC é relatada em muitos estudos como sendo a principal causa do aumento da morbilidade, mortalidade e dos custos adicionais nos cuidados de saúde (Rosenthal, Maki, Salomao, Álvarez-Moreno, Metha, Higuera, Cuellar, Arikian, Abougal & Leblebicioglu, 2006); (Warren, Zack, Mayfield, Chen, Prentice, Fraser & Kollef,

2004). Os doentes em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI's) apresentam um maior risco de infecção devido a vários factores. O uso prolongado do acesso venoso central, a sua manipulação frequente para administração de fluidos e terapêutica, avaliação hemodinâmica e colheitas de sangue e a necessidade urgente de uma via central, em que são menosprezados os melhores cuidados de assepsia, são alguns dos factores que aumentam o potencial de contaminação e as subsequentes infecções clínicas (Buttes, Lattus, Stout & Thomas, 2006); (Ramritu, Halton, Cook, Whitby & Graves, 2008).

A infecção relacionada com o CVC pode ser localizada ou sistémica, sendo que o Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2007) define a infecção localizada como o crescimento significativo de um microrganismo da ponta do cateter, do segmento subcutâneo, ou lúmen do cateter, usando um método semiquantitativo. Por sua vez, uma infecção sistémica engloba a infecção localizada, mais o crescimento do mesmo organismo a partir da cultura de uma amostra de sangue periférico. Nesta perspectiva, Tardivo, Neto & Junior (2008) mencionam no seu estudo que as infecções sanguíneas relacionadas aos CVC's são causa de morbilidade e mortalidade nosocomiais e quando usados em UCI são os responsáveis por infecções mais graves, onde a sua incidência é mais elevada, devido ao maior tempo de permanência, maior colonização com a flora hospitalar e maior manipulação. Quanto aos locais de escolha para a implantação do CVC são as veias jugular interna e externa, a subclávia e a femoral, pelo que se torna um procedimento invasivo. Estes acessos vasculares são temporários ou provisórios, têm vida curta e estão sujeitos a um grande número de complicações sendo a infecção no local de punção com manifestação sistémica, a mais frequente, além de outras menos comuns tais como: hematoma, trombose, estenose e os acidentes durante a colocação que podem levar o doente a um pneumotórax ou hemotórax (Tardivo, Neto & Junior, 2008). Saliente-se que, Pereira, Sousa, Tipple & Prado (2005) mencionam que, os procedimentos invasivos favorecem o desenvolvimento das infecções, podendo veicular agentes infecciosos no momento da sua realização ou durante a sua permanência. Nesta medida, as autoras coadunam com Bonvento (2007) ao mencionar que, a maioria das infecções hospitalares manifestam-se como complicações das pessoas gravemente doentes, em consequência da

hospitalização e da realização de procedimentos invasivos ou imunossupressores a que, correcta ou incorrectamente, foi submetido. Nesta linha de pensamento, as autoras adiantam, ainda, que algumas infecções hospitalares são evitáveis e outras não, sendo que as infecções evitáveis são aquelas em que se pode interferir na cadeia de transmissão dos microrganismos. A interrupção dessa cadeia pode ser realizada por meio de medidas reconhecidamente eficazes como a lavagem das mãos, a descontaminação e esterilização de materiais, limpeza de superfícies, a utilização dos equipamentos de protecção individual, no caso do risco laboral e a observação das medidas de assepsia. Por outro lado, as infecções não evitáveis são aquelas que ocorrem mesmo com todas as precauções adoptadas.

De acordo, com o CDC (2007), várias situações têm sido apontadas como factores de risco para o desenvolvimento das infecções relacionadas ao CVC. A duração do cateterismo, a colonização cutânea no local de introdução do cateter, a manipulação frequente, a utilização do cateter para medir a pressão venosa central, o tipo de penso utilizado, a experiência do profissional que realiza o procedimento, a doença de base e a gravidade do estado clínico são considerados os factores mais importantes. A maioria das infecções da corrente sanguínea está relacionada a cateteres intravasculares, e sua prevenção depende dos cuidados adoptados com este tipo de dispositivo. Assim, com o intuito de minimizar estes índices, o CDC (2007) preconiza as medidas de prevenção de infecção primária da corrente sanguínea, abordando os itens: educação continuada, relação enfermeiro/doente vigilância das infecções do local de inserção do cateter, lavagem e higiene das mãos, local de inserção, técnica de inserção do cateter, uso de antiséptico, penso, selecção e permanência do cateter, troca do cateter, troca do sistema de infusão de soluções, assepsia prévia para inserção do cateter, uso de filtro, tipo de cateter, uso de cateter impregnado com antimicrobiano.

Com efeito, devido aos enormes encargos, que a infecção relacionada com o CVC representa para o sistema de saúde e os resultados que muitas vezes são trágicos para a saúde individual do doente, o CDC recolheu e divulgou um conjunto de orientações para a prevenção da infecção do CVC, baseadas nas melhores práticas. Na verdade, verifica-se que os profissionais de saúde ainda não se encontram muito despertos para esta problemática e os números

existentes da relação infecção/CVC não são significativos da realidade, o que pode estar associado ao facto de não ser enviada a ponta do mesmo para análise e os profissionais de saúde estarem pouco atentos à importância deste aspecto, que pode ser responsável pelo aumento do tempo de internamento, aumento do custos associados ao mesmo e aumento da morbidade e mortalidade. Sendo assim, para a prevenção da infecção associada ao cateter central e para o sucesso das intervenções realizadas, será então necessária uma consciencialização de toda a equipa transdisciplinar, com uma participação activa de todos os seus membros. Veja-se que, no seio da equipa poderão existir peritos que realizem de forma activa uma colheita de dados, realizem o controlo da infecção e da qualidade e promovam a motivação da equipa para alcançar o sucesso integrando novos métodos de trabalho com os já existentes.

Metodologia de Estudo

Com a finalidade de sistematizar o conhecimento actual existente sobre as intervenções de enfermagem associadas aos cuidados ao CVC, foi efectuada uma revisão sistemática da literatura. Segundo Fortin (2000), uma revisão sistemática da literatura consiste em realizar um exame crítico a um conjunto de publicações pertinentes para o domínio da investigação. Assim, será possível verificar as informações num conjunto de estudos já realizados, nos quais se podem identificar elementos semelhantes e divergentes e reflectir sobre os mesmos. Esta revisão sistemática da literatura permitiu responder à seguinte questão central: *“Em relação ao doente com CVC, quais as intervenções de enfermagem na prevenção e no controlo da infecção (O)?”*. A questão deste artigo foi realizada segundo o método PI[C]OD (Participantes, Intervenções, Comparações, Resultados/Outcomes e Desenho do Estudo), conforme consta no Quadro I. Para alcançar o objectivo delineado foram associadas palavras-chave como descritores da pesquisa, sendo elas Nursing, Central Venous Catheter, Infection, Control.

De modo a reunir a literatura científica relevante para a investigação, foram consultadas bases de dados informatizadas, como:

Código S1 - Base de Dados electrónica observada: EBSCO (CINAHL *Plus With Full Text*, MEDLINE *with Full Text*; British Nursing Index; Allied Health Collection: *Comprehensive; Medclatina*). Foram consultadas tendo em

P	PARTICIPANTES	Quem foi estudado?	Enfermeiros que cuidam de doentes com CVC	PALAVRAS-CHAVE Nursing, Central Venous Catheter, Infection, Control, Practices.
I	INTERVENÇÕES	O que foi feito?	Intervenções de Enfermagem ao doente com CVC	
[C]	COMPARAÇÕES	Podem existir ou não?	Quais?	
O	OUTCOMES	Resultados/ efeitos ou consequências	Práticas de enfermagem para a prevenção e controlo da infecção	
D	DESENHO DO ESTUDO	Como é que a evidência foi recolhida?	Abordagem qualitativa: Revisão Sistemática da Literatura	

Quadro I: Método PI[C]OD.

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
PARTICIPANTES	Doentes com Cateter Venoso Central; Enfermeiros que contactam e prestam cuidados a doentes com cateter venoso central.	Doentes pediátricos Doentes com cateter de diálise
INTERVENÇÃO	Intervenções/ Práticas de Enfermagem utilizadas na prevenção e controlo da infecção relacionada com o CVC; Conhecimento dos enfermeiros sobre as guidelines relacionadas com a temática; Experiência e reflexão dos enfermeiros sobre os cuidados prestados.	
DESENHO	Estudos de abordagem qualitativa e quantitativa.	Artigos que não sejam de investigação; Todos os achados da pesquisa que não apresentam metodologia qualitativa ou quantitativa.

Quadro II: Critérios de Inclusão e Exclusão.

conta o intervalo temporal entre Janeiro de 2004 e Junho de 2009, usando as seguintes palavras-chave: Central Venous Catheter AND Infection AND Control, que foram procuradas no resumo. Resultado: 27 Artigos.

Código S2 - Base de Dados electrónica observada: EBSCO (CINAHL Plus With Full Text, MEDLINE with Full Text; British Nursing Index; Allied Health Collection: Comprehensive; Medclatina). Foram consultadas tendo em conta o intervalo temporal entre Janeiro de 2004 e Junho de 2009, usando as seguintes palavras-chave: Nursing AND Infection AND Central Venous Catheter que foram procuradas no resumo. Resultado: 8 Artigos.

Código S3 - Base de Dados electrónica observada: EBSCO (CINAHL Plus With Full Text, MEDLINE with Full Text; British Nursing Index; Allied Health Collection: Comprehensive; Medclatina). Foram consultadas tendo em

conta o intervalo temporal entre Janeiro de 2004 e Junho de 2009, usando as seguintes palavras-chave: Nursing AND Central Venous Catheter AND Practices que foram procuradas no resumo. Resultado: 12 Artigos. Para realizar a pesquisa e obter os artigos adequados à questão de investigação e aos objectivos do estudo, foi estabelecido um conjunto de critérios de inclusão e exclusão que serão apresentados no Quadro II.

De um total de 36 artigos foram excluídos numa primeira fase 8 artigos por não serem relevantes devido à população em estudo (crianças). Também se excluíram os artigos relacionados com a área da Nefrologia, nomeadamente os estudos relacionados com os cateteres de hemodiálise, sendo 3 artigos respectivamente. Além disso, surgiram também artigos repetidos nas pesquisas efectuadas, sendo que foram eliminados mais 5 artigos. Dos restantes artigos (20) a partir do Abstract e considerando os critérios de inclusão e exclusão foram excluídos 16 artigos e seleccionados, por fim, 4 artigos cuja informação era relevante para o domínio do estudo. Consequentemente, procedeu-se à leitura integral de cada artigo e respectiva análise crítica.

Discussão de Resultados

A análise e reflexão sobre os artigos seleccionados contribuiu para dar resposta à pergunta de partida deste estudo, pois, explícita ou implicitamente, todos eles abordavam as intervenções de enfermagem relacionadas com o controlo da infecção associada ao CVC. Veja-se que, pelo menos 20% das infecções associadas aos cuidados de saúde, e mais de 50% das infecções relacionadas com o cateter vascular podem ser prevenidas (Krein, Hofer, Kowalski, Olmsted, Olmsted, Kaufman, Forman & Saint, 2007). Deste modo, dada a importância da prevenção, o CDC e as Agências de Saúde e de Investigação e Qualidade tem publicado recomendações baseadas na evidência para a prevenção da infecção sanguínea. As práticas fortemente recomendadas

incluem uma adequada higiene das mãos, uso de precauções máximas de barreira, utilização de gluconato de clorexidina para a inserção e preparação do local e evitar mudanças de cateter por rotina. Também, cateteres impregnados com agentes antimicrobianos são recomendados quando os índices de infecção são altos ou quando os cateteres vão permanecer no local por um período de tempo considerável (CDC, 2007).

Como veremos, segundo a investigação Krein, Hofer, Kowalski, Olmsted, Olmsted, Kaufman, Forman, & Saint (2007), as publicações de recomendações baseadas em evidências não conduzem, no entanto, directamente a mudanças clínicas. De facto, a pesquisa mostra que apenas cerca de 55% dos doentes receberam os cuidados recomendados. Estudos sugerem também que certas práticas de prevenção da infecção não são comumente utilizadas, apesar da evidência de que essas práticas reduzem substancialmente o risco de infecção. Assim, os resultados desta investigação sugerem que uma proporção substancial de hospitais dos Estados Unidos está a seguir orientações e recomendações, mas as mudanças na prática encontram-se muitas vezes aquém em relação à orientação e divulgação. Com efeito, reportando ao estudo, observou-se uma percentagem mais elevada relativamente aos hospitais privados na adopção de práticas de prevenção da infecção, como sejam, a utilização de precauções máximas de barreira estéril, o uso de gluconato de clorexidina para desinfecção do local de inserção do CVC e evitar mudanças por rotina. Além disso, também nestes hospitais se constatou uma pontuação máxima em termos de cultura de segurança, certificação dos profissionais no controlo da infecção e participação “colaborativa” na prevenção da infecção, pelo que também foram mais propensos a usar práticas de prevenção da infecção sanguínea relacionada com o uso do CVC (Krein, Hofer, Kowalski, Olmsted, Olmsted, Kaufman, Forman & Saint, 2007). Na verdade, esta investigação demonstra também que os hospitais estão mais propensos a adoptar práticas que têm sido fortemente recomendadas e orientações publicadas com base em evidências. Contudo, as duas práticas mais vulgarmente utilizadas são as precauções máximas de barreira estéril e o gluconato de clorexidina para desinfecção do local de inserção do cateter. Surpreendentemente, um penso impregnado em clorexidina é utilizado em pelo menos 25% dos hospitais, embora isto não seja recomen-

dado por qualquer uma das orientações publicadas e a sua eficácia não está cientificamente comprovada (Olson & Heilman, 2008).

Ainda foi encontrada uma associação entre o uso de várias práticas de prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionadas com o cateter central e uma maior pontuação de cultura de segurança. Geralmente definida a cultura é um tema unificador dentro de uma organização que se manifesta através de atitudes, valores e práticas. Nos últimos anos, a promoção de uma cultura de segurança tem-se tornado cada vez mais reconhecida como uma estratégia promissora para melhorar a segurança do doente. Promover uma cultura de segurança poderia facilitar a adopção de práticas relacionadas com a prevenção da infecção. Por fim, outra característica associada com o uso de práticas para evitar a infecção da corrente sanguínea relacionada com o CVC refere-se à certificação dos profissionais de controlo da infecção no controlo e participação colaborativa na prevenção da mesma. O programa promove a certificação contínua e conhecimento das práticas actuais necessárias para controlo e prevenção da infecção proporcionando aos profissionais certificados melhor preparação para interpretar as evidências e promover as principais práticas de prevenção da infecção no âmbito das suas organizações. Em conclusão, os resultados sugerem que estas iniciativas podem facilitar a utilização de importantes práticas de prevenção da infecção. Além disso, este estudo mostra um maior uso de práticas para prevenir a infecção da corrente sanguínea relacionada com o CVC do que estudos anteriores. No estudo de Rickard, Courtney & Webster (2004) verificou-se que em todas as unidades os enfermeiros desenvolvem intervenções para a prevenção da infecção associada ao CVC e os resultados obtidos pelos inquéritos foram comparados com as orientações fornecidas pela prática baseada em evidências/guidelines. Esta orientação das melhores práticas de enfermagem é um documento abrangente fornecendo recursos necessários para o apoio à prática de enfermagem baseada em evidências, tal como foi referido anteriormente no presente trabalho.

Relativamente aos resultados obtidos no estudo realizado por Rickard, Courtney & Webster (2004) quanto às intervenções de enfermagem realizadas constatou-se que na administração de soros e sua subsequente substituição de sistemas, esta é realizada em média ao fim de 114.9 ho-

ras, sendo que as orientações recomendam intervalos de pelo menos 72 horas. No que respeita à alimentação parentérica, a mudança de sistemas efectua-se, maioritariamente, às 24 horas, quanto às orientações indicam que as soluções lipídicas devem ser substituídas a cada 24 horas e se a solução só contém dextrose e aminoácidos pode ser substituída a cada 72 horas. Em relação à perfusão de propofol resposta mais evidenciada foi a mudança de sistemas num máximo de 72 horas, mas as orientações apontam para a mudança do sistema a cada 6 ou 12 horas, dependendo da sua utilização. No que se refere aos antissépticos utilizados na pele na colocação e na mudança do cateter e na própria realização do penso, no estudo mencionou-se como antisséptico de preferência o álcool a 70%, mas também houve referência à clorexidina e à clorexidina alcoólica. Saliente-se que, as directrizes recomendam clorexidina, o álcool a 70% ou uma solução com iodo. Veja-se que, a pele é a origem mais frequente das infecções locais, pelo que as intervenções realizadas à mesma são um factor chave para o sucesso dos cuidados. No que diz respeito aos cuidados de enfermagem realizados no local de inserção do CVC relativamente aos pensos, verificou-se que nas unidades estudadas são utilizados os transparentes semi-permeáveis na realização do mesmo, tal como indicam as guidelines. Foi referido que o penso era mudado em média ao fim de 142.2 horas (6 dias), o que se encontra dentro das directrizes, que referem que o mesmo pode ser feito semanalmente. Estas indicações são também defendidas por Marshall (2008), o qual refere que em adultos e adolescentes, a mudança do penso transparente no local de inserção do CVC deve ser realizado utilizando a clorexidina como antisséptico, a cada 5-7 dias ou mais frequentemente se estiver conspurcado, repassado, descolado ou húmido. Nestes casos pode ser utilizado penso com compressa e a mudança ser realizada a cada 2 dias ou mais frequentemente. Relativamente às barreiras de protecção utilizadas no manuseamento do CVC, no estudo foi feita sobretudo referência ao uso de aventais e luvas estéreis para o seu manuseamento. Neste caso, as orientações recomendam de facto o uso de luvas limpas ou estéreis, mas realçam sobretudo a importância de uma boa higiene das mãos. Além disso, o mesmo autor refere ainda que é essencial que os profissionais recebam formação e educação para se tornarem competentes na gestão dos cuidados ao CVC, que garantam e mantenham um pleno funcionamento do dispositivo.

Do estudo realizado por Rickard, Courtney & Webster (2004) podemos dizer que se realizaram as seguintes intervenções que contribuem para a prevenção e controle da infecção relacionada com o CVC: duração da substituição dos sistemas e prolongamentos, que deve ser realizada em intervalos controlados de acordo com as perfusões em curso; utilização de técnica asséptica nas mudanças de cateter e na realização de cuidados ao mesmo, com utilização de barreiras de protecção no manuseamento do mesmo; os materiais utilizados na execução do penso no local de inserção do cateter, com intervalos controlados. Segundo Douglas, Hatfield, Reedy, Simmons & Johnson (2007), aquando da realização do seu estudo em doentes oncológicos, referem que o uso de pensos transparentes é uma vantagem para prevenir qualquer exposição desnecessária dos locais de inserção dos CVC's verificando-se uma redução das complicações infecciosas associadas ao uso dos mesmos. Com efeito, as intervenções que demonstraram necessitar de melhoria prática, relacionam-se com a mudança de sistemas e prolongamentos da alimentação parentérica e das soluções lipídicas, incluindo o propofol; as soluções utilizadas e a frequência da realização do penso no local de inserção do cateter e as barreiras de protecção usadas no manuseamento do cateter.

Por outro lado, o estudo de Labeau, Vandijck, Rello, Adam, Rosa, Wenisch, Backman, Agbaht, Csomos, Seha, Dimopoulos, Vandewoude & Blot (2009) vai de encontro ao estudo realizado por Rickard, Courtney & Webster (2004) sobre a prática de cuidados ao CVC que relataram uma grande diversidade nas práticas e falta de aderência às guidelines do CDC. Os cuidados com o orifício de saída do cateter são exclusivamente da responsabilidade da enfermagem, em que seria de prever que fossem correctas as respostas dadas às questões relacionadas com o mesmo. De facto, sobre o desinfectante recomendado para a desinfecção do local de inserção do cateter, a maioria dos enfermeiros conhece e utiliza a iodopovidona, no entanto, também conhecem a clorexidina, mas uma minoria. As guidelines do CDC recomendam que, embora a preparação de clorexidina a 2% seja a preferida, a tintura de iodo, uma iodophor ou o álcool a 70% também poderão ser usados, tendo no entanto, que respeitar-se os tempos de secagem. As recomendações são também pouco coerentes com o produto a utilizar, o que poderá justificar a diversidade das respostas

dadas e a uma constante pesquisa, por parte dos investigadores, na procura da solução desinfectante mais eficaz. Mimosz, Villeminey, Ragot, Dahyot-Fizelier, Laksiri, Petitpas & Debaene (2007) realizaram um estudo randomizado a 538 cateteres dos quais 481 apresentaram resultados culturais. Comparada com a iodopovidona, a solução de clorexidina foi associada a uma diminuição em 50% da incidência de colonização e a uma menor tendência das taxas de infecção sanguínea relacionadas com o cateter, independentemente dos factores de risco. Também, Ramritu, Halton, Cook, Whitby & Graves (2008), numa meta-análise de uma revisão sistemática cita três estudos em que são comparados diferentes tipos de desinfectantes da pele. O primeiro, um ensaio randomizado controlado realizado por Maki e colegas (1991) citado pelos autores, comparou o gluconato de clorexidina a 2% com a iodopovidona a 10% e o álcool isopropílico a 70%. A clorexidina comparada com a iodopovidona reduz a colonização cerca de 69%, mas não apresentou significância estatística na redução da infecção sanguínea. Comparada com o álcool a 70% não apresentou significado estatístico na colonização e na redução da infecção sanguínea. Outro ensaio randomizado controlado (Humar e colegas, 2000), ao comparar a solução de iodopovidona com a solução de tintura de clorexidina não encontrou diferenças nas taxas de colonização e de infecção sanguínea. O terceiro estudo (Parienti e colegas, 2004) citado pelos autores, comparou uma solução aquosa de iodopovidona a 10% com uma solução de iodopovidona a 5% em álcool a 70%. As taxas de colonização foram significativamente menores com as soluções alcoólicas mas não houve diferença significativa nas taxas de infecção sanguínea.

Relativamente à questão sobre o penso recomendado na cobertura do orifício de saída do cateter, 62,6% foi unânime em responder que seria o penso transparente de poliuretano semipermeável, 8,2% respondeu ser de gaze, 3,1% não sabia e apenas 26,2% respondeu de acordo com as guidelines do CDC em que ambos são recomendados porque o tipo de penso não afecta o risco de infecção do cateter. Neste âmbito, Gilles (2008) realizou uma revisão de seis estudos baseados na evidência, que demonstram não existir qualquer relação na incidência de infecção com o tipo de penso utilizado. Segundo as conclusões dos autores existe um elevado grau de incerteza sobre o efeito do tipo de penso utilizado na prevenção da infecção, passando

a escolha do penso do CVC a ser baseada nas preferências do doente ou nos custos.

Outra das questões que apresentou grandes divergências entre respostas dadas e as recomendações do CDC foi a frequência em que eram mudados os dispositivos de infusão quando não são administradas emulsões lipídicas ou componentes sanguíneos. Das respostas dadas 28,6% respondeu todas as 24h, 38,5% respondeu todas as 48h, 6,4% não sabe e 26,5% respondeu todas as 96h. Segundo as recomendações do CDC, se não há suspeita de infecção documentada, a mudança dos sistemas de infusão nunca deverá ser inferior às 72h. No caso de administração de sangue ou emulsões lipídicas, os sistemas deverão ser mudados após 24h do início da infusão. Por isso, Gilles (2008) realizou um novo estudo de revisão, com o objectivo de identificar o melhor intervalo para a rotina de mudança dos sistemas de infusão e sistemas de alimentação parentérica. No que diz respeito à incidência da infecção do cateter e infecção sanguínea nos doentes que recebam alimentação parentérica, sobretudo emulsões lipídicas, são necessárias mais pesquisas, não se verificando evidência que sugira a mudança dos sistemas, em intervalos inferiores às 24h recomendadas pelo CDC.

Reportando ao artigo em análise, os resultados obtidos do inquérito apresentaram um score médio de 4,44 para as dez questões, sendo que os enfermeiros com mais experiência apresentaram melhores resultados. Como já foi antes referenciado, houve uma grande diversidade nas respostas dadas, o que fez querer, que há um desconhecimento por parte dos enfermeiros sobre as recomendações internacionais ou que responderam de acordo com as recomendações nacionais/locais. Na perspectiva de Harnage (2007), quando a prevenção, os comportamentos, actividades e produtos tecnológicos são combinados, o efeito sinérgico é maior do que quando estas estratégias são utilizadas de forma independente na prática dos cuidados. No seu estudo, Harnage (2007), refere que a equipa de enfermagem foi submetida a diversas formações necessárias ao seu desempenho, nomeadamente: formação sobre inserção periférica de cateteres centrais (PICCs) e formação sobre todas as medidas de controlo de infecção, designadamente limpeza da pele e solutos a aplicar. A nível prático foram submetidos a observação directa aquando da inserção dos cateteres e da sua manipulação por parte de peritos nessa

área. Todos os elementos de enfermagem que gradualmente foram sendo integrados nesta equipa, cujo objectivo é o controlo de infecção, foram submetidos a este processo de formação, sob supervisão clínica dos pares. Desta forma, consideraram importante também neste programa a supervisão clínica em enfermagem como uma mais-valia para a formação dos novos elementos da equipa.

No que concerne às estratégias implementadas são bastante específicas, como a utilização do anti-séptico gluconato de clorexidina após a limpeza da pele, cuja utilização é consensual nos estudos consultados e como referido na análise dos artigos anteriores, contudo na nossa prática clínica este não é de frequente utilização. Quanto á execução do penso do cateter, esta não é enumerada, visto ser preconizado para este tipo de cateterização a utilização de pensos transparentes para melhor monitorizar o local da punção e ser efectuada a substituição do penso a cada 48 horas no ambiente mais estéril possível, segundo Margotto (2007).

Finalmente, com base na análise dos 4 artigos pode-se aferir que grande percentagem das práticas clínicas, nomeadamente as intervenções de enfermagem, vão de encontro as guidelines do CDC, contudo, não existe uma uniformização de procedimentos, sendo que cada instituição adapta as práticas à sua realidade. Neste sentido, tendo em conta as evidências científicas sobressaem algumas medidas utilizadas que são transversais aos estudos encontrados, designadamente, as precauções máximas de barreira estéril e não mudar por rotina o CVC. Todavia, constatou-se também algumas divergências relacionadas, sobretudo com o conhecimento dos enfermeiros sobre o soluto recomendado para a desinfecção do local de inserção do CVC, tipo de penso a utilizar e mudança do mesmo. Para além disso, é importante destacar alguns aspectos principais que se reconhecem como fundamentais no controlo da infecção sanguínea relacionada com o CVC que surgiram desta pesquisa. Assim, considera-se relevante o facto dos membros da comissão do controlo de infecção serem profissionais especializados e com formação certificada, bem como, a existência de um epidemiologista na instituição. Na verdade, é essencial a função desta equipa na sensibilização dos enfermeiros, assim como, a sua participação colaborativa no controlo da infecção. Também existem estudos que dão ênfase à criação de uma equipa de enfermeiros especializada na aplicação de CVC a nível periférico (PICCs), a

qual efectua a monitorização diária dos mesmos, tendo por referência um protocolo, fazendo despiste da infecção e actuando precocemente se necessário. Por sua vez, verifica-se ainda, que existe um considerável número de enfermeiros com desconhecimento de algumas práticas recomendadas pelas guidelines, pelo que se preconiza a implementação contínua de programas de formação. Por fim, averiguámos que os hospitais com uma de cultura de segurança implementada obtêm melhores resultados no controlo da infecção da corrente sanguínea relacionada com o CVC. Consequentemente, da análise desta investigação científica resta acrescentar que, independentemente dos resultados finais, os dados em estudo vão de encontro às guidelines para a prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada com o CVC, bem como às recomendações para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares, do Programa Nacional de Controlo da Infecção (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Conclusões

Esta revisão sistemática da literatura evidencia a complexidade de intervenções de enfermagem ao doente com CVC, nomeadamente ao doente oncológico. A inserção destes dispositivos tem sido uma prática cada vez mais comum no tratamento oncológico onde o acesso vascular seguro é condição essencial para o sucesso terapêutico desses doentes. Veja-se que, os doentes críticos/oncológicos com CVC possuem um elevado risco de infecção relacionada com este, aumentando a morbilidade, mortalidade e os custos dos cuidados de saúde, sendo que as intervenções realizadas pelos enfermeiros na tentativa de evitar e controlar a infecção são fulcrais para a qualidade dos cuidados prestados. Posto isto, pode-se acrescentar que os factores de risco para o aparecimento da infecção sanguínea estão relacionados com o manuseamento, localização e tipo de cateter, com o próprio doente, bem como, com as soluções administradas, com o conhecimento e adesão do profissional de saúde face às orientações e recomendações existentes.

Com efeito, pode-se concluir que, apesar de existirem orientações e recomendações disponíveis, surgem diferentes abordagens no controlo da infecção relacionada com o CVC entre profissionais e instituições, todavia, a prática actual não tem sido formalmente pesquisada. Deste modo, consideramos que, a adesão às orientações e recomendações

(guidelines), constitui um contributo essencial na padronização dos cuidados ao CVC, facilitando a prática baseada na evidência. Além disso, verifica-se que, os enfermeiros ainda demonstram falta de conhecimento baseado em evidência científica no âmbito da sua prática. É essencial o desenvolvimento de práticas de investigação em enfermagem, para que se incrementem recomendações para a prática clínica que podem promover a qualidade dos cuidados de enfermagem. Além disso, as práticas encontradas com base na evidência científica constituem uma mais-valia para a qualidade dos cuidados, particularmente no controlo da infecção sanguínea relacionada com o CVC. Por fim, é importante frisar, que esta revisão sistemática foi um excelente contributo para a nossa prática de enfermagem na medida em que, aumentou significativamente o nosso conhecimento em determinados aspectos permitindo-se fundamentar as nossas intervenções, com base em evidências científicas.

BIBLIOGRAFIA

- Bonvento, M. (2007). *Acessos vasculares e infecção relacionada ao cateter*. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Abr. - Jun., 19 (227-230). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n2/a15v19n2.pdf> (18 Jun 2009).
- Buttes P., Lattus J., Stout C. & Thomas L. (2006). Drive down infection rates. *Nursing Management* [serial online]. October; 37(10): 60-64. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009314732&lang=pt-br&site=ehost-live> (18 Jun 2009).
- Centers for Disease Control and Prevention (2007). *Guideline For Isolation Precautions: Preventing Transmission Of Infectious Agents In Healthcare Settings* Disponível em http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_isolation.html (16 Jun 2009).
- Direção Geral de Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados Saúde*, Março.
- Douglas T., Hatfield A., Reedy A., Simmons S. & Johnson S. (2007). *A performance review project comparing two transparent dressings in relation to catheter related blood stream infections in a hematologic malignancy and bone marrow transplant in and outpatient program*. *Oncology Nursing Forum* [serial online]. March. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=28835491&lang=pt-br&site=ehost-live> (22 Jun 2009)
- Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. (2ª ed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Gilles D. (2008). *Gauze and tape and transparent polyurethane dressings for central venous catheters*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [serial online]. November 10;1. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=chh&AN=CD003827&lang=pt-br&site=ehost-live> (25 Jun 2009).
- Harnage, S. (2007). *Achieving Zero Catheter Related Blood Stream Infections: 15 Months Success in a Community Based Medical Center*. *JAVA*. Vol 12, No 4. Disponível em http://www.rymedtech.com/assets/Harnage-Reprint_2007.pdf (16 Jun 2009).
- Krein, S., Hofer, T., Kowalski, C., Olmsted, C., Olmsted, R., Kauffman, C., Forman, J. & Saint, S. (2007). *Use of Central Venous Catheter-Related Bloodstream Infection Prevention Practices by US Hospitals* Disponível em <http://www.mayoclinicproceedings.com/content/82/6/672.short>. (16 Jun 2009).
- Labeau, S., Vandijck, D.; Rello, J., Adam, S., Rosa, A., Wenisch, C., Backman, C., Agbaht, K., Csomos, A., Seha, M., Dimopoulos, G., Vandewoude, K. & Blot, S. (2009). *CDC guidelines for preventing central venous catheter-related infection: Results of a knowledge test among 3405 European intensive care nurses*. *Crit Care Med* 2009 Vol. 37, No. 1. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010164414&lang=pt-br&site=ehost-live> (16 Jun 2009)
- Marschall, J. (2008). *Catheter-associated bloodstream infections: Looking outside of the ICU*. *J Infect Control*, Vol. 36, No. 10, December. Disponível em: [http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(08\)00790-6/fulltext](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(08)00790-6/fulltext) (23 Jun 2009)
- Margotto, R. P. (2007). *Manejo de cateteres e infecção*. XIX congresso Brasileiro de Perinatologia, Fortaleza.
- Mimoz, O., Villeminey, S., Ragot, S., Dahyot-Fizelier, C., Laksiri, L., Petitpas, F. & Debaene, B. (2007). *Chlorhexidine-Based Antiseptic Solution vs Alcohol-Based Povidone-Iodine for Central Venous Catheter Care*. *Arch Intern Med*. 167 (19): 2066-2072. Disponível em <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/167/19/2066> (16 Jun 2009).
- Olson C. & Heilman J. (2008). *Clinical performance of a new transparent chlorhexidine gluconate central venous catheter dressing*. *Journal of the Association for Vascular Access* [serial online]. March. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009899943&lang=pt-br&site=ehost-live> (16 Jun 2009).
- Pereira, M. S., Souza, A. C. S., Tipple, A. F.V. & Prado, M. A. (2005). *A Infecção Hospitalar e as suas implicações no Cuidar em Enfermagem*. *Texto Contexto Enferm* Abr-Jun; 14(2):250-7.
- Ramritu P., Halton K., Cook D., Whitty M. & Graves N. (2008). *Catheter-related bloodstream infections in intensive care units: a systematic review with meta-analysis*. *Journal of Advanced Nursing* [serial online]. April 2008;62(1):3-21. Available from: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Ipswich, MA. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=31321823&lang=pt-br&site=ehost-live> (16 Jun 2009).
- Rickard C, Courtney M. & Webster J. (2004). *Central venous catheters: a survey of ICU practices*. *Journal of Advanced Nursing* [serial online]. November; 48(3):247. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2005011866&lang=pt-br&site=ehost-live> (16 Jun 2009).
- Rosenthal V., Maki D., Salomao R., Álvarez-Moreno, C., Metha, Y., Higuera, F., Cuellar, L., Arkan, O. A., Abougal, R. & Leblebicioglu, H. (2006). *Device-Associated Nosocomial Infections in 55 Intensive Care Units of 8 Developing Countries*. *Annals of Internal Medicine* [serial online]. October 17, 145(8):582-W192. Available from: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Ipswich, MA. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009545099&lang=pt-br&site=ehost-live> (20 Jun 2009).
- Tardivo, T. B., Neto, J. F. & Junior, J. F. (2008). *Infecções Sanguíneas Relacionadas aos Cateteres Venosos*. *Rev Bras Clin Med*;6: 224-227.
- Warren D., Zack J., Mayfield J., Chen, A., Prentice, D., Fraser, V. & Kollef, M. (2004). *The Effect of an Education Program on the Incidence of Central Venous Catheter-Associated Bloodstream Infection in a Medical ICU*. *Chest* [serial online]. November; 126(5):1612-1618. Available from: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Ipswich, MA. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=15225237&lang=pt-br&site=ehost-live> (20 Jun 2009).

EMOÇÕES FACE AO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA ONCOLÓGICA

Luis Miguel Ferreira

lmferreira@esenf.pt

Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem do Porto
Doutorando em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Célia Santos

celiasantos@esenf.pt

Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Emília Bulcão

emilia@esenf.pt

Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem do Porto
Doutoranda em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Neste artigo procura-se abordar o impacto emocional e as emoções emergentes quando surge o diagnóstico de doença oncológica. Face ao impacto decorrente do diagnóstico de cancro são evidenciadas consequências psicológicas, a nível das respostas emocionais, surgindo distress, ansiedade grave e depressão, emergindo também emoções como o medo e a raiva. Tomando por base o conceito de emoção de Lazarus, objectivando determinar as emoções desencadeadas face a um diagnóstico de doença oncológica, desenvolveu-se um estudo descritivo de natureza qualitativa. Os resultados do estudo permitiram concluir que, face ao diagnóstico de doença oncológica, emergem as emoções de medo e raiva. Destaca-se que apesar das emoções emergentes serem consideradas na literatura como negativas, apresentam um potencial adaptativo muito importante. Compreender as emoções inerentes a um diagnóstico de cancro, parece-nos favorecedor de competências, potenciadoras da eficácia de uma relação terapêutica, que promova o bem-estar emocional do doente e beneficie o seu processo de adaptação.

PALAVRAS-CHAVE: cancro; emoções; medo; raiva.

ABSTRACT: This article seeks to address the emotional impact and the emerging emotions arise when the diagnosis of cancer. Given the impact resulting from the diagnosis of cancer are evident psychological consequences, at the level of emotional responses, emerging distress, severe anxiety, depression and emotions like fear and anger. Based on the concept of Lazarus emotion we have developed a descriptive study of qualitative research to determine the emotions unleashed against a diagnosis of cancer. The study results showed that, given the diagnosis of oncological diseases, arise the emotions of fear and anger. It should be emphasized that in spite of the emotions emerging being considered in the literature as negative, has a very important adaptive potential. Understanding the emotions inherent in a diagnosis of cancer, it seems supportive of skills that enhance the effectiveness of a therapeutic relationship which promotes the emotional well-being of the patient and facilitate the process of adaptation.

KEYWORDS: cancer; emotions; fear; anger.

Impacto Emocional de um Diagnóstico de Cancro

As alterações emocionais nas pessoas com uma doença do foro oncológico são inevitáveis, dado o impacto do diagnóstico (Soares, 2000). Segundo Aapro (1997) a doença oncológica tem um impacto profundo na forma como os indivíduos se percebem, bem como no modo como percebem o ambiente social que os rodeia, encontrando-se esta doença no grupo das que ameaçam a integridade física e psicológica do indivíduo (cit. in Matos & Pereira, 2002).

O cancro assusta as pessoas (Martin, 2004) e depois de instalado, passa a imperar o caos sobre a ordem, constituindo um desafio à normalidade, adquirindo um lugar preponderante nos terrores sociais (Cabral, 1993).

Inúmeros estudos apontam para o despoletar de respostas emocionais, tais como depressão e ansiedade grave (Haynal, Pasin e Archinard, 1998; Epping-Jordan et al, 1999; Burgess et al, 2005; Knobf, 2007; Fernandes, 2009), podendo também incluir a expressão de medo, raiva, revolta, desesperança, pensamentos suicidas e culpa. As respostas emocionais são, na maioria das vezes, acompanhadas por sintomas físicos tais como fadiga, perturbações alimentares, sexuais e do sono (Haynal, Pasin e Archinard, 1998).

Ogden (1999) refere que as consequências psicológicas dos doentes com cancro, a nível das respostas emocionais, podem repercutir-se até em depressão grave, luto, ansiedade, fúria, mudanças de personalidade e falta de controlo.

Seligman (1996) apesar de valorizar a individualidade inerente a cada indivíduo, identifica três estádios previsíveis intrínsecas aos doentes oncológicos. O primeiro estadio corresponde às reacções emocionais pelas quais os doentes vão passando, desde incerteza ansioso pré diagnóstico, ao confronto com o diagnóstico, seguindo-se uma fase de stresse agudo e depressão. O segundo estadio reúne a aceitação do diagnóstico e do tratamento, caracterizando-se pela vivência de incerteza no futuro e pelo desaparecimento da vida tal como a conheciam. Após as primeiras reacções de stresse agudo e de choque, no período de tempo de algumas semanas, dá-se uma transição gradual em que

os doentes começam a aceitar o diagnóstico nas suas vidas. Esta transição será tanto mais favorável quanto mais apoiados os doentes se sentirem, no entanto, é frequente o sentimento de perda, associado a vulnerabilidade e solidão, podendo surgir ansiedade, depressão e desespero. Verifica-se que durante este estágio o doente sente receio e preocupações que decide não exteriorizar para não preocupar aqueles que o rodeiam. O terceiro estadio é identificado com uma fase pós tratamento, onde são evidenciadas as consequências físicas e psicológicas da fase aguda da doença e do tratamento, bem como a potencialidade de uma recidiva. Mesmo nesta fase, o impacto físico e emocional do diagnóstico inicial mantém-se presente, o medo poderá demorar alguns anos a diminuir ou nunca desaparecer na totalidade.

McCray (2000) refere que perante o diagnóstico de cancro, a principal preocupação da pessoa será a vida versus morte. Em muitos doentes foram observados adormecimento de sentimentos ou choque. Menciona que as pessoas revelam maior *distress* quando a notícia é recebida no quarto do hospital ou pelo telefone, demonstrando sentirem-se mais vulneráveis nas situações em que se encontravam sós. Neste momento, também demonstraram necessidade em dar a conhecer o seu sentimento de catástrofe pessoal.

Weisman e Worden (1989) descreveram a resposta inicial ao diagnóstico como uma condição existencial, referindo que o indivíduo tenta corresponder a temas existenciais, nomeadamente os que concernem à morte, ao futuro e ao modo de vida adoptado.

Pode-se inferir que após o diagnóstico, a representação que o doente tem da sua saúde, do seu futuro, da sua imagem e das suas capacidades são completamente alteradas (Matos & Pereira, 2002).

Metodologia

Com o objectivo de descrever as emoções da pessoa quando lhe é diagnosticada uma doença oncológica, desenhou-se um estudo descritivo, alicerçado no paradigma naturalista. Determinou-se como população os doentes oncológicos de uma Instituição de Saúde especializada no tratamento do doente oncológico,

determinando como critérios de inclusão os doentes que tivessem apenas um diagnóstico de cancro e se encontrassem num período ausente de qualquer tipo de tratamento, não ultrapassando os dez anos após o diagnóstico. Utilizamos uma amostra intencional com um total de dez participantes. Utilizou-se como técnica de recolha de dados a entrevista não estruturada. A análise das entrevistas foi efectuada através de análise de conteúdo segundo a óptica de Bardin (2004), tendo sido alicerçada à priori no conceito de emoção descrito por Lazarus (1991), que constituiu o referencial teórico do estudo.

Resultados

Os resultados indicam que as emoções emergentes após a tomada de conhecimento de um diagnóstico de cancro são o medo e a raiva.

O **medo** é descrito por Lazarus (1991) como uma ameaça concreta e repentina, sendo uma reacção mais primitiva do que a ansiedade. Refere que, face a uma situação de perigo iminente, não temos muito tempo para reflectir e ficamos assustados com a perspectiva imediata de morte súbita ou dano. Salienta a perspectiva imediata, justificando que podemos estar ansiosos com a morte, mas conseguimos distanciar-nos e não pensar acerca dela, excepto em situações de perigo severo. Uma situação de proximidade com a morte, pode não nos ajudar, mas lembra-nos da nossa mortalidade.

A categoria de medo foi dividida em duas subcategorias, correspondentes ao “confronto com a morte” e as “manifestações psicofisiológicas” vivenciadas pelos participantes.

Na subcategoria “confronto com a morte”, os discursos dos participantes revelam que, face ao momento do diagnóstico de cancro, a vivência experiencial é sentida de modo súbito e avaliada como estímulo ameaçador e perigoso, sendo identificado com a morte. Mencionam ter medo de morrer ou experimentam uma vivência muito próxima com a finitude das suas vidas.

“...naquele dia que eu soube que era mesmo cancro... nesse dia tive medo de morrer...”

Relativamente à subcategoria “manifestações psicofisiológicas” e, tal como Lazarus (1991) refere, a emoção emerge na dependência da avaliação cognitiva que fazemos da situação *stressante*, no entanto também salienta a interacção existente entre o princípio psicobiológico e os processos fisiológicos, que ocorrem numa emoção. Neste sentido, decidiu-se considerar nesta subcategoria as expressões do discurso dos participantes que evidenciam esta interrelação.

O momento vivido pelos participantes, quando confrontados com o diagnóstico de cancro é vivenciado como algo terrífico e de difícil descrição. Mencionam que num curto espaço de tempo são assolados por múltiplos pensamentos difíceis de pormenorizar

“...este espaço de tempo em que nos diz – é um tumor maligno, cancro – acho que passou-me milhares de coisas pela cabeça...”

Também descrevem esta experiência vivida, referindo sentirem como que se tivessem sido atingidos por algo violento, utilizando como metáforas algumas expressões, com evidência de repercussões a nível fisiológico.

“...um abalo, um tremor de terra... um abalo sísmico...”

No mesmo sentido, uma das expressões descritas, demonstra claramente a repercussão física subjacente à interrelação psicofisiológica existente numa emoção.

“...dão-me o resultado do exame, eu estava com um pijama... vermelho, nunca mais me esquece, eu suei tanto ou tão pouco que eu manchei os lençóis de vermelho...”

Estas manifestações vivenciais psicofisiológicas situacionais, também denotam reacções momentâneas a nível psíquico, sendo reveladas sensações de perda de controlo e de embotamento mental, de difícil descrição.

“...senti-me desfalecer, senti o chão a fugir-me dos pés, tive um ataque de choro enorme, fiquei completamente perdida, sem saber o que fazer...”

Também são descritas manifestações vivenciais que evidenciam reacções de bloqueamento e/ou confusão mental.

“Não senti nada, rigorosamente nada, fiquei bloqueada... parece que o cérebro parou naquele momento, não pensei em nada, não tive reacção nenhuma...”

Ao mesmo tempo, que são referenciadas estas manifestações, também mencionam que parece terem sido atingidos por “algo” muito violento, que os incapacita de pensarem. Concomitantemente, uma das participantes refere ter sentido uma tranquilidade, não sabendo explicar a origem para tal facto. Ao longo do discurso, verifica-se que atribui esta reacção à ajuda divina, como forma de ajuda e suporte face à situação vivida.

“...é assim como que... um raio ou um martelo daqueles muito grossos que nos dá uma pancada e a pessoa fica assim meia atordoada e não tem capacidade para pensar... não sei se é pelo choque... a pessoa sentir de repente uma tranquilidade que vem não sei de donde... o certo é que não tive reacção...”

A situação vivencial desta fonte de stress é descrita de um modo tão intenso, que se revela marcante e difícil de esquecimento, sendo praticamente impossível ser apagada da memória a longo prazo.

“...se lembra da altura em que o médico lhe disse – você tem cancro – são coisas que nunca mais se conseguem apagar na vida...”

Nesta subcategoria são evidenciados relatos demonstrativos da clarividência entre o psíquico e o fisiológico, sendo difícil de destrinçar a simultaneidade decorrente entre ambos.

Relativamente à emoção de **raiva** Lazarus (1991) refere que esta é uma emoção especialmente complexa, mas interessante. Esta emoção depende da avaliação efectuada quando a nossa própria identidade é posta em causa. É uma emoção complexa e socialmente importante. A maior parte dos cenários conducentes à raiva envolve um ataque ao nosso próprio “Eu”, à nossa identidade, levando a uma avaliação de desprezo pessoal ou ofensa, sendo esta a maior variante psicodinâmica da raiva. Resumidamente, menciona que a raiva se refere a uma ofensa aviltante contra mim ou os meus.

Menciona que o motivo básico para preservar ou realçar a auto-estima contra a ameaça, leva a que a

raiva ocorra. Quando sentimos que algo não está bem ou que o mundo nos tratou mal, podemos sentir-nos diminuídos e menos significantes como pessoas do que aquilo que ambicionamos, procurando alguém ou alguma coisa para culpar. A emergência da culpa pode surgir dirigida a nós próprios, como se fossemos um objecto externo, ou a uma força externa, dirigida a alguém ou a alguma coisa. (Idem).

Os discursos dos participantes denotam que foram mal tratados pelo mundo, sentindo-se injustiçados pelo sucedido. Por vezes, referem sentir uma revolta imensa. Questionam-se porque é que foram contemplados com um diagnóstico tão malévolos, não se considerando mercedores de tamanha injustiça. Procuram razões antecedentes ou acontecimentos de vida que possam justificar tal diagnóstico, não encontrando justificações credíveis, denotam sentir uma maior revolta para com o mundo. Em algumas das narrativas é evidenciada uma necessidade de retaliação, chegando a personificar o tumor numa força externa que têm que ser banida.

“...uma revolta tremenda, tremenda, tremenda, porque que é... que me acontece a mim...”

Esta emoção emerge na vivência situacional do diagnóstico. No entanto, duas das participantes referem que ainda hoje sentem episódios de raiva pelo ocorrido.

Nas expressões do discurso dos participantes, também é evidenciada a atribuição de culpa à sua própria identidade ou a outros. Salienta-se que uma das participantes atribui culpa dirigida a outras pessoas, constatando-se uma necessidade de vingança numa atitude de retaliar os pressupostos culpados pela situação ocorrida.

“...eu estava doente era por causa da x... culpo-o, e culpo-a a x porque foi tudo uma questão nervosa... queria morrer para me vingar do x e x...”

Discussão

Relativamente à emoção de medo, na subcategoria “confronto com a morte”, os participantes deparam-se com a visualização da finitude da vida. No momento do diagnóstico, os participantes avaliam a situação,

verbalizando medo da morte ou expressam-se através de metáforas, que demonstram análogo significado. O impacto provocado pelo diagnóstico é tão intenso que induz o confronto com a iminência da morte e da sua proximidade.

Os relatos efectuados pelos participantes são semelhantes a um exemplo descrito por Lazarus (1991), quando narra uma situação vivencial da emoção de medo, referindo que, se num avião em pleno voo os motores pararem, somos confrontados com a ameaça de morte iminente, mencionando que embora esta proximidade possa não nos ajudar, lembra-nos da nossa mortalidade.

Phaneuf (2002) refere que não nos devemos esquecer que a palavra cancro provoca medo e basta o seu pronúncio para que a pessoa pense na morte e, embora não o exprimindo verbalmente, pensa nisso com muita frequência.

As descrições da emoção de medo, relatadas pelos participantes, referentes à subcategoria “manifestações psicofisiológicas”, vão ao encontro da perspectiva de diferentes investigadores, quando explicitam as características definidoras desta emoção. Na perspectiva de Izard (1991), o medo é descrito como experiência ameaçadora e perigosa, sendo acompanhada da percepção de alterações fisiológicas. A pessoa sente que a sua segurança e o seu bem-estar estão ameaçados, surgindo incerteza, insegurança, parecendo que tudo está fora de controlo. Segundo este autor, a intensidade desta emoção causa uma “visão em túnel”, que reduz grandemente a variedade das percepções, pensamentos e opções. No entanto, esta visão torna-se facilitadora porque limita o número de opções de acção, favorecendo um comportamento protector e adaptativo, de modo a reduzir a ameaça sentida. A mobilização corporal e a expressão dos comportamentos são sentidas, como resultantes da percepção da ameaça ou do perigo. Paradoxalmente, a pessoa pode ficar como que congelada, sem saber o que fazer e aparentemente imobilizada ou fugir com toda a sua força, abandonando todo o pensamento e acção, que não é relevante para escapar da ameaça. Damásio (2003) igualmente refere que podemos correr de medo ou ficarmos paralisados, considerando que, por vezes,

a perturbação corporal se assemelha a uma verdadeira convulsão. Segundo LeDoux (2000), o acto de ficar paralisado pode ser entendido como preparatório para um combate defensivo, quando a fuga não é possível, ou para a fuga, quando as condições o permitem.

O misto de interações psicofisiológicas foi verbalizado de inúmeras formas, mas considerou-se pertinente mencionar a descrição de um dos participantes que, perante a intensidade da notícia, refere sentir uma tranquilidade inexplicável, atribuindo a causalidade deste facto a uma entidade não terrena, protectora, sendo identificada com Deus. Esta descrição parece semelhante com o que Damásio (2003) designa por “analgesia natural”, referindo-se ao envolvimento de determinadas moléculas químicas, determinantes de acções em certas regiões cerebrais. Exemplificando, refere-se que quando tentamos fugir de determinado perigo, será vantajoso não sentirmos dor, situação que pode ser análoga a tomar uma alta dose de aspirina ou de morfina. Nesta situação, a intervenção de moléculas similares à morfina (endorfinas), geradas natural e internamente, actuam como se fossem uma receita médica, em que o cérebro assume naturalmente o papel de médico. Menciona que é curioso pensar que, quando é necessário, a natureza se encarrega de administrar o mesmo tratamento para a dor que um médico institui no doente que sofre. Atribui este facto à modificação de certas regiões cerebrais, com a associação de determinadas moléculas químicas. Este facto também sucede com os soldados nos campos de batalha, onde essas moléculas modificam os mapas do corpo, que lhe revelariam dor e medo.

LeDoux (2000) menciona que, perante situações de perigo ou de grande tensão, o cérebro emite mensagens aos órgãos do corpo, através do sistema nervoso autónomo, regulando a actividade destes de forma a adaptá-los às exigências da situação indutora de stresse. No caso particular da emoção de medo, o sistema nervoso autónomo é activado, induzindo uma série de reacções cardiovasculares e outras viscerais, que ajudam a manter a reacção de imobilização, sendo libertadas hormonas de stresse para a corrente sanguínea, que ajudam o corpo a suportar a situação ameaçadora. Também descreve que a reacção à dor é igualmente suprimida.

A emoção de medo induz uma série de reacções físicas, preparando o organismo para enfrentar a situação *stressante*.

Estes factos fazem lembrar a teoria de Selye (1987), o Síndrome de Adaptação Geral. Segundo esta teoria, perante uma situação indutora de stresse, o organismo evidencia uma reacção de alarme, um estado de resistência e um estado de exaustão. É manifestada uma expressão somática, representativa da chamada de todas as forças defensivas do organismo, com activação do eixo hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. Mantendo-se activado, com objectivos reparadores, o indivíduo tenta suportar o *stressor* resistindo aos seus efeitos mais debilitantes, desenvolvendo um estado de adaptação ou de resistência. Verifica-se uma elevação de cortisol no sangue, activando o metabolismo geral e aumentando a força muscular à diminuição de processos inflamatórios. Porém, se a exposição ao agente indutor de stresse se mantém, há uma depleção de energia adaptativa, mantendo-se elevados níveis de cortisol, que vão tendo efeitos negativos sobre o organismo, podendo diminuir a resistência às infecções e, em casos extremos, o indivíduo pode morrer. Salienta-se que o autor não deu relevo à componente cognitiva durante o processo de stresse, valorizando apenas a componente fisiológica. Todavia, perante os resultados obtidos neste trabalho, percebe-nos que é impossível dissociar a mente do corpo.

Esta correlação existente entre a mente e o corpo é realçada e preconizada por Damásio (2003) e Ribeiro (2005), ambos referindo que durante a ocorrência de um processo psicológico, não é possível dissociar as reacções biológicas e químicas, funcionando como um bloco unitário.

Os discursos dos participantes também evidenciam que o momento do diagnóstico jamais é esquecido. Izard (1991) salienta que a intensa experiência de medo é recordada de forma nítida, mesmo muitos anos depois. Damásio et al (2000) referem que, após terem efectuado uma experiência, onde foi englobado um episódio emocional, com as emoções de medo, tristeza, felicidade ou zanga, verificaram que os participantes se recordavam dos pormenores dessas experiências, conseguindo revê-lo com uma intensidade surpreendente

(cit. *in* Damásio 2003). Kulik (1977) e Christianson (1989), citados por LeDoux (2000), descreveram um fenómeno que denominaram “memória de impacto”, referindo que as pessoas, perante situações emocionais intensas, recordam o momento vivido de forma crua e nítida. LeDoux (2000) menciona que este facto se relaciona com situações fisiológicas, nomeadamente a descargas de adrenalina.

Também se constatou a recordação de determinados pormenores e não de outros. Como nos relata um dos participantes, ainda hoje se recorda dos enfermeiros que o trataram, facto que atribui ao precioso apoio emocional que lhe foi prestado. Esta situação é descrita por LeDoux (2000) sendo denominada de memória selectiva. Ocorre quando os aspectos de determinada situação, considerados fundamentais, tendem a ser recordados, em detrimento de outros, referindo que este facto pode depender de factores individuais. Também refere que a recordação de situações emocionais pode ser fraca, quando as situações traumáticas são intensas, podendo ser acompanhadas de uma amnésia selectiva. O mesmo autor refere que estas situações coincidem com a teoria psicanalítica de Freud (1966), em que os acontecimentos desagradáveis são reprimidos e relegados para campos inconscientes da mente (cit. *in* LeDoux 2000). Parece-nos que o discurso de um dos participantes, evidencia uma situação similar, pelo facto de, durante toda a entrevista, patentear um discurso de evitamento e/ou negação em relação à situação vivida. Referindo, por vezes, não se lembrar de determinados pormenores, justificando-se com a rapidez com que tudo se passou e evidenciando um discurso não verbal paradoxal com o relato verbal.

Salienta-se que o conforto com este diagnóstico é potencialmente tão intenso que parece despoletar uma categoria diagnóstica comparável ao distúrbio de stresse pós-traumático. Serra (1999) menciona que este diagnóstico se caracteriza pela exposição a um acontecimento traumático, em que a pessoa na altura sentiu medo, desespero ou terror, envolvendo ameaça de morte, lesão grave ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros. Nesta situação, o indivíduo pode evidenciar perturbações, que dão indício de marcas, po-

dendo reviver regularmente o acontecimento penoso, evitar deliberadamente tudo o que evoque a situação, revelando um certo grau de anestesia emocional perante a recordação ou mostrar um estado de hiperactivação vegetativa que não era usual antes da ocorrência. Alguns dos participantes evidenciam algumas destas manifestações, nomeadamente os esforços efectuados para evitar relembrar o impacte ou determinadas situações relacionadas com os tratamentos, bem como, evitar os locais ou a recordação de aspectos importantes da situação.

A categoria raiva emerge nos discursos dos participantes, como uma emoção negativa, emergindo logo após a comunicação do diagnóstico, com a excepção de duas das participantes que referem ainda, no momento actual, vivenciarem esta emoção.

Lazarus (1991) refere que esta emoção pode ser denominada por diferentes palavras, com a mesma significação, tais como, indignação, fúria, contrariedade, entre outras, evidenciando o aspecto cultural inerente à natureza humana. Izard (1991) descreve a emoção raiva, denominando-a de cólera, também como emoção negativa, que acontece quando uma causa física ou psicológica ameaçadora constitua um obstáculo capaz de impedir o indivíduo de atingir os seus objectivos, estando os estímulos desencadeantes relacionados com situações desagradáveis ou negativas. Izard e Ackerman (2000), citando Baumeister, Smart e Boden (1996), refere que quando existe um desafio ao “Eu” ou à auto-estima, a atenção sobre este aumenta, podendo activar um padrão de pena que precede, activa e amplifica a raiva. Esta emoção permite a mobilização e manutenção de altos níveis de energia, fazendo com que a pessoa se sinta mais capaz para enfrentar desafios e perigos. Pode manifestar-se por comportamentos agressivos, no entanto pode ser controlada, pelo que também pode ser dirigida a outro ou a si próprio. Lazarus (1991) também enfatiza o potencial energético que esta emoção pode ter, quando o indivíduo é defrontado com uma situação stressante. Menciona que esta emoção é uma das emoções mais intensas, devido ao seu impacto nas relações sociais e aos efeitos na pessoa que experiênciam esta emoção.

Nos discursos dos participantes também é evidenciada atitude de injustiça, perante o sucedido, questionando-se acerca do porquê do acontecimento, bem como, da limitação de objectivos futuros. Uma das participantes relata a experiência de revolta intensa, pelo facto de sentir que as expectativas face a um futuro próspero terem sido quartadas, limitando-lhe os objectivos próximos e o seu horizonte.

Na perspectiva de diferentes autores, as emoções de medo e raiva, potenciam uma resposta adaptativa muito importante perante situações de crise vivencial. Lazarus (1991) refere que estas são interdependentes, mas fazem parte da mesma moeda a nível adaptacional. Nestas emoções negativas, a actividade física é evidente, sendo interpretada como mobilização corporal, para lidar com situações de emergência. Izard (1991) também realça o potencial adaptativo destas emoções, referindo que as tendências para a acção são inteiramente apoiadas em objectivos específicos, tais como, o ataque, a defesa ou a protecção. Jenkins & Oatley (2002) mencionam que um padrão complementar à raiva é o medo. Martin & Boeck (1999) referem que o medo e a raiva são emoções que permitem a sobrevivência ao perigo iminente. O organismo entra em nível de alarme total, apenas conseguindo preocupar-nos com aquilo de que podemos ser vítimas e de como escapar ilesos, sendo todo o resto ignorado. Rodrigues (1989) também refere que estas emoções, apesar de introspectivamente opostas, representam uma preparação para a actividade energética de luta ou fuga. LeDoux (2000) refere que este tipo de reacção de luta ou fuga tem vantagens adaptativas inequívocas.

Os relatos dos participantes evidenciam que o confronto com o diagnóstico de uma doença oncológica constitui uma fonte *stressora*, capaz de induzir ambas as emoções negativas, sendo a representação emocional da doença oncológica muito negativa principalmente na avaliação inicial (Santos 2003). Salientamos que, embora estas emoções sejam negativas, os diferentes autores enfatizam a componente adaptativa, com a consequente mobilização de energia para fazer face à situação indutora de stress.

Compreender as emoções inerentes a um diagnóstico de cancro, parece favorecedor de competências, que poderão potenciar a eficácia de uma relação terapêutica, que promova o bem-estar emocional do doente e beneficie o processo de adaptação. Alicerçar esta relação na individualidade de cada pessoa, mas nunca descorando o contexto situacional, quer nas peculiaridades inerentes ao processo de doença, quer nas inerentes à personalidade de cada pessoa, poderá favorecer uma base sustentável, ao juízo do diagnóstico de enfermagem, bem como, ao planeamento e delineamento de intervenções apropriadas.

BIBLIOGRAFIA

- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3 ed.). Lisboa: Edições 70.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). *Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five years observational cohort*. (Vol. 330). (B. M. Journal, Ed.)
- Cabral, J. M. (1993). *O Desafio da Normalidade (Impressões do fim da vida)*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa: as emoções sociais e a neurobiologia do sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Epping-Jordan, J., Compas, B., Osowiecki, D., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., et al. (1999). *Psychological adjustment in breast cancer: process of emotional distress*. *Health Psychology*, 18 (4), pp. 315-326.
- Fawzy, F., Fawzy, N., Hyun, C., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J., et al. (1993). *Malignant melanoma*. *Archives of General Psychiatry*, 50 (9), pp. 681-689.
- Fernandes, S. (2009). *preditores psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro da Mama: O papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos*. Portugal: Tese de doutoramento apresentada na Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Haynal, A., Pasini, W., & Archinard, M. (1998). *Medicina psicossomática : perspectivas psicossociais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Izard, C. E. (1991). *The Psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C., & Ackerman, B. (2000). *Motivational, organizational, and regulatory functions of discrete emotions*. In M. In LEWIS, & M. HAVILAND-JONES, *Handbook of emotions* (2 ed.). London: The Guilford Press.
- Knobf, M. T. (2007). *Psychosocial responses in breast cancer survivors*. *Seminars in Oncology Nursing*, 23 (1), pp. 71-73.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Ledoux, J. (2000). *O Cérebro emocional: as misteriosas estruturas da vida emocional*. Cascais: Pergaminho.
- Martin, D., & Boeck, K. (2000). *QE o que é a inteligência emocional: como conseguir que as nossas emoções determinem o nosso triunfo em todas as situações (2 ed.)*. Pergaminho: Cascais.
- Martin, P. (2004). *A Mente Doente: cérebro, comportamento, imunidade e doença. (2ª edição ed.)*. Lisboa: Bizâncio.
- Matos, P., & Pereira, M. (2002). *Áreas de intervenção na doença oncológica*. In M. Pereira, & C. Lopes, *O doente oncológico e sua família*. (pp. 15-25). Lisboa: Climepsi.
- McCray, N. D. (2000). *Questões psicossociais e da qualidade de vida*. In S. E. Otto, *Enfermagem em oncologia* (3 ed.). Loures: Lusociência.
- Oatley, K., & Jenkins, J. M. (2002). *Compreender as emoções*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Rodrigues, C. - *Programações afectivas inatas*. In Rodrigues, C.; Teixeira, J.; Gomes, M. - *Afectividade*. Porto: Contraponto, 1989.
- Santos, C. (2006). *DOENÇA ONCOLÓGICA representação, coping e qualidade de vida (1 ed.)*. Coimbra: Formasau.
- Seligman, L. (1996). *Promoting a Fighting Spirit*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Selye, H. (1987). *Qué es le síndrome general de adaptación*. In S. Bensabat, & H. Selye, *Stress: grandes especialistas responden* (pp. 24-28). Bilbao: Mensajero.
- Soares, M., Moura, M., Carvalho, M., & Baptista, A. (2000). *Ajustamento emocional, afectividade e estratégias de coping na doença do foro oncológico*. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1 (1), pp. 19-25.
- Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias (3ª ed.)*. Coimbra: Adriano Vaz-Serra.
- Weisman, A. D. (1989). *A model for psychosocial phasing in cancer*. In R. H. Moos, *Coping with physical illness: new perspectives* (pp. 107-122). New York: Plenum Medical Book Company.

APOIO PERCEBIDO DE AMIGOS E FAMILIARES: ESTUDO DA SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Goreti Filipa Santos Marques

goreti_marques@hotmail.com

Doutoranda do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto
Enfermeira, Instituto Português Oncologia Porto

Beatriz Rodrigues Araújo

baraujo@porto.ucp.pt

Professora Coordenadora, Centro Interdisciplinar de Investigação em Saúde
Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (CIIS, ICS, UCP)

Luís Octávio Sá

lsa@porto.ucp.pt

Professor Auxiliar Convidado, Centro Interdisciplinar de Investigação em Saúde
Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (CIIS, ICS, UCP)

Pretendeu-se neste estudo conhecer a satisfação das famílias com o suporte social e identificar os apoios percebidos pela família e amigos. Neste trabalho apresentamos os resultados iniciais de um estudo alargado com famílias de crianças com doença oncológica. Trata-se um estudo exploratório, descritivo com uma abordagem quantitativa. Os resultados revelam que estas famílias não estão satisfeitas com o seu Suporte Social, manifestado por poucas actividades sociais e isolamento social.

PALAVRAS-CHAVE: suporte social; famílias; crianças; doença oncológica; apoio percebido.

With this study we pretended to know the satisfaction of families with social support and identify the perceived support by families and friends. In this work we present the initial results of a large study of families who have children with oncology disease. This is an exploratory, descriptive study with quantitative approach. The results show that these families are not satisfied with their social support, expressed by few social activities and social isolation.

KEYWORDS: social support; families; children; oncology disease; perceived support.

Introdução

Em Portugal surgem cerca de 300 novos casos de cancro pediátrico por ano. Durante o ano de 2009 foram registados 80 novos casos de doenças oncológicas pediátricas no IPOP (Porto, Registo Oncológico/2009). Este número tem vindo a aumentar nos

últimos anos, uma vez que, em 2007 foram diagnosticados 71 novos casos de doenças oncológicas em crianças com idades inferiores a quinze anos e em 2008 foram diagnosticados 74 novos casos de doenças oncológicas em crianças com idades inferiores a quinze

anos (Porto, Registo Oncológico/2008). Apesar deste aumento exponencial a sua prevenção e rastreio tornam-se praticamente impossíveis (Ministério, 2002).

Actualmente, o cancro é visto como uma doença crónica e com perspectiva de cura num grande número de casos. Sendo uma doença crónica afecta não só a criança mas inevitavelmente a família enquanto sistema, de uma forma bastante intensa e duradoura, pelo que se torna imprescindível a compreensão da saúde da família como entidade distinta da soma dos indivíduos que a constituem.

A transição de ser mãe de uma criança saudável para ser mãe de uma criança com doença oncológica requer uma redefinição da auto-identidade e do papel de mãe após a confirmação do diagnóstico (Moreira e Angelo, 2008). Esta transição caracteriza-se, por ser uma passagem de uma fase da vida para outra, implicando um processo de descontinuidade do quotidiano, emerge do aparecimento da doença. Para Meleis (2005) uma função fundamental da enfermagem é ajudar a viverem transições. As famílias que vivenciam esta transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos de saúde e bem-estar.

O cancro numa criança é um acontecimento que nunca faz parte dos planos ou do horizonte dos pais, porque a criança sempre foi saudável. Os pais são confrontados com a perda de um filho saudável, com a vulnerabilidade da vida da criança e com a vulnerabilidade das suas próprias vidas.

A família vivencia uma desestruturação do quotidiano, sobretudo no ambiente doméstico, onde mantêm responsabilidades anteriores, acrescidas de novas actividades, e um aumento das despesas ao nível financeiro provocada pelas frequentes hospitalizações (Silva et al., 2009).

Em termos de impacto social e de desestruturação, Cohn *et al.* (2003) refere que estas famílias manifestam uma diminuição das actividades sociais, diminuindo inclusive as suas despesas neste domínio, como o cancelamento de férias e actividades de lazer.

Face à complexidade desta doença e dos seus tratamentos, a vida da criança e da sua família passam por diversas alterações e processos de transição, sendo

necessário adaptarem-se a novas rotinas e a um novo quotidiano, necessitando para isso de um satisfatório suporte social.

Suporte Social

A capacidade da família enfrentar esta situação de doença depende dos sistemas de suporte de que dispõe e que são fundamentalmente, as experiências anteriores com acontecimentos semelhantes, a coesão entre os membros e a capacidade de utilização dos recursos exteriores ao núcleo familiar e a capacidade de resiliência. A resiliência é a aptidão para a família responder de forma mais consistente aos desafios e dificuldades, e de reagir com flexibilidade e capacidade de recuperação perante os desafios e circunstâncias desfavoráveis (a doença oncológica), tendo uma atitude positiva, optimista, preservando e mantendo o equilíbrio dinâmico (Sória, Bittencourt, Menezes, Sousa, & Souza, 2009).

No que diz respeito ao apoio e suporte social são também dois aspectos que assumem bastante importância nesta situação de doença. Já é conhecida a importância da família como suporte social na saúde (Ribeiro, 1999). O Suporte social tanto se refere a aspectos objectivos relacionados com a quantidade de amigos, a intensidade e frequência dos contactos, como se refere a aspectos de carácter mais subjectivo relacionados com a percepção da qualidade de vida social da família (Ribeiro, 1999). O suporte social funciona assim como um recurso de coping, actuando essencialmente na diminuição das exigências da situação stressante. Nesta perspectiva, o suporte social é visualizado como um processo transaccional em que o indivíduo interage continuamente com o meio sempre em mudança, influenciando-o e sendo influenciado por ele (Santos, Ribeiro, & J. Lopes, 2003).

Para Sanchez, Andrade, Dupas, & Costa, (2010), os factores que influenciam o foco de apoio e percepção da qualidade do apoio recebido pela família são: status socioeconómico, idade, género dos membros, cultura, religião, tipo de família e situação de stress.

O sistema de apoio social tem um importante papel na vida destas famílias durante a experiência da

doença da criança, se o fornecimento de apoio instrumental (recursos financeiros) for adequado, a família e em particular, o casal tem mais oportunidades de se reorganizar e de direccionar os recursos para as diferentes necessidades provenientes da doença. Os casais esperam contar com a provisão de apoio vindo da família alargada, quer como principal fonte de recurso financeiro, quer como recurso para cuidarem dos filhos saudáveis (Silva, 2008).

O afastamento dos amigos é outro dos aspectos referenciado pelas famílias em alguns estudos, nos quais referem um isolamento dos amigos e até dos vizinhos. Os amigos e alguns familiares muitas vezes afastam-se por não saberem como lidar com a situação e com o sofrimento que esta implica. Por vezes, são os próprios pais dos amigos da criança que não permitem a aproximação e incentivam o afastamento, numa tentativa de proteger os filhos de determinados sentimentos e de uma realidade cruel. Por outro lado, alguns amigos e familiares aproximam-se de forma inesperada, dando suporte e apoio (Silva, Pires, Gonçalves & Moura, 2002).

Reconhecer as reais necessidades de apoio das famílias de crianças com cancro é importante para que se possam planear cuidados de enfermagem de maneira coerente e adequada, bem como ajudar a direccionar as áreas de intervenção que precisam ser desenvolvidas. (Pedro, 2008).

Os objectivos deste estudo são: conhecer a satisfação das famílias com o suporte social e identificar os apoios percebidos.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com uma abordagem quantitativa. O cenário de pesquisa foi o serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia do Porto.

Amostragem

Para o desenvolvimento do estudo estabeleceram-se como critérios de inclusão na amostra, pais de crianças e adolescentes até aos 18 anos: (i) com uma doença oncológica; (ii) que tiveram uma experiência

prévia de internamento no Serviço de Pediatria do IPOPOP; e (iii) que se encontrem na fase de tratamento. Como critérios de exclusão consideraram-se pais de crianças e adolescentes até aos 18 anos: (i) em cuidados paliativos; (ii) em situação de pós-transplante, e (iii) em fase de vigilância (que já não se encontrem a realizar tratamentos).

Partimos de uma amostra de 45 famílias de crianças com doença oncológica a realizarem tratamento no IPO – FG - Porto, EPE. (no ano de 2010 foram diagnosticados 100 novos casos de crianças com doença oncológica até ao último trimestre). Das 100 famílias foram estudadas 45 que integravam os critérios de inclusão de estudo.

Instrumentos

Usámos um questionário e a Escala de Avaliação da Satisfação do Suporte Social. O questionário é um instrumento totalmente estruturado, com questões de alternativa fixa e uma questão aberta. As questões relacionam-se: com a caracterização sociodemográfica da família; o impacto da doença oncológica na família nas dimensões económicas, sociais, conjugais, familiares; recursos e apoios percebidos pelas famílias das crianças com doença oncológica; percepção dos pais sobre as intervenções dos enfermeiros. Com este questionário pretendem-se identificar as necessidades das famílias das crianças com doença oncológica e identificar áreas de intervenção sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) foi desenvolvida por Ribeiro (1999) com o objectivo de avaliar a percepção de suporte social “... na assunção que esta percepção é uma dimensão funcional nos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e à qualidade de vida”. Foi construída para medir a satisfação com o suporte social, assumindo que as medidas dessa percepção de suporte explicam melhor a saúde.

Trata-se de uma escala de auto-preenchimento, composta por quinze frases que permitem ao sujeito assinalar o seu grau de concordância com cada uma delas (se se aplica ou não à sua opinião individual), apre-

sentadas numa escala tipo *Likert* com cinco posições de resposta (“*Concordo totalmente*”, “*Concordo na maior parte*”, “*Não concordo nem discordo*”, “*Discordo na maior parte*” e “*Discordo totalmente*”). Da análise factorial realizada pelo autor, foram extraídos quatro domínios, que medem as componentes fundamentais do suporte social: (i) Satisfação com Amigos/Amizade – medido por cinco itens; (ii) Intimidade – medido por quatro itens; (iii) Satisfação com a Família – medido por três itens; (iv) Actividades Sociais – medido por três itens.

A escala permite ainda a obtenção de um *score* global. A nota da escala global varia entre 15 e 75, correspondendo as notas mais altas a uma percepção de maior satisfação com o suporte social. Como a ESSS já se encontra em português validada para a população portuguesa, foi pedida apenas autorização ao autor para a sua utilização no nosso estudo

Recolha de dados

Os dados foram recolhidos questionário de auto-preenchimento, junto de 45 famílias de crianças com doença oncológica que recorreram à consulta de pediatria do IPO do Porto, durante o período de Dezembro de 2010 e Maio de 2011 e que obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão.

Resultados e discussão

Foram entrevistadas 45 famílias que atendiam aos nossos critérios, nas quais 26 (56,5%) dos cuidadores eram mães e 13 (28,3%) pai e mãe, sendo 4 (8,7%) pais e 2 (4,3%) outros familiares. Normalmente um dos pais abdica da sua vida profissional para se poder dedicar a tempo inteiro à criança doente, o que pode trazer dificuldades financeiras e simultaneamente uma nova fonte de tensão. Socialmente é esperado que a mãe assuma o papel de cuidador da criança doente, tal como podemos constatar com os resultados obtidos.

O agregado familiar das crianças com doença oncológica em média é composto por 4 elementos. As famílias que apresentam um agregado familiar de 4 elementos ou mais elementos apresentam em mé-

dia maior satisfação com o suporte social (51), pelo contrário as famílias com menos elementos têm uma menor satisfação (39). Silva (2008), revela que os casais esperam contar com a provisão de apoio vindo da família alargada, quer como principal fonte de recurso financeiro, quer como recurso para cuidarem dos filhos saudáveis.

No que diz respeito à satisfação manifestada com amigos esta é de 17, sendo que o seu *score* máximo é de 25, isto revela que as famílias das crianças com doença oncológica apresentam pouca satisfação com o apoio recebido dos amigos. O afastamento dos amigos é um dos aspectos referenciado pelas famílias. Muitas famílias referem um isolamento dos amigos e por vezes mesmo dos vizinhos. Os amigos e alguns familiares muitas vezes afastam-se por não saberem como lidar com a situação e com o sofrimento que esta implica. O nosso estudo sustenta a ideia de que por vezes, são os próprios pais dos amigos da criança que não permitem a aproximação e incentivam o afastamento, numa tentativa de proteger os filhos de sentimentos de tristeza, de dor e de uma realidade cruel (Silva *et al.*, 2002). Em relação ao apoio recebido pela família este é de 11, sendo o seu *score* máximo de 15. Tal como revelam estudos anteriores alguns familiares aproximam-se, tudo depende da forma como cada um encara esta realidade (Silva *et al.*, 2002).

A média de suporte social das famílias da criança com doença oncológica é de 48. No estudo, detectamos que as famílias manifestam pouca satisfação com o seu suporte social. Sendo que este pode ter um papel bastante relevante nas situações de stress que as famílias da criança com doença oncológica enfrentam e pode ainda ser benéfico nos sintomas depressivos destas famílias, contribuindo para diminuir o seu isolamento social ajudando-as a reintegrarem-se na sua vida social (Ribeiro, 2007).

Outro aspecto relevante é que a média da satisfação com o suporte social das famílias que não manifestaram gastos económicos acrescidos com a doença é de 50,5 e a satisfação das que manifestaram é de 48,2. Tal como referem Cohn *et al.* (2003), também os nossos dados sustentam a ideia de que a vida social

destas famílias é gravemente afectada. A criança e a sua doença passam a determinar o destino dos pais, o tipo de alimentação a ser consumido e o acréscimo de hábitos de higiene, principalmente devido à sua imunossupressão, que é decorrente dos tratamentos. Neste sentido, as famílias evitam actividades fora do domicílio.

Relativamente ao apoio percebido pela família são as com mais gastos económicos que apresentam em média maior satisfação (10,8), comparadas com as que apresentam menos gastos (9,5). Por vezes, o apoio dos avós da criança constitui uma grande ajuda para os pais, no sentido em que nos momentos de maior desespero, cansaço e de saturação são eles que tomam conta da criança e lhes prestam cuidados. São também os avós que muitas vezes acompanham as crianças durante os tratamentos e as consultas, permitindo desta forma que os pais faltem o menor número de vezes possíveis ao emprego. A família alargada, particularmente os avós, são um dos recursos essenciais para assegurar os cuidados aos outros filhos, pois são as pessoas que reunirão condições para cuidar das crianças saudáveis e manter algumas das actividades familiares anteriores à doença (Silva, 2008).

Conclusões

A satisfação com o apoio percebido pela família e pelos amigos é baixa. Estas famílias não estão satisfeitas com o seu suporte social, manifestado por poucas actividades sociais e isolamento social. As famílias mais numerosas tendem a apoiar-se mais. O aumento das despesas está associado a menor satisfação. As famílias com mais gastos sentem-se mais apoiadas pela família.

O impacto do cancro não afecta só a criança, mas todo o universo familiar, exigindo uma reorganização na sua dinâmica. O enfermeiro como actor de relevo na prestação de cuidados de saúde protagoniza esta mudança de paradigma no trabalho com as famílias.

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, deveriam compreender melhor o impacto da doença oncológica na família. A experiência de cuidar de um filho com cancro tem um impacto marcante

na vida da família, provocando alterações a diversos níveis, neste sentido devemos repensar o nosso campo de actuação e não atender apenas à dimensão biológica, mas atender à globalidade das necessidades das famílias.

A enfermagem de família pode contribuir para colheita de dados sobre as necessidades das famílias, quer a nível de apoios, recursos disponíveis e, assim, direccionar modelos de intervenção que possam fortalecer e contribuir para uma melhor qualidade de vida das famílias e colaborando no ajuste à trajectória da doença oncológica.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Araújo, M. (2011). *A Doença Oncológica na Criança* (1ª ed.). Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Bartlett, S. J., Krishnan, J. A., Riekert, K. B., & Malveaux, F. J. (2004). *Maternal depressive symptoms and adherence to therapy*. In inner-city children with asthma *Pediatrics* Vol. 113 (2); 229 - 237
- Beltrão, M. R., Vasconcelos, M. G., & Pontes, C. M. (2007). *Câncer infantil: Percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico*. *Jornal de Pediatria*, 83(6), pp. 562-566.
- Brody, A. C., & Simmons, L. A. (2007). *Family Resiliency during Childhood cancer: the father's perspective*. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24 (3), pp. 152-165.
- Carrión, P. G. (2005). *Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer por sus familias*. *Nurse Investigación*, 16, pp. 1-13.
- Carvalho, C. (5 de 11 de 2007). *A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico*. Obtido em 15 de 2 de 2011, http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revissao_7_pag_97a102.pdf
- Cohn, R., Goodenough, B., Foreman, T., & Suneson, J. (s.d.). *Hidden financial costs in treatment for childhood cancer: an Australian study of lifestyle implications for families absorbing out-of-pocket expenses*. Obtido em 10 de Novembro de 2010, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14608190>
- Cooke, H., & Philpin, S. (2011). *Sociologia em Enfermagem e Cuidados de Saúde*. Loures: Lusociência.
- Dolgin, M. P. (1996). *Reciprocal influences in family adjustment to childhood*. In L. C. In Baide, & A. C. L. & De-Nour, Cancer and the family (1996) (John Wiley & Sons Ltd. (pp. 73-92)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) CIPE. *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem versão 2*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>.
- Fortin, M (2000). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª ed, Loures: Lusociências.
- Gameiro, J., & Sampaio, D. (2005). *Terapia Famílias* (6ª ed.). Porto: Afrontamento.
- Gomes, R., Pires, A., Moura, M. D., Silva, L., & Silva, S. G. (2004). *Comportamento Parental em Situação de risco do Cancro Infantil* (Vol. 3). Análise Psicológica.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família -*

- teoria, prática e investigação, 2ª edição, Loures: Lusociência.
- Hoekstra-Weebers, J., Jaspers, J., & Kamps, W. &. (2001). *Psychological Adaptation and Social Support of Parents of Pediatric Cancer Patients: a prospective longitudinal study*. Journal of Pediatric Psychology 26(4):225-235.
 - James, K., Keegan-Weells, D., Hinds P., Bond, D., Hall, & al, B. E. (2002). *The Care of my Child With Cancer: Parent' Perceptions of caregiving demands*. Journal of Pediatric Oncology Nursing , 19 (6), pp. 218-228.
 - Kohlsdorf, M., & Junior, A. (Julho/Dezembro de 2009). *Enfrentamento entre Cuidadores de Pacientes Pediátricos*. Interação em Psicologia , (13)2, pp. 263-274.
 - Lameiro, D. (2009). *O Acompanhamento psicológico da criança com leucemia*. (Porto, Ed.) Obtido em 2 de Dezembro de 2010, de Curso de Especialização em Ondotopediatria da Faculdade de Medicina Dentária: <http://www.dentaria.com>
 - Limburg, H., Shaw, A., & McBride, M. (2008). *Impact of childhood cancer on parental employment and sources of income: a Candian pilot study*. Obtido em 27 de Janeiro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
 - Lopes, M. (2005). *O Doente Oncológico e a sua Família*. Lisboa: Climepsi Editores.
 - McCubbin, M., Balling, K., Peggy, P., Friedlich, S., & Bryne, B. (Abril de 2002). *Family Resiliency in Childhood Cancer*. National Council on Family Relations , 51, pp. 103-111.
 - Meleis, A., Sawyer, L. M., IM, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: An emerging Middle-Range Theory*. Advances in Nursing Science. Aspen Publishers, Inc, 23(3), 12-28:
 - Meleis, A. (2005) - *Theoretical nursing: development and progress*. 3ª ed. Rev. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
 - Menezes, C. N. (2007). *Câncer infantil: organização familiar e doença*. Revista Mal-Estar e subjectividade , vol 7, nº1, pp. p 191 - 210.
 - Miedema, B., Easley, J., Fortin, P., Hamilton, O., & Mathews, M. (2008). *The economic impact on families when a child is diagnosed with cancer*. Obtido em 29 de Setembro de 2010, de PubMed Central, Curr Oncol: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18769610>
 - Ministério, S. (2002). *Rede de Referência Hospitalar de Oncologia*.
 - Ministério, S., Saúde, A. C., & Oncológicas, C. N. (2007). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010- Orientações Programáticas*.
 - Moore, K. J., Bronte-Tinkew, J., Guzman, L., Ryan, S., & Redd, Z. (2004). *What's healthy marriage? Defining the concept*. Child Trends. Research Brief , 16.
 - Moreira, D. S. (2007). *Experiências de pais no cuidado ao filho co câncer: um olhar na perspectiva do gênero*. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
 - Moreira, P., & Angelo, M. (2008). *Tornar-se Mãe de Criança com Câncer: Construindo a Parentalidade*. Obtido em 10 de Outubro de 2010, de <http://www.scielo.br>
 - Nascimento, L., Rocha, S., Hayes, V., & Lima, R. (2005). *Criança com Câncer e suas Famílias*. Revista Esc Enferm USP , 39 (4), pp. p 469 -467.
 - Neil-Urban, S., & Jones, J. (2002). *Father-to-father support: father of children with câncer share their experience*. Journal of Pediatric Oncology Nursing , 19 (3), pp. 97-103.
 - Otto, S. E. (2000). *Enfermagem Oncológica*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
 - Paro, D., Paro, J., & Ferreira, D. (2005). *O Enfermeiro e o Cuidar em Oncologia Pediátrica*. vol 12, pp. p 151-157.
 - Pedro, I., Galvão, C., Rocha, S., & Nascimento, R. (2008). *Social Support and Families of Children with Cancer: an integrative review*. Rev Latino-americana de Enfermagem , 16 (3), pp. 477-487.
 - Pereira, L., Magni, R., Mingione, I., & Caran, E. (2009). *Os Desafios diários do Cuidador de Crianças e de Adolescentes com Câncer*. Prática Hospitalar , nº62, pp. 51-53.
 - Pereira, M. G. (2007 a). *Família, Saúde e doença: Teoria, prática e investigação*. In Teixeira, J.C. - Psicologia da Saúde. Lisboa: Climepsi.
 - Pereira, M., & Lopes, C. (2002). *O Doente Oncológico e a sua Família*. Lisboa: Climepsi Editores.
 - Polit, D., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*, 5ª edição, Porto Alegre, Edições: Artmed.
 - Porto, C. R. (2008). *Registo Oncológico - 2007*. Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, EPE.
 - Porto, C. R. (2009). *Registo Oncológico - 2008*. Porto: Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, EPE.
 - Ribeiro, J. (1994). *A Importância da Família como Suporte Social na Saúde*. In L. Almeida & I. Ribeiro (Org.), Família e Desenvolvimento. Portalegre: APPORT.
 - Ribeiro, J. (1999). *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*, Análise Psicológica. Vol 3 (XVII)
 - Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde (2ª ed.)*. Coimbra: Quarteto.
 - Rolland, J. (1995). *Doenças Crônicas e o ciclo de vida familiar*. In C. B. & M. McGoldrick, As mudanças no ciclo de vida familiar, 2ª edição Artmed, Porto Alegre., 373-389
 - Sanchez, K., Andrade, F. N., Dupas, G., & Costa, D. (2010). *Apoio Social à Família do Paciente com Câncer: identificando caminhos e direções*. Obtido em 10 de Março de 2011, de Revista Brasileira de Enfermagem: http://www.scielo.php?pid=S0034-716720100002000019&script=sci_arttext
 - Santos, C. (2009). *Adaptação Familiar à Doença Oncológica*. Universidade do Porto: Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
 - Santos, C. (2006). *Representação Cognitiva e Emocional, Estratégias de Coping e Qualidade de Vida no Doente e Família*. Coimbra: Formasau.
 - Santos, C., Ribeiro, J. & Lopes, C. (2003). *Estudo de Adaptação da Escal de Satisfação com o Suporte Social (ESSS): A Pessoa com Diagnóstico de Doença Oncológica*. Obtido em 20 de Agosto de 2010, de Psicologia , Saúde & Doenças: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862003000200002&script=sci_arttext
 - Silva, C. (2009). *A Pessoa que Cuida da criança com Cancro*. Universidade do Porto: Dissertação de Mestrado em Ciências de enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
 - Silva, F. (2008). *As Repercussões do Câncer Infantil na Relação Conjugal dos Pais*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
 - Silva, F., Andrade, P., Barbosa, T., Hoffmann, M., & Macedo, C. (2009). *Representação do Processo de Adoecimento de Crianças e Adolescentes Oncológicos Junto de Familiares*. Obtido em 31 de Agosto de 2010, de Escola Anna Nery: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000200014&script=sci_arttext
 - Silva, S., Pires, A., Gonçalves, M., & Moura, M. (2002). *Cancro Infantil e Comportamento Parental*. Obtido em 20 de Setembro de 2010, de Psicologia, Saúde & Doença: <http://www.scielo.oces.mctes.pt>
 - Sória, D., Bittencourt, A., Menezes, M., Sousa, C., & Souza, S. (2009). *Resiliência na área da Enfermagem em Oncologia*. Acta Paul Enferm , 22, pp. 702-706.

OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPIRITUAIS NO ALÍVIO DO SOFRIMENTO EM PESSOAS COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA

Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Professora Adjunta da Escola Sup. Enfermagem de Lisboa

Diana Silva; Liliana Oliveira; Raquel Filipe; Rute Gonçalves

Licenciatura em Enfermagem, do 8º CLE 2007-2010
Escola Superior Enfermagem Lisboa

A dimensão espiritual dos cuidados de enfermagem é algo que fica algumas vezes subvalorizado relativamente às outras dimensões do cuidar. A importância do cuidado de enfermagem espiritual no alívio do sofrimento está devidamente comprovada na literatura existente. Demonstrámos então esta importância no contexto da doença hemato-oncológica, aferindo, através de um estudo qualitativo, quais são os cuidados de enfermagem espirituais que aliviam o sofrimento dos nossos participantes. Com o nosso estudo concluímos que os cuidados de enfermagem espirituais aliviam o sofrimento da pessoa com doença hemato-oncológica, pois como verificámos nos dados obtidos, as intervenções aplicadas diminuíram o sofrimento dos participantes. Todos os participantes referiram que os cuidados prestados foram adequados à sua situação, mencionando especificamente alguns cuidados que foram mais importantes para si tais como: escuta activa, facilitação do crescimento espiritual, apoio espiritual, conversas (suporte emocional, promoção da esperança), massagens, relaxamento, terapia das reminiscências e imaginação guiada. O efeito dos cuidados prestados mais referido pelos nossos participantes foi o relaxamento que obtiveram com as intervenções prestadas e em seguida a distração/recreação que associaram às intervenções prestadas no âmbito dos cuidados de enfermagem espirituais. Desta forma foi-nos então possível dar resposta à nossa questão de investigação, ou seja saber quais os cuidados de enfermagem espirituais que aliviam o sofrimento dos nossos participantes, dando-nos ainda a percepção de como foram encaradas estas intervenções pelos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: sofrimento; doença hemato-oncológica; cuidados de enfermagem espirituais.

The spiritual dimension of nursing care is sometimes undervalued in relation to other dimensions of care. The importance of spiritual nursing care for the relief of suffering is properly established in the literature. We proved this importance in the context of hemato-oncologic disease, through a qualitative study, proved which the spiritual nursing care to relieve the suffering of our participants. We concluded that spiritual nursing care relieves suffering of people with hemato-oncologic disease, because as we saw in the data, the applied interventions reduced the suffering of the participants. All participants reported that care was appropriate for their situation, specifically mentioning a few interventions that were most important to them such as: active listening, facilitation of spiritual growth, spiritual support, conversations (emotional support, encourage hope), massages, relaxation, therapy of reminiscences and guided imagery. The effect of care most frequently mentioned by our

participants was the relaxation obtained with assistance provided and then the distraction/recreation associated with the interventions provided by spiritual nursing care. So it was possible to know that spiritual nursing care relieve the suffering of our participants, giving us even the perception of how these interventions were seen by them.

KEYWORDS: *suffering; hemato-oncologic disease; spiritual nursing care.*

Introdução

Num mundo em constante mudança, dominado pelo avanço científico e tecnológico, assistimos a um aumento da esperança média de vida, fazendo com que as pessoas tenham a sensação de “imortalidade”, isto é, esqueçam a efemeridade da vida e a certeza da morte. No entanto, quando deparadas com situações de doença, o esquecimento da morte dá lugar ao confronto com esta fase do ciclo vital, dando asas a situações de sofrimento e de questionamento existencial. Assim, é importante que os enfermeiros estejam disponíveis para responder a esta dimensão espiritual que desperta, designadamente, em situações de doença.

O nosso estudo tem como base o Paradigma da Transformação, onde se encontra o pensamento Pós-Moderno de Jean Watson, que nos propõe o cuidar Transpessoal, construído sobre os aspectos da energia, da consciência e sobre aspectos éticos, morais e espirituais da mudança ontológica.

Watson (1999) afirma que o cuidar é estar em sintonia com os conflitos de outros indivíduos e com os danos que podem acontecer a uma pessoa, raça, cultura ou civilização. Tendo por base o Paradigma da Transformação consideraremos a pessoa como um ser único, maior que a soma das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo. Neste paradigma, intervir significa “ser com” a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher. O enfermeiro e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados (Kérouac et al., 1996). Este processo de enfermagem, intensamente humano, pode constituir um grande esforço para o profissional de enfermagem durante uma época de carácter científico e de alta tecnologia. Vários estudos científicos nome-

adamente, de Scaon, Chasseigne, Colombat (2006), enumeram os constrangimentos dos enfermeiros na integração dos cuidados de enfermagem espirituais no seu trabalho. No entanto, a utilidade do cuidado espiritual na valorização da pessoa e alívio do sofrimento é algo que é confirmado e aceite (Dover, Bacon, 2001).

Para desenvolver competências na área da prestação de cuidados de enfermagem espirituais traçamos como objectivos:

- averiguar o conceito de sofrimento das pessoas com doença hemato-oncológica,
- averiguar o conceito de espiritualidade das pessoas com doença hemato-oncológica,
- avaliar as alterações sentidas pelas pessoas com doença hemato-oncológica que provocam sofrimento nas dimensões psicológica, social e espiritual da pessoa
- identificar as intervenções de enfermagem espirituais que aliviam o sofrimento da pessoa com doença hemato-oncológica.

Revisão Literária

O cuidado de enfermagem espiritual é toda a intervenção de enfermagem que envolve compaixão e ligação. É direccionada para o respeito dos valores e crenças pessoais e procura ajudar a pessoa a descobrir o significado e objectivo pessoal no contexto da sua experiência de doença (Wright, 2005). O momento do cuidar deve ser efectivamente transpessoal, isto é, deve permitir a presença e o espírito de ambos os intervenientes (Watson, 2002). Não é certo que se estabeleçam fronteiras entre a mente, o corpo e o espírito, pois estas forças formam um todo único. Isto é, na visão transcendente e transpessoal do corpo,

este manifesta-se como físico e presente no mundo material e objectivo mas, também se manifesta como um fluido, como um veículo de consciência e como vibrações de energia e cada campo de energia está em interação e em trocas contínuas com o ambiente interno e externo. “A mente, o eu, alma, o espiritual e o material, são um só” (Watson, 2002, p. 134). “Nesta época em que procuramos o todo no corpo, na mente, no espírito e na unidade com o universo.” (Watson, 2002, p.81).

A palavra cancro é uma das mais temidas pelo homem, em que a morbidade psicológica em sobreviventes ao cancro é caracterizada, segundo Holland (1989), pela preocupação continuada com a doença, o medo de recorrência ou da recaída, da dor e do sofrimento, da rejeição social, a ansiedade e a depressão, a incerteza sobre o futuro e o receio da morte. Além disto, o tempo de doença é passado com internamentos prolongados e sucessivos, com múltiplos ciclos de quimioterapia cujos efeitos secundários são extremamente agressivos e também altamente responsáveis pela maioria dos internamentos sucessivos. Portanto, após o diagnóstico de uma doença hemato-oncológica a pessoa vê-se confrontada com uma profunda alteração da sua vida, não tão só a alteração do quotidiano, papéis familiares e sociais, mas também a própria incerteza da continuidade da vida, a incerteza da cura e a possibilidade de morte. A experiência de sofrer de uma doença hemato-oncológica inclui componentes físicos, sociais e emocionais de intensidade variada. Os efeitos da doença, das repetidas hospitalizações e dos tratamentos sobre o estado funcional, a alteração das actividades de vida diária, da auto-estima e da auto-realização da pessoa doente provocam diversas respostas ao longo de todo o processo, desde o momento do diagnóstico até à cura ou morte.

Udina, E.J. (1996) enuncia as diferentes **fases da doença** (diagnóstico, tratamento e recaída) e as **respostas** mais frequentes do doente e da família em cada uma das fases. Assim, segundo esta autora, na primeira fase, diagnóstico, as principais respostas identificadas são a ansiedade e o início do processo de luto, sendo ambas consideradas respostas sãs de adaptação. Na fase de hospitalização, os efeitos secundários

sistémicos da quimioterapia administrada provocam diversas reacções e dificuldades de adaptação. Alguns dos factores stressantes para o doente nesta fase são a perda do apetite, as náuseas, vómitos, diarreia, dor, febre, risco de hemorragia, de infecções e a alteração da imagem corporal. A resposta de maior prevalência nesta fase é a fadiga. A esperança de que o tratamento prescrito controlará a doença, constitui um factor que ajuda o doente e a família a encarar de forma mais eficaz esta fase. Por fim, a última fase, de recaída, constitui uma das situações mais temidas pelos doentes hemato-oncológicos. Nesta fase, o prognóstico é mais desfavorável e os tratamentos são menos eficazes, pelo que o impacto da confirmação da recaída é maior do que o produzido pela informação diagnóstica na fase inicial. O doente e a família revivem de novo a ansiedade da confirmação do diagnóstico, a experiência da tomada de decisões sobre o tratamento e necessidades de informação. Deste modo, aquilo que todos nós procuramos, qualidade de vida e bem-estar, encontra-se limitado ou comprometido nas pessoas com este tipo de doença. Este viver na incerteza e na limitação coloca as pessoas em confronto com dúvidas existenciais e com sofrimento, revelando mais do que necessidades físicas ou psico-sociais, como também necessidades espirituais. A espiritualidade emerge então no confronto com estas incertezas o que faz com que a pessoa procure o significado da doença, da vida, ou mesmo da morte, das relações com os outros e consigo mesma.

É evidente que a ciência tem contribuído intensamente para a cura, para o prolongamento da vida ou para a implementação de tratamentos inovadores para além da quimioterapia, dando às pessoas mais esperança de recuperação. No entanto, a ciência “consegue ajudar a eliminar ou reparar doenças do corpo-físico, mas não consegue curar a nível transpessoal, interior, profundo” (Watson, 2002, p. 130). A espiritualidade ajuda-as a lidar melhor com a crise e o sofrimento, conferindo-lhes uma compreensão libertadora que lhes permite olhar a vida com esperança e confiança. É neste sentido que o recurso à espiritualidade pode surgir como uma estratégia adoptada pelas pessoas com doença hemato-oncológica. A avaliação das necessidades espirituais implica, por parte do enfer-

meiro, um conhecimento profundo da pessoa doente e da sua situação, implicando necessariamente o estabelecimento de uma relação de confiança entre os dois. Esta avaliação deve ser realizada de forma contínua, na medida em que as necessidades espirituais podem sofrer alterações ao longo do processo de doença. O cuidado espiritual é entendido como toda a intervenção de enfermagem que envolve compaixão e ligação, é direccionada para o respeito dos valores e crenças pessoais e procura ajudar a pessoa a descobrir o significado e objectivo pessoal no contexto da sua experiência de doença, (Wright, 2005). Caracteriza-se como uma filosofia pessoal de cuidados, que guia o dia-a-dia da prática dos enfermeiros e tem por base a sensibilização destes para estabelecerem uma relação com a pessoa doente que lhes permita conhecer-na nas suas várias dimensões.

Dickinson (1975), citado por Kociszewski (2004) diz que os enfermeiros precisam de encontrar uma forma de integrar os cuidados espirituais na sua prática diária. Estes cuidados podem estar incluídos na prática diária dos enfermeiros através dos seus comportamentos de presença, ouvir, tocar, ensinar e através de atitudes de respeito, honra, não julgar e advogar e facilitar as necessidades da pessoa doente e da família. Encontrámos apoio em Carnevale, (2009) que defende que o sofrimento não é algo apenas físico, e também em Rodgers e Cowles, (1997), que defendem que é uma experiência individual, subjectiva e complexa caracterizada primariamente pelo confronto da pessoa com uma situação ou a percepção de uma ameaça. Importante também para a clarificação do conceito de sofrimento e para a decisão do tema do estudo foi “IESSD: Um Instrumento para a Abordagem do Sofrimento na Doença” (Gameiro, 2000). Este artigo explicita cinco dimensões do sofrimento, psicológica, física, existencial, sócio-relacional e experiências positivas do sofrimento, que permitem perceber quais os factores envolvidos no sofrimento em cada uma das suas dimensões.

Confirmamos então que a situação de doença é uma experiência de sofrimento, não só pela consciência de ameaça real ou imaginária à integridade da pessoa, mas também, pela experiência de dor e de

desconforto, pelo confronto com a ideia da morte e, ainda, no caso particular do doente hospitalizado, pelo afastamento e privação dos seus objetos de amor. Com a análise do conceito de sofrimento e das suas dimensões, percebemos que o nosso estudo consiste em actuar na dimensão existencial do sofrimento, onde se enquadram as questões existenciais e portanto a espiritualidade. No entanto, não podemos cingir-nos somente a esta dimensão porque ao prestar cuidados espirituais teremos de atender também a outras dimensões do sofrimento.

Metodologia

A **população** do estudo é constituída pelos utentes do Serviço de Hematologia de um Hospital Central de Lisboa que possuam qualquer doença hemato-oncológica e que estejam em sofrimento. A **amostra** foi constituída de forma não probabilística e o método será por escolha racional (Fortin, 2009). Os participantes do estudo foram escolhidos segundo os seguintes critérios de inclusão: estar internado no serviço de hematologia; ser portador de qualquer doença hemato-oncológica; encontrar-se em sofrimento; idade superior a 18 anos; estado físico e mental preservado; capacidade de comunicação verbal; capacidade de transmitir as suas experiências e vivências; aceitar participar no estudo.

O critério encontrar-se em sofrimento é validado mediante a presença de todas as seguintes manifestações descritas por Gameiro (2000): perda de vigor físico, alteração do sentido de controlo, limitações no projecto de futuro e alterações sócio-laborais.

Após a escolha dos participantes, que foi feita em discussão com os enfermeiros orientadores, o estudo foi implementado no seio da prática de cuidados, na qual foram integradas as intervenções espirituais descritas no mesmo. Utilizamos como metodologia de trabalho o processo de enfermagem já que este tem sido usado ao longo do nosso percurso académico, tornando-se parte integrante do nosso raciocínio de actuação em enfermagem.

Na **avaliação inicial** utilizamos as questões propostas pelo Modelo de Cuidados de Enfermagem

Espiritual a pessoas doentes em sofrimento “Strengthening transcendent meaning” descritas por Emblen e Pesut, (2001). No **diagnóstico** de enfermagem utilizamos os diagnósticos da Nanda, sendo implementadas as **intervenções** propostas pelo modelo anteriormente citado, também descritas na NIC, que se adequam ao contexto específico da pessoa com doença hemato-oncológica. Finalmente, a **avaliação** foi feita utilizando como instrumentos a observação participante e a entrevista semi-estruturada.

Recorremos à observação participante ao longo dos cuidados de enfermagem, na colheita de dados, nas intervenções de enfermagem espirituais e na entrevista semi-estruturada. Procedemos à entrevista um mês após a implementação de intervenções espirituais. Através destes dois instrumentos foram então colhidos os dados relevantes para o estudo e para posterior análise. Para a análise dos dados obtidos utilizamos a análise de conteúdo das notas de campo das entrevistas e dos registos da observação, segundo Bardin (2009).

Análise de dados / Resultados

Obtivemos três temas inferidos das notas de campo da avaliação inicial e um tema inferido das notas de campo da avaliação final. Todos estes temas coincidem com as palavras-chave que definimos para o nosso estudo.

Ao explorarmos o tema do **Sofrimento** com os participantes depreendemos que estes não o percebem somente como uma dimensão física, como por vezes é assumido, mas sim como um conceito multidimensional. Além do mais, sendo o sofrimento uma emoção, cada participante definiu-o de forma diferente e pessoal, com uma intensidade diferente e relacionando-o com objectos diferentes. Esta constatação vai ao encontro dos domínios de sofrimento de Gameiro (1999) atrás enunciados: O sofrimento do corpo, o sofrimento nas relações interpessoais, o sofrimento na vontade, o sofrimento no sentimento de unidade e de coerência do *eu*.

Frank's (1992) afirma que o nível mais elevado de sofrimento faz com que a pessoa encontre um signi-

Quadro de Resultados

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
SOFRIMENTO	Concepções individuais de sofrimento	Doença
		Dor
		Separação de pessoas significativas
		Falta de Informação
	Experiências de sofrimento	Doença de pessoas significativas
		A sua doença
		Não concretização de objectivos pessoais
		Ausência de rede de apoio
	Reacção perante o sofrimento	Morte de pessoas significativas
		Labilidade Emocional
		Coping
	Sentimentos face ao sofrimento	Valorização de autonomia
		Medo
		Incerteza
	Relações de suporte na experiência de sofrimento	Revolta
		Tristeza
Família		
ESPIRITUALIDADE	Percepções individuais de Espiritualidade	Outras pessoas significativas
		Espiritualidade
		Bem-estar
		Relações com os outros e com o ambiente
DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA	Alterações induzidas pela doença hemato-oncológica	Crenças
		Práticas religiosas
		Alteração no desempenho de papeis
		Alteração na dinâmica familiar
CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPIRITUAIS	Efeitos dos cuidados de enfermagem espirituais	Alterações laborais
		Alteração dos hábitos pessoais
		Relaxamento
		Distracção/Recreação
		Melhoria do estado de humor
		Expressão de sentimentos
		Diminuição da ansiedade
		Esclarecimento de dúvidas
	Adequação dos cuidados de enfermagem espirituais	Alívio da dor
		Promoção da esperança
		Reflexão
		Adequados
		Não adequados

ficado para a vida e portanto recorra à sua espiritualidade. Também segundo o mesmo autor, muitas vezes é uma situação extremamente difícil que permite ao indivíduo a oportunidade de crescer espiritualmente para além de si mesmo. Todos os participantes foram ao encontro dos conceitos associados a espiritualidade que os autores Sá (2009), citado por Moraes (2009), Puchaldky e Romer (2000), citado por Pessini e Bertachini (2005), entre outros, definem: uma ligação interpessoal, ligação interpessoal e ligação transpessoal.

Espiritualidade e Religião são conceitos que diferem, mas que são muitas vezes confundidos pelos enfermeiros, que acedem mais facilmente à religião do que há espiritualidade da pessoa. É certo que a religião integra a espiritualidade, e a verdade é que os dados obtidos revelaram maior incidência de referência a uma ligação transpessoal, crenças e práticas religiosas, como forma de expressão de espiritualidade dos participantes inquiridos. Talvez também se torne mais fácil para as pessoas exprimirem a sua espiritualidade pondo-a em prática através das religiões e seja isso que leva os enfermeiros a focalizarem-se mais nesta dimensão da espiritualidade. É, no entanto, essencial atender aos outros aspectos que integram a espiritualidade e foi também objectivo do nosso estudo demonstrar esta premência.

Ora, integrando estes dois conceitos com a **doença hemato-oncológica**, verificámos que esta é uma doença que causa sofrimento essencialmente devido aos internamentos prolongados e sucessivos, com tratamentos agressivos que afectam o equilíbrio físico, mental e espiritual da pessoa. Os participantes do estudo referiram essencialmente alterações no desempenho de papéis, na dinâmica familiar, laborais e alterações dos hábitos pessoais, tal como tínhamos revisto nos autores que apresentamos.

Por fim, elegemos como tema os **Cuidados de Enfermagem Espirituais** e concluímos que estes aliviam o sofrimento da pessoa com doença hemato-oncológica. Como verificámos nos dados obtidos, as intervenções aplicadas diminuíram o sofrimento dos participantes. Os participantes referiram como intervenções que foram mais importantes para si a escuta

activa, a facilitação de crescimento espiritual, o apoio espiritual, as conversas (suporte emocional, promoção da esperança), as massagens, o relaxamento, a terapia das reminiscências e a imaginação guiada.

Watson (2002) fundamenta os cuidados de enfermagem espirituais com o Cuidar Transpessoal. Para a prestação do cuidado transpessoal, Watson, citando Quinn (1996) fala-nos do conceito de Intencionalidade que significa “estar direccionado para um objecto mental” (2002, p.118). “Há uma dimensão espiritual, senão mesmo sagrada para o trabalho do cuidar-curar transpessoal. Uma vez que estamos conscientes do poder e da direcção desta evolução para o Eu, para a nossa profissão e mesmo para a espécie humana, torna-se ainda mais num processo pessoal e um desejo, se não mesmo uma missão profissional, para entrar neste novo espaço.” (2002, p.127).

Acreditamos, face aos resultados obtidos que, para o enfermeiro prestar cuidados espirituais a pessoas com doença hemato-oncológica, é necessário cuidar com base no modelo transpessoal, caso contrário “consegue ajudar a eliminar ou reparar doenças do corpo-físico, mas não consegue curar a nível transpessoal, interior, profundo” (Watson, 2002, p. 130). Para tal, enfermeiro e pessoa devem estabelecer uma relação que não é mais do que a relação humana inata, pois é esta interligação com o outro, que mantém viva a nossa humanidade, que nos ajuda a manter ligados ao espírito humano e evitar reduzir o ser humano a um objecto. Desta forma, segundo Dickinson (1975), citado por Kociszewski (2004), os enfermeiros podem integrar os cuidados espirituais na sua prática diária através dos seus comportamentos de presença, ouvir, tocar, ensinar e através de atitudes de respeito, honra, não julgar e advogar e facilitar as necessidades da pessoa doente e da família.

Creemos que para o enfermeiro que cuida da pessoa com doença hemato-oncológica, ter acesso a uma energia mais profunda e mais elevada é essencial não tão só para o bem-estar da pessoa cuidada, mas também para a sua cura.

Conclusão

Podemos dizer que o sofrimento foi percebido pelos participantes como um conceito multidimensional. Como forma de expressão de espiritualidade, os participantes referiram sobretudo a ligação transpessoal, as crenças e as práticas religiosas. As manifestações de sofrimento foram identificadas pelos participantes principalmente a nível das alterações no desempenho de papéis, na dinâmica familiar, laborais e alterações dos hábitos pessoais.

Acharam que os cuidados de enfermagem espirituais aliviaram o sofrimento. A escuta activa, facilitação de crescimento espiritual, apoio espiritual, conversa (suporte emocional, promoção da esperança), massagens, relaxamento, terapia das reminiscências, imaginação guiada entre outras foram consideradas as intervenções mais importantes.

Em determinados momentos, da vida da pessoa, no decorrer da sua doença hemato-oncológica, os cuidados de enfermagem com foco na dimensão física são menos relevantes que em outras dimensões da pessoa. Entendemos também que o sofrimento gerado pelo inevitável surgimento de questões existenciais só é passível de ser diminuído através de cuidados de enfermagem dirigidos à dimensão espiritual, intervenções essas que têm como preocupação o alívio do sofrimento, embora por vezes, sem quantificação na evidência científica.

Apelamos a que procuremos estar alerta para as necessidades espirituais das pessoas de quem cuidamos para integrar os cuidados de enfermagem espirituais na nossa prática diária, uma vez, que esta pode ser uma ponte, se não para a cura, para o bem-estar da pessoa. Watson (2002) refere que quando mudarmos para um modelo de cura transpessoal, o corpo já não será mais corpo-físico material, como objecto, mas torna-se num sujeito que vive, que respira.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBAUGH, Jeffrey A.; MS; APRN-BC; CUCNS - Spirituality and Life-threatening Illness: A Phenomenologic Study. *Oncology Nursing Forum* – Vol 30, No 4, 2003.
2. BARDIN, Laurence – Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009. ISBN 978-972-44-1506-2
3. CARNEVALE, Franco A. – A Conceptual and Moral Analysis of suffering. *Nursing Ethics* 16 (2), 2009
4. DOSSEY, Barbara M.; DOSSEY, Larry – Postmodern Nursing and Beyond – Jean Watson. China: Churchill Livingstone, 1999. ISBN 0-443 057443
5. DOVER, Leslie J. Van; BACON, Jane M. – Spiritual Care in Nursing Practice: A close-Up View. *Nursing Forum* Vol.36, No.3, Julho-Setembro, 2001.
6. EMBLEN, Julia; PESUT, Barbara - Strengthening Transcendent Meaning: A Model for the Spiritual Nursing Care of Patients Experiencing Suffering. *Journal Holistic Nursing*, 2001.
7. FLICK, Uwe – Métodos qualitativos na investigação científica. Lisboa: Monitor. 2005. ISBN: 972-9413-67-3
8. FORTIN, Marie-Fabienne – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
9. GAMEIRO, Manuel Henriques – IESSD: um instrumento para a abordagem do sofrimento na doença – Referência, N.º4, p.57-66; 2000; Coimbra.
10. GAMEIRO, Manuel Henriques – Sofrimento na doença – Editora Quarteto, Coimbra, ISBN 972-8535-06-6.
11. GARCEZ, Regina Machado – Diagnósticos de enfermagem da NANDA. Porto Alegre: artmed, 2010. ISBN 978-85-363-2104-2.
12. GRUNDY, Maggie – Nursing in Haematological Oncology. London: Baillière Tindall, 2000. ISBN 0 7020 2323 X.
13. Rowland, J.H. (1989). Developmental Stage and Adaptation: Adult Model. In Holland, J. C. & Rowland, J. H. *Handbook of Psychooncology*. (p.25-43). New York: Oxford University Press.
14. KÉROUAC, S.; et al.,- El pensamiento enfermeiro. Barcelona, Massau, 1996. ISBN 84-458-0365-4.
15. KOCISZEWSKI, Cynthia – Spiritual care: A phenomenologic study of critical care nurses. New Britain, 2004.
16. KWEKKEBOOM, Kristine L.; HAU, Hannah; WANTA, Britt; BUMPUS, Molly - Patients' perceptions of the effectiveness of guided imagery and progressive muscle relaxation interventions used for cancer pain *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2008, 14, 185-194 Madison
17. KWEKKEBOOM, Kristine L.; KNEIP, Jenn; PEARSON, Laura - A Pilot Study to Predict Success with Guided Imagery for Cancer Pain. LA, 2003.
18. MOHALLEM, Andréa G.; RODRIGUES, Andrea B. – Enfermagem oncológica. Brasil: Manole, 2007. ISBN 85-204-2209-8.
19. MORAES, Tania M. – Como cuidar de um doente em fase avançada de doença. São Paulo: O Mundo da Saúde, 2009.
20. OTTO, Shirley E. – Enfermagem em Oncologia. 3ª ed, Loures: Lusociencia, 2000. ISBN 972-8383-12-6
21. PESSINI, L. e BERTACHINI, L. - Novas Perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. São Paulo: O Mundo da Saúde, 2005.
22. POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne G. – Fundamentos de Enfermagem, conceitos e procedimentos. 5ª Ed. Loures: Lusociencia, 2006. ISBN 972-8930-24-0
23. PUCHALSKI, Christina M. – Spirituality and the care of patients at the end-of-life: an essential component of care. Washington: Baywood Publishing, 2007.
24. REED, P.G; ZURAKOWSKI, T.L. - Nightingale: a visionary model for nursing. In: FITZPATRICK, J.J. e WHALL, A.L. *Conceptual models of nursing: analysis and application*, Bowie, Robert J. Brady Co, 1983. P.11-25.
25. RIBEIRO, Patrícia Cruz Pontífice S. V. – A espiritualidade no doente crónico como uma estratégia de coping: Narrativa de uma história de vida – Revista Referência, IIª série, n.º; Outubro, 2007.
26. RODGERS, B. L. & COWLES, K. V. A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. *Journal of Advanced Nursing*, 1997, 25: 1048-1053.
27. Sá, E. C. S. A contribuição de Enfermagem para Aliviar o Sofrimento do Doente Hemato-Oncológico Revisão de Literatura. *Pensar Enfermagem*, 2010, 14 (2).
28. SCAONE, Sylvie, CHASEIGNE, Gérard; COLOMBAT, Philippe - Perception of the Spiritual needs of patients. in *European Journal of Palliative Care*, 2006. Volume 1, n.º 1.
29. UDINA, Eulália Juvé – Enfermería Oncohematológica. Barcelona: Masson, 1996. ISBN 84-458-0412-X.
30. WATSON, Jean – Postmodern nursing and beyond. Edinburg: Churchill Livingstone. 1999. ISBN 0-443- 05744-3.
31. WATSON, Jean – Enfermagem Pós-moderna e Futura. Loures: Lusociencia, 2002. ISBN 972-8383-37-1.
32. WRIGHT, L.- Espiritualidade, Sofrimento e Doença. Coimbra, Ariadne Editores. 2005

PERCEÇÃO DOS DOENTES INCLUÍDOS EM ENSAIOS CLÍNICOS RELATIVAMENTE AO PROCESSO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Maria de Fátima Rodrigues Francisco

Enfermeira no Hospital de Dia; Gabinete de Investigação Clínica
Instituto Português Oncologia Lisboa

Os ensaios clínicos são a fonte para o desenvolvimento de novas estratégias de tratamento. O consentimento informado constitui uma salvaguarda ética para os doentes candidatos a ensaios clínicos, na medida em que reconhece a autonomia nas decisões e o direito à informação adequada. Contudo é necessário garantir que a informação transmitida é devidamente percebida, pelo que devem ser consideradas as variáveis idade, nível educacional e estado de saúde, na medida em que influem no processo de percepção do consentimento informado. Outros factores parecem influir na percepção do consentimento informado, tais como: estrutura e linguagem utilizada nos formulários; outros materiais informativos; ambiente envolvente; tempo dado para a tomada de decisão e a relação de confiança entre investigador – médico e sujeito – doente. É essencial que os profissionais de saúde encontrem estratégias ao nível da informação e comunicação que promovam a compreensão em doentes idosos, iletrados e oriundos de minorias étnicas. Para tal, é fundamental considerar os factores supracitados e conhecer as motivações, expectativas e barreiras quanto à participação dos doentes em ensaios clínicos. Este artigo proporciona uma revisão bibliográfica acerca do processo de consentimento informado.

PALAVRAS-CHAVE: princípios éticos; consentimento informado; informação; ensaios clínicos; percepção; tomada de decisão.

Clinical trials are the source for the development of new treatment strategies. Informed consent is an ethical safeguard for clinical trials candidates, in that it recognizes the autonomy to make decisions and the right to adequate information. However you must ensure that the information transmitted is properly perceived therefore should be considered variables like age, education and health status to the extent that influence the perception of informed consent process. Other factors seem to influence the perception of informed consent, such as structure and language used on forms, other materials, surroundings, time given for the decision-making and trust between researchers - a physician and subject - patient. It is essential that health professionals introduce strategies of information and communication that promote understanding in the elderly, illiterate and patients from ethnic minorities. It is vital to consider the above factors and understand the motivations, expectations and barriers regarding patient participation in clinical trials. This article provides a broad review of the informed consent process.

KEYWORDS: ethical principles; informed consent; information; clinical trials; perception; decision making.

Fundamentos

A última década assistiu à emergência de um novo paradigma na medicina conhecido como medicina baseada na evidência. Este processo dá maior ênfase a evidências obtidas através de ensaios clínicos aleatorizados, que são aplicadas enquanto recomendações para a prática clínica (Ellis, 2000).

Os ensaios clínicos são a fonte para o desenvolvimento de novas estratégias de tratamento, aumento dos conhecimentos relativos ao cancro, e melhoria da eficácia na escolha de abordagens terapêuticas. Cada vez mais as autoridades reguladoras exigem a comprovação de evidências resultantes de ensaios aleatorizados antes das novas terapêuticas serem aprovadas (Ellis, 2000; Wang, 2011).

O consentimento informado constitui uma obrigação de enorme e inegável importância ética para os doentes oncológicos, aos quais é proposta a participação em ensaios clínicos (Simon, 2004).

Assim, é necessariamente essencial um rigor em termos de regulamentação associada à obtenção de consentimento por parte de indivíduos envolvidos na prática da investigação clínica, nomeadamente porque do ponto de vista ético, um doente que está a considerar participar num ensaio clínico é sempre visto como potencialmente vulnerável (Penman, 1984).

O conceito de consentimento tal como definido no âmbito dos ensaios clínicos e da investigação terapêutica, é quase exclusivamente, um conceito da segunda metade do século XX (Jof e, 2001).

Os formulários de consentimento na investigação terapêutica começaram a ser utilizados em 1953 no National Institutes of Health Clinical Center. No final dos anos 70, a Food and Drug Administration (FDA) e o Department of Health and Human Services (HHS) impuseram normas que exigiam a obtenção de consentimento informado por parte dos indivíduos que participavam em projectos de investigação regulamentados ou promovidos por estas agências (Young, 1990).

Os padrões e directrizes éticas actuais para a condução de uma investigação são praticamente os mesmos em todas as áreas da medicina. Estes são baseados nos princípios da autonomia, beneficência e justiça, que enfatizam a necessidade de uma divulgação e compreensão

adequadas, e apoio na tomada de decisão dos indivíduos aos quais são propostos ensaios clínicos (Jof e, 2001; Simon, 2004).

Deste modo o Consentimento Informado é uma importante salvaguarda ética, na medida em que reconhece a autonomia dos doentes nas decisões, bem como o direito a serem totalmente informados, com o intuito de compreenderem os aspectos associados ao processo de consentimento para que possam decidir de forma autónoma e voluntária (Simon, 2004; Ayesh, 2008).

A FDA Institutional Review Board (IRB) estabeleceu normas que exigem que informações específicas sejam apresentadas aos potenciais sujeitos no processo de consentimento. Os indivíduos devem ser informados sobre: o objectivo da pesquisa, todos os potenciais riscos, os benefícios dos participantes; outros tratamentos disponíveis (quando apropriado), a confidencialidade dos registos; quem contactar para esclarecer dúvidas ou em caso de surgirem complicações, a voluntariedade da participação, o esclarecimento de alguns conceitos tais como aleatorização, e finalmente, a liberdade do sujeito se retirar ou não participar na investigação, sem qualquer efeito negativo no acesso contínuo a cuidados de saúde adequados. (Young, 1990; Jof e, 2001; Simon, 2004).

Apesar destas especificidades serem úteis, para serem verdadeiramente percebidas, devem ser apresentadas de modo a que os indivíduos sejam capazes de compreender (Young, 1990).

O consentimento do doente para participar num ensaio clínico apenas pode ser considerado como moralmente aceitável se este for competente e genuinamente voluntário. Deste modo, os potenciais participantes devem receber informações adequadas por parte dos profissionais de saúde envolvidos na equipa de investigação que lhes permitam compreender para poderem tomar uma decisão esclarecida (Ferguson, 2002).

Para Sood (2009) o principal factor que influenciou a participação dos doentes foi a falta de compreensão e de informação adequada sobre os ensaios clínicos.

Poucos estudos têm pedido aos doentes que se encontram a participar em ensaios clínicos para avaliar a adequação das informações que receberam (Ellis, 2001).

Um estudo efectuado por Ferguson (2002) sugere que os doentes que participam em ensaios clínicos sen-

tem que lhes é dada a quantidade de informação adequada. Estes resultados são semelhantes aos de Olver (1995), que referem que de um total de 100 doentes oncológicos, 68 consideraram que tinham recebido uma quantidade de informação adequada, 14 sentiram que a informação era insuficiente, e somente cinco sentiram que receberam demasiada informação.

Porém, nenhum estudo definiu o limite superior para a quantidade de detalhes que devem ser incluídos. Pouca informação pode ocultar dados e consequentemente afectar a tomada de decisão, enquanto muita informação pode obscurecer os aspectos cruciais e desencorajar uma leitura cuidada. Claramente, não existe uma “solução perfeita”, que coincida com a preferência de todos, no entanto constata-se que quando os doentes estão fortemente envolvidos no processo de decisão, não recusam participar num ensaio clínico (Corbett, 1996).

Um questionário efectuado a doentes ingleses indicou que de entre um terço dos doentes que tinham discutido o ensaio clínico com o médico e que receberam informação adicional por parte dos enfermeiros, 80% concordaram em participar no ensaio clínico (Jenkins, 2000).

Estes resultados enfatizam a necessidade de médicos e enfermeiros da equipa de investigação fornecerem informações suficientes e precisas aos doentes e de encorajá-los a fazer perguntas, para que esclareçam todas as dúvidas antes de participarem num ensaio clínico, de modo a reforçar a compreensão (Wang, 2011).

Porém, mesmo quando os doentes recebem uma explicação aparentemente explícita sobre alguns conceitos, muitos não conseguem compreendê-los. No estudo de Simes (1996), mais de metade dos participantes não conseguiram perceber o conceito de aleatorização. Desta forma devem ser consideradas outras variáveis passíveis de intervir no processo de percepção de consentimento informado.

Um estudo efectuado por Simon (2004) revelou que as variáveis raça e educação foram significativamente associadas às diferenças observadas em pelo menos um item de compreensão. Davis (1998) refere que os factores associados à diminuição dos índices de compreensibilidade do consentimento informado por parte dos doentes incluem: educação limitada e o aumento da idade do doente.

Lawson e Adamson (1995) demonstraram que o factor significativamente preditivo da compreensão do consentimento informado é o nível de educação do sujeito. No entanto, a idade e o estado de saúde também foram significativos.

Para Taylor (1998) a dificuldade de informar os doentes é exacerbada, em parte, pelas dificuldades inerentes a doentes com educação limitada (baixa escolaridade) ou de diferentes origens culturais. Uma investigação efectuada pelo autor supracitado revelou que os médicos são frequentemente relutantes à abordagem de doentes potencialmente elegíveis, se perceberem que estes têm características que dificultem a percepção da informação transmitida.

A variável educação é particularmente significativa no que diz respeito aos doentes portugueses. Os Censos de 2001 revelaram que nove em cada 100 residentes em Portugal, com dez ou mais anos, não sabe ler nem escrever, sendo as mulheres e os distritos do sul do país os mais penalizados pelo analfabetismo. Para além disso, em Portugal a fraca literacia atinge os 24,9% (Ávila, 2008).

Desta forma, podem ser necessárias estratégias de informação destinadas a promover a compreensão entre doentes analfabetos, oriundos de minorias étnicas ou de um nível socioeconómico baixo. Dentre esses indivíduos, o jargão médico deve ser especialmente evitado. Os documentos de Consentimento podem precisar de ser mais fáceis de ler ou explicados para aqueles que são incapazes de ler. (Simon, 2004) Assim, ao melhorar as estratégias para informar todos os tipos de indivíduos, os ensaios clínicos reflectem com mais precisão a heterogeneidade da população portuguesa.

Para além das características individuais dos doentes (demográficas, nível de literacia ou socioeconómico) a estrutura do documento de consentimento informado é um factor que influi necessariamente na percepção deste processo, na medida em que este é documentado através da assinatura do formulário de consentimento informado.

De acordo com a legislação, as informações presentes no formulário de consentimento informado devem ser apresentadas numa “linguagem compreensível para o sujeito ou para o seu representante.” No entanto, ao longo dos últimos 20 anos, os vários estudos têm de-

monstrado que, embora os regulamentos sejam cumpridos, os documentos de consentimento informado estão cada vez mais ilegíveis, morosos, e pouco informativos com utilidade clínica questionável, sem impacto na melhoria da compreensibilidade essencial para a tomada de decisão do doente (Loverda, 1989; Lawson, 1995).

Muitos métodos foram desenvolvidos ao longo dos anos para testar a complexidade dos textos escritos incluídos nos documentos de consentimento e a capacidade de um indivíduo compreendê-los (Lawson, 1995).

Cassileth citado por Davis (1998) concluíram que a complexidade dos formulários relacionada com imposições legais criam barreiras à compreensão dos doentes, relativamente às informações destinadas a facilitar o processo de tomada de decisão.

Para além disso, têm sido proferidas críticas relativamente aos documentos de Consentimento Informado alegando o facto de serem redigidos com o intuito de protegerem os investigadores e a instituição, em detrimento de providenciarem informação útil para os doentes (Lenman, 1984).

Um estudo efectuado pelos autores supracitados anteriormente revelou que 80% dos participantes viram os formulários de consentimento como uma protecção para os médicos (Davis, 1998).

Ferguson (2002) cita vários estudos que enfatizam a excessiva complexidade da informação presente nos formulários de consentimento informado. Esta é referida como demasiado técnica para um leigo entender ou redigida num nível literário muito avançado para a maioria dos doentes, e consequentemente difícil de compreender.

Utilizando escalas de fiabilidade padronizadas, apenas 7% dos formulários de consentimento foram considerados legíveis num nível que tem sido geralmente aceite como norma para os formulários de consentimento informado (Jof e, 2001).

Grossman citado por Hooper, Tenhave & Hartzel (1995) advoga que apenas 1% a 6% dos formulários de consentimento são legíveis a um nível correspondente ao 8º ano de escolaridade, sendo frequentemente redigidos a um nível equivalente a pelo menos 2 anos de educação universitária.

Numa extensa revisão da literatura, Gray, Cooke & Tannebaum (1978) constataram que mais de 77% dos

1526 formulários de consentimento analisados apresentavam scores de legibilidade ao nível escolar/académico ou científico/profissional. Estudos efectuados por Morrow & Grundner citados pelos autores supracitados, também demonstraram que uma elevada percentagem de formulários de consentimento são escritos num nível universitário ou superior.

Prietley (1992) constataram que os formulários de consentimento informado foram “significativamente mais difíceis de ler do que os editoriais dos jornais”.

Globalmente, os resultados indicam que o nível de literacia do documento de consentimento informado afecta a compreensão da informação apresentada. Com o intuito de melhorar o nível de compreensibilidade, os formulários de consentimento devem ser escritos abaixo do nível de leitura correspondente ao 7º ou 8º ano. Contudo este nível pode ainda ser muito elevado se os indivíduos tiverem menor formação.

Muitos potenciais candidatos à inclusão em projectos de investigação têm baixos níveis de literacia, desta forma, têm uma menor compreensão das informações presentes no formulário de consentimento, mesmo quando este é simplificado sendo mais provável que não conheçam os procedimentos inerentes ao projecto de investigação no qual estão a concordar participar. Como referido anteriormente, esta preocupação tem sido apoiada indirectamente por uma série de estudos que demonstram que a compreensão da informação presente nos documentos de consentimento informado aumenta com o nível de literacia dos participantes (Young, 1990).

Tais preocupações tornam-se ainda mais difíceis em terapêuticas experimentais para as quais o formulário de consentimento requirite uma descrição detalhada da toxicidade extrema, e para as quais os objectivos terapêuticos da prática clínica sejam bastante diferentes dos objectivos percebidos ou inerentes à terapêutica experimental (Jof e, 2001).

De acordo com Davis (1995) a simplificação dos formulários de consentimento informado por si só torna-os mais atraentes e de fácil leitura, mas não melhora a compreensão. São necessários estudos para determinar métodos que fomentem a compreensibilidade, especialmente para os participantes com níveis reduzidos de literacia e com consequentes défices na leitura.

Desta forma, o processo de consentimento informado vai para além do que está no documento legal assinado pelo doente. O documento apenas confirma que o doente compreende e aceita todos os riscos e os benefícios do tratamento proposto. Para além da estrutura do formulário e das características individuais do doente, existem outros factores que podem influenciar a comunicação da informação aos doentes e familiares e consequentemente a percepção do consentimento informado (Penman, 1984; Taylor, 1998).

Estes factores podem estar relacionados com o ambiente envolvente, o tempo dado para a leitura do formulário, bem como outros materiais informativos dados ao doente e respectivos familiares. No entanto, a maioria dos estudos tem focado apenas questões relacionadas com a informação presente no documento do consentimento informado (Penman, 1984; Lawson, 1995).

Foi constatado que a combinação da apresentação oral e escrita, bem como a cedência de tempo para analisar as informações apresentadas no formulário e avaliar as implicações da participação no ensaio clínico favorecem a compreensão por parte dos doentes. Em geral, a compreensão é melhor se a informação for apresentada de forma clara, breve e directa (Young, 1990).

O importante é procurar uma efectiva interacção entre o possível participante no ensaio clínico e o investigador, enfatizando o papel central da comunicação aberta e honesta onde as informações dadas por escrito possam, de facto, ser úteis enquanto complemento ao processo de informação, compreensão e comprometimento recíproco (Goldim, 2006).

Neste processo, é essencial a comunicação entre o sujeito-doente e o médico-investigador. De acordo com Simon (2004) a relação entre o oncologista e o doente, é um factor que influencia o processo de tomada de decisão dos doentes, na medida em que os doentes que têm maior confiança no seu oncologista tendencialmente aceitam participar em ensaios clínicos.

Contudo, até à data, existem poucos estudos que analisem exactamente o que os doentes percebem, e os factores que influenciam o processo de consentimento informado. (Taylor, 1994)

Outro factor essencial no processo de consentimento informado prende-se com a motivação do doente

para participar em ensaios clínicos. Esta é influenciada pelas características dos doentes, pela doença, por factores motivacionais, pelas necessidades e expectativas relativas à participação no estudo e por factores relacionados com o ensaio clínico, mas não necessariamente pelo estatuto profissional e pelo tipo de cancro diagnosticado (Wang, 1994).

Numa revisão de 35 estudos, dos quais 19 envolvem doentes oncológicos em ensaios clínicos, os doentes participaram, pelas seguintes razões: esperança de ajudar os outros ou a investigação clínica, não desistir do tratamento, incentivo e / ou pressão da família ou dos outros, obter mais apoio e assistência médica, confiança nos médicos e nas informações que eles fornecem, e inexistência de tratamentos alternativos (Wang, 1994).

Este resultado é consistente com os resultados de Comis (2003) que demonstram que as razões que motivam os doentes oncológicos a participar em ensaios clínicos são de carácter clínico tais como receber um novo tratamento, maior vigilância e acompanhamento por parte da equipa médica e percepção de que o tratamento recebido é melhor do que os tratamentos convencionais e de carácter subjectivo tais como altruísmo.

Para além disso, os doentes têm expectativas sobre os ensaios clínicos, tais como: diminuiu o tamanho do tumor, reduz os sintomas desconfortáveis, permite mais discussão com os médicos, aumenta o apoio familiar, possibilita estadias mais curtas ou menos frequentes no hospital, e favorece o aumento das actividades de vida diária (Wang, 1994).

Por outro lado, os doentes rejeitaram participar em ensaios clínicos pelos seguintes motivos: não compreenderem os ensaios clínicos, preocupação relativamente a exames complementares adicionais, desconforto causado pelo tratamento, aumento do custo, questões de reembolso do seguro, não querer ser uma cobaia, percepção errada dos ensaios clínicos, e sobreavaliação da eficácia do tratamento convencional (Wang, 1994).

As barreiras à participação incluem: efeitos adversos dos medicamentos utilizados nos ensaios clínicos, as preocupações com a eficácia dos fármacos, a preocupação em estar no grupo de controlo, e o receio em ser uma cobaia (Wang, 1994).

Conclusão

É essencial que os profissionais de saúde da equipa de investigação conheçam as expectativas e motivações dos doentes, bem como as barreiras relativamente à participação em ensaios clínicos, para desta forma desenvolverem estratégias que fomentem uma melhor compreensão e que vão ao encontro das necessidades dos potenciais candidatos a ensaios clínicos e respectivos familiares.

Têm sido descritas diversas definições acerca do consentimento informado, porém, uma definição de consentimento livre e esclarecido para a investigação clínica, que abranja todos os aspectos relevantes do processo continua a ser difícil.

Em suma, certificar-se que os doentes são plenamente informados antes de concordarem com a inclusão em qualquer ensaio clínico continua a constituir um desafio para todos aqueles que estão preocupados com o avanço ético da ciência.

A influência das variáveis demográficas na compreensão dos indivíduos é uma temática pouco aprofundada na literatura consultada, pelo que futuros estudos poderiam esclarecer a influência de variáveis como a etnia, cultura, língua primária, grupo socioeconómico e idade na percepção do processo de consentimento informado no âmbito da investigação clínica.

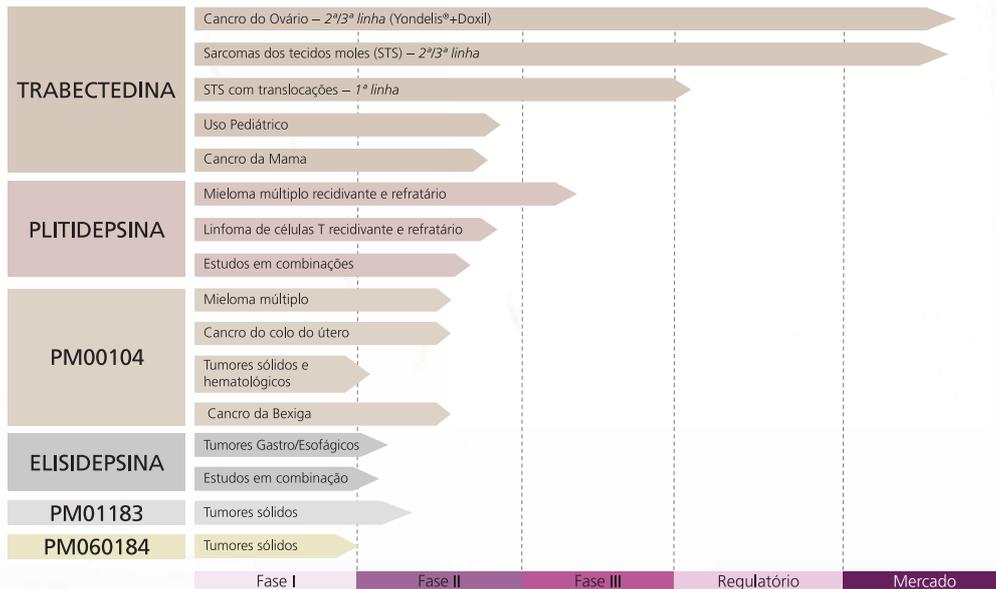
Mais estudos são necessários para compreender os possíveis efeitos destes e outros factores no processo de consentimento informado.

BIBLIOGRAFIA

1. ÁVILA, P. A Literacia dos Adultos: Competências-Chave na Sociedade do Conhecimento. (2008), in <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=publications&id=15>
2. AYESH, H. [et al]. Patients' perception and actual practice of informed consent, privacy and confidentiality in general medical outpatient departments of two tertiary care hospitals of Lahore. *BMC Medical Ethics* 2008, 9:14
3. COMIS R.L. [et al]. Public attitudes toward participation in cancer clinical trials. *J Clin Oncol.* 2003;21(5):830Y835.
4. COYNE, C.A. Randomized, Controlled Trial of an Easy-to-Read Informed Consent Statement for Clinical Trial Participation: A Study of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 21, No 5 (March 1), 2003; pp 836-842
5. CORBETT F., OLDMAN J., LILFORD R. Offering patients entry in clinical trials: preliminary study of the views of prospective participants. *Journal of Medical Ethics*, 1996; 22: 227-231
6. DAVIS, T.C. Informed Consent for Clinical Trials: a Comparative Study of Standard Versus Simplified Forms. *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 90, No. 9, May 6, 1998
7. EDWARDS S.J.L. [et al]. The ethics of randomised controlled trials from the perspectives of patients, the public, and healthcare professionals. *British Medical Journal* 1998;317:1209-12.
8. ELLIS, P. M. Attitudes towards and participation in randomised clinical trials in oncology: A review of the literature. *Annals of Oncology* 11: 939-945. 2000
9. ELLIS, P. M. Randomized Clinical Trials in Oncology: Understanding and Attitudes Predict Willingness to Participate *Journal of Clinical Oncology*, Vol 19, No 15 (August 1), 2001; pp 3554-3561
10. FERGUSON, P.R. Patients' perceptions of information provided in clinical trials. *J Med Ethics* 2002;28:45-48
11. GOLDIM J.R. Consentimento e Informação: A importância da Qualidade do Texto Utilizado. *Rev HCPA* 2006;26 (3)
12. GRAY B. H.; COOKE, R. A., TANNENBAUM, A. S. Research involving human subjects. *Science* 1978; 201: 1094-1101.
13. GRUNDNER, T. M. On the readability of surgical consent forms. *New England Journal of Medicine* 1980; 302: 900-02;
14. HOOPER K.D., TENHAVE T.R., HARTZEL J. Informed Consent Forms for Clinical and Research Imaging Procedures: How Much Do Patients Understand? *AJR* 1995;164:493-496
15. YOUNG D.R., HOOKER D.T., FREEBERG F.E. Informed Consent Documents: Increasing Comprehension by Reducing Reading Level. *IRB: A Review of Human Subjects Research* 12, No. 3 (1990): 1-5
16. JENKINS V., FALLOWFIELD L. Reasons for accepting or declining to participate in randomized clinical trials for cancer therapy. *British Journal of Cancer* (2000) 82 (11), 1783-1788
17. JOFFE S., [et al]. Quality of Informed Consent: a New Measure of Understanding Among Research Subjects. *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 93, No. 2, January 17, 2001
18. LAWSON S.L., ADAMSON, H. M. Informed Consent Readability: Subject Understanding of 15 Common Consent Form Phrases. *IRB: A Review of Human Subjects Research* 17, No. 5-6 (1995): 16-19
19. LOVERDA M.E. [et al]. Research consent forms: continued unreadability and increasing length. *J Gen Int Med* 1989;4:410-2.
20. LYONE N., [et al]. Informed consent: study of quality of information given to participants in a clinical trial. *BMJ* Vol. 303. 14 September 1991
21. MORROW, G. How readable are subject consent forms? *Journal of the American Medical Association* 1980; 244: 5658;
22. OLVER I.N. [et al]. The adequacy of consent forms for informing patients entering oncological clinical trials. *Annals of Oncology* 1995;6:867-70
23. PENMAN, D.T. [et al]. Informed Consent for Investigational Chemotherapy: Patients' and Physicians' Perceptions. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 2, No 7 (July) 1984
24. PRIESTLEY K. [et al]. Are patient consent forms for research protocols easy to read? *British Medical Journal* 1992;305:1263-4.
25. SIMES R.J. [et al]. Randomised comparison of procedures for obtaining informed consent in clinical trials of treatment for cancer. *British Medical Journal*. Vol. 293. 25 October 1986
26. SIMON C [et al]. Comparison of the Informed Consent Process for Randomized Clinical Trials in Pediatric and Adult Oncology. *J Clin Oncol* 22:2708-2717. 2004
27. SOOD A [et al]. Patients' attitudes and preferences about participation and recruitment strategies in clinical trials. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(3):243Y247.
28. TAYLOR, K.M., BEZJAK A., FRASER, R.H.S. Informed Consent for Clinical Trials: Is Simpler Better? *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 90, No. 9, May 6, 1998
29. TAYLOR K.M. [et al]. Fundamental dilemmas of the randomized clinical trial process: results of a survey of the 1737 eastern cooperative oncology group investigators. *J Clin Oncol* 1994;12:2769-70.
30. WANG L. [et al] Intention, Needs, and Expectations of Cancer Patients Participating in Clinical Trials. *Cancer Nursing*, Vol. 34, No. 2, 2011

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[®]

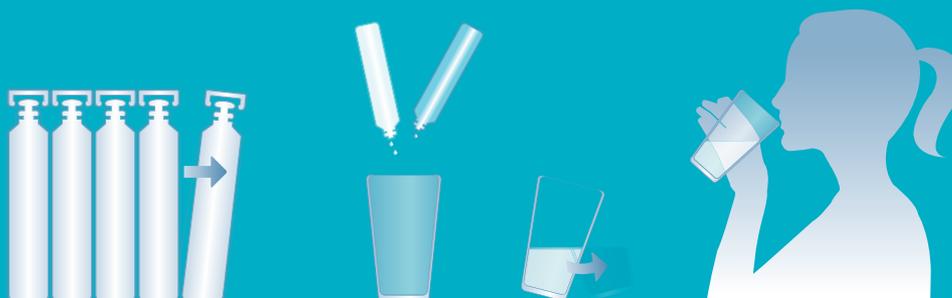
Caphosol é única solução supersaturada de iões de Fosfato de Cálcio que demonstrou reduzir o número de doentes que experimentou episódios de mucosite oral¹

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

5ª REUNIÃO NACIONAL AEOP - MAIO 2012



Nos dias 25 e 26 Maio decorreu mais uma reunião anual, a 5ª Reunião Nacional, no Curia Palace Hotel. Estiveram presentes 245 delegados inscritos, 16 trabalhos apresentados em pósteres nas áreas de Boas práticas clínicas e de Investigação, 5 Simpósios temáticos, uma sessão especial e 4 Sessões científicas. Publicamos os trabalhos premiados:

Trabalhos Premiados Investigação:

1. Ferida Maligna e Radiógena – Estudo Caso

Marisa Matos, Filipa Teixeira, Eugénia Klironomos, Eduarda Silva – Radio-terapia IPO Porto

2. Transição Saúde/Doença – Emoções e coping – Diagnóstico Cancro

Luís Ferreira; Célia Santos – Esc. Superior Enfermagem Porto

Trabalhos Premiados Boas práticas:

1. Importância da triagem venosa no doente sob Quimioterapia – articulação entre a consulta de Enfermagem e o Hospital Dia

Ana Martins; M. Fátima Francisco; Ana Daniel; Ana Giesta – Hosp. Dia IPO Lisboa

2. Projecto Humanização do Luto

Raquel Flores; Rui Santos – Hospital Dia, Hosp. Fernando Fonseca

A Reunião foi avaliada pela generalidade dos presentes como de grande qualidade, com maior rigor científico e bem organizada conseguindo-se cumprir todos os timings previstos para as intervenções. Ficou já apresentado a próxima Reunião Nacional, AEOP 6, marcada para o Grande Hotel Luso, Maio 2013. Disponibilizaremos informação actualizada desta nossa próxima reunião no nosso site.

PUBLICAMOS LIVRO INFANTIL NA ÁREA DA EDUCAÇÃO EM ONCOLOGIA

Inserido no Projecto *Educar E Prevenir*, em parceria com a Secção Regional da Ordem dos Enfermeiros, a AEOP lança livro infantil *Histórias da minha viagem no comboio da saúde*.

Este trabalho final de 2 anos foi apresentado na



Reunião Primavera 2012 a 20 Abril.

São 8 histórias infantis escritas por Enfermeiros dirigidas a meninos e meninas em idade pré-escolar, sobre temas importantes da prevenção e promoção de hábitos de vida saudáveis e

a “desmistificação” na comunicação com os profissionais de saúde.

O livro lançado pela Lusociência, está á venda em:

- No site www.lusodidacta.pt
- Nas livrarias FNAC e WOOK

Trata-se de um livro que terá 2 finalidades: ser educativo para as crianças que o lê e um óptimo “veículo” de promoção de saúde no que á oncologia diz respeito, a ser utilizada pelas escolas e organizações que se interessam pela área da Educação e Promoção de saúde.

APRESENTAÇÃO ESTUDO SOCIALSUPPORTSARCOMA



SOCIALSUPPORTSARCOMA

No decorrer da Reunião da Primavera, a AEOP apresentou publicamente o estudo Investigacional *Influencia da rede de suporte social sobre o ajustamento comportamental do doente com sarcoma em tratamento Multidisciplinar*.

Este estudo, mais uma iniciativa da AEOP apoiada pelo Grupo Trabalho Sarcoma, tem como objectivo principal Analisar a influência da rede social sobre o ajustamento comportamental do doente com Sarcoma, das partes moles e ósseos, submetido a tratamento multidisciplinar.

O instrumento de avaliação a utilizar será o Questionários *SSNI – Social Support Network Inventory*, a ser validado para Português.

Este desenho de estudo apresentado está em fase de discussão e de contactos com parcerias de apoio.

CONGRESSO CANCRO PULMÃO: AEOP PRESENTE EM PARCERIA COM O GECP



Em parceria com o Grupo Estudos Cancro Pulmão (GECP), a AEOP estará em 11 -13 Outubro em Albufeira, no Hotel real santa Eulália, no 5º Congresso Português Cancro Pulmão, com Programa em parceria científica. Estamos a organizar o programa científico com 3 sessões científicas e 1 sessão especial de trabalho. Brevemente teremos toda a informação no site em www.aeop.net.

SIMPÓSIO CANCRO DIGESTIVO: AEOP PRESENTE EM PARCERIA GICD



Em parceria com o Grupo Investigação cancro digestivo (GICD), a AEOP pelo 4º ano consecutivo estará presente com um programa científico em paralelo, a decorrer nos dias 12 a 14 Outubro 2012, em Albufeira, no Hotel Sana Epic. Estamos a organizar o programa e brevemente daremos mais informação no nosso site.

PROJECTO PEPS



Numa parceria europeia entre a EPAAC (Action Against Cancer) e a União Europeia em 2009, os Estados membros e seus respectivos ministérios da saúde, organizações de doentes, profissionais de saúde e cientistas, industria e sociedade civil iniciaram um ambicioso programa Pan-europeu de colaboração no combate ao cancro de forma mais uniforme e eficaz em toda a UE. Nesta parceria, a EONS foi convidada para participar no projecto uma vez que os enfermeiros estão directamente envolvidos nas actividades de EPAAC. Deste encontro saiu uma declaração escrita que incluía contribuições dos enfermeiros na área da identificação, prevenção e promoção de boas práticas em oncologia, pesquisa de Enfermagem oncológica, educação e formação.

A EONS contribuiu para a revisão realizada pela EHMA e forneceu feedback por parte dos enfermeiros e organizações europeias de enfermagem sobre a aplicação das Orientações Clínicas e definição de barreiras. Numa primeira fase, esta organização traduziu parte do pacote de trabalho WP 7, em diferentes línguas europeias, participou nas revisões das evidências científicas encontradas e, numa segunda fase, facilitará a sua implementação nas práticas clínicas.

Existem evidências de que a variabilidade global europeia é significativa em prestação de serviços e resultados do cuidado. Resultados

do cancro poderia ser melhorada se a mais ampla gama de actividades e serviços para o cancro forem realizados nos níveis mais elevados observados nos melhores sistemas de saúde, com melhor desempenho. Elementos essenciais para uma melhor assistência em oncologia são os seguintes:

- Acesso rápido ao diagnóstico
- Cuidado multidisciplinar
- A coordenação do tratamento do cancro em todo o processo desde o diagnóstico até a terapêutica, incluindo cuidados paliativos
- Prestação de serviços de atenção psicossocial
- Consideração das preferências dos pacientes no processo de tomada de decisão clínica
- Uso de diretrizes baseadas em evidências terapêuticas

Nos últimos 3 anos a EONS esteve inserida no desenvolvimento e avaliação de diretrizes PEP. Isto foi feito em colaboração com a ONS (Oncology Nursing Society Americana). Enfermeiros europeus experts em áreas específicas são convidados e directamente envolvidos em trabalhar com a EONS sobre este importante projecto.

Fase 1. Avaliação e modificação num formato Europeu

As directrizes PEPs foram, nesta fase, avaliadas e modificadas num formato europeu por um painel de peritos europeus seleccionados pela EONS sob propostas das diferentes associações e sociedades de enfermagem europeias. Dos vários especialistas seleccionados, tivemos 2 elementos de Portugal:

Enfermeira Esmeralda Barreira na área da Dispneia e a Enfermeira Helena Magalhães na área do linfedema. Esta fase terminou em Maio, seguindo-se uma segunda fase.

Fase 2. Implementando a evidência na prática clínica (PEPs)

A EONS convida os enfermeiros de diferentes países europeus para participar no primeiro workshop PEPs que terá lugar em 21 e 22 Setembro 2012, em Bruxelas, Bélgica.

Este workshop será financiado pela União Europeia e EONS, promovendo as boas práticas no tratamento do cancro e gestão de sintomas relacionados. Fundamental para isso é a partilha das melhores práticas, utilizando as evidências existentes para melhorar a prática clínica. O primeiro passo neste projecto é a formação. Em seguida, num segundo momento, será o compromisso da aplicação piloto destas directrizes nos serviços e instituições aceites e seleccionadas para as implementar. Segue-se a avaliação.

Daremos mais informação da implementação deste importante projecto em Portugal.

Quimioterapia indutora de anemia, foi publicado on-line o resultado em artigo através da *European Journal Clinical & Medical Oncology*. A todos os seus autores e a nossa própria organização estão de parabéns. Outros artigos serão submetidos a publicação, partindo dos estudos AEOP. Brevemente este artigo será publicado na revista desta mesma entidade europeia (San Lucas Medical), com a qual a AEOP tem parceria científica.

ESTUDO POSER: ARTIGO EM SUBMISSÃO

POSER

Portuguese Observational Study on Emetic Risk

Finalizado o tratamento estatístico, o artigo sobre “*Incidência de náuseas e vômitos nos doentes submetidos a quimioterapia de alto e moderado potencial emético*” está pronto e em processo de submissão à revista EJON (European Journal Oncology Nursing).

Brevemente publicaremos este artigo em português na nossa revista Onconews.

ARTIGO DO ESTUDO FADIGA: PUBLICAÇÃO REVISTA EUROPEIA

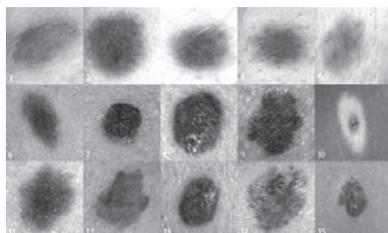


A partir do estudo da AEOP sobre *Avaliação da fadiga e Qualidade de Vida do doente submetido a*

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

Bloqueio coordenado de vias de sinalização é arma mais eficaz contra o melanoma



O bloqueio coordenado de vias de sinalização que promovem o crescimento e melhoram a sobrevivência de células cancerosas é mais efectivo no tratamento de tumores do melanoma, de acordo com investigadores do Instituto do Câncer de Nova Jersey, nos EUA, avança o portal ISaúde.

O trabalho, apresentado na Reunião Anual da Associação Americana para Pesquisa do Câncer (AACR), mostra a técnica leva as células do cancro da pele à morte programada, ou apoptose.

Para o trabalho, a equipa analisou a via intracelular conhecida como P13K/Akt/mTOR, que garante a sobrevivência de vários cancros, incluindo o melanoma. Temsirolímus, uma droga aprovada para o tratamento do cancro do rim, bloqueia esta via inibindo o crescimento do tumor, mas não induz a morte celular. Enquanto bloqueia o componente mTOR da via, temsirolímus activa outra via de sobrevivência do tumor,

conhecida como autofagia, que recicla componentes celulares para reutilização.

Os investigadores, liderados por Xiaoqi Xie examinaram se o bloqueio da autofagia aumenta a eficácia do temsirolímus no tratamento do melanoma. Trabalhando com Eileen White e Janice Mehnert, a equipa descobriu que a sobrevivência de células de melanoma é dependente da autofagia. Pesquisas anteriores mostraram que a droga anti-malária hidroxicloroquina bloqueia a sobrevivência de células do cancro renal humano mediadas por autofagia.

Neste estudo laboratorial corrente, quando hidroxicloroquina foi adicionada às células de melanoma em conjunto com temsirolímus, ela causou a morte das células. O tratamento de combinação com as duas drogas mostrou uma eficácia muito mais elevada em comparação com apenas um fármaco administrado sozinho. “Ao fazer um esforço concertado para bloquear vias de sobrevivência múltiplas, os cientistas podem ter um novo modelo para explorar no desenvolvimento de tratamentos mais eficazes para o melanoma”, observa Xie.

POP, 9 ABRIL 2012

CANCRO CABEÇA-PESCOÇO

Cancro da laringe regista 600 novos casos por ano em Portugal

O cancro da laringe é um dos mais frequentes cancros da cabeça e do pescoço e, de acordo com o Registo Oncológico Nacional, em Portugal são diagnosticados cerca de 600 novos casos por ano, o que corresponde a uma percentagem de 2% de todos os tumores diagnosticados, sendo o terceiro país da Europa com maior incidência deste tipo de cancro, avança comunicado e imprensa.

No dia 16 de Abril assinala-se o Dia Mundial da Voz e o Serviço de

Otorrinolaringologia do Hospital Garcia de Orta deixa o alerta: uma rouquidão que persiste por mais de sete dias, desde que não associada a qualquer quadro infeccioso, pode ser sinal de uma doença nas cordas vocais.

A percentagem da população portuguesa que tem ou teve problemas vocais é elevada estimando-se que cerca de 10 a 20 % da população tenha ou já tenha tido perturbações da sua qualidade vocal. O Dia Mundial da Voz tem como objectivo a sensibilização para a necessidade de estarmos atentos a alterações da qualidade vocal e aos cuidados a ter para a manter este “instrumento” de comunicação saudável. Na existência de alterações da voz, devem ser consultados profissionais de saúde como o otorrinolaringologista e o terapeuta da fala, habilitados para avaliar a situação, diagnosticar e estabelecer a intervenção terapêutica mais adequada.

Nesta mesma data, artistas nacionais como Aurea, Hands on Approach, UHF, OqueStrada, Flirt, Uxu Kalhus, Silvestre Fonseca e Martim Vicente (do programa “Ídolos”) vão reunir-se numa gala de solidariedade que acontece na Academia Almadense, a partir das 21 horas.

O espectáculo surge no âmbito do projecto “Dar voz a quem não a tem”, uma iniciativa do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Garcia de Orta, que conta com o apoio do Lions Clube Almada-Tejo e da Câmara Municipal de Almada. As receitas obtidas revertem a favor da Associação AlmaSã – Centro de Educação Especial de Almada (CEEA) - uma instituição que dá apoio a crianças e jovens deficientes com perturbações ao nível da Neuropediatria, Pedopsiquiatria e da Reabilitação pediátrica, nas diversas vertentes da assistência educativa, clínica, de reabilitação, social, cultural e de beneficência.

Segundo Luís Antunes, director do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Garcia de Orta “ao longo dos vinte anos do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Garcia de Orta, temos verificado um crescimento considerável na frequência do cancro da laringe. Num estudo epidemiológico realizado neste Serviço em 2011, com uma amostra aleatória de 1000 doentes observados na consulta de otorrinolaringologia e acompanhados na consulta de Terapia da Fala, o cancro da laringe foi a patologia mais frequente no sexo masculino, onde comportamentos como o mau uso e abuso vocal bem como os hábitos tabágicos e alcoólicos revelaram ser atitudes de risco significativas para o desenvolvimento desta doença”.

O especialista realça também que “o cancro da laringe é uma patologia que induz grandes alterações na qualidade de vida não só do doente mas também da família. É necessário que as pessoas sejam responsáveis pela sua condição de saúde, que tenham um papel activo na sua manutenção e que procurem ajuda do profissional de saúde atempadamente para que possamos, em conjunto, diminuir a sua incidência”.

O diagnóstico precoce é a arma determinante na luta contra esta doença. Desta forma, torna-se imprescindível a valorização de uma sintomatologia variada e inespecífica que se pode apresentar sob a forma de rouquidão progressiva ou persistente, dificuldade em engolir, dor de garganta permanente ou dor a engolir, dificuldade em respirar, dores nos ouvidos entre outros. Todos estes sintomas mantidos no tempo por mais de uma semana devem ser alvo de estudo.

POP, 13 ABRIL 2012

TUMORES SANGUE

Gene mutante abre portas para tratamento de tipo comum de leucemia

A chave para o tratamento de um dos tipos mais comuns de leucemia humana pode estar dentro de um gene mutante chamado FLT3, de acordo com investigadores da Universidade da Califórnia, nos EUA. A pesquisa, publicada na revista Nature, valida certas mutações activadoras no gene FLT3 como alvos para a terapia contra a leucemia mielóide aguda e tem potencial para permitir o desenvolvimento de novos medicamentos, avança o portal ISaúde.

A leucemia mielóide aguda ocorre quando os precursores imunes do corpo são corrompidos por mutações no ADN. Os precursores mutantes, em seguida, deixam de produzir vários componentes críticos do sangue como glóbulos brancos, glóbulos vermelhos e plaquetas.

Em vez disso, os precursores mutantes dão origem a células de leucemia, que se acumulam na medula óssea e na corrente sanguínea, expulsando os componentes saudáveis do sangue, e aumentando o risco de infecções, anemia e hemorragias. Ao longo das últimas décadas, a sobrevivência de cinco anos para a leucemia mielóide aguda não melhorou, assim como melhores testes de diagnóstico, técnicas de imagem e tratamentos reduziram a mortalidade por outras formas de cancro. O objectivo da terapia é eliminar células cancerosas por completo a partir da medula óssea, e a descoberta de que muitas pessoas com leucemia mielóide aguda têm mutações activadoras no gene FLT3, juntamente com a relação dessas mutações com o prognóstico ruim, levou os cientistas a especular se a segmentação deste gene mutante poderia ser uma forma eficaz de lutar contra o cancro.

Vários medicamentos foram testados, mas não conseguiram colocar a doença em remissão profunda. O motivo para essas falhas é uma de duas possíveis razões: ou as mutações em FLT3 mutações genéticas não eram críticas para o desenvolvimento do cancro, ou os fármacos em si não conseguiram alcançar o grau necessário de inibição de FLT3. O novo trabalho, liderado por Neil Shah e colegas, demonstra que a última hipótese é verdadeira.

Eles trabalharam com oito pacientes com leucemia que participaram de um ensaio clínico que envolveu um composto conhecido como AC220, um inibidor clinicamente activo de FLT3. Todas as oito pessoas apresentaram reincidência da doença após passarem por fases de remissão profunda com AC220. A equipa utilizou uma tecnologia de sequenciamento genético mais sensível e precisa para detectar mutações resistentes aos medicamentos. Eles mostraram que em todos os oito casos, uma ou mais mutações evoluíram no momento da doença e desenvolveram resistência a AC220. Os investigadores estão agora à procura de compostos que podem atacar especificamente essas mutações e identificaram vários candidatos promissores que vão ser avaliados num ensaio clínico futuro.

POP, 17 ABRIL 2012

CANCRO DA MAMA

Descoberto novo tipo de mutação do cancro da mama

Investigadores da Clínica Mayo (EUA) descobriram uma nova classe de mutação molecular em várias formas de cancro da mama. A descoberta pode esclarecer ainda mais o desenvolvimento e o crescimento de tipos diferentes de tumores na mama, avança o Diário da Saúde.

Chamadas transcrições da fusão, as formas com mutação do RNA também podem fornecer uma forma de identificar subtipos de tumores e oferecer novas estratégias para tratá-los, dizem os investigadores.

O estudo, publicado no passado domingo pelo Cancer Research, é o primeiro a procurar, de uma forma sistemática, genes de fusão e transcrições de fusão associados a tipos diferentes de cancro da mama.

Tipos de cancro da mama

Actualmente, os oncologistas reconhecem três tipos básicos de tumores da mama: receptor de estrogénio positivo (ER- positivo), HER2-positivo e triplo negativo.

“Mas o cancro da mama é bem mais complexo do que o indicado por esses três subtipos. É uma das dificuldades de tratar a doença é identificar os marcadores do gene que predizem como um tumor vai reagir a um tratamento específico”, diz a investigadora sénior do estudo, Edith Perez.

“A descoberta das transcrições da fusão de subtipos específicos no cancro da mama representa um passo nessa direcção”, continua. “As nossas descobertas indicam que as transcrições da fusão são muito mais comuns no cancro da mama do que se sabia até agora. Elas representam uma nova classe de mutação, cujo papel no cancro da mama ainda não é entendido de modo algum”.

“Transcrições da fusão têm a capacidade de produzir proteínas que são relevantes ao desenvolvimento e ao crescimento do tumor, bem como a sua sensibilidade ao tratamento. Assim, podemos ter um conjunto inteiramente novo de mudanças genómicas, que podem nos ajudar a entender e a tratar o cancro da mama de uma nova maneira,” disse Aubrey T ompson, co-autor do estudo.

“Esta é uma descoberta que vai requerer mais pesquisas. Precisamos de entender o que essas transcrições

da fusão e proteínas estão fazendo”, declara.

Transcrições da fusão

Transcrições da fusão são criadas quando os cromossomas se dividem e se recombinam, um fenómeno que comumente ocorre em células cancerosas. Durante esse processo, os genes da fusão são criados quando duas metades de genes normais se ligam. Os genes da fusão (DNA) criam transcrições da fusão (RNA), que, então, produzem proteínas da fusão.

“Erros acontecem”, diz T ompson. “Essa é uma das propriedades salientes das células do tumor, porque são imperfeitas na reparação do dano dos seus genes. Essas proteínas com mutação podem ter uma função inteiramente nova na promoção do cancro ou podem interferir nas funções normais das células”.

Biomarcadores

Transcrições da fusão são comuns em tipos de cancro do sangue, como leucemia e linfoma. Antes dessa descoberta, no entanto, algumas foram encontradas em tipos sólidos de cancro, como no cancro da mama. Como os genes, transcrição e proteínas da fusão são geralmente encontrados apenas em tumores, eles se tornam biomarcadores ideais para a identificação de células cancerosas, diz Edith Perez.

Além disso, as proteínas produzidas por transcrições da fusão podem ser relevantes para o crescimento dos tumores, como já se observou em cancros do sangue e em cancro do pulmão, ela diz. “Essas transcrições podem marcar regiões de instabilidade cromossómica localizada, que está associada ao crescimento do cancro da mama. Se conseguirmos desenvolver medicamentos contra essas transcrições, eles serão alvos terapêuticos ideais”, diz Edith Perez. “Temos muito trabalho estimulante a realizar nos próximos anos”, declarou.

POP, 17 ABRIL 2012

Gestão do stress causa mudanças fisiológicas em mulheres com cancro da mama

Investigadores da Universidade de Miami, nos EUA, descobriram que a gestão do stress em mulheres com cancro da mama pode alterar os processos que promovem a progressão do tumor em níveis moleculares, avança o portal ISaúde. A investigação descrita na revista *Biological Psychiatry* revela que a terapia cognitivo-comportamental projectada para mulheres com a doença afecta a forma como genes nas células do sistema imune são ligados e desligados, de modo que pode facilitar a recuperação durante o tratamento. “As mulheres que participaram da intervenção apresentaram melhor adaptação psicológica a todo o processo do tratamento para o cancro da mama e mostraram mudanças fisiológicas que indicavam que elas estavam se recuperando melhor”, observa o líder da pesquisa Michael H. Antoni.

Segundo os investigadores, os resultados sugerem que a terapia reduz a influência do stress no tratamento e promove uma recuperação ao longo do primeiro ano. Pesquisas anteriores já tinham mostrado que em momentos de adversidade, os sistemas nervoso e endócrino enviam sinais ao sistema imunológico. Em resposta, o corpo activa genes específicos no interior das células do sistema imunológico, chamadas glóbulos brancos ou leucócitos.

Nas mulheres que participaram dos grupos de intervenção, os genes que sinalizam a produção de moléculas associadas a uma resposta imune saudável, tais como interferon, mostravam que elas estavam a produzir mais destas substâncias, em comparação aos níveis observados no grupo de controlo. “Ao mesmo tempo, os genes responsáveis pela produção de substâncias envolvidas na progressão do cancro, tais como

citocinas pró-inflamatórias, quimocinas e metaloproteinases matriciais foi reduzida”, destaca Antoni. A terapia consiste em um programa de 10 semanas que combina imagens de relaxamento e respiração profunda, junto com a terapia comportamental cognitiva, que é projectada para ajudar os pacientes a reduzir a tensão corporal, mudar a forma como eles lidam com pensamentos intrusivos de stress, diminuir humores negativos e melhorar suas habilidades de comunicação interpessoal. No estudo, 79 mulheres submetidas a tratamento primário para o cancro da mama foram aleatoriamente separadas para um programa de terapia ou um grupo de controle psicoeducacional nas semanas após a cirurgia. A equipa de pesquisa pretende seguir as mulheres da pesquisa por um período maior para avaliar os efeitos da intervenção sobre a expressão génica de leucócitos em longo prazo.

POP, 23 MARÇO 2012

TUMORES DIGESTIVOS

Medidas simples podem reduzir mortes por cancro do intestino em 60% em 15 anos

O número de mortes por cancro do intestino do Reino Unido pode ser reduzido em quase 60%, nos próximos 15 anos, se o governo realizar algumas melhorias necessárias para o diagnóstico e tratamento deste tipo de cancro, de acordo com a organização Bowel Cancer UK, avança o portal ISaúde.

Uma das principais providências neste caminho é o aumento do número de pessoas que passam por testes para detectar a doença. No momento, pouco mais de 50% das pessoas com mais de 60 anos respondem aos esforços para detecção da doença no Reino Unido.

Outra acção, mais localizada, deve partir dos prestadores de servi-

ços de saúde nos postos de saúde e hospitais. De acordo com a organização, o sistema deve funcionar de forma integrada em todo Reino Unido. Em particular, a Cancer UK apela para uma melhor comunicação com os pacientes. Segundo resultados de levantamentos realizados pela organização, uma em cada três pessoas não recebe qualquer tipo de informação escrita sobre cancro do intestino no momento.

Segundo Deborah Alsina, executiva da Bowel Cancer UK, “temos o dever de salvar mais vidas e as propostas apresentadas neste relatório devem ser a meta mínima do governo. Estamos ansiosos para trabalhar com o governo, NHS e outras organizações, para ajudar a salvar um maior número de vítimas do segundo tipo de cancro que mais mata no Reino Unido, perdendo apenas para o cancro de pulmão”. O relatório “2025 Challenge: Saving and Improving Lives”, também diz que os médicos e enfermeiros devem oferecer um melhor atendimento aos pacientes. De acordo com o relatório, cerca de 20% dos pacientes disseram que a equipa médica não os trata com “dignidade e respeito”, enquanto outros 25% afirmaram não ter entendido as informações passadas pelos profissionais sobre sua doença. O mesmo índice reclama de ter recebido informações conflitantes.

As taxas de sobrevivência para o cancro do intestino dobraram nos últimos 40 anos. Mas cerca de 18 em cada 100 mil pessoas continuam a morrer da doença. Jessica Harris, gerente de Informação em Saúde da Cancer Research UK, concorda que trabalhar em conjunto é importante para reduzir o número de mortes por cancro do intestino.

“Governos, organizações, instituições beneficentes de saúde e os indivíduos têm um papel a desempenhar no sentido de incentivar as pes-

soas a realizarem escolhas saudáveis para reduzir o risco de desenvolver a doença. Outra acção deve ser no sentido de informar melhor sobre os sinais e sintomas da doença, possibilitando um diagnóstico precoce.

Ela acrescentou que é importante aproveitar que Abril é mês da consciência do cancro do intestino, o que torna o “momento perfeito” para consciencializar as pessoas que ao notar qualquer coisa fora do comum no seu corpo, como sangue nas fezes ou fezes mais soltas durante três ou mais semanas, devem procurar o médico.

POP, 24 ABRIL 2012

SARCOMAS

FDA aprova medicamento que melhora sobrevivência de pessoas com sarcoma



A entidade que regula os medicamentos nos EUA (a FDA) aprovou o medicamento Votrient® (pazopanib) para tratar doentes com sarcoma avançado dos tecidos moles que já receberam quimioterapia, avança o portal ISaúde.

Sarcoma de tecido mole é um cancro que começa no músculo, nos adipócitos, no tecido fibroso e noutros tecidos. Votrient® é um comprimido que funciona interferindo na angiogénese, o crescimento de novos vasos sanguíneos necessários para o crescimento e desenvolvimento de tumores sólidos. Um cancro raro com muitos subtipos, o sarcoma dos tecidos moles ocorre em

cerca de 10 mil pessoas anualmente nos EUA. Mais de 20 subtipos de sarcoma foram incluídos no estudo clínico que levou à aprovação do Votrient®. O fármaco não é aprovado para pacientes com sarcoma de tecido mole dos adipócitos e tumores estromais gastrointestinais.

“Sarcomas de tecidos moles são um grupo diverso de tumores e a aprovação do Votrient® para esta classe geral de tumores é a primeira em décadas. O desenvolvimento de fármacos para sarcomas tem sido especialmente desafiador por causa do número limitado de pacientes e múltiplos subtipos da doença”, afirma Richard Pazdur, da FDA.

A segurança e a eficácia do medicamento foram avaliadas num único estudo clínico em 369 pacientes com sarcoma avançado dos tecidos moles que tinham recebido quimioterapia anterior.

Os pacientes foram seleccionados aleatoriamente para receber Votrient® ou um placebo. O estudo foi desenhado para medir o tempo que um paciente vive sem progressão do cancro (sobrevida livre de progressão). A doença não progrediu por uma média de 4,6 meses para os pacientes que receberam Votrient®, em comparação com 1,6 meses para aqueles que receberam o placebo. Os efeitos secundários mais comuns em pacientes tratados com Votrient® foram fadiga, náuseas, diarreia, perda de peso, diminuição do apetite, vômitos, tumor e dor muscular, alterações da cor do cabelo, dor de cabeça, falta de ar e descoloração da pele.

Votrient® carrega uma advertência alertando pacientes e profissionais de saúde para o risco potencial de danos ao fígado (hepatotoxicidade), que pode ser fatal. Os pacientes devem ser monitorizados para a função hepática e o tratamento deve ser interrompido caso haja declínio da função hepática.

POP, 11 MAIO 2012

CANCRO GINECOLÓGICO

Cancro do ovário é o mais difícil de ser diagnosticado

O Instituto Nacional de Cancro (INCA), no Brasil, estima o diagnóstico de 6.190 novos casos de cancro do ovário em todo o país este ano. A cada 100 mil mulheres, seis devem desenvolver a doença. O cancro do ovário é o sétimo mais incidente na população e, em 2009, 2.963 mulheres morreram vítimas deste tipo de cancro, conta o iG Saúde. “Os sintomas não são específicos, por isso, as mulheres confundem-se e o diagnóstico precoce torna-se mais difícil”, afirma Glauco Baiocchi Neto, director do departamento de ginecologia do Hospital A.C. Camargo, em São Paulo.

Em estágio mais avançado, o tumor pode pressionar a região, causando dor, inchaço, prisão de ventre ou sangramento.

“Ainda não temos novos exames nessa área. É o tipo de cancro que temos mais dificuldade de diagnosticar”, completa Elza Miekko Fukazawa, ginecologista do mesmo hospital. Por esses motivos, cerca de 3/4 dos cancros desse órgão apresentam-se em estágio avançado no momento do diagnóstico. Segundo Baiocchi Neto, 85% dos casos estão no epitélio, a camada que dá sustentação.

Os principais factores de risco são histórico familiar e idade (a maioria dos casos aparece na menopausa). Episódios em que a doença se manifesta antes dos 45 anos, são raros: apenas 1 em cada 15. Essa doença tem um forte componente genético e está ligada aos genes BRCA1 e BRCA2, que também podem causar cancro da mama. Em geral, mulheres com esses genótipos têm de 45% a 25% mais risco de desenvolver cancro em qualquer fase da vida.

Outros factores de risco importantes são a terapia de reposição

hormonal, o tabagismo e a obesidade. Além disso, alguns estudos reportam uma relação directa entre o desenvolvimento do cancro ovariano e a menopausa tardia, alerta o INCA. Mulheres com endometriose também devem ficar atentas. A inflamação ocasionada no endométrio pode contribuir para o aparecimento do cancro do ovário. “Estudos sugerem que o risco de cancro do ovário dobra em mulheres portadoras dessa doença em comparação com as que não a têm”, afirma o Instituto Nacional de Cancro.

Alguns estudos apontam o uso de pílula anticoncepcional por mais de cinco anos como um factor protector contra esse tipo de neoplasia. “É como se você deixasse o ovário quietinho, sem ovular, por todo esse tempo”, explica Baiocchi Neto.

POP, 7 MAIO 2012

Vacina contra HPV beneficia mulheres com doenças de colo de útero



Após receberem vacina contra HPV, mulheres diagnosticadas com condições pré-cancerígenas de colo do útero beneficiaram de um risco consideravelmente reduzido de doenças recorrentes. É o que relata estudo publicado esta segunda (26) no British Medical Journal, avança o portal ISaúde.

Uma equipe internacional de investigadores estudaram dados envolvendo 1.350 mulheres de 24 países desenvolvidos e em desenvolvimento em todo o mundo. Todas as mulheres estavam – entre os anos de 2001 e 2003 – com idades entre 15 e 26 anos. Elas receberam vacina HPV quadrivalente ou placebo durante um dos ensaios clínicos aleatórios e

foram diagnosticadas com doenças relacionadas com HPV vaginais ou vulvares (incluindo verrugas genitais) ou foram submetidas à cirurgia cervical. Mais de 17 mil mulheres participaram nos dois estudos e foram acompanhados durante cerca de quatro anos. Mas o presente estudo concentra-se apenas nas mulheres que, em seguida, desenvolveram doenças ligadas ao HPV.

Estudos anteriores demonstraram que a vacinação contra o HPV não reduz a progressão de pré-cancros cervicais em mulheres. No entanto, nenhum estudo até então havia verificado o impacto da vacinação contra o HPV na prevenção de doenças subsequentes após o primeiro tratamento definitivo. Entre as mulheres que precisavam de cirurgia cervical após os ensaios, o risco de contrair qualquer doença relacionada com HPV subsequente foi de 6,6 casos por 100 mulheres por ano entre as 587 mulheres que receberam vacina contra o HPV. Para as 763 mulheres que receberam placebo, o risco foi de 12,2 casos por 100 mulheres por ano. Então as mulheres vacinadas tinham um risco 46,2% menor (o menor risco variou entre 22,5% a 63,2%, usando uma medida denominada intervalo de confiança de 95%). Além disso, a vacinação foi associada a uma redução significativa no risco de qualquer doença grau elevado subsequente do colo do útero por 64,9% (20,1% para 86,3%).

Para as mulheres que foram diagnosticadas com a doença vaginal ou vulvar a redução do risco de qualquer doença HPV após o diagnóstico e tratamento entre aqueles que tiveram vacina contra o HPV foi de 35,2% (13,8% para 51,8%). Em conclusão, os autores reforçam que a vacina não reduz a progressão da doença em mulheres infectadas com HPV no momento da vacinação, mas mulheres vacinadas que desen-

volveram a doença após participar desses estudos aleatórios controlados tinham doenças subsequentes com menor frequência, o que reforça a o facto de a vacinação oferecer benefício substancial.

POP, 29 MARÇO 2012

CANCRO UROLÓGICO

Zytiga® da J&J revela-se promissor contra o cancro da Próstata

Um novo tratamento permitiu eliminar totalmente ou em grande parte um tipo de cancro da próstata com alto risco de se propagar pelo restante do corpo, revela uma pesquisa publicada nesta quarta-feira nos EUA, avança a AFP.

A utilização do Zytiga®, da Johnson & Johnson (J&J), que bloqueia a produção de testosterona, já tinha sido testada para tratar estados avançados de cancro da próstata, mas esta é a primeira vez que o medicamento é testado para combater o tumor nas primeiras etapas de desenvolvimento, assinalou Mary Ellen Taplin, da Faculdade de Medicina de Harvard, principal autora do estudo publicado pela Sociedade Clínica de Oncologia dos EUA.

Este tipo de cancro da próstata localizado é característico de homens nos quais o tumor invade completamente a glândula e, com frequência, se propaga a outros órgãos, apesar dos tratamentos agressivos. Nos testes clínicos, os investigadores trataram 29 homens com este tipo de cancro durante 24 semanas com Zytiga® associado à leuprolida, que reduz a produção de testosterona por outro mecanismo. Um segundo grupo, de controlo, formado por 27 homens, tomou apenas leuprolida durante três meses, e depois Zytiga® e leuprolida durante as últimas doze semanas do estudo.

No primeiro grupo, o tumor desapareceu quase totalmente em 34% dos pacientes, contra 15% no grupo de controlo. “Para estes doentes de alto risco é espectacular ter pouco ou nenhum cancro detectável na próstata após seis meses de tratamento com Zytiga[®]”, destacou Taplin.

Para a investigadora, o tratamento poderá evitar uma operação à próstata, com efeitos indesejáveis como incontinência ou problemas de erecção. O custo do tratamento com Zytiga[®] é de 5 mil dólares por mês.

POP, 18 MAIO 2012

GENÉTICA, EPIDEMIOLOGIA E CANCRO

Fármacos epigenéticos corrigem alterações no ADN e impedem crescimento do cancro

Cientistas da Johns Hopkins University, EUA, descobriram que dois fármacos epigenéticos considerados muito tóxicos para o tratamento em humanos são capazes de corrigir alterações no ADN que levam ao cancro, avança o portal ISaúde.

Os resultados mostram que os medicamentos, azacitidina (AZA) e decitabina (DAC), atacam uma pequena subpopulação de células que se auto-renovam conhecidas como células-tronco cancerosas, que sobrevivem à maioria dos tratamentos e promovem a recorrência e metástase do cancro.

Num relatório publicado na Cancer Cell, a equipa revela que o estudo fornece evidências de que doses baixas dos fármacos testadas em culturas de células provocam respostas anti-tumorais em amostras do cancro da mama, pulmão e cólon. Agentes quimioterápicos convencionais trabalham envenenando e matando células que se dividem rapidamente, incluindo células cancerosas, danificando o ADN. “Em contraste,

baixas doses de AZA e DAC podem reactivar genes que impedem o crescimento do cancro sem causar danos às células normais e sem modificar o ADN”, observa o investigador Stephen Baylin. Muitos especialistas em cancro abandonaram o uso de AZA e DAC no tratamento de cancros comuns porque são tóxicos para as células normais em altas doses e porque poucas pesquisas mostram como eles podem trabalhar para tratar o cancro em geral. Baylin e a investigadora Cynthia Zahnow decidiram avaliar a eficácia dos medicamentos em doses mais baixas e descobriram um benefício em pacientes com uma doença pré-leucémica chamada síndrome mielodisplásica (SMD) e cancro do pulmão.

Para o trabalho, a equipa de Baylin e Zahnow trabalhou com leucemia, cancro da mama, e outras linhas de células humanas e amostras tumorais usando as doses mais baixas possíveis que eram eficazes contra as doenças. A equipa tratou as amostras de células com doses baixas de AZA e DAC em cultura durante três dias e permitiu que as células tratadas repousassem durante uma semana. As células tratadas e as amostras de tumor foram então transplantadas em ratinhos e os investigadores observaram as respostas antitumorais até 20 semanas depois.

A terapia com doses baixas dos medicamentos inverteu as vias genéticas de células do cancro, incluindo ciclos envolvidos na reparação, maturação, diferenciação, interacção e morte celular. Os investigadores notaram que as células cancerosas foram revertidas para um estado mais normal e acabaram por morrer. Os resultados foram causados, em parte, pela alteração do ambiente epigenético, ou químico, do ADN. Actividades epigenéticas activam certos genes e bloqueiam outros. A equipa planeia agora novos estudos para entender

como os fármacos epigenéticos trabalham no organismo para conter o desenvolvimento do cancro. “As nossas descobertas sugerem que os fármacos encolhem os tumores de forma mais lenta ao longo do tempo conforme reparam os mecanismos alterados no ADN e levam as células cancerosas à morte”, afirma Baylin.

POP, 13 ABRIL 2012

Investigadores conseguem ler e reescrever dados digitais em moléculas de ADN

Cientistas dos EUA conseguiram escrever, ler e voltar a escrever dados digitais em moléculas de ADN. A abordagem pode ter aplicações na contagem da frequência da divisão celular e permitir activar a morte celular programada caso a célula se torne cancerosa, avança o portal ISaúde.

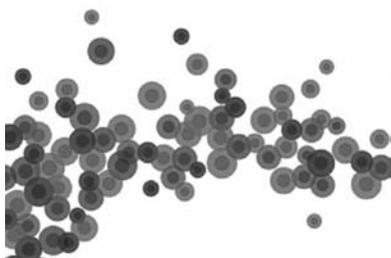
A equipa da Universidade de Stanford utilizou enzimas de bactérias para alterar sequências específicas do ADN. Essas sequências podem ter as suas posições alternadas à vontade, o que transforma a molécula no equivalente genético de um dígito binário. “Essencialmente, se a secção do ADN aponta numa direcção, ela representa um 0. Se aponta na outra direcção, representa um 1”, explica o autor da pesquisa Pakpoom Subsoontorn.

Segundo os investigadores, o armazenamento programável de dados no ADN de células vivas pode ser uma ferramenta incrivelmente poderosa para estudos sobre o cancro, envelhecimento e desenvolvimento dos organismos. A equipa nomeou a memória genética de RAD (recombinase addressable data), algo como dado endereçável por recombinase. Eles usaram esse mecanismo de memória biológica para determinar como os micróbios unicelulares adquirem fluorescência sob luz ultravioleta, ficando vermelhos ou verdes dependendo da posição da secção do

ADN alcançada pela técnica. Embora pareça simples, eles relatam que foram necessários três anos de pesquisas e 750 tentativas diferentes até encontrar as proteínas adequadas para a tarefa.

POP, 29 MAIO 2012

OMS pretende reduzir 25% das doenças como o cancro e a diabetes até 2025



A Organização Mundial de Saúde quer reduzir em 25 por cento a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, como o cancro e a diabetes, até 2025, um compromisso que saiu do encontro anual do organismo, que terminou no sábado, avança a agência Lusa.

Após seis dias de discussão na Assembleia Mundial de Saúde, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) realiza anualmente em Genebra, na Suíça, os delegados dos 194 países membros adoptaram 21 resoluções e três decisões.

De acordo com as conclusões do encontro, “os Estados membros concordaram em adoptar uma meta global de redução de 25 por cento na mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas, em 2025”.

A OMS pretende envolver neste combate outros sectores fora da Saúde, “para evitar mortes prematuras e reduzir a exposição a factores de risco, como o uso do tabaco, o uso nocivo de álcool, dieta não saudável e sedentarismo”.

Os Estados membros aprovaram um relatório sobre os progressos das metas da Saúde até 2015 estabelecidas nos Objectivos do Milénio, embora tenham reconhecido que ainda há muito para fazer nos próximos três anos. Como desafios da organização, a directora-geral da OMS, Margaret Chan, reeleita nesta Assembleia, destacou ainda “a saúde do idoso, a saúde materno-infantil, a sub e a sobrenutrição, a erradicação da poliomielite e as exigências da saúde durante as emergências humanitárias”. Vários Estados apoiaram o conceito de cobertura universal da saúde, que “deve ser uma das principais prioridades dos projectos de desenvolvimento [dos países], porque sem saúde nenhum desenvolvimento é possível”, afirmou o presidente eleito da Assembleia Mundial da Saúde, Térése N'Dri-Yoman, também ministro da Saúde da Costa do Marfim.

Muitos dos participantes pediram à OMS para continuar com políticas de educação sexual e de sensibilização para o problema do casamento precoce e da gravidez na adolescência. Outra das resoluções pede aos países que incentivem o envelhecimento activo e saudável, com medidas que levem à participação dos idosos na sociedade. Os países reconheceram a necessidade de uma resposta global e coordenada para enfrentar os transtornos mentais de saúde, incluindo a redução do estigma e da discriminação, a reintegração de pacientes no trabalho e na sociedade, o apoio aos prestadores de cuidados e às famílias e a necessidade de a saúde mental constar dos orçamentos. Os delegados reconheceram que a erradicação da poliomielite é uma emergência, e que é necessário mais financiamento para acabar com a doença.

Os países reafirmaram ainda o papel central que a organização tem em respostas humanitárias e reco-

nheceram a necessidade de alocarem “recursos suficientes para as actividades do sector de saúde durante emergências humanitárias”.

A OMS mostrou-se também preocupada com a “ameaça significativa” dos medicamentos contrafeitos, muitas vezes vendidos através da internet, e aprovou um projecto de resolução que propõe a cooperação internacional contra produtos médicos falsamente rotulados, falsificados ou contrafeitos, uma medida que recebeu também o apoio de representantes de Organizações Não Governamentais e do sector farmacêutico.

POP, 26 MAIO 2012

Ansiedade e nervosismo podem influenciar o desenvolvimento de cancro

Um estudo da Universidade de Stanford, publicado na revista PLoS ONE, é visto pelos autores como o primeiro a identificar a ligação biológica entre o desenvolvimento de cancro e a personalidade, avança o site Jornalismo Porto Net. Uma equipa da Universidade de Stanford acredita ter encontrado uma relação entre um tipo de personalidade e uma maior vulnerabilidade ao cancro, diz, em comunicado, a instituição. Pessoas com maior tendência para nervosismo e ansiedade podem estar mais facilmente expostas ao aceleramento do cancro, revela o estudo que foi publicado na quarta-feira na revista PLoS ONE.

A equipa é liderada pelo especialista em stress e imunologista Firdaus Dhabhar que desenvolveu estudos de uma ideia que já estaria há mais de 50 anos sem resposta. O estudo foi desenvolvido utilizando rato como cobaias. Em primeiro lugar, foram realizadas duas experiências distintas de forma a despistar os ratos mais nervosos. De seguida, as cobaias foram sujeitas a radiação ultravioleta-

ta, de forma a criar uma exposição idêntica à de quem passa demasiado tempo ao sol. Após o aparecimento de cancro da pele nas cobaias, a equipa testou as diferenças entre os mais e menos nervosos. Dhabhar conclui que os ratos de laboratório mais nervosos sofreram as lesões mais graves e que apenas esse grupo sofreu metástases, disse ao iOnline. O investigador acrescentou que as cobaias mais ansiosas tiveram níveis mais elevados de uma molécula que parece atrair um tipo específico de glóbulos brancos, que combatem a “imunidade protectora que poderia ser dirigida às células cancerígenas”. O investigador e a equipa têm, ainda, mais metas a atingir como testar se a toma de medicamentos para a ansiedade em períodos de tempo limitados podem ser benéficos.

POP, 27 ABRIL 2012

Cientistas descobrem de que forma aspirina pode prevenir o cancro

A função mais conhecida da aspirina é a de aliviar dores de cabeça. Pesquisas científicas, porém, têm comprovado que ela pode exercer também um importante papel na prevenção e tratamento de doenças mais graves, como o cancro e a diabetes tipo 2. Agora, cientistas canadianos, britânicos e australianos conseguiram identificar como esse processo realmente funciona no corpo humano, avança o jornal O Globo. Ao ser ingerida pelo homem, a aspirina (ácido acetilsalicílico) é quebrada dentro do corpo num composto chamado salicilato. A nova pesquisa descobriu que este composto, quando se encontra em abundância na célula humana, é capaz de activar a enzima AMPK – esta regula o nível de energia celular, sendo assim responsável também por inibir o crescimento da célula.

Segundo os cientistas, estudos anteriores já tinham comprovado que tal enzima pode diminuir lipídios e aumentar a sensibilidade à insulina em ratos obesos, sendo assim importante no tratamento da diabetes 2. Já outras pesquisas concluíram que uma droga chamada metformina pode ser importante na prevenção do cancro. Tal droga também é capaz de activar AMPK, o que indica uma possível eficácia do uso da aspirina contra a doença.

Para chegarem a tais resultados, os investigadores deram aspirina a ratos que não portavam a AMPK, e o fármaco não surtiu efeitos. O estudo foi publicado na quinta-feira (19) no jornal científico Science e assinado pela Universidade McMaster, no Canadá, Universidade de Dundee, na Escócia, e Universidade de Melbourne, na Austrália. “A aspirina é uma das drogas mais utilizadas do mundo e, sem dúvida, a mais bem sucedida. Ela tem muitos efeitos benéficos, mas apesar de ser utilizada em seres humanos há mais de 100 anos, ainda estamos a descobrir como ela funciona”, explica Grahame Hardie, cientista que participou do estudo, em comunicado ao site da Universidade de Dundee.

POP, 23 ABRIL 2012

Batalha contra o cancro passará por torná-lo numa doença crónica

Siddhartha Mukherjee, oncologista indiano que lançou recentemente a obra “O Imperador de Todos os Males: Uma Biografia do Cancro”, sublinha que a actual problemática no combate ao cancro reside na sua forte resistência aos tratamentos, motivo pelo qual defende que, num futuro próximo, a batalha contra esta doença estará ganha quando a medicina a puder classificar como doença crónica, avança o PIPOP – Portal de

Informação Português de Oncologia Pediátrica, citando o jornal brasileiro Folha de São Paulo. Apesar dos avanços que têm sido feitos nos últimos anos na área do cancro, há ainda muito para conhecer e compreender no que diz respeito a esta doença devastadora, nomeadamente ao nível da tecnologia de tratamento.

Siddhartha Mukherjee, também investigador da Universidade Columbia, nos EUA, argumenta na sua obra que, equacionando um cenário positivo, a solução poderá estar em tratar o cancro “como uma doença crónica”. Para o oncologista, o cancro não se assume como uma única doença mas sim como um conjunto de patologias que requerem diferentes tratamentos, dependendo do tipo de tumor. Seguindo esta linha de raciocínio, o cientista explica que uma aposta forte em novas formas de prevenção do cancro, já que a doença surge associada ao processo de reprodução das células humanas, pode tornar a doença menos resistente.

POP, 3 MAIO 2012

Ajude a Evitar as NVIQ* Antes que Comecem

com EMEND® como parte de uma terapêutica
combinada

* NVIQ = náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia

Denominação do medicamento EMEND 125mg/80mg cápsulas; 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, astemizol 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® **IIVEMEND®**
(aprepitant, MSD) (fosaprepitant dimeglumina, MSD)

Prevenção Desde o Início



SUTENT cápsulas
malato de sunitinib

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 TERAPÉUTICAS** 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 (MRCO) 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. **POSOLÓGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** A terapêutica com sunitinib deve ser iniciada por um médico experiente na administração de anti-cancerígenos. **Posologia Para GIST e MRCO**, 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 MRCO, 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 MRCO 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 MRCO ou 25 mg diários para pNET, com base na monitorização cuidadosa da tolerabilidade. Deverá ser considerada a selecção 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 hemodiálise. 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, dispénia 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, MRCO 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 (≥ 1/10), frequentes (≥ 1/100 a < 1/10), pouco frequentes (≥ 1/1000 a < 1/100), raros (≥ 1/10000 a 1/1000), 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 de apetite, alterações do paladar, náuseas, hipertensão, epistaxis, diarreia, estomatite/estomatite aftosa, vómitos, náuseas, dispénia, dor abdominal/distensão, obstipação, glossite, 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, edema, leucopenia, linfopenia, hipotireoidismo, desidratação, insónia, depressão, parestesias, tonturas, neuropatia periférica, hipoestesia, hiperestesia, aumento da secreção lacrimal, edema da pálpebra, rubor, afrontamentos, dispnéia, dor orofaríngea, tosse, dispnéia 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, esfoliação 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, piroxia, 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 fosfoquinase sérica, aumento da amilase, aumento da aspartato aminotransferase, aumento da alanina aminotransferase, aumento da creatinina sérica, aumento da pressão sanguínea Pouco frequentes: pancitopenia, hipersensibilidade, hipertiroidismo, 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 faringolaríngea, perfuração intestinal, pancreatite, disfunção hepática, eczema, fístula anal, fístula, insuficiência renal aguda, síndrome nefrótica, proteinúria, dificuldade na cicatrização de feridas, aumento da concentração sérica da hormona estimulante da tiróide. Foram combinadas as seguintes designações: a Anorexia e diminuição do apetite, b Disgeusia, ageusia 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-avaliação do SUTENT. Estas reacções incluem notificações de casos espontâneos, bem como, acontecimentos adversos graves de estudos a decorrerem, de programas de acesso alargado, estudos de farmacologia clínica e estudos exploratórios em indicações não aprovadas. **Infecções e infestações** Pouco frequentes*: Infecções (com ou sem neutropenia); Raros: Infecção necrosante Doenças do sangue e do sistema linfático Pouco frequentes*: Microangiopatia trombótica Doenças do sistema imunitário Pouco frequentes*: Angiodema 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 3X descrita na Norma Orientadora do Resumo das Características do Medicamento. **Descrição das reacções adversas seleccionadas** **Infecções 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 fadecite necrosante, incluindo do perítoneo. **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 notificados casos de hipersensibilidade, incluindo angioedema. **Doenças endócrinas:** Foram notificados casos raros de hipotireoidismo, 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 SLT, 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 fístula, 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.

