

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

19

ANO V · NOV-FEV 2012

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CANCRO NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

O objectivo deste trabalho de investigação foi estudar as representações sociais sobre o cancro, em estudantes de enfermagem.

DISSONÂNCIA COGNITIVA EM FUMADORES COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA: COUNSELLING COMO PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Artigos de revisão sobre o Counselling como arte de ajudar os outros a ajudarem-se a si próprios no abandono do hábito de fumar.

TRATAMENTO COM QUIMIOTERAPIA: QUE NECESSIDADES E IMPLICAÇÕES NA DINÂMICA FAMILIAR DA PESSOA COM CANCRO

Os autores deste artigo de investigação qualitativa avaliam as alterações das dinâmicas familiares e identificam as necessidades do doente com cancro em tratamento com quimioterapia.

RETALHOS: O PAPEL DO ENFERMEIRO EM CIRURGIA DE ORL E CCP

Artigo de revisão sobre a reflexão dos profissionais de enfermagem nos cuidados para a manutenção e viabilidade de um retalho em cirurgia na área de Cabeça e Pescoço (CCP).

REFUNDANDO A ENFERMAGEM PORTUGUESA: A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E A ESCOLA TÉCNICA DE ENFERMEIRAS DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA NOS ANOS 40

Este artigo de Revisão descreve-nos o percurso do ensino de enfermagem nos anos 40.



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa



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

câncer do cólon estadió III



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

câncer gástrico avançado, cancro colo-rectal



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

câncer da mama

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

câncer mama e cancro cólon estadió III

câncer colo-rectal e cancro gástrico



Xeloda 150 mg comprimidos revestidos por película. Xeloda 500 mg comprimidos revestidos por película. Cada comprimido contém 150 mg ou 500 mg de capecitabina. **Excipientes:** lactose anidra, crosscarmelose sódica, hipromelose, celulose microcristalina, estearato de magnésio, hipromelose, dióxido de titânio (E171), óxido de ferro amarelo e vermelho (E172), talco. **Indicações terapêuticas:** a) Tratamento adjuvante, após cirurgia, dos doentes com cancro do cólon estadió III (estadió Dukes C). b) Tratamento do cancro colorectal metastático. c) Tratamento de primeira linha do cancro gástrico avançado, em associação com um regime baseado em platina. d) Em combinação com o docetaxel é indicado no tratamento de doentes com cancro da mama localmente avançado ou metastático, após falha da quimioterapia citotóxica. A quimioterapia anterior deverá ter incluído uma antracina. Em monoterapia, no tratamento de doentes com CM localmente avançado ou metastático, após falha de um regime de quimioterapia contendo taxanos e uma antracina ou para quem não esteja indicada terapêutica adicional com a **Fluorocilosa**. **modo de administração:** Só deverá ser prescrito por um médico qualificado e com experiência na utilização de fármacos antineoplásicos. Os comprimidos devem ser deglutidos com água, nos 30 minutos que se seguem a uma refeição. O tratamento deve ser descontinuado caso se observe progressão da doença ou se a toxicidade for considerada intolerável. **Câncer do cólon, cancro colorectal e cancro 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 cancro do cólon estadió 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 corticoide oral, como a dexametasona, antes da administração do docetaxel. **Câncer colorectal e cancro gástrico, em associação:** 800-1000 mg/m², duas vezes por dia, durante 14 dias seguida de um período de descanso de 7 dias, ou 625 mg/m² duas vezes por dia, continuamente. Consultar RCM para cálculos das doses padrão e reduzidas, para modificações da dose durante o tratamento devido a toxicidade e em populações especiais. **Contra-indicações:** História clínica de reações graves ou inesperadas à terapêutica com fluoropirimidinas. Hipersensibilidade ao medicamento ou ao fluorouracilo. Deficiência conhecida da dihidropirimidina desidrogenase (DPD). Gravidez e lactação. Leucopenia, neutropenia ou trombocitopenia graves. Compromisso hepático grave. Compromisso renal grave (deuração da creatinina inferior a 30 ml/min). Tratamento com sorivudina ou os seus análogos, quimicamente relacionados, como a brivudina. Se existirem contra-indicações para qualquer fármaco no regime em associação, esse fármaco não deve ser utilizado. **Advertências:** Os efeitos tóxicos limitantes da dose incluem diarreia, dor abdominal, náuseas, estomatite e síndrome mão-pé (reação cutânea mão-pé, entorpidosidade palmar-plantar). Os doentes com episódios graves de diarreia devem ser monitorizados. A desidratação deverá ser prevenida ou corrigida aquando do seu aparecimento. Os doentes com anorexia, astenia, náuseas, vômitos ou diarreia podem ficar rapidamente desidratados. Se ocorrer síndrome da mão-pé, de Grau 2 ou 3, deve interromper-se a administração até se ultrapassar este estado ou até à diminuição da sua intensidade para o Grau 1. Após a ocorrência de síndrome da mão-pé de Grau 3, as doses subsequentes devem ser diminuídas. Quando cisplatina é utilizada em associação, não é aconselhável a utilização de vitamina B6 para o tratamento sintomático ou profilático secundário do síndrome da mão-pé. Deve ter-se cuidado nos doentes com: antecedentes de doença cardíaca, arritmias ou angina de peito; hipo ou hipercalcemia pré-existente, doença do sistema nervoso central ou periférico, por ex. metástases cerebrais ou neuropatia; diabetes mellitus ou alterações electrolíticas. Os doentes tratados concomitantemente com anticoagulantes derivados da cumarina devem ser monitorizados quanto à resposta anticoagulante e a dose do anticoagulante deve ser ajustada em conformidade. A utilização deverá ser monitorizada em doentes com disfunção hepática ligeira a moderada, deficiência em lactase de Lapp ou má absorção da glucose-galactose. **Interações:** Anticoagulantes derivados da cumarina (p. ex. varfarina e fenpropumol). Fenitoina. Ácido fólico. Sorivudina e seus análogos quimicamente relacionados, como a brivudina. Anticídios, incluindo hidróxido de alumínio e hidróxido de magnésio. Alopurinol. Interferão alfa. Radioterapia. A administração com alimentos diminui a velocidade de absorção da capecitabina. **Efeitos indesejáveis:** **RAEs graves e/ou potencialmente fatais ou consideradas medicamente relevantes:** Septicemia, infecção do trato urinário, celulite, tonsilite, faringite, candidíase oral, gripe, gastroenterite, infecção fúngica, infecção, abscesso dentário, lipoma, neutropenia febril, pancitopenia, granulocitopenia, trombocitopenia, leucopenia, anemia hemolítica, relação normalizada internacional (INR) aumentada/tempo de protrombina prolongado, hipersensibilidade, diabetes, hipocalcemia, alteração do apetite, má nutrição, hipertiglicidemia, estado de confusão, ataques de pânico, humor depressivo, libido diminuída, afasia, alterações na memória, ataxia, síncope, perturbação do equilíbrio, alteração sensorial, neuropatia periférica, acuidade visual diminuída, epiloquia, vertigens, dor de ouvidos, angina instável, angina de peito, isquémia do miocárdio, fibrilhação auricular, arritmia, taquicardia sinusal, palpitações, trombose venosa profunda, hipertensão, petéquias, hipotensão, rubor, algeidez periférica, embolia pulmonar, pneumotorax, hemoptise, asma, dispneia de esforço, obstrução intestinal, ascite, enterite, gastrite, disfarja, 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, lumeçãoção articular, dor óssea, dor facial, rigidez musculoesquelética, fraqueza muscular, hidronefrose, incontinência urinária, hematúria, nictúria, creatinemia aumentada, hemorragia vaginal, edema, arrepios, estado gripal, arrepios, aumento da temperatura corporal, bolha, sobredosagem. Estenose do canal lacrimal. Insuficiência hepática e hepate colástica. Populações especiais - consultar RCM.

Data da revisão do texto: Março de 2010. **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Representado em Portugal por Roche Farmacêutica Química, Lda., Estrada Nacional 249-1, 2720-413 Amadora. NC 500233810. Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda.**

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



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



Os doentes estão no centro
de tudo o que fazemos

Xeloda®
capecitabina

Simplifica o tratamento com a mesma eficácia do 5FU*.
* OCII e O Gástrico

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

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

INDEXANTES:



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



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

MEMBRO



PARCERIA



ÍNDICE

04 EDITORIAL

M. Jorge Freitas, Coordenador da Revista

07 ENTREVISTA COM...

Enfermeira Alice Monteiro, Responsável de Serviço - Hospital Dia do IPO-Porto. Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

ARTIGOS

09 A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CANCRO NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Cândida Assunção Santos Pinto
Cristina Freitas Carvalho Sousa Pinto
Olga Maria de Araújo Cunha Rocha
Carla Maria Cerqueira
Inês Maria da Cruz Sousa

19 DISSONÂNCIA COGNITIVA EM FUMADORES COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA: UMA EMERGÊNCIA EM ONCOLOGIA

Esmeralda Barreira

26 O TRATAMENTO COM QUIMIOTERAPIA: QUE NECESSIDADES E IMPLICAÇÕES NA DINÂMICA FAMILIAR DA PESSOA COM CANCRO

Maria dos Anjos Galego Frade

32 RETALHOS: O PAPEL DO ENFERMEIRO EM CIRURGIA DE ORL E CCP

Andreia Cristiana Matos da Silva
Maria Mercedes Gudiño Aguilera
Susana Sofia Abreu Miguel

37 REFUNDANDO A ENFERMAGEM PORTUGUESA: A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E A ESCOLA TÉCNICA DE ENFERMEIRAS DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA NOS ANOS 40

Rui Manuel Pinto Costa

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

- 46 CICLO DE CONFERÊNCIAS EM ONCOLOGIA • PROJECTO E-TARGET • ENCONTROS DE ONCOLOGIA PRIMAVERA • 5ª REUNIÃO NACIONAL AEOP • PROJECTO EDUCAR E PREVENIR • AEOP JÁ É MEMBRO DA ISNCC

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

48 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

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

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

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

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

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

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

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

CONSELHO EDITORIAL DESTA REVISTA

Cândida Assunção Santos Pinto; Cristina Freitas Carvalho Sousa Pinto; Olga Maria de Araújo Cunha;
Esmeralda Barreira; Rui Manuel Pinto Costa; Andreia Cristiana Matos da Silva; Maria Mercedes
Gudiño Aguilera; Susana Sofia Abreu Miguel; Maria dos Anjos Galego Frade.

COORDENADORES DOS WORKGROUPS

- **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:** Ana Paula Figueiredo, MsC, RN - *anapaulafig.lo@gmail.com*
- **DOENTE COM CANCRO CABEÇA E PESCOÇO:** Pedro Cardoso, RN - *pedromadal@gmail.com*
- **DOENTE COM CANCRO DIGESTIVO:** Ana Paula Moreira, RN - *ana.paula.moreira@sapo.pt*
- **DOENTE COM CANCRO MAMA:** Elisabete Valério, MsC, RN - *evalerio@ipporto.min-saude.pt*
- **DOENTE COM CANCRO PULMÃO:** Esmeralda Barreira, MsC, RN - *merbarreira@gmail.com*
- **DOENTE COM CANCRO UROLÓGICO:** José Fernando Silva, RN - *silvafjg@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

AEOP 5

www.aeop.net

REUNIÃO NACIONAL



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

25 · 26
MAIO 2012

CURIA PALACE HOTEL - Coimbra

SUBMISSÃO DE RESUMOS

Abertura: 01 Janeiro 2012

Fecho: 10 Maio 2012

SESSÕES CIENTÍFICAS

Técnicas Inovadoras no Tratamento em Oncologia

Doença Hemato-Oncológica

Papel da Enfermagem na Investigação Clínica

Controlo de Sintomas

Abordagem Pediátrica em Oncologia

Mulher Mastectomizada: Experiências e Sentimentos

SIMPÓSIOS TEMÁTICOS

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE TRABALHOS

SECRETARIADO EXECUTIVO

Veranatura - Rua Augusto Macedo, 12D, Esc. 2 - 1600-503 Lisboa eT: 217 120 778 Fax: 217 120 204 cidaliampacheco@veranatura.pt

Bem-vindo à nossa primeira revista de 2012. Desejamos a todos um ano muito produtivo e pleno de sucessos pessoais. Como sempre, agradece-se todo o *feedback* e colaboração que possam tornar esta publicação cada vez melhor.

No passado dia 4 Fevereiro festejou-se o Dia Mundial Contra o Cancro, evento que tem o intuito de despertar ou aumentar a consciência para a existência desta doença a qual, segundo a Organização Mundial de Saúde, será responsável por 84 milhões de mortes entre 2005 e 2015. Esta data foi declarada pela União Internacional Contra o Cancro (UICC), na sua Carta de Paris, a 4 de Fevereiro de 2000, e tem ainda como objectivo apelar à aliança entre investigadores, profissionais de saúde, doentes, governos e parceiros da Indústria no âmbito da prevenção e tratamento do Cancro. É nesta linha que a AEOP se apoia e organiza as suas actividades científicas.

Sendo um ano de restrições para todos, 2012 sê-lo-á também certamente para a AEOP. Nesta perspectiva e com a necessidade constante de adaptar o nosso crescimento em termos de qualidade e quantidade editorial, aproveitamos para fazer algumas alterações.

A primeira corresponde à passagem da revista *onco news* de trimestral para quadrimestral. Esta pequena alteração permite no imediato o aumento do número de artigos por edição, com isto procurando dar resposta à elevada quantidade de artigos que a nossa redacção, felizmente, tem recebido. Neste primeiro número de 2012, a revista n.º 19, publicamos 5 artigos seleccionados pela nossa Comissão Científica. De resto, mantemos a secção de informação científica divulgada no nosso site nos últimos 4 meses e uma secção de informação institucional. E mantemos a secção de entrevistas a colegas de relevo na área da Oncologia a nível nacional.

A segunda novidade tem origem no nosso crescimento e espelha-se na ficha técnica da revista. Temos o apoio da FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia e aumentamos o número de colaboradores na

nossa Comissão Científica. Com o apoio destes colegas conseguimos dar maior qualidade à análise e às correcções dos artigos. Criamos novos instrumentos de avaliação e validação dos artigos enviados.

Uma palavra especial para as nossas actividades deste ano. Vamos lançar as *Conferências em Oncologia*, com o objectivo de promover a discussão e divulgação de temáticas importantes e de interesse para os enfermeiros e para todos os que se interessam pelo desenvolvimento da Oncologia. Será um espaço aberto e gratuito, e terá o seu agendamento divulgado nos nossos meios próprios. Pretendemos que estes eventos sejam realizados em diferentes momentos e locais de forma a haver uma abrangência nacional. O primeiro irá realizar-se já em 28 de Março.

Estaremos, mais uma vez, presentes nos grandes eventos científicos nacionais de Oncologia: na Reunião da Primavera em Évora, em Abril; no próximo Simpósio Nacional Cancro Digestivos, no Algarve, em Outubro; na Reunião SPH e no próximo Congresso Português do Cancro do Pulmão, em Novembro no Porto.

O ponto alto será sem dúvida a nossa Reunião Nacional a realizar, pela segunda vez, no Curia Palace Hotel, nos dias 26 e 27 de Maio. Num bonito espaço e local, em pleno centro da Bairrada, no início do Verão, com óptimas vias de comunicação ferroviárias e rodoviárias, contamos com um programa de qualidade. Estamos a desenvolver todos os esforços na obtenção de apoios de modo a que o preço não seja um entrave à presença dos colegas interessados. O desenvolvimento desta Reunião poderá ser acompanhado on-line no nosso site. Estão abertos o envio de Resumos de trabalhos em poster e as inscrições on-line. Tudo em www.aeop.net. Os temas centrais escolhidos para este ano são: Técnicas Inovadoras no Tratamento em Oncologia; Doença Hemato-Oncológica; Papel da Enfermagem na Investigação Clínica; Controlo de Sintomas; Abordagem Pediátrica em Oncologia; Vivências da Mulher com Cancro Mama. Teremos Simpósios temáticos, já confirmados, e discussão de trabalhos apresentados, com

prémios para os melhores. Contamos ter a presença de uma colega da Sociedade Europeia numa sessão científica e estamos a preparar uma surpresa para a sessão de abertura. Junte-se a nós e vamos fazer deste evento o melhor de sempre.

Iremos incentivar a utilização do nosso site como a melhor plataforma de comunicação entre a AEOP, os seus associados e público em geral. Tentaremos pela primeira vez, partindo do Projecto Educacional Target, organizar uma formação educacional em terapêuticas Target recorrendo ao sistema de *e-learning*. Esta experiência permitirá desenvolver outra forma de formação à distância. Queríamos que a nossa revista passasse a ser recebida por e-mail e lida on-line, como forma de redução de custos com os portes de envio, outra das rubricas de despesa que a AEOP tem e que poderá ser redimensionada. A AEOP sempre a evoluir e adaptar-se às novas tecnologias. Queremos ser uma organização em que o factor preço não seja impeditivo da participação dos enfermeiros. Para isso também tem contribuído em muito os nossos apoios, que vêm de um grande espectro da indústria, que tem apostado e mantido a aceitação neste projecto. A todos o nosso agradecimento, ainda mais reforçado neste ano de 2012.

Termino dirigindo-me especialmente a todos os que são nossos parceiros de trabalho, a todos os

que nos lêem, para dizer que independentemente das dificuldades, acredito que a enfermagem irá entrar num novo período de mudança e de readaptação profissional. Dentro do que nos for permitido, a enfermagem oncológica portuguesa será reforçada e teremos maior e melhor intervenção junto dos nossos doentes. Contamos com o contributo dos que cá estão e dos que irão associar-se a este projecto AEOP. Este caminho será o caminho do sucesso a nível nacional e internacional. A AEOP já tem uma voz bastante activa e participativa junto da Sociedade Europeia e, desde Janeiro, junto da ISNCC (International Society of Nurses in Cancer Care). Se não acreditarmos em nós, se não nos juntarmos em prol de objectivos comuns, se não tivermos capacidade de construir e divulgar conhecimento, seremos “absorvidos” pelas dificuldades que surgem diariamente. Seremos felizes também passa por gostarmos do que fazemos profissionalmente. É por este objectivo que trabalhamos motivadamente na revista onco.news.



M. Jorge Freitas
Coordenadora da Revista
mjorgefreitas@sapo.pt





VOTRIENT®

Diminui significativamente a progressão do carcinoma de células renais avançado¹

VOTRIENT® é um inibidor selectivo das tirosina-cinases para o tratamento de primeira linha do carcinoma de células renais avançado¹

- ⊙ Possibilita um aumento significativo na sobrevivência livre de progressão vs placebo em:
 - ⊙ Doentes sem tratamento prévio: 11,1 meses vs 2,8 meses¹
 - ⊙ Doentes com tratamento prévio com citocinas: 7,4 meses vs 4,2 meses¹
 - ⊙ População global: 9,2 meses vs 4,2 meses¹
- ⊙ Baixa incidência de acontecimentos adversos de grau 3 ou 4, incluindo: fadiga, eritrodissésia palmo-plantar e mucosite/estomatite¹
- ⊙ Mantém os scores de qualidade de vida dos doentes¹

NOME DO MEDICAMENTO: Votrient 200 mg e 400 mg comprimidos revestidos por película. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido contém 200 mg ou 400 mg de pazopanib (sob a forma de cloridrato). **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Votrient é indicado no tratamento de primeira-linha do Carcinoma de Células Renais (CCR) avançado e para doentes previamente tratados com citocinas para doença avançada. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** O tratamento com Votrient só deverá ser iniciado por um médico com experiência na administração de medicamentos antineoplásicos. **Adultos:** A dose recomendada de pazopanib é de 800 mg uma vez por dia. **Ajuste da dose:** Os ajustes da dose deverão efectuar-se por incrementos de 200 mg de forma gradual com base na tolerabilidade individual, de modo a controlar as reacções adversas. A dose de pazopanib não deve exceder os 800 mg. **População pediátrica:** Não se recomenda a utilização de pazopanib em crianças ou adolescentes < 18 anos, devido a dados insuficientes de segurança e eficácia. **Doentes idosos:** A informação existente sobre o uso de pazopanib em doentes de idade ≥ 65 anos é limitada. Em geral, nos estudos de CCR com pazopanib não foram observadas diferenças clinicamente significativas na segurança de pazopanib entre os indivíduos com pelo menos 65 anos e indivíduos mais jovens. Na experiência clínica não se identificaram diferenças entre as respostas de idosos e de doentes mais jovens, mas não se pode excluir a maior sensibilidade de alguns idosos. **Compromisso renal:** Não é provável que o compromisso renal tenha um efeito significativo na farmacocinética de pazopanib dada a baixa excreção renal de pazopanib e dos seus metabolitos. Assim, não é necessário ajuste da dose nos doentes com depuração da creatinina > 30 ml/min. Recomendado-se precaução em doentes com depuração da creatinina < 30 ml/min uma vez que não existe experiência com pazopanib neste grupo de doentes. **Afecção hepática:** A segurança e a farmacocinética do pazopanib em doentes com afecção hepática não foi completamente estabelecida. As recomendações da dose em doentes com afecção hepática são baseadas em estudos farmacocinéticos do pazopanib em doentes com diferentes graus de disfunção hepática. A administração de pazopanib a doentes com afecção hepática ligeira a moderada deve ser feita com precaução e com monitorização cuidada devido ao potencial aumento na exposição ao medicamento. Nos doentes com alterações ligeiras nos parâmetros do fígado (definidas como bilirrubina normal e qualquer grau de elevação de alanina aminotransferase (ALT) ou como elevação de bilirrubina [directa > 35%] até 1,5x o limite superior normal (LSN) independentemente do valor de ALT) é recomendado que sejam tratados inicialmente com 800 mg de pazopanib uma vez por dia. Recomendado-se uma dose reduzida de 200 mg de pazopanib uma vez por dia nos doentes com afecção hepática moderada (definida como elevação de bilirrubina > 1,5x a 3x o LSN independentemente do valor de ALT). O pazopanib é contra-indicado em doentes com afecção hepática grave. **Modo de administração:** Votrient deverá ser tomado sem alimentos, pelo menos 1 hora antes ou 2 horas após as refeições. Os comprimidos deverão ser

tomados inteiros com água, e não deverão ser partidos ou esmagados. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. **Afecção hepática grave. EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Os efeitos adversos graves mais importantes foram acidente isquémico transitório, AVC isquémico, isquémia do miocárdio, disfunção cardíaca, perfuração gastrointestinal e fistula, prolongamento QT e hemorragia pulmonar, gastrointestinal e cerebral, todas reacções adversas notificadas em < 1% dos doentes tratados. Os acontecimentos fatais que foram considerados como possivelmente relacionados com o pazopanib incluíam hemorragia gastrointestinal, hemorragia pulmonar/ hemoptise, função hepática alterada, perfuração do intestino e AVC isquémico. As reacções adversas mais comuns (que alteraram pelo menos 10% dos doentes), de qualquer nível, incluíam: diarreia, alteração da coloração do cabelo, hipertensão, náuseas, fadiga, anorexia, vômitos, disgeugia, aumento da alanina aminotransferase e da aspartato aminotransferase. Os efeitos indesejáveis de todos os níveis relacionados com o tratamento que foram notificados por doentes com CCR, estão listados abaixo, apresentados por sistemas de órgãos MedDRA dentro de cada classe de frequência e de gravidade. As frequências são definidas como: Muito frequentes: ≥ 1/10; Frequentes: ≥ 1/100, < 1/10; Pouco frequentes: ≥ 1/1.000, < 1/100; Raros: ≥ 1/10.000, < 1/1.000; Muito raros: < 1/10.000; Desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). **Doenças do sangue e do sistema linfático:** Frequentes: trombocitopenia, neutropenia e leucopenia. **Doenças endócrinas:** Frequente: hipotiroidismo. **Doenças do metabolismo e da nutrição:** Muito frequentes: diminuição do apetite; Pouco frequentes: hipofosfalemia, hipomagnesémia. **Doenças do sistema nervoso:** Muito frequente: disgeugia; Frequentes: cefaleias, tonturas, letargia, parestesias; Pouco frequentes: neuropatia sensitiva periférica, hiposéssia, acidente isquémico transitório, acidente cerebrovascular, AVC isquémico. **Afecções oculares:** Pouco frequentes: descoloração das pestanas; **Cardiovasculares:** Pouco frequentes: bradicardia, disfunção cardíaca, isquémia ou enfarte do miocárdio; **Vasculares:** Muito frequente: hipertensão; Frequentes: arritmias; Pouco frequentes: rubor, hemorragia, crise hipertensiva; **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino:** Frequentes: epistaxiz, dispnéia; Pouco frequentes: embolismo pulmonar, hemoptise, hemorragia pulmonar; **Doenças gastrointestinais:** Muito frequentes: diarreia, náuseas, vômitos, dor abdominal; Frequentes: dispésia, estomatite, flatulência, distensão abdominal; Pouco frequentes: ulceração da boca, defecções frequentes, hemorragia bucal, gastrointestinal, gastrointestinal superior, retroperitoneal, esofágica, rectal ou hemorroidária, hematoma/ozia/ fexes sangüinolentas, perfuração do intestino grosso ou do íleo, fistula entero-cutânea, melena, hematemese, pancreatite, peritonite; **Afecções hepatobiliares:** Frequentes: função hepática anormal, hiperbilirrubinémia; Pouco frequentes: hepatocitólise, icterícia, insuficiência hepática, hepatite; **Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Muito frequentes: alterações da cor dos cabelos; Frequentes: erupção cutânea, alopecia, síndrome de eritrodissésia


Votrient®
pazopanib
Making days worth living

palmo-plantar, hipopigmentação cutânea, eritema, prurido, despigmentação ou secura cutânea, hiperidrose; Pouco frequentes: reacção de fotossensibilidade, exfoliação cutânea, erupção vesiculosa; prurido generalizado, erupção papulosa, eritematosa, maculosa, pruriginosa ou cutânea generalizada, eritema plantar. **Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos:** Frequentes: mialgia, espasmos musculares. **Doenças renais e urinárias:** Frequentes: proteinúria; Pouco frequente: hemorragia do tracto urinário. **Doenças dos órgãos genitais e da mama:** Pouco frequentes: Menorragia, metrorragia, hemorragia vaginal. **Perturbações gerais e afecções no local de administração:** Muito frequentes: fadiga; Frequentes: astenia, inflamação das mucosas, edema, dor torácica; Pouco frequente: Anomalia das membranas mucosas. **Exames complementares de diagnóstico:** Muito frequentes: aumento da alanina aminotransferase e aspartatoaminotransferase; Frequentes: diminuição do peso, aumento da creatinina, da bilirrubinémia, da lipase, da gama-glutamilttransferase, e da tiroptina; aumento da tensão arterial, redução do nº leucócitos; Pouco frequentes: aumento da amilase, da ureia, do intervalo QT, da tensão arterial diastólica ou sistólica, teste da função da tireoide anómalo, prova da função hepática anómalo, diminuição da glicémia. **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:** 14 de Junho de 2010. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** 02 Maio 2011. Informação pormenorizada sobre este medicamento está disponível na Internet no site da Agência Europeia de Medicamentos: <http://www.ema.europa.eu/>. **Medicamento sujeito a receita médica restrita**

Referências Bibliográficas:

1. Sternberg CN, et al. Pazopanib in locally advanced or metastatic renal cell carcinoma: Result of a Randomized Phase III Trial. *J Clin Oncol* 2010;28(6):1061-8.



“Pensar no doente de forma holística, cuidando do corpo e da mente”

Enfermeira
Alice Monteiro*,
em entrevista à
ONCO.NEWS

*Responsável de Serviço - Hospital de Dia do IPO-Porto. Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

[ONCO.NEWS] – Como está organizado este vosso Serviço do Hospital de Dia do IPO-Porto?

[ALICE MONTEIRO] – O Hospital de Dia funciona como uma unidade prestadora de serviços à oncologia médica. Qualquer clínica pode usufruir dos seus serviços desde que os protocolos terapêuticos a instituir tenham sido previamente aprovados pela direcção clínica e parametrizados em sistema informático. A cada protocolo é atribuído um código e será o médico prescriptor a determinar a sua inserção no sistema informático. Este procedimento é realizado pelo assistente técnico de qualquer clínica, de modo a que automaticamente fique agendada uma marcação de Hospital de Dia. Refira-

-se que a parametrização dos protocolos utilizados em regime de ambulatório é da exclusiva responsabilidade da chefia do serviço, na medida em que a prática clínica é fundamental para uma atribuição mais fidedigna do tempo de tratamento de cada protocolo.

Sendo um dos Serviços com maior taxa de ocupação nacional, qual a frequência de doentes?

Em média são tratados 220 doentes por dia, diagnosticados com diferentes patologias e submetidos a diversos protocolos terapêuticos. O Serviço tem disponível para o seu atendimento 65 unidades de tratamento que integram o espaço físico. Dessas unidades apenas 50 estão abertas

a agendamento e abrangem 8 camas e 42 cadeirões distribuídos por 6 salas de tratamento. Podemos dizer que esta elevada taxa de ocupação só é viável graças à otimização do espaço. Para isso sem dúvida que contribuí o agendamento informático dos doentes de acordo com o tempo específico que foi atribuído ao seu protocolo terapêutico, rentabilizando melhor o tempo de ocupação por cadeirão.

Relativamente à investigação clínica que se faz no IPO, qual o papel da enfermagem no Hospital de Dia?

O Hospital de Dia participa activamente nos ensaios clínicos. Em cada estudo que decorra no Serviço há um enfermeiro que faz parte da equipa de investigação como *study nurse*, recebendo a mesma formação de início de estudo que a restante equipa de investigadores, definindo com a mesma a atribuição de responsabilidades para os enfermeiros do Serviço. Este elemento é ainda responsável por dar formação à restante equipa de enfermagem do Serviço sobre o estudo, nomeadamente sobre procedimentos, registos, critérios de inclusão e exclusão, administração dos fármacos e efeitos secundários esperados.

É assumido pelo Serviço garantir que todo o *staff* de enfermagem tenha o curso de boas práticas em ensaios clínicos e providenciar, ainda, a sua actualização.

Sendo este Serviço novo, e comparativamente com o anterior espaço, quais os ganhos para o doente e para os profissionais?

Este novo Serviço trouxe ganhos significativos, principalmente para os doentes, dos quais destaco: privacidade, conforto, comodidade e distrações durante o tratamento. A exemplo: cada unidade de tratamento está dotada de um televisor, garantindo ao seu ocupante a opção pelo canal que mais lhe agrada; é-lhe dada ainda a possibilidade de trabalhar ou simplesmente divertir-se, ligando-se à internet através do sistema *wireless* disponível. Os doentes submetidos a protocolos terapêuticos com cisplatina têm agora a possibilidade de efectuar o seu tratamento em ambulatório, evitando-se um internamento.

Houve ainda uma diminuição significativa nos tempos de espera para iniciar um protocolo de quimioterapia: neste novo Serviço é possível agendar um tratamento urgente em 24 h.

Com o alargamento da possibilidade de se fazerem mais tratamentos, a grande percentagem de quimioterapia começou a ser realizada em ambulatório, aumentando assim as camas disponíveis no internamento para outras situações clínicas.

A pensar no doente de forma holística, cuidando do corpo e da mente, temos um espaço inovador, a sala de estética, onde é oferecido aos doentes o apoio de alguns profissionais, em regime de voluntariado, nas áreas de estética, cabeleireiro, reflexologia e reiki. São por assim dizer “miminhos” com o intuito de melhorar a sua aparência, a sua autoestima, e fazer com que se sintam com mais força e energia para ultrapassarem os efeitos indesejáveis do tratamento. Também é garantido apoio psicológico: o serviço tem um gabinete de psico-oncologia, aberto a todos os doentes que solicitem esse apoio ou que sejam identificados pela enfermagem como necessitando do mesmo.

Para os enfermeiros os ganhos também foram relevantes: deixou de ser necessário trabalho extraordinário, aos sábados e feriados; assiste-se a uma distribuição mais equilibrada das actividades a executar e há uma organização mais ajustada dos planos de trabalho.

As condições físicas do Serviço permitem ainda uma organização do mesmo mais estruturante e uma gestão mais eficaz, sendo possível rentabilizar ao máximo os recursos humanos e materiais. É nítida a diminuição do stress por sobrecarga de trabalho.

Uma das faces visíveis do crescimento profissional é a sua capacidade de produzir investigação em contexto prático. Que dinâmicas existem ou perspectivas para a investigação de enfermagem no contexto do Hospital de Dia?

Neste momento a investigação em enfermagem tem estado confinada à colaboração com a AEOP, e com os internos de oncologia médica nos seus projectos de

investigação que, envolvendo o Hospital de Dia, têm necessariamente que envolver os enfermeiros como coinvestigadores. Devo salientar que alguns destes projectos foram premiados e publicados em revistas da especialidade. A não produção de mais investigação em contexto prático deve-se ao facto do novo Serviço só estar a funcionar há um ano e meio, com uma equipa muito jovem, ainda a sedimentar conhecimentos, e que foi necessário integrar. Actualmente a equipa está integrada, a amadurecer profissionalmente, e como jovens que são têm vontade de crescer e investigar, sendo que o Hospital de Dia tem um grande manancial de situações para se poder produzir investigação. É uma área que necessariamente teremos de incrementar.

Que novos projectos no seu Serviço gostaria de destacar?

Como novos projectos para o Serviço, gostaria de continuar a ter um papel activo na investigação clínica mas, e ainda na sequência do que foi referido anteriormente, a aposta vai sobretudo para a investigação em enfermagem em contexto prático. É nesse sentido que se promove também a sensibilização dos elementos que pretendem valorizar a sua formação com cursos de mestrado e pós-graduações, para que façam incidir os seus projectos de investigação em áreas relacionadas com a sua prática clínica. Continuar a investir na formação e actualização de toda a equipa, mantendo o lema de que só é introduzido um produto novo ou um protocolo novo depois de toda a equipa ter formação.

Já noutra âmbito, gostaria de ver aumentada a atividade da sala de estética, ou seja, conseguir ter a mesma a funcionar diariamente com as diferentes valências. Em suma, queremos continuar a prestar cuidados de qualidade e de excelência a todos os doentes.

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CANCRO NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Cândida Assunção Santos Pinto

Professora Doutora; Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Coordenadora.

Cristina Freitas Carvalho Sousa Pinto

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

Olga Maria de Araújo Cunha Rocha

Professora Doutora, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Coordenadora.

Carla Maria Cerqueira

Mestrado em Ciências de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Adjunta.

Inês Maria da Cruz Sousa

Mestrado em Ciências de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Adjunta.

Apesar dos avanços nas ciências médicas nas últimas décadas do século XX terem permitido um maior sucesso no tratamento de doenças oncológicas, o cancro continua no século XXI a ser um dos maiores medos da humanidade. Persistem mitos e preconceitos em relação ao cancro, que se revertem em atitudes negativas, que por sua vez, no caso dos profissionais de saúde, podem condicionar a qualidade de cuidados. Os processos formativos e as estratégias pedagógicas utilizadas podem ser uma forma efectiva de alterar preconceitos e assegurar que as atitudes negativas não comprometem a natureza e a qualidade de cuidados. O objectivo deste trabalho foi estudar as representações sociais sobre o cancro em estudantes de enfermagem. A sua análise permite-nos inferir que maioritariamente os estudantes não expressam uma perspectiva fatalista/pessimista do cancro, e ainda expressam a opinião de que a doença oncológica não se confina à biologia do corpo, pelo que os cuidados devem sustentar-se numa base relacional, apresentando níveis de concordância elevados com a relevância do suporte social.

PALAVRAS-CHAVE: cancro; representação social; estudantes de enfermagem.

ABSTRACT: Despite advances in medical sciences over the last decades of twentieth century had allowed a greater success in the treatment of oncologic diseases, cancer remains to be one of the biggest fears of humanity. Myths and preconceptions persist in relation to cancer that reverts in negative attitudes, that in turn, in the case of the health professionals, can condition the quality of care. The formative process and the pedagogical strategies used can be an effective way to modify preconceptions, and to assure that the negative attitudes do not compromise the nature and the quality of care. The main purpose of this research was to study the social representations of cancer in nursing students. This analysis allowed us to infer that most of the students do not express a pessimistic or fatalist perspective of cancer, and also expressed the opinion that oncologic illness is not confined to body biology, for that care should be supported in a relational base, presenting raised levels of agreement with the relevance of the social support.

KEYWORDS: cancer; representation social; nursing students.

Introdução

O cancro é uma doença secular e a manifesta incapacidade durante muito tempo no seu controlo fez com que se tornasse um dos maiores medos da humanidade. A palavra cancro evoca associações a um profundo sofrimento e a um confronto com a própria mortalidade (Blanco, Antequera & Aires, 2002; Powe & Finnie, 2003).

Quando se fala na palavra cancro são muitas vezes referidos os progressos obtidos tanto no seu diagnóstico como no seu tratamento, mas a singularidade deste tipo de doença não está associada a estes aspectos técnico-científicos, mas sim com a sua representação, que se traduz numa simbologia específica (Bézy & Jalenques, 2007).

Efectivamente, relacionado com a palavra cancro estão mitos, crenças e representações individuais e sociais, conotadas com sentimentos negativos associados a sofrimento com consequências físicas e sociais e o confronto com a probabilidade da morte. E, apesar do sucesso evidente em muitas situações de doença oncológica, persiste na sociedade em geral uma “negação” evidenciada pelo recurso a eufemismos como “tumor”, “doença má”, evitando-se a todo o custo a palavra cancro, como se a sua mera pronúncia fosse vaticinadora de presságios negativos. Há mesmo situações em que o medo chega a adquirir características de fobia, denominada «cancerofobia» (Blanco et al, 2002). O cancro é o sinónimo da morte social, isto é, antes da morte biológica, ele destrói os papéis familiares e socioprofissionais habituais do sujeito (Moulin, 2005).

E porque os papéis, regras, rituais e crenças fazem parte do contexto cultural e social de cada indivíduo, os profissionais de saúde, como elementos dessa mesma sociedade que perspectiva o cancro de uma forma negativa, apresentam também atitudes negativas, como evidenciam alguns estudos (Corner, 1993; Duarte, 2000; McCaughy & Parahoo, 2000; Kearney et al 2003). É indiscutível o prejuízo causado por estas representações negativas, pois as crenças preconcebidas existentes na sociedade e nos profissionais de saúde em relação ao cancro podem causar danos na relação com os portadores da doença oncológica, quer entre estes e os elementos da sua rede social, quer entre os profissionais de saúde e os próprios utentes e familiares.

As Representações Sociais

O conceito de Representações Sociais foi desenvolvido no século passado pela filosofia e sociologia, sendo adoptado, mais tarde, pela psicologia social, que entendia o psiquismo como reflexo da realidade social (Ferreira & Brum, 2000). As representações sociais constituem a “realidade conhecida”, à qual se atribui um valor de realidade como forma de preservar a nossa própria subjectividade (Dany, Dudoit & Favre, 2008; Rey, 2006). Segundo estes mesmos autores, a subjectividade não é uma cópia nem um reflexo do mundo real, é uma produção humana de carácter simbólico e de sentido que, dentro da “realidade social” em que o homem vive, lhe permite as diferentes opções de vida quotidiana e o seu desenvolvimento.

As atitudes impregnam as representações sociais e estas últimas determinam os comportamentos desejáveis e aceitáveis. A compreensão das representações sociais proporciona o acesso às justificações utilizadas para orientar juízos e acções acerca do mundo, e permite conhecer as estratégias dos seres humanos quando estão diante da tarefa de compreender factos desconhecidos (Barbará, Sachetti & Crepaldi, 2005).

Portanto, a representação social da doença traz muito dos sentidos subjectivos da representação social do quotidiano que, neste caso, aparecem como sentidos subjectivos que contribuem para a desvalorização social e a exclusão do doente, com todas as consequências que isso acarreta em termos da configuração da subjectividade individual (Rey, 2006). Poder-se-á assim referir que a doença é uma construção social que está para além dos factos biológicos. Nesta perspectiva a referência à doença não se reduz a uma relação indivíduo – doença, nem a uma relação sociedade – doença, mas a um sistema de transição entre acontecimentos de saúde, independentemente da sua natureza, o indivíduo e os grupos sociais (Dany, Dudoit & Favre, 2008).

Assim, nos estudos referentes à representação social do cancro, constatamos que o cancro não é uma doença como as outras, situando-se essa singularidade pelo lado da sua representação social (Bézy & Jalenques, 2007). Parfraseando os mesmos autores, “*O cancro aparece actualmente como o paradigma da calamidade médica: é com efeito a única doença da qual se pode falar em termos de calamidade e que é ao mesmo*

tempo imprevisível (ao contrário da SIDA que nos não aparece poder, nas nossas sociedades, preencher as condições de uma calamidade devido à sua frequência mais fraca e sobretudo à possibilidade de prevenir a sua transmissão - Trad., p.132-133). Neste sentido, poder-se-á referir que o cancro está imbuído de um estigma e significado especial que ultrapassa os factos racionais, científicos e biológicos da doença (Flanagan & Holmes, 2000).

Mesmo o discurso científico está imbuído muitas vezes de conotações negativas quando referente ao cancro, dado que é descrito em sentido metafórico, recorrendo-se a uma linguagem belicista de que são exemplo “a luta contra o cancro”, “bomba de quimioterapia”, “células invasivas”. As metáforas são um modo de lidar com questões complexas, fundamentais para a expressão individual e colectiva, mas também podem perpetuar estereótipos e estigma (Penson et al. 2004).

Neste sentido, e segundo Moulin (2005), o estudo das representações sociais do cancro parece-nos particularmente um estudo fecundo e heurístico, por descrever o imaginário social em torno desta doença, na medida em que nos permite reconstruir a «coerência» interna dos actores sociais no âmbito do trabalho em saúde, incluindo o público em geral, os cientistas, os profissionais de saúde, entre outros, de modo a melhor compreendermos os modelos interpretativos, quer científicos quer populares, que condicionam os comportamentos e atitudes dos mesmos.

Apesar de nos contextos actuais se observar uma percepção menos negativa sobre o cancro (Moulin, 2005), esta doença conserva ainda um potencial de estigmatização bem evidente nos testemunhos de quem a enfrenta (Chapple, Ziebland, McPherson, 2004; Wilson & Luker, 2006).

Poder-se-á inferir, de acordo com os pressupostos anteriormente referenciados, que a percepção que se tem sobre o cancro é determinada por diversas variáveis psicossociais e processos cognitivos que podem condicionar as atitudes perante a doença oncológica. Assim, as representações sociais do cancro, alicerçadas nos pensamentos intrusivos e distorcidos e nas cren-

ças irracionais construídas ao longo dos tempos, vão condicionar o processo de gestão da doença daqueles que a enfrentam, mas também de outros actores sociais como familiares, amigos e mesmo os profissionais de saúde.

Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Doença Oncológica

Os avanços verificados nas ciências médicas na compreensão e tratamento do cancro, levam-nos a constatar que “cresce” uma certa normalização em torno da doença, assistindo-se a uma abordagem mais directa nos contextos sociais. Segundo Moulin (2005), há uma transformação da figura social dos doentes com cancro, que se agrupam em associação de doentes, fazendo algumas críticas às instituições de saúde, nomeadamente à manutenção de um paternalismo obsoleto veiculado na perpetuação de atitudes como: dissimulação do diagnóstico e ou prognóstico, informação deficiente, infantilização dos doentes e o não envolvimento destes no processo terapêutico.

Neste sentido, a compreensão e análise da percepção dos significados sobre o cancro é particularmente heurística para questionar as lógicas subjacentes à interacção terapêutica (Dany, Dudoit & Favre, 2008). Isto, porque o significado atribuído ao cancro pelos profissionais de saúde pode vir a ter repercussões na qualidade dos cuidados e influenciar as próprias atitudes dos utilizadores de cuidados. No âmbito do desempenho profissional, a representação negativa tem impacto na aplicação de acções da promoção de saúde e diagnóstico precoce, assim como nos rastreios oncológicos (Branco & Pereira, 2006), e pode mesmo criar barreiras nos processos de comunicação entre os doentes e os profissionais (Kerney, e tal, 2003).

Face a estes pressupostos, propusemo-nos investigar a representação social do cancro nos estudantes de enfermagem.

A revisão bibliográfica efectuada sobre a temática da representação social do cancro nos estudantes em cursos de saúde e nos profissionais de saúde em geral e de enfermagem em particular remontam há umas décadas atrás (Cohen et al, 1982; Corner, 1993; Lebovits et al, 1983). As escalas identificadas numa

revisão bibliográfica efectuada por Miller, Kearney e Smith (2000) são: “*The Cancer Attitude Survey*” (Haley, 1968), “*Cancer Questionnaire*” (Hoffmeister, 1976), e “*Buns Cancer Belief Scales*” (Burns, 1981). Consideramos, assim, que estes instrumentos poderão já não ser adequados a este novo milénio, dado as mudanças de conhecimento que se verificaram na área de oncologia desde esse tempo. Não tendo conhecimento de nenhuma escala desenvolvida nesta área em Portugal direccionada aos estudantes/profissionais de saúde, ou mesmo nenhuma adaptação e validação para a realidade portuguesa, optamos pela construção de uma nova escala. Isto, porque os estudos que encontramos no nosso país referentes a esta temática (Branco & Pereira, 2006; Duarte, 2000; Correia, 2008), recorrem a outras metodologias que não corresponde na totalidade aos nossos objectivos. Aliás o trabalho de Correia (2008) remete-nos de algum modo para a perpetuação da representação da doença oncológica num prisma de fatalidade, pois foi centrado na análise das representações sócias do doente oncológico, do doente oncológico em fim de vida e da morte, numa amostra de estudantes de enfermagem e enfermeiros. Tal como esta autora refere, existe um longo caminho a percorrer no sentido de alterar o prenúncio de morte associado ao doente com cancro.

Métodos

Neste estudo participaram 154 estudantes do curso de licenciatura em enfermagem, que se encontravam a frequentar o último ano do curso. O estudo foi apresentado à Unidade de Investigação, e procedeu-se à solicitação do consentimento para aplicação dos questionários aos órgãos directivos da escola. Por sua vez, os estudantes foram abordados e convidados a participar neste estudo, tendo sido informados dos objectivos do mesmo e assegurada a confidencialidade dos resultados. Para a distribuição dos questionários contou-se com a colaboração dos docentes que os acompanhavam no contexto da prática clínica.

Trata-se de uma amostra de conveniência, sequencial, não probabilística, cujas características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 1.

Estudantes		N=154
Idade	≤ 22 anos	132 (85,7%)
	<22 anos	22 (14,3%)
Género	FEMININO	133 (86,4%)
	MASCULINO	21 (13,6%)
4.º ano da Licenciatura	1.º Semestre	17 (86,4%)
	2.º Semestre	137 (13,6%)
Contacto com doentes oncológicos	Sim	136 (88,3%)
	Não	18 (11,7%)
Contexto em que ocorreu o contacto	Ensino clínico	74 (48,1%)
	Familiar	10 (6,5%)
	Ambas as anteriores	51 (33,1%)
Não responderam		19 (12,3%)

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra.

Processo de construção do instrumento

Com base no exposto anteriormente, construímos, com base empírica, um questionário que visa avaliar as representações sociais sobre o cancro. O questionário foi construído especificamente para este efeito, tendo em conta a pesquisa bibliográfica efectuada. Numa primeira etapa procedeu-se a uma pesquisa/leitura sobre a temática, cruzando palavras-chave como “cancro”, “representação social”, “atitudes”, “profissionais de saúde”, “enfermeiros”, “estudantes de saúde” e “estudantes de enfermagem”.

Tal como referido por McCaughan e Parahoo (2000), existem pouco estudos de investigação sobre as atitudes dos profissionais de enfermagem perante o cancro. Se nos reportarmos a estudantes de enfermagem, esses estudos ainda são mais escassos (Branco & Pereira, 2006; Correia, 2008), apontando este último autor para a perpetuação de atitudes negativas, mantendo-se uma forte associação entre o doente oncológico e a morte.

Após leitura da pesquisa efectuada, entrecruzada com a experiência profissional das autoras, construiu-se um instrumento constituído por 36 asserções, sendo solicitado aos estudantes respostas numa escala de Likert com 5 opções, do “não concordo” (NC) ao “plenamente de acordo” (PA).

Resultados

O carácter exploratório do estudo levou-nos a proceder a uma análise descritiva individual dos itens (Tabela 2).

TABELA 2 – RESPOSTAS DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM ÀS REPRESENTAÇÕES SOBRE O CANCRO						
ITENS DO QUESTIONÁRIO	NC%	CP%	C%	CB%	PA%	NR%
1 - O cancro acaba sempre por ser uma doença fatal	70,8	20,8	3,2	3,9	0,6	0,6
2 - A comunicação / relação entre os profissionais de saúde e os doentes com cancro pode afectar o processo evolutivo da doença	5,8	18,8	40,3	17,5	16,2	1,3
3 - A experiência demonstra que as pessoas não querem ter conhecimento do seu diagnóstico	64,9	31,2	2,6	1,3	0	0
4 - A pessoa que não sabe o seu diagnóstico manifesta um comportamento menos depressivo/ansioso	50,6	36,4	7,8	3,9	1,3	0
5 - A comunicação do diagnóstico deve ser dada apenas pelo médico assistente	44,8	15,6	24,0	5,2	10,4	0
6 - Para se prestarem bons cuidados de enfermagem às pessoas com cancro, os profissionais de enfermagem devem centralizar as suas intervenções no tratamento da doença	90,3	9,1	0	0	0,6	0
7 - A morte é associada mais às doenças oncológicas, comparativamente a outras patologias	16,2	23,4	33,1	21,4	5,8	0
8 - As pessoas tratadas a uma doença oncológica devem ser seguidas em termos de vigilância de saúde em unidades de saúde especializadas em oncologia	5,2	17,5	32,5	25,3	19,5	0
9 - As reacções familiares assumem um papel relevante na longevidade das pessoas que padecem de cancro	3,9	16,9	27,3	32,5	19,5	0
10 - A doença oncológica enquadra-se actualmente no âmbito das doenças crónicas	21,4	16,2	37,7	15,6	7,8	1,3
11 - Poucas pessoas que tiveram cancro retomam a sua vida normal	59,7	28,6	7,8	3,2	0,6	0
12 - É essencial que os profissionais de enfermagem lidem com as respostas emocionais da pessoa ao cancro	0,6	1,9	14,3	15,6	66,2	1,3
13 - Sinto-me pessimista em relação aos resultados dos tratamentos nas doenças oncológicas	43,5	43,5	10,4	1,3	0	1,3
14 - O suporte social e afectivo dos amigos e familiares interfere nos resultados dos tratamentos à pessoa com cancro	7,8	25,3	0	31,8	33,8	1,3
15 - Os profissionais de enfermagem devem ser capazes de explicar/discutir o diagnóstico e os tratamentos ao doente/família	2,6	3,9	18,8	27,9	45,5	1,3
16 - Cancro e morte são para mim palavras sinónimas	88,3	8,4	1,9	0	0	1,3
17 - Os problemas emocionais e sociais das pessoas com doença oncológica devem ser geridos por profissionais da área da saúde mental	52,6	1,3	16,9	1,9	1,9	1,3
18 - O suporte social e afectivo dos amigos e familiares interfere no bem-estar dos doentes	2,6	1,9	12,3	27,3	54,5	1,3
19 - Os tratamentos actuais utilizados nas doenças oncológicas submetem a pessoa a um sofrimento excessivo sem grandes benefícios para o doente	41,6	45,5	8,4	3,2	0	1,3
20 - Sinto-me optimista em relação aos tratamentos do cancro	5,8	24,0	43,5	18,2		1,3
21 - Os factores psicossociais não têm influência sobre os resultados dos tratamentos	87,0	7,8	2,6	0,6	0	1,9
22 - É mais adequado não usar a palavra cancro quando se aborda uma pessoa com doença oncológica	48,7	35,7	7,1	5,8	1,3	1,3

TABELA 2 – RESPOSTAS DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM ÀS REPRESENTAÇÕES SOBRE O CANCRO (CONT.)

ITENS DO QUESTIONÁRIO	NC%	CP%	C%	CB%	PA%	NR%
23 - Depois de terminar os tratamentos a orientação das pessoas para o reconhecimento de sinais e sintomas de recidiva/novos cancros causa uma ansiedade desnecessária	58,4	29,2	8,4	1,3	1,3	1,3
24 - Prestar cuidados a pessoas com doença oncológica implica que os profissionais de saúde sejam capazes de enfrentar a sua própria mortalidade	21,4	14,3	26,0	16,2	22,1	0
25 - Deve ser evitado lidar com os sentimentos sobre a morte e o morrer da pessoa com doença oncológica, para uma boa prática de cuidados	81,2	14,3	4,5	0	0	0
26 - Uma pessoa com doença oncológica deve ser preparada para a morte desde o início do diagnóstico	63,6	27,9	2,6	0,6	5,2	0
27 - Os profissionais de enfermagem são cruciais no processo de adaptação/gestão da doença oncológica	2,6	1,9	14,9	24,0	55,8	0,6
28 - Os problemas sociais e emocionais deixam de ser relevantes após o fim dos tratamentos	90,9	5,2	1,3	1,9	0,6	0
29 - Só deveriam ser submetidos a tratamentos agressivos de quimioterapia e/ou radioterapia as pessoas com doença oncológica comprovadamente com bom prognóstico	39,6	40,3	12,3	4,5	3,2	0
30 - Não é possível prevenir o cancro	62,3	29,2	5,8	0,6	1,9	0
31 - A reacção de pânico da pessoa ao diagnóstico do cancro leva-a a deteriorar toda a informação que lhe foi dada	16,2	48,7	19,5	11,7	2,6	1,3
32 - O conhecimento do diagnóstico leva a uma melhor adaptação/gestão da doença oncológica, quer do indivíduo quer da família	1,3	10,4	33,1	35,7	18,8	0,6
33 - O ensino sobre a prevenção do cancro deve ser feito às pessoas que tem ou tiveram doença oncológica	35,7	18,8	21,4	13,0	11,0	0
34 - Numa situação pessoal ou familiar opto ou aconselho para não fazer tratamentos agressivos	70,8	20,1	5,2	2,6	0	1,3
35 - A maioria das doenças oncológicas é provocada por comportamentos e estilos de vida	20,1	37,0	31,8	7,8	3,2	0
36 - O estado de saúde do doente agrava-se a partir do momento que sabe que tem um cancro	51,3	36,4	8,4	3,2	0,6	0

NC = Não concorda; CP = Concordo Pouco, C = Concordo; CB = Concordo Bastante; PA = Plenamente de acordo; NR = Não resposta

Constatamos que os estudantes do 4.º ano, na sua generalidade, não estão imbuídos de uma perspectiva fatalista/pessimista do cancro. Assim, o nível de discordância com os itens relativos a essa imagem estigmatizante é significativo (itens 1,3,4,11,13,16,19,22,23,25,26,31,34,36), tal como é referido pelos estudos mais recentes (Moulin, 2005; Guex, 2009; Stago, 2009).

Efectivamente, o discurso científico tem vindo a favorecer uma diminuição da estigmatização do cancro, levando a perspectivar-se a doença oncológica num cenário de normalização. Se fizermos uma análise mais pormenorizada dos itens anteriores, constatamos que no que concerne à informação/comunicação com os

doentes com cancro, os estudantes situam-se no paradigma da verdade (itens 3,4,6,22,31). De facto, ao longo dos anos o estigma do cancro igualado à morte vinculou a ideia de que a verdade não deve ser dita ao doente pois tal iria retirar-lhe a esperança (Holland & Gooden-Piels, 2000). Tal como refere Dias (2005, p. 172) “a posição de encobrimento da verdade afigura-se como um ‘falso pressuposto’, ‘uma coisa completamente ultrapassada’, sem contornos ‘lógicos’”. A denegação leva a fissurar a confiança, condição necessária ao desenvolvimento de uma relação terapêutica de efectiva ajuda numa fase de crise que decorre do confronto com o diagnóstico e tratamento de um qualquer cancro.

Também se pode inferir que, segundo a opinião dos estudantes, a doença oncológica não se confina à biologia do corpo, pelo que os cuidados devem sustentar-se numa base relacional (itens 2,6,12,15, 24). A comunicação é essencial para uma boa prática de cuidados, tendo subjacente a abordagem do doente na sua dimensão de pessoa, isto é, tendo em conta a sua experiência, as suas emoções, dúvidas e interrogações (Guex, 2009).

De algum modo, o reconhecimento da relevância da comunicação no processo saúde doença de uma pessoa com cancro é veiculado pela opinião dos estudantes, em que mais de 40% apresenta uma discordância total como o facto de o diagnóstico ser comunicado apenas pelo médico assistente (item 5). Como nos refere Stago (2009), quando é feito um diagnóstico de cancro, o conjunto de representações sociais subjectivas dá lugar a uma representação única, aquela da morte anunciada, ou o risco de morte, o que em termos psicológicos é a mesma coisa. Neste sentido, é importante que haja uma equipe, no qual se inclua o profissional de enfermagem, que ajude a processar e a descodificar a informação que foi fornecida aquando do diagnóstico.

A dicotimização da abordagem tradicional entre médico e enfermeiro não é conducente a uma boa prática de cuidados, que leve a ganhos em saúde. No entanto, ao fazer uma análise individual do item 24, verificamos que as opiniões dos estudantes são divergentes, com uma dispersão dos resultados.

Apesar da doença oncológica estar hoje classificada como doença crónica, a sua associação ao número de mortes é inquestionável (Bezy & Jalenques, 2007). Neste sentido, é aceitável que o confronto com o diagnóstico implique lidar com o medo da dor, da perda, ameaça da morte, com a fadiga, a ansiedade, a tristeza, a culpabilidade e mesmo a solidão (Pinto, 2007). Para ajudar a enfrentar neste processo de transição, os profissionais têm que ser capazes de escutar, ajudar a verbalizar as emoções, e para isso é importante que tenham a maturidade suficiente para se aceitarem como seres finitos. Só assim se conseguirá assumir um papel efectivo de ajuda; caso contrário denega-se a condição mortal de qualquer ser vivo, e obstaculiza-se a comunicação terapêutica nesta área.

A especificidade das competências da equipa de enfermagem é defendida pela perspectiva dos estu-

dantes nas respostas às questões 6, em que mais 90% não concorda com uma abordagem exclusivamente centrada no tratamento. Para além desta questão, esta perspectiva mantém-se nas questões 12, 15 e 27. Todavia, a equipa de enfermagem, por ser o maior grupo de profissionais de saúde nos cuidados a pessoas portadoras de cancro, e pela maior interação que decorre da permanência 24 horas aquando dos internamentos, pode assumir um papel relevante no bem-estar espiritual, através de atitudes como a disponibilidade, a presença, o respeito, a capacidade de escuta, o encorajar a partilha dos pensamentos, permitir/facilitar as práticas religiosas, respeitar as crenças espirituais e ter sentido de humor (Taylor, 2003).

Inquestionavelmente a doença oncológica, não se circunscreve à pessoa que a vive, mas afecta também a unidade familiar (Flanagan & Holmes, 2000). O suporte social é relevante para o processo de gestão e adaptação à doença, como é dedutível das respostas (itens 9,14,18,21,32). Neste âmbito, as respostas dos estudantes evidenciam o conhecimento da relevância do suporte social, onde se inclui a família e amigos, e os próprios profissionais de saúde, como elementos estruturantes para o equilíbrio do indivíduo que enfrenta um cancro.

Paradoxalmente, e tendo em conta o posicionamento dos estudantes inquiridos, constatamos que, no que se reporta à classificação do cancro como doença crónica, 38,1% não concorda/concorda um pouco. Sem que tal dado nos leve a inferir resultados, conduz-nos contudo a reflectir sobre uma não clara perspectiva dos estudantes de enfermagem sobre o cancro como doença crónica, tal como hoje é apresentado na classificação internacional de doenças. O inquestionável avanço das ciências médicas tem levado a um conhecido e já referido controlo das situações oncológicas. Porém, na maioria das situações o cancro não pode ser encarado como uma doença aguda, que após os tratamentos está “curado”. Há muitas vezes um preço a pagar pela sobrevivência após o cancro, pois se a cura é a recuperação da saúde, as pessoas que tiveram um cancro estão sujeitas a efeitos adversos reais e potenciais, a curto, médio e longo prazo, pelo que não estão verdadeiramente curados (Schwartz, 2003).

Conclusão

Há ainda muito a fazer a nível social no que se refere à representação social do cancro (Flanagan & Holmes, 2000). Segundo estes autores o pensamento metafórico é inevitável quando a biologia do cancro ainda não é totalmente compreendida, e algumas doenças oncológicas são ainda incuráveis.

Os profissionais de saúde em geral, e os enfermeiros em particular, pela sua maior proximidade aos cidadãos, podem ter um papel crucial nas alterações sobre o discurso social sobre o cancro.

Constatámos que para os estudantes inquiridos o cancro não é perspectivado como uma doença fatalista, em concordância com estudos recentes (Guex, 2009; Stago, 2009), o que pode eventualmente evidenciar uma mudança conceptual influenciada pela aprendizagem teórico-prática no seu percurso formativo.

A incerteza e o predomínio de atitudes negativas que nos contextos sociais ainda envolvem o cancro (Dany, Dudoit & Favre, 2008) implicam que os profissionais de saúde em geral, e os enfermeiros em particular, se debruçam sobre as suas atitudes perante o doente oncológico, pois estas influenciam a qualidade dos cuidados.

BIBLIOGRAFIA

1. Barbará, A. Schetti, V. & Crepaldi, M. (2005). Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS. *Interação em Psicologia*, 9(2), pp. 331-339.
2. Bézy, O., Jalenques, I. (2007). De la spécificité du cancer et de ses effets psychiques. *Annales Médico Psychologiques*, 165, pp. 132-135.
3. Blanco, A., Antequera, R. & Aires, M. (2002). Percepción subjetiva del cáncer. In M.R. Dias & E. Durá (Eds). *Territórios da Psicologia oncológica*. Lisboa. Climepsi Editores, pp. 605-637.
4. Branco, I. & Pereira, M.A. (2006). Representações do cancro: testemunhos de estudantes de um curso de licenciatura em enfermagem. *Revista de Ciências de Saúde de Macau*, 6 (1), pp. 13-17.
5. Chapple A, Ziebland S, McPherson A. (2004). Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *BMJ*, 328, 1470-1475, disponível em <http://www.bmj.com/>
6. Cohen, R. et al (1982). Attitudes Towards Cancer II: A Comparative Analysis of Cancer Patients, Medical Students, Medical Residents, Physicians and Cancer Educators. *Cancer*, 50, pp. 1218-1223.
7. Correia, F. (2008). Ecos em fim de vida: representações sociais do doente oncológico em enfermagem. Dissertação de Mestrado em Oncologia, no ICBAS- Universidade do Porto.
8. Corner, J. (1993). The impact of nurses' encounters with cancer on their attitudes towards the disease. *Journal of Clinical Nursing*, 2, pp. 363-372.
9. Dany, L., Dudoit, É. & Favre, R. (2008). Analyse des représentations sociales du cancer et de la souffrance. *Psycho-Oncologie*, 2, pp. 53-58.
10. Duarte, M.D. (2000). A representação do cancro nos enfermeiros. *Revista Enfermagem*, 2 (11), pp. 36-44.
11. Ferreira, S. & Brum, J. (2000) As representações sociais e suas contribuições no campo da saúde. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 20, pp. 5-14.
12. Flanagan, J. & Holmes, S. (2000) Social perceptions of cancer and their impacts: implications for nursing practice arising from the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3), pp. 740-749.
13. Guex, p. (2009). Représentations institutionnelles du cancer. *Psycho-Oncologie*, 3, pp. 43-46.
14. Holland, J.C.; Gooden-Piels, J. (2000). Principles of psycho-oncology. In R. C. Bast, et al (Edt). *Cancer Medicine*. B.C. Decker. Ontario. Disponível em www.BCDecker.com.
15. Kearney, N. et al (2003) Oncology health care professionals' attitudes to cancer: a professional concern. *Annals of Oncology*, 14, p.57-61.
16. Lebovits, et al (1984). Attitudes towards cancer. Development of the cancer attitudes questionnaire. *Cancer*, 54, pp. 1124-1129.
17. Martins, A. & Silva Y. (2002). Doenças oncológicas e representações sociais. *Referência*, 9, pp. 11-24.
18. McCaughan, E. Parahoo, K. (2000). Attitudes to cancer of medical and surgical nurses in a district general hospital *European Journal of Oncology Nursing*, 4 (3), pp. 162-170.
19. Miller, M., Kearney, N. Smith, K. (2000) Measurement of cancer attitudes: a review. *European Journal of Oncology Nursing*, 4 (4), pp. 233-245.
20. Moulin, P. (2005) Imaginaire social et Cancer. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4, pp. 261-267.
21. Penson, et al (2004). Cancer as Metaphor. *The Oncologist*, 9, pp. 708-716.
22. Powe, B.D., & Finnie, R. (2003). Cancer Fatalism. The state of science. *Cancer Nursing*, 26 (6), pp. 454-467.
23. Rey, F.L. (2006) As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8 (2), pp. 69-85.
24. Schwartz, C.L. (2003). Health status of childhood cancer survivors. Cure is more than the eradication of cancer. *Journal of the American Medical Association*, 290 (12), pp. 1641-1643.
25. Stagno, D. (2009). Représentations sociales et représentations intimes de la maladie. Quelques réflexions d'un clinicien. *Psycho-Oncologie*, 3, pp. 38-42.
26. Weaver, A.J., Flannelly, K. J. (2004). The role of religion/ spirituality for cancer patients and their caregivers. *Southern Medical Journal*, 97 (12), pp. 1210-1214.
27. Wilson K. & Luker KA. (2006). At home in hospital? Interaction and stigma in people affected by cancer. *Social Science & Medicine*, 62 (7), pp. 1616-27.



gelclair®

Alívio da Mucosite Oral



“ Antes de GELCLAIR, deixei de poder comer tudo o que mais apreciava. Só de pensar em comida ficava arrepiada. Felizmente chegou a solução, e agora posso saborear tudo o que a vida tem de bom ”

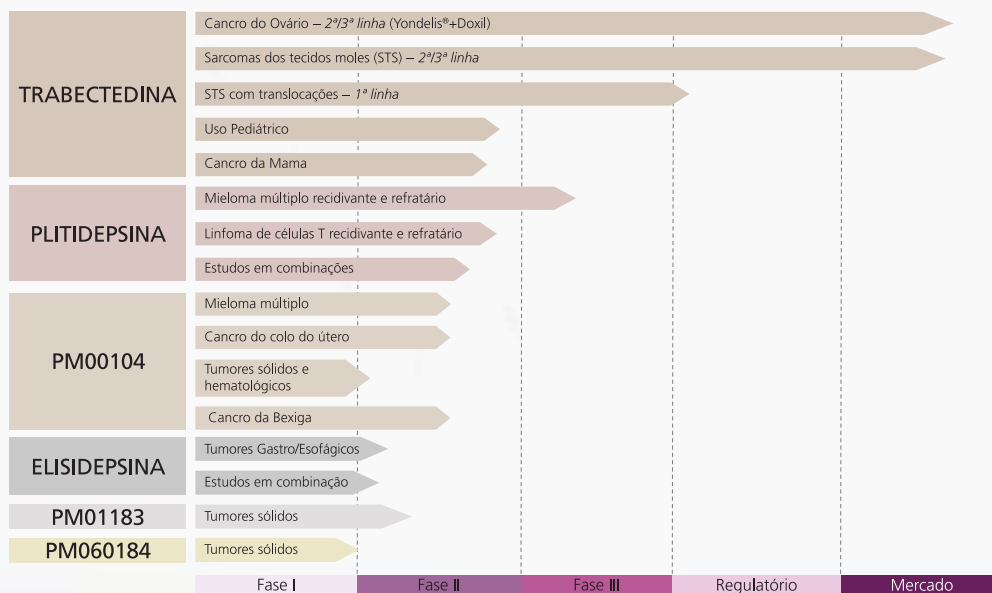
Saborear a Vida!



LUSOMEDICAMENTA - SOCIEDADE TÉCNICA FARMACÊUTICA, S.A.
Estrada Consiglieri Pedroso, 69 B | QUELUZ DE BAIXO | 2730-055, Barcarena
Sociedade anónima. Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Cascais
sob o nº 17248. Capital social €1.600.000,00. Nº de contribuinte 507 150 473

Todo o poder do mar, agora contra o cancro

Seis compostos em desenvolvimento clínico



Para mais informações por favor contacte a PharmaMar.

DISSONÂNCIA COGNITIVA EM FUMADORES COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA: UMA EMERGÊNCIA EM ONCOLOGIA

Esmeralda Barreira

merbarreira@gmail.com

Mestrado em Psicologia e Mestrado em Counselling
Clínica do Pulmão – Instituto Português de Oncologia-Porto

Fumar é o comportamento de risco para a saúde que persiste como sendo a principal e evitável causa de doença e morte prematura. No doente oncológico o conhecimento dos malefícios do tabaco e o facto de manterem hábito de fumar origina por vezes uma discordância de atitudes, que pode bem ser o reflexo de uma dissonância cognitiva. O Counselling, como arte de ajudar os outros a ajudarem-se a si próprios, pode ser desenvolvido para ajudar a pessoa a explorar as potencialidades e dificuldades para abandonar o hábito de fumar, orientando para uma visão positiva das capacidades da pessoa.

PALAVRAS-CHAVE: counselling; cessação tabágica; dissonância cognitiva.

ABSTRACT: Smoking is the health risk behavior that persists as the major avoidable cause of disease and premature death. For the oncologic patient, knowledge of the smoking risks and the persistence of smoking habits originate a dissenting attitude that could reflect a cognitive dissonance. Counseling as an instrument to help others helping themselves can be developed to help people explore the potentialities and difficulties of smoking cessation, guiding them towards a positive view of the individual capabilities.

KEYWORDS: counseling; smoking cessation; cognitive dissonance.

Introdução

Actualmente relaciona-se o tabaco com enfartes do miocárdio, arteriosclerose, trombose, cancro (80% de cancro do pulmão) e doenças pulmonares obstrutivas.

O conhecimento dos efeitos nefastos do tabaco levou muitas organizações a desenvolverem campanhas antitabágicas. Também as instituições de saúde têm organizado sessões de formação sobre tabagismo, de forma a sensibilizar profissionais e utentes. Em alguns casos de doentes oncológicos fumadores, parece haver evidência que a mensagem relativa às consequências do tabaco, para o indivíduo, tem sido interiorizada. O conhecimento sobre as consequências do fumar e o facto de manterem este hábito origina por vezes uma discordância de atitudes, que pode bem ser o reflexo de

uma dissonância cognitiva. Esta incongruência, aliada à dependência da nicotina, leva-os à procura de uma consulta de cessação tabágica, com o intuito de abandonar o hábito. O Counselling, como arte de ajudar os outros a ajudarem-se a si próprios, pode ser desenvolvido ao longo de todo o ciclo de vida adulta, quando a pessoa está vulnerável e/ou em sofrimento, a necessitar de ajuda psicológica. Ajudar a modificar comportamentos é um dos objectivos do aconselhamento. A pessoa pode ser ajudada em situações de crise, de luto, de doença, de integração, problemas de relacionamento, entre outros.

No presente caso foi utilizada esta metodologia em meio hospitalar, na consulta de cessação tabágica.

1. Dissonância Cognitiva

Todo o indivíduo tende a justificar os seus comportamentos e isto provoca uma associação entre acção e atitude. O mesmo se passa com os fumadores. Quando alguém toma consciência que as suas atitudes, pensamentos e crenças são inconsistentes entre si incorre num incomportável estado de tensão, que Festinger (1957, citado por Lima, 2002) chama de dissonância cognitiva. O fumador que acredita que o fumar provoca várias patologias mas continua a fumar, sente desconforto com a inconsistência psicológica em que vive.

A dissonância cognitiva geralmente segue-se a um conflito percebido entre comportamento e atitude ou entre dois comportamentos.

Festinger, explica os dois conceitos desta teoria:

1. Cognição que compreende os pensamentos, atitudes e crenças dos indivíduos, bem como os seus comportamentos, desde que conscientes, isto é desde que tenham uma representação cognitiva.

2. Dissonância, ou seja, a existência simultânea de cognições que não se ajustam entre si, implicando uma cognição, o contrário da outra.

O princípio da teoria da dissonância cognitiva tem uma base motivacional que decorre do facto de um estado de dissonância cognitiva ser psicologicamente desagradável. É então originada uma motivação ou activação do organismo de forma a reduzir ou eliminar a dissonância. As pessoas tendem a racionalizar ou a distorcer a realidade procurando argumentos do tipo, há pessoas que fumam e não têm cancro para aliviar ou eliminar a dissonância. A intensidade desta activação está relacionada com a própria dissonância. A magnitude da dissonância depende da importância pessoal dos elementos presentes, e da proporção de elementos cognitivos dissonantes em relação aos consonantes. Estes factores devem ser considerados em conjunto.

Nem sempre a discordância entre atitudes e comportamento produz dissonância cognitiva. Para que as acções produzam dissonância e para que esta produza mudanças de atitude é necessário que (Cooper e Fazio, 1984; Petty e Wegener, 1998 citados por Smith, 2000):

1. Os indivíduos percebam a acção como inconsistente.
2. O indivíduo deve ter responsabilidade pessoal na acção.
3. Os indivíduos devem experimentar incómodo associado ao aparecimento de manifestações fisiológicas.
4. Os indivíduos devem atribuir o desconforto ao comportamento.

Para que exista dissonância é necessário que as cognições sejam importantes e que a pessoa seja responsável pelas situações que causam dissonância. Não é a incoerência entre cognições do ponto de vista racional que motiva a mudança de atitude mas sim o mal-estar psicológico que é vivido como tensão. Busca-se então a consistência cognitiva para recuperar o bem-estar.

Da mesma opinião é Totman (1987, citado por Ogden, 1999) ao referir que os indivíduos passam por dois tipos de processos na dissonância: precisam de justificar o seu comportamento e precisam de se considerar racionais e com controlo. Se estes dois factores não estão em concordância, o indivíduo experimenta um alto estado de dissonância.

Para reduzir a dissonância, uma vez que não se pode mudar a *posteriori* o comportamento já realizado, muda-se habitualmente a atitude. Esta mudança é feita pelo indivíduo através da racionalização do comportamento de forma a auto-justificar-se para manter a auto-estima (Lopez-Sáez, 2001). De modo geral a redução da dissonância faz-se com a diminuição do número ou da importância dos argumentos dissonantes e com o aumento do número ou da importância dos argumentos consonantes (Festinger, 1957 citado por Lima, 2002; Zimbardo e Leippe 1991, citados por Lopez-Sáez, 2001). Assim, a redução da dissonância pode ser obtida dando importância à decisão tomada, incrementando uma atitude positiva face à alternativa escolhida desvalorizando a rejeitada. Também se pode reduzir a dissonância pensando que as consequências de escolher uma ou outra alternativa seriam as mesmas (Lopez-Sáez, 2001).

Festinger exemplifica as alternativas para a redução da dissonância cognitiva pela mudança das atitudes, com duas cognições psicologicamente inconsistentes: fumar e saber que o fumar provoca cancro. Para eliminar esta perturbação bastaria deixar de fumar, no entanto não é a única solução, já que se pode:

1. Invocar a idade avançada de alguns fumadores que se mantêm saudáveis.
2. Mudar para cigarros menos nocivos.
3. Invocar que se prefere morrer nonagenário e alegre do que centenário e aborrecido.
4. Justificar a relação entre fumar e cancro como devida a uma variável fisiológica que só atinge os outros.

Recentemente tem-se verificado que nem sempre a dissonância resulta em mudança do comportamento ou de atitude. Com efeito, para Smith e Mackie (2000), existem vários processos alternativos, numa sequência de passos sucessivos que tanto podem levar à mudança de atitude como bloquear o aparecimento da dissonância, ou reduzi-la por um processo de auto-afirmação.

Estes passos envolvem: minimização da inconsistência, negação da responsabilidade pessoal, “adormecimento” do problema e atribuição do despertar do problema a outras causas, e a auto-afirmação. De todas estas alternativas sobre o consumo do tabaco é escolhida a que reduz a dissonância de forma mais fácil e eficaz.

A auto-afirmação pode ser conseguida com recurso a argumentos pessoais, ou utilizando a interacção com outras pessoas. Assim, o indivíduo encontra apoio em pessoas que pensam da mesma forma ou tenta convencer os outros daquilo que deseja crer. Estes mecanismos proporcionam nova informação e novos argumentos coincidentes com a sua atitude (Lopez-Sáez, 2001).

Uma grande parte dos fumadores pretendem abandonar o consumo do tabaco, muitos já tentaram abandonar o hábito, mais do que uma vez. Existe pois um grupo dissonante que não está satisfeito com o seu vício mas mantém o consumo do tabaco, tentando sempre justificar o seu comportamento.

No caso dos doentes fumadores com patologia oncológica, e que têm consciência dos malefícios do

tabaco, qualquer que seja a solução escolhida para justificar o seu comportamento, estes apresentam com frequência dissonância cognitiva. Para reduzir este efeito, o profissional de saúde pode acompanhar o doente, utilizando as técnicas de Counselling.

2. Counselling: Uma Proposta De Intervenção

Counselling

O Counselling surgiu como reacção às terapias Americanas dominantes nos anos 30 do sec. XX, o intelectualismo que visava o diagnóstico e os conselhos modelo, e o psicanalítico com técnicas de interpretação.

Com base no pensamento de Rogers (1983), este processo terapêutico assimilou os princípios humanistas. Para Rogers a pessoa tem um impulso interior que promove a sua auto-realização, é só necessário retirar os obstáculos que favorecem o processo de desenvolvimento. Este processo baseia-se numa relação de ajuda, em que a experiencia humana é privilegiada e facilita o crescimento das capacidades “sequestradas” da pessoa em crise. É assim necessária uma visão positiva das capacidades da pessoa para enfrentar positivamente os conflitos.

O ajudante é um veículo para ajudar a pessoa em crise a encontrar o seu próprio caminho. Este tem de conhecer a dinâmica da pessoa, descobrir quais as suas dificuldades, o seu sofrimento e os seus sentimentos, para examinar e compreender as suas vivencias e potencialidades e assim ajudar a procurar caminhos. A pessoa que ajuda, segundo Okun (2001), ao estabelecer relações interpessoais de qualidade na sua vida pessoal, poderá aplicar as suas competências nas relações de ajuda que estabelece e, ao mesmo tempo, pode ensinar outros a melhorar as suas competências e a qualidade das suas relações. O papel das pessoas que ajudam não é de solucionamento de problemas, mas sim de assessoria e apoio, para que quem recorre à ajuda possa enfrentar os seus problemas através da exploração, compreensão e acção. Numa situação de ajuda não se deve procurar fazer algo para tornar melhor uma pessoa, mas antes em conjunto trabalhar na procura da melhor solução e, se possível, colocá-la em prática. A eficácia da rela-

ção depende da competência da pessoa que ajuda para: comunicar a sua compreensão e emoções, determinar e definir o problema, e aplicar estratégias de ajuda apropriadas, facilitadoras da compreensão de si mesmo, da resolução de problemas e da tomada de decisões por parte da pessoa que é ajudada.

Rogers (1983) evidencia várias destrezas, habilidades e atitudes, essenciais neste processo terapêutico. A aceitação *positiva incondicional* é uma atitude fundamental, sem a qual não é possível uma relação interpessoal profunda. O ajudante preocupa-se com o ajudado de forma não possessiva, aceita a pessoa na sua totalidade, como um sistema dinâmico de atitudes e necessidades. Deve aceitar sem restrições a pessoa, com todo o seu passado, presente e futuro, aceitar as suas expressões sem fazer juízos de valor. É essencial que o ajudante descubra uma visão positiva do ajudado, com percepção das suas potencialidades e sentimentos, para promover a sua liberdade e responsabilidade nas decisões por ele tomadas.

Na relação de ajuda, o ajudante, para ser eficaz, necessita de manusear o seu estado de ânimo, acolher e respeitar os sentimentos alheios. É pois importante usar técnicas para ser o mais assertivo possível, permitindo manobrar os próprios sentimentos em situações de conflito.

Na relação de ajuda também é necessário desenvolver a destreza de *personalizar*. O ajudante ajuda a pessoa a expressar de forma clara e específica as suas experiências e sentimentos e a centrar-se cada vez mais em si mesmo. Esta destreza ajuda a personalizar significados, problemas e sentimentos. Relacionado directamente com estas destrezas está a confrontação, que ajuda a descobrir os recursos internos e externos para enfrentar a situação de crise. A pessoa ajudada é chamada à responsabilidade, para autonomamente dar um sentido positivo à sua vida.

A *autenticidade* é sinónimo de transparência, genuinidade e congruência interior, e é uma atitude fundamental numa relação de ajuda. O ajudante é aquilo que é (não apresenta máscara), tem consciência dos seus sentimentos e pode exprimi-los abertamente durante a relação, não nega a sua personalidade, exprime-a. A

autenticidade realiza-se duplamente. A nível pessoal, o ajudante é livre para sentir e aceitar o que se passa consigo, descobrindo cada vez mais a complexidade dos seus sentimentos. A nível interpessoal, a pessoa é livre para comunicar os seus sentimentos ao ajudante. É necessário ter consciência de como se transmitem de modo não verbal as mensagens. O estado de emissão é contínuo, mesmo no silêncio, passa através dos gestos, olhares, suores, estremecimentos, etc. A condição fundamental do ajudante numa relação interpessoal é conhecer-se e aceitar-se a si mesmo. Somos incongruentes quando as formas de comunicação (verbal e não verbal) estão em desacordo, ou seja, o diz-se uma coisa, e em contraposição a linguagem não verbal revela algo diferente, que transmite o verdadeiro pensamento. Nestes casos, a comunicação verbal concretizada nas palavras e sons é ineficaz.

As atitudes que sustentam o modelo Rogeriano são a empatia, a autenticidade e aceitação positiva incondicional. Estes são valores fundamentais para o ajudante nesta forma de relação de ajuda.

Resumidamente, o Counselling valoriza as qualidades mais importantes do ser humano, tais como a sua capacidade de escolha, os valores, a criatividade, a consciência de si e o desenvolvimento do potencial humano. Esta perspectiva permite que esta forma de aconselhamento se aplique em diversas áreas, nomeadamente na educação, na gestão e na saúde.

Counselling no Meio Hospitalar

No meio hospitalar a pessoa pode ser ajudada em situações de crise, como o luto, a doença, a integração, os problemas de relacionamento, etc. Através das técnicas do Counselling tem-se ajudado as pessoas a desenvolver capacidades para se adaptarem às diversas situações. Actualmente o Counselling também tem sido usado com sucesso na cessação tabágica (Klink, et al; Manfredi, et al 2011). Para Edgan (1991) a pessoa pode ser ajudada a avaliar a sua situação e necessidades; compreender a nova situação e clarificar o que pode fazer para lidar eficazmente com ela; implementar decisões e planos; considerar as suas consequências. O objectivo do “cuidar de pessoas” é que o indivíduo, mantenha ou recupere a máxima independência nas actividades de vida.

O estabelecimento duma relação de ajuda começa quando há “participação pessoal”, ou seja, há confiança por parte do ajudado em relação ao cuidador. Este por sua vez necessita de se auto-conhecer, a fim de se adaptar à pessoa do ajudado, e ainda de possuir a habilidade de comunicação, visto ser por este meio que as pessoas se compreendem, se aceitam e se ajudam, na promoção ou recuperação da saúde.

Numa visão holística-humanística, Challifour (1992) sublinha que o objectivo dos cuidados de enfermagem é assistir o cliente, a fim de o ajudar ao desenvolvimento de estratégias que lhe permitam viver harmoniosamente, com ele, com os outros, com a natureza e o universo.

Este relacionamento encontra-se dividido em três fases. Fase de orientação da relação, caracterizada pelo acolhimento do utente num ambiente aberto, de respeito, de autenticidade e interesse. O enfermeiro e o cliente estabelecem contacto e começam a conhecer-se, este é o momento privilegiado, onde se criam laços de confiança recíproca. Outra fase é a de trabalho, as pessoas conhecem-se cada vez mais, fortalecendo a confiança, o enfermeiro e o utente reconhecem-se progressivamente, como diferentes e únicos, criando um clima de aceitação. O utente tem a noção da competência, das habilidades e responsabilidades do enfermeiro. Por seu lado, o enfermeiro capta melhor o que o utente deve colocar nesta relação, para encontrar resposta às suas necessidades. A fase final deve ser preparada para evitar a sensação de perda, por parte do utente. Enfermeiro e utente devem utilizar este momento para partilhar as suas opiniões sobre o desenrolar desta experiência comum e transferir a aprendizagem adquiridas para outras situações da vida.

Para proporcionar uma ajuda eficaz, o enfermeiro deve empenhar-se na relação. Este empenho caracteriza-se sobretudo por uma tomada de contacto, utilizando os sentidos, um “savoir-fair” para comunicar e uma certa disponibilidade para compreender e intervir em função da necessidade de ajuda identificada (Challifour, 1992). Para tal o enfermeiro deve ter noção dos seus recursos pessoais e profissionais, a fim de melhor os rentabilizar.

Para além dos conhecimentos, o enfermeiro deve possuir habilidades como as que estão associadas ao contacto e à comunicação verbal e não verbal. Neste sentido, o tocar, o olhar e a escuta são formas de contacto. Nas relações inter-pessoais, o olhar constitui o primeiro sentido para estabelecer contacto e iniciar uma relação. De facto, é um “utensílio” precioso para colher dados sobre a condição actual do utente, manifestar-lhe atenção, e confirmar que ele existe para nós.

Outra habilidade é a escuta, pois quando o utente se dirige ao enfermeiro espera ser escutado e compreendido. Para reconhecer as naturezas conceptual e afectiva da mensagem é preciso estar atento ao conteúdo exprimido e à forma como é comunicado. Por exemplo, o contexto dentro do qual as palavras são pronunciadas, a intensidade da voz do utente, as suas hesitações as palavras escolhidas, são índices que aliados à expressão facial, aos gestos e à sua postura auxiliam o enfermeiro a captar a mensagem afectiva e a sua intensidade.

As atitudes próprias do estabelecimento da relação com o utente são a empatia, a autenticidade, o respeito, a confiança, a imediatez e a especificidade.

A compreensão empática é uma das principais finalidades do utente que comunica com o enfermeiro, pois espera ser compreendido, nesta atitude assenta toda a relação.

No contexto da relação de ajuda, o *respeito caloroso* não deve ser entendido no sentido comum, onde respeitar alguém está associado ao status social. Tal como refere Rogers e Kinget (1969) citado por Chalifour (1992) “o utente é respeitado não por qualquer mérito, dignidade ou competência particular que adquiriu ao longo da sua vida ou por qualidades particulares, como a sinceridade, a coragem, a cooperação, e a inteligência, que poderá demonstrar ao longo dos encontros”. Na realidade, cada pessoa é única, possuidora de recursos para conduzir a sua vida, é capaz de fazer escolhas. Por isso, o respeito caloroso é uma atitude através da qual o enfermeiro reconhece o utente como exclusivo na sua maneira de ser e estar no mundo e esta maneira é digna de interesse e mérito, reconhecimento e valorização.

O enfermeiro deve demonstrar ao utente que é verdadeiro e digno de confiança, desenvolvendo uma atitude de *autenticidade*. É demonstrada coerência entre o que realmente se é, o que se percebe, pensa, sente, e o que se comunica. Esta atitude permite ao utente adquirir um grande conhecimento sobre si mesmo e uma capacidade de estabelecer um verdadeiro relacionamento.

A *especificidade* visa aumentar o nível de compreensão do enfermeiro e do utente, no que concerne não só às emoções e experiências específicas que o utente vive. Esta atitude ajuda o doente a conhecer as suas emoções de forma precisa, exprimindo-se também através de termos precisos (não usando uma linguagem vaga).

A *imediatez* visa ajudar o utente a reconhecer no presente as informações que o seu organismo lhe comunica. Segundo Selom Auger (1972) citado por Chalifour (1992), *imediatez* pode definir-se como “uma atitude do enfermeiro através da qual este vive intensamente o momento presente na sua relação com o utente e não hesita em reformular claramente as comunicações do seu utente que parecem ser dirigidas mais ou menos directamente para ele ou para a relação recíproca”. Esta atitude ajuda a clarificar imediatamente a comunicação.

O ajudante pode assim manifestar atitudes de empatia, autenticidade, respeito, confiança, imediatez e especificidade, tal como manifestar comportamentos através do dizer e do fazer.

Aplicação do Modelo Precede a Fumadores com Patologia Oncológica

Para muitas pessoas, a admissão num hospital é uma oportunidade para parar de fumar. O facto de não se poder fumar no hospital leva a que os fumadores parem temporariamente o hábito. As pessoas com patologias relacionadas com o tabagismo, estão muitas vezes, neste período, mais receptivas para a cessação tabágica. Verifica-se muitas vezes que os fumadores com cancro manifestam revolta, dizem “sentirem-se mal por continuarem a fumar e estarem doentes” (Barreira, 2007). Consequentemente, este grupo de pessoas necessitam de terapia para os ajudar a abandonar o hábito de fu-

mar. Aliada a esta motivação natural, a assistência na cessação do tabagismo durante a sua estada, e depois no domicílio, terá um benefício significativo.

Em Portugal as consultas de cessação tabágica proporcionam ao utente vários tratamentos farmacológicos associados a aconselhamento pessoal. Vários autores firmam que intervenções intensivas de aconselhamento são eficazes na promoção da cessação do tabagismo.

O modelo *Precede*, concebido para a Educação para a Saúde, é actualmente muito utilizado para identificar os factores que influenciam o comportamento de uma pessoa. Neste modelo existem três tipos de factores: os predisponentes, os facilitadores e os reforçantes (Quadro 1). Os factores predisponentes são factores internos que representam a motivação para agir. Incluem uma visão holística da pessoa, com os conhecimentos, crenças, valores, atitudes, idade e cultura, etc. Os factores predisponentes, como o nome indica, predis põem a pessoa a experimentar um novo comportamento, a modificá-lo, a mantê-lo ou a abandoná-lo. Os factores facilitadores são aqueles que antecedem o comportamento e a motivação para mudar. Eles são os recursos pessoais, habilidades e recursos sociais que permitem realizar o comportamento desejado. Os factores reforçadores são os obtidos pelo desempenho (recompensa, sanções ou iniciativa). Eles podem ser sociais, materiais, de auto-reconhecimento, entre outros.

O modelo *Precede* será aplicado como instrumento para identificar os factores que influenciam a conduta da pessoa.

No Quadro 1 apresenta-se a aplicação do modelo *Precede* onde a conduta a potenciar é a cessação tabágica. Com a ajuda do utente, começa-se por distinguir os três tipos de factores (predisponentes, facilitadores e reforçadores) para estruturar uma ajuda individualizada.

O Counselling, neste processo de cessação tabágica, ajuda a pessoa a explorar as suas potencialidades e dificuldades para abandonar o hábito de fumar.

	A favor da conduta	Contra a conduta
Factores Predisponentes	<p>Ser uma pessoa mais saudável.</p> <p>Ser um exemplo positivo especialmente para os filhos.</p> <p>Pretende poupar dinheiro.</p> <p>Gerir saudavelmente o stress.</p> <p>Pressão social: têm familiares e amigos que querem que deixe de fumar.</p> <p>Autodomínio.</p> <p>Estética: sabe que se deixar de fumar fica com a pele mais brilhante, o cabelo menos quebradiço e não cheira a tabaco.</p>	<p>Adição provocada pela nicotina</p> <p>Dependência dos rituais do fumar</p> <p>Grupos de amigos que fumam</p> <p>Redução da ansiedade</p> <p>Recompensas psicossociais</p> <p>Recompensas sensoriomotores, prazer</p> <p>Estimulação</p>
Factores Facilitadores	<p>Pagamento da consulta de cessação tabágica.</p> <p>Disponibilidade do médico/enfermeiro assistente para poder esclarecer dúvidas telefonicamente ou antecipar consulta.</p> <p>Disponibilidade de informação escrita sobre cessação tabágica.</p>	<p>“Agressividade” de alguns não fumadores, questionando porque fuma se sabe que este hábito é prejudicial.</p>
Factores Reforçantes	<p>Alteração do paladar</p> <p>Roupa não cheira a fumo</p> <p>A pele da face ficou mais brilhante</p> <p>Aumento da auto-estima por conseguir deixar de fumar</p> <p>Disponibilidade de mais dinheiro</p> <p>Menor predisposição para problemas respiratórios, não tosse tanto de manhã e já tem menos expectoração.</p> <p>Filhos e marido dão-lhe os parabéns.</p> <p>Os amigos manifestam contentamento</p>	<p>Privação da nicotina.</p> <p>Sente-se mais ansiosa.</p> <p>Alteração de comportamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - após a refeição tem de se levantar logo porque lhe apetece fumar; - vai tomar café com os amigos mas regressa mais cedo porque alguns estavam a fumar e têm receio de não resistir; - vai com frequência à carteira procurar os cigarros

Quadro 1: Aplicação do modelo Precede para potenciar a conduta de cessação tabágica.

Conclusão

A dissonância cognitiva provocada pelo conhecimento das consequências do fumar e o facto de manterem este hábito leva por vezes as pessoas à procura de uma consulta de cessação tabágica.

O Counselling pode ser um meio de ajudar a pessoa fumadora com patologia oncológica a abandonar o hábito de fumar. Neste processo, a pessoa deve ser considerada responsável e capaz de dar uma resposta pessoal à sua própria realidade. Ajuda-se a pessoa a explorar as potencialidades e dificuldades para abandonar o hábito de fumar. A orientação para uma visão positiva das capacidades da pessoa é um elemento fundamental para começarem a descobrir que conseguem abandonar o hábito de fumar.

BIBLIOGRAFIA

- Allport, G. W. (1933). Attitudes. In Aronson, E. & Pratkanis, A. R. (Eds), *Social Psychology* (pp. 565-575). New York: New York University Press. (Obra original publicada em 1935).
- Barreira, E., Gomes, F. & Cunha, L. (2007). Atitudes face ao tabagismo: Hábitos tabágicos e o papel dos profissionais de saúde. *Psic., Saúde & Doenças*, vol. 8, n.º 2, p.197-207.
- Baxter, T. (2000). Desenvolvimento dos Serviços de Cessação do Tabagismo do SNS. In: Natário, E., Moriconi, S., Piha, T., Baxter, T., Calheiros, J., Ryan, J., Vouri, I. *Actas da Conferência Europeia de Évora: Determinantes da Saúde na União Europeia* (pp.159-161). Évora: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Bimbela, J.L. (1994). *Cuidando al cuidador. Counseling para profesionales de la salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.
- Chalifour, J. (1992). *La relation d'aide en soins de infirmiers*. Edições Lamarne.
- Egan, G. (1991). *El orientador experto. Un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal*. Grupo Editorial Iberoamerica.
- Giordani, B. (1997). *La Relación de Ayuda: De Rogers a Carkhuff*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Klink, K., Lin, S, Elkin, Z., Strigenz, D. & Liu, S. (2011). Smoking cessation knowledge, attitudes, and practice among community health providers in China. *Fam Med*. Mar;43(3):198-200. <http://www.stfm.org/fmhub/fm2011/March/Kathleen198.pdf>.
- Lima, L. P. (2002). Atitudes: Estrutura e Mudança (5ª ed.). In Vala, J.; Monteiro, M. B., *Psicologia Social* (pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- López-Sáez, M. (2001). Cambio Actitudinal como Consecuencia de la Acción. In: Morales, J. F. & Huici, C. (Ed.) *Psicologia Social* (pp. 172-183). Madrid: McGraw-Hill.
- Manfredi, C., Cho, YI., Warnecke, R., Saunders, S. & Sullivan, M. (2011). Dissemination strategies to improve implementation of the PHS smoking cessation guideline in MCH public health clinics: experimental evaluation results and contextual factors. *Health Educ Res*. Mar 11. [Epub ahead of print].
- Mendes, B. (2000). Técnicas de Cessação Tabágica – Iniciação de uma consulta de apoio ao fumador. In: Ferreira, J. M. & Canteiro, M. C. (Eds), *Tabagismo: Avaliação a Nível Institucional e Abordagem Terapêutica*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Okun B. F. (2001). *Ayudar de forma efectiva. Counseling. Técnicas de terapia y entrevista*. Barcelona: Paidós.
- Rogers, C. (1983). *Terapia centrada no paciente*. Portugal. Moraes Editores.
- Smith, E. & Mackie, D. (2000). *Social Psychology* (2.ª ed). Philadelphia: Taylor & Francis.
- Warner, K. (1998). Smoking Cessation: A Global Perspective. *The Journal of Respiratory Diseases*, 19, 26-31.

O TRATAMENTO COM QUIMIOTERAPIA: QUE NECESSIDADES E IMPLICAÇÕES NA DINÂMICA FAMILIAR DA PESSOA COM CANCRO

Maria dos Anjos Galego Frade

Mestre em Sociologia
Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Évora

A transição demográfica e epidemiológica trouxe consigo o aumento das doenças crónicas em Portugal e o tratamento por quimioterapia nos doentes com cancro surge como um problema de grande impacto para a família, provocando sentimentos, dificuldades socioeconómicas e acúmulo de tarefas nos familiares. Porque os tratamentos são realizados em ciclos, a quimioterapia requer a disponibilidade dos familiares para tal, ou seja, têm de deixar determinados afazeres para cumprir junto com os doentes a agenda terapêutica programada. Se considerarmos que o diagnóstico de cancro por si só pode ser uma situação de caos para o doente e família, a terapia por quimioterapia exacerba todos os sentimentos relacionados com esse caos. Esta modificação implica que os enfermeiros identifiquem as alterações na dinâmica familiar bem como as suas necessidades (do familiar), no sentido de uma maior disponibilidade da família para a prestação de cuidados à pessoa doente.

PALAVRAS-CHAVE: dinâmica familiar; necessidades da família; quimioterapia.

Demographic and epidemiological transition brought an increase of chronic diseases in Portugal, and the cancer treatment by chemotherapy emerges like a family great problem, offering discomfort feelings, socio-economic difficulties and more tasks for family caregivers.

In the extent that treatments are completed in cycles, chemotherapy needs family availability, what means postpone some tasks, in order to fulfil the therapeutic agenda. If cancer diagnostic by itself can be a chaotic situation, chemotherapy may be a fact that increases all feelings with this chaos related. This change leads to a necessary identification by nurses about changes in family dynamic, as well as caregiver needs, in order to get a greater availability to caring the suffering person.

KEYWORDS: family dynamic; family needs; chemotherapy .

Enquadramento temático

A família é um sistema, e uma mudança num dos membros provoca necessariamente repercussões sobre todos os membros da célula familiar. A doença crónica, como o cancro, provoca um mal-estar familiar, so-

bretudo devido à mudança progressiva, mas por vezes abrupta, do familiar que, a pouco e pouco, muda de comportamento ou perde capacidades. Ele, que antes poderá ter sido um modelo de referência e de imita-

ção, torna-se de repente dependente, levando a uma inversão de papéis entre os filhos e pais, ou por vezes a nível conjugal. A situação de crise provocada pela doença vai levar as famílias a atitudes de desadaptação, mantendo a homeostasia, ou as mudanças que levarão necessariamente a uma adaptação à situação de doença, redefinindo fronteiras, reestruturando funções e atitudes comportamentais.

Os familiares dos doentes oncológicos em tratamento de quimioterapia também são acometidos de necessidades que importa conhecer. Apenas conhecendo as necessidades sentidas pelos familiares dos doentes, emergentes da vivência com a doença oncológica de um modo geral e com a situação de tratamento em particular, será possível promover cuidados individualizados e humanizados inseridos no contexto de família doente.

A doença do familiar traz necessariamente sofrimento variável, pois o indivíduo existe num determinado contexto, com expressões emocionais de medo, ansiedade, depressão, desespero e ameaças, por vezes indescritíveis, e uma realidade que não raras vezes se aproxima – a morte. Trabalhar com os familiares no sentido de integrar o doente a nível social, manter as suas competências, reduzir as lacunas entre o que ele era antes, o que é hoje e o que será amanhã, fazendo o luto do passado, conduzindo-o à realidade do presente e a uma expectativa concreta em relação ao amanhã, pensamos ser também uma responsabilidade da sociedade através do desenvolvimento de apoio a nível social, e psicológico, às pessoas doentes e seus familiares.

Ao enfermeiro compete reconhecer que “a família é o núcleo base de suporte do doente e que o seu envolvimento é fundamental” (Sá, 1996) e que “...as famílias interessam. Elas interessam porque elas providenciam o contexto e o grau de ajustamento com que cada pessoa com cancro responde à sua doença” (Martins, 2000).

A partir da nossa experiência profissional, percebemos a importância da atenção dos profissionais para as necessidades daqueles que convivem com a presença de doença, principalmente no que concerne

a orientações sobre a doença e cuidados específicos. Quanto a isso, Marco et al. (2002) destacam que muitas vezes o que mais aflige a família são pequenas coisas, resolúveis mediante simples orientações, as quais, depois de realizadas, deixam a família mais tranquila e aliviada. Ainda sobre a importância da identificação das necessidades das famílias pelo profissional, referem que o trabalho no domicílio é importante porque pode adequar os cuidados às necessidades das famílias. Muitas questões referentes à realidade só serão levadas em consideração a partir do momento em que o profissional observar, discutir e compartilhar com a família o que ela espera dele. Este aspecto é de grande importância quando se trabalha com famílias de doentes com cancro em tratamento de quimioterapia, uma vez que esses doentes se encontram em ambulatório, permitindo frequentemente uma proximidade muito grande com a família que o acompanha. Althoff (2002) refere que as famílias indicam a necessidade de uma comunhão de valores para poderem conviver, destacando a honestidade e o respeito como essenciais para um convívio harmonioso. Ressalta a autora que conviver em família é viver de maneira conjunta, organizando as actividades diárias, participando das tarefas domésticas e estabelecendo as atribuições familiares de modo a atender às necessidades de cada membro e da família como um todo. Adverte ainda para a necessidade de o profissional entender o significado, para a família, das acções conjuntas pertinentes do dia-a-dia. A partir da convivência, ela deve fazer as actividades necessárias para alcançar êxito e preencher as lacunas provocadas pelas necessidades, seja individualmente seja nas actividades comuns a toda a família.

Abordando a temática das necessidades da família do ponto de vista da enfermagem Sorensen & Luckman (1996) dizem que as intervenções relacionadas com a família abarcam mais do que prestar cuidados de enfermagem ao membro que está doente, e que o enfermeiro deverá atender às necessidades da família no seu todo. De um modo geral durante o período da doença, os membros da família têm necessidade de informação sobre a doença e o respectivo tratamento, ter

acesso ao doente por meio de visitas e da oportunidade de participarem nos cuidados aos seus parentes. No entanto cada situação acumulará necessidades particulares que podem relacionar-se com diversos factores, de entre eles a natureza da doença, como é o caso da doença oncológica, assim como do seu prognóstico.

Metodologia do estudo

Considerando as características do estudo, a abordagem qualitativa na vertente descritiva e exploratória foi a opção metodológica escolhida. A técnica de colheita de dados foi a entrevista semi-estruturada. O processo que pareceu mais adequado para a realização da análise e interpretação dos dados obtidos foi a análise de conteúdo, que, segundo Bardin, «é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens» (1995).

A população-alvo foi constituída pelos familiares que cuidaram dos doentes oncológicos em tratamento por quimioterapia. A selecção da amostra em estudo foi feita segundo uma metodologia não probabilística, a amostragem de conveniência, que é usada quando se utiliza “um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários” (Carmo, 1998).

Uma vez elaborado o quadro teórico, foi possível definir categorias a *priori*, tendo sido, no entanto, definidas outras a *posteriori*, que foram geradas através da análise de conteúdo. Após a identificação das categorias e sub-categorias, procedemos à recolha das unidades de registo necessárias para as ilustrar, tendo em conta o seu significado.

Resultados e Conclusões

Verificámos que, na perspectiva dos familiares, existiram alterações significativas na Estrutura da família do doente com cancro em tratamento de quimioterapia. Passaram a ter menos tempo para a família e para eles próprios, a descansar menos, privando-se por vezes da actividade social. O doente passa a ser

o centro das suas atenções. Perante uma situação de vida desviante, como a doença e o tratamento, é quase sempre inevitável um rearranjo familiar, um reajuste prático, emocional e relacional, podendo tornar-se difícil o equilíbrio e a satisfação das necessidades individuais dos seus membros, ou seja, o equilíbrio entre a quantidade de ajustamento necessário e a capacidade de dar resposta à situação.

O desequilíbrio económico é latente ao fazer frente às necessidades impostas pela doença durante o tratamento, mas todos os esforços parecem apontar para proporcionar o melhor bem-estar possível ao doente. As alterações na família passam inclusivamente pelo desemprego do familiar, para poder dar resposta às exigências que o tratamento implica. É necessário acompanhar o doente à unidade de tratamento, no próprio dia e nos dias seguintes, devido aos efeitos secundários do tratamento. O doente exige um acompanhamento muito próximo com o qual alguns empregos não são compatíveis. Os familiares geralmente têm problemas com o emprego, abandonando-o, reduzindo a jornada de trabalho ou tendo que sair mais cedo para se dedicarem ao cuidado da pessoa em tratamento.

Pelas circunstâncias da doença e da progressiva dependência do doente, a família viu-se obrigada a reduzir o número de horas de trabalho e inclusive pode surgir a necessidade de abandonar temporária ou definitivamente o emprego. Segundo um estudo de Hinds e King (2003), os custos da prestação de cuidados informais ainda não foram reconhecidos. Os investigadores referiram que muitos familiares cuidadores têm dificuldade em manter os seus empregos e podem realmente perder horas de trabalho, o que resulta em remunerações reduzidas.

O emprego pode ficar em risco para sempre mas, apesar disso, o que o familiar salienta é que o mais importante é o acompanhamento do doente.

Verifica-se uma ligação e intensificação das ligações afectivas da família, pois o impacto da doença na família altera planos futuros, papéis e responsabilidades, bem como factores de interacção familiar (Vales, 1991). Se entendemos a família como unidade de cuidados, podemos referir que a sua estrutura é

de extrema ajuda para a pessoa doente. A interacção entre os seus membros visa garantir a continuidade do sistema ligado afectivamente, amenizando o sofrimento causado pela doença. A saúde física e emocional dos membros da família ocupa um papel importante no seu funcionamento. Os membros da família estão interligados e dependentes uns dos outros de tal forma, que, ao ocorrer qualquer mudança na saúde de um dos seus membros, todos os outros são afectados e a unidade familiar, como um todo, será alterada. Pode dizer-se que ela afecta a saúde do indivíduo e que a saúde do indivíduo afecta a família. O familiar tem de, por vezes, deixar outras pessoas tão ou mais significativas quanto o doente (filhos, netos) para poder acompanhar esta fase da doença. Alguns familiares assumem essa decisão porque entendem ser uma obrigação, tanto de esposo como de esposa, como de filha ou filho ou até nora ou neta. Parece que a diminuição da estabilidade e da autonomia pode levar a família a alterações dos padrões relacionais no interior ou exterior do sistema familiar e a doença pode constituir um factor de aproximação ou de afastamento, acentuando ou esbatendo relacionamentos.

Mesmo que esta obrigação seja vista como um factor inerente à condição de filhos, outras figuras apresentaram-se como cuidadoras.

Os cônjuges acabam, por vezes, por viver os mesmos problemas do paciente, tais como: mudança no estilo de vida, depressão, frustração, trabalho extra, problemas de comunicação, perda da independência, da confiança e da concentração, sentimentos de inutilidade e de solidão.

A reorganização da família passa pela identificação do próprio familiar cuidador com a situação de doença e tratamento do doente, partilhando inclusivamente o mesmo tipo de alimentação e sintomatologia. Reorganizar tudo em função da maior dependência do doente/familiar/doente também parece acontecer durante este período.

Aquilo que parece igualmente acontecer é a descentralização da família nela própria e consequente centralização no doente. De facto, parece haver uma tendência para que os objectivos e necessidades in-

dividuais sejam deixados para trás, a favor da realização dos desejos e satisfação de todas as necessidades do doente.

Quando a actividade profissional da família está relacionada com a restauração, a dinâmica familiar também parece estar alterada. Os efeitos secundários que os tratamentos provocam no doente (náuseas e vómitos) impossibilitam-no de continuar a trabalhar com alimentos.

As alterações são não só sob o ponto de vista do relacionamento conjugal entre os familiares envolvidos, mas também com toda a dinâmica familiar que fica alterada nos períodos de pausas, como fins-de-semana e férias.

A dependência do hospital para realizar os tratamentos é notória. Tudo passa a funcionar em função das deslocações que são necessárias para realizar os tratamentos.

A substituição de papéis dentro do sistema familiar também parece ser uma realidade. Cada elemento da família tem tarefas atribuídas sendo que, durante o período do tratamento, as que dizem respeito ao doente terão de ser redistribuídas pelos outros elementos. Estas alterações no funcionamento da família, apresentam um certo paralelismo com o que afirma Ravazi et al (2002), “a desordem familiar manifesta-se de imediato ao nível do seu funcionamento. Logo que surge a doença, a redistribuição dos papéis no seio da família e a organização da vida quotidiana devem ser de seguida ajustados. O doente, incapaz de assumir as habituais tarefas, é substituído pelos outros membros da família”. Este dado está de acordo com o que constatamos no nosso trabalho, uma vez que os familiares relatam, nas suas experiências, o aumento de trabalho em actividades que anteriormente eram realizadas pelo doente, podendo ainda ser outros familiares que desempenham os papéis do familiar cuidador do doente, na tentativa de harmonia familiar e na diminuição do sofrimento.

No entanto, há situações em que desempenhar o papel que o doente realizava não é possível. Fica uma imensa lacuna que pode não ser fácil de gerir para o familiar.

As alterações ao nível da habitação também foram referidas e consideradas necessárias, no sentido de permitir a permanência do doente junto do familiar. É necessária a reorganização do espaço físico da habitação, uma vez que o doente frequentemente vive longe do hospital e vem viver junto dos familiares que estão próximo da unidade hospitalar. Se este facto, por vezes, não constitui um problema para as famílias, podem até surgir situações em que alguns familiares abdicam do seu próprio quarto em favor da pessoa doente.

Verificámos ainda no nosso estudo que as necessidades do familiar do doente com cancro em tratamento de quimioterapia passam pelas redes de apoio que possam emergir. Os profissionais de saúde, nomeadamente o médico, são referidos pelos familiares como uma mais-valia para solucionar algumas necessidades prementes, relacionadas com aspectos do tratamento e acompanhamento do doente. A decisão dos cuidados serem prestados pelos descendentes do doente parece ser uma questão de princípio que marca quase todas as famílias do nosso estudo.

A disponibilidade que é demonstrada pelos outros elementos da família, no sentido de colaborarem e facilitarem o acompanhamento e cuidado com o doente, é também algo muito valorizado.

Para os familiares, o espírito de solidariedade dos vizinhos, particularmente importante nas famílias reduzidas, parece ser importante. Este clima entre vizinhos faz-se sentir porque algumas famílias pertencem a meios rurais onde as pessoas ainda mantêm uma relação muito próxima, representando os vizinhos, a família mais alargada.

A vida social dos familiares dos doentes em tratamento de quimioterapia sofre alterações que reduzem, modificam e podem gerar insatisfações, devido às condições limitantes impostas pela doença e tratamento. Sentimentos de isolamento podem acontecer depois do início dos tratamentos e condicionar os relacionamentos até então existentes.

O doente passa a ser o centro das atenções e preocupações da família apesar de funcionar por vezes como um “morto-vivo”, ou seja “funciona e não fun-

ciona” o que levanta muitas vezes sentimentos de frustração e recalamentos. Os familiares têm necessidades sociais que não são compreendidas pelos amigos pois estes afastam-se, tendo receio de prejudicar ou mesmo perturbar o doente.

Parece existir, no entanto, por parte do familiar alguma tentativa de desculpabilização relativamente ao afastamento dos outros, justificada pelos mitos e crenças que envolvem a doença e o próprio tratamento.

Todo o convívio social que vai existindo é no entanto vivido sempre com preocupação relativamente a como é que o doente estará e sempre em função deste.

O acompanhamento, na unidade de tratamento, pela equipa, tem um papel importante no enfrentar dos tratamentos. As informações dadas sobre a doença e sua evolução, o esclarecimento de dúvidas relativamente aos tratamentos, o encorajamento e apoio emocional são reconhecidos e valorizados pelos familiares. Reconhecem o trabalho intenso que a equipa de saúde tem na unidade de tratamentos o que, por vezes, leva à inibição do familiar na procura dos profissionais para resolver e esclarecer algumas questões.

A necessidade da presença junto do doente e de acompanhamento constante surge em forma de imperativo, quando durante esta fase da doença as perspectivas, em termos de futuro, são limitadas e o tempo parece escassear. O familiar do doente pode sentir necessidade de abandonar algumas das suas tarefas para promover a satisfação desta necessidade, induzindo a esse acompanhamento um sentido de qualidade que pode estar directamente relacionado com a quantidade de tempo dispensada nessa presença.

A preocupação que está permanentemente subjacente à doença e tratamentos e o receio que algo de mau possa acontecer sem que o familiar nada possa fazer levam a que a separação do doente, mesmo que por pouco tempo, seja algo que não acontece.

A necessidade de ser o familiar a acompanhar sempre o doente ao tratamento é notória, bem como parece igualmente muito claro a definição de quem o deve acompanhar quando por qualquer motivo o familiar cuidador não o possa fazer.

Considerações finais

O diagnóstico de cancro contribui para mudanças significativas na vida do indivíduo acometido pela doença e que passam também a influenciar a estrutura familiar, na qual cada membro reage de maneira diferente, de acordo com o significado que essa doença tem na sua história de vida. Dessa forma, a família assume formas de comportamento próprio, estruturadas na interação e na cultura familiar.

Quando alguém da família é afectado pela doença, o próprio estigma que a palavra cancro traz consigo é capaz de causar um grande choque entre os seus membros. O medo, quanto ao desfecho da doença, pode deixar a família sob um stress ainda maior, confusa e, muitas vezes, inábil para lidar com essa nova situação. Os membros da família suportam uma grande carga, mas necessitam de apoio para lidarem com os seus sentimentos. O enfrentar do tratamento por quimioterapia e o comportamento dos familiares resulta de significados simbólicos, que são apreendidos através da interação humana, a qual é influenciada pela interação da família entre si e com a sociedade. A doença na família faz romper as acomodações do quotidiano, mas há a possibilidade de visualizar novas formas de adaptação.

A família vivencia este momento com incerteza e insegurança, impotência e culpa. Sofre, angustia-se, anima-se, deprime-se, sente “pena”, e pode funcionar tanto como um elemento de auxílio como com um elemento que exalta a condição de deficiência e dependência.

Os cuidados à família deverão levar a um sistema de apoio para auxiliar a adaptação durante a doença do familiar, nomeadamente na fase dos tratamentos por quimioterapia. Para isso, há que adaptar os cuidados em relação às suas necessidades específicas, às informações sobre a doença e a sua evolução e trabalhar com a família, para que esta seja um colaborador potencial na prestação de cuidados ao doente, pois ela é o elemento de afecto essencial.

BIBLIOGRAFIA

1. SÁ, Eunice - A especificidade da enfermagem oncológica. *Enfermagem Oncológica*. - Porto. Ano 1, nº 0 (Outubro/1996). - pp. 15-17.
2. MARTINS, Catarina Rute - As necessidades dos familiares dos doentes oncológicos. *Enfermagem Oncológica*. Lisboa. Ano 4, nº15 (Julho/2000), pp.19-24.
3. MARCON, S. S. et al. Compartilhando a situação de doença In: MOTTA, M O ser doente no triplice mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. Tese (Doutoramento) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Florianópolis. 2002
4. ALTHOFF, C. R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de Conviver em família. In: ELSEN, I. et al. O viver em família e sua Interface com a saúde e a doença. 2002 Maringá:UEM,. pp.25-43.
5. SORENSEN & Luckman. A Família – Enfermagem Fundamental - abordagem psicofisiologia. 1996 Lisboa: Lusodidacta; pp. 397-471.
6. BARDIN, Laurence – Análise de Conteúdo 1995. Lisboa: Edições 70.
7. CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro – Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. p. 353.
8. HINDS, Pamela S; KING, Cynthia R; - Quality of Life: From Nursing and Patient Perspectives- Theory Research. 2003. Jones and Bartlett Publishers International Paperback, 2nd edition.
9. VALES, M. Elvira. Suportes culturais na fase terminal da vida. In: Divulgação. N.º 20, Outubro 1991.
10. RAZAVI, D; BRÉDART, A; DELVAUX, N; HENNAUX, P. Réactions familiales. In: Ravazi, D ; Delvaux, N. – Psicho Oncology –Le cancer, le malade e sa famille. 2002. Paris, Masson. 2ª Edition.

OUTRA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ASTUDILHO, W. et al Cuidados del enfermo en fase terminal e atención a su familia 1995, Pamplona: Ed. Universidade de Navarra.
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari Knopp. Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. 1994. Porto: Porto Editora.
- FRIAS, Cidália - A Aprendizagem do Cuidar e a Morte: Um desígnio do Enfermeiro em Formação. Loures: Lusociência, 2003. p. 210.
- LIMA, R. A. G. 2002. Experiências de pais e de outros familiares de crianças e Adolescentes com câncer. 113 f. Tese (Livro Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- MENLEY, Kim. As carências e o apoio dos familiares. 1989, Nursing. Ano II, n.º 18 (Julho) pp.13-17.
- NETO, Isabel Galriça- A Conferência Familiar como Instrumento de Apoio à Família em Cuidados Paliativos. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Carnaxide. Vol. 19, n.º 1 (Janeiro/Fevereiro 2003), pp. 68-74.
- REIS MARQUES, António. Reações emocionais à doença grave: como lidar. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 1991. p. 146.
- SALVAGE, Ann V. Qui prendra soin deux? Perspectives d’avenir de l’aide familiale aux personnes âgées dans l’union européenne. 1996. Luxembourg: Fondation européenne pour l’amélioration des conditions de vie et de travail.
- SAPETA, Ana Paula G. Antunes. A família face ao doente terminal hospitalizado. O caso particular do H. Évora. 1997. Dissertação de mestrado em Sociologia apresentado à Universidade de Évora.
- SERRÃO, Daniel. Relações entre os profissionais de saúde e o paciente. In: Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana. 1998. Região Autónoma dos Açores, Centro de Estudos de Bioética, pp.59-69.
- SONTAG S. La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas. 1996. Madrid: Taurus.
- YIN, Robert K. Case Study Research. Design and Methods. 1989. Sage Publications, USA.

RETALHOS: O PAPEL DO ENFERMEIRO EM CIRURGIA DE ORL E CCP

Andreia Cristiana Matos da Silva

Serviço de Cabeça e Pescoço/Otorrinolaringologia, IPO-Lisboa

Maria Mercedes Gudiño Aguilera

Unidade de Cuidados Intensivos, IPO-Lisboa

Susana Sofia Abreu Miguel

Serviço de Cabeça e Pescoço/Otorrinolaringologia, IPO-Lisboa

Com este artigo pretende-se proporcionar um momento de reflexão dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados para a manutenção e viabilidade de um retalho em cirurgia na área de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia.

No Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia (SCCP/ORL) do Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil, cirurgias como laringectomias totais, parotidectomias, celulectomias ou encerramento de fístulas, são acompanhadas frequentemente por plastias de maior ou menor dimensão com retalho. Os cuidados de enfermagem são uma ponte fundamental para o sucesso da cirurgia com retalho, bem como para a qualidade de vida do doente.

PALAVRAS-CHAVE: retalho; complicações; qualidade de vida; cuidados de enfermagem.

This article aims to transmit and reflect with nurses about health care in the maintenance and viability of flaps on Head and Neck and Otorhinolaryngology Surgery.

At the Head, Neck and Otorhinolaryngology Surgery Unit, surgeries like total laryngectomy, parotidectomy, neck dissections or fistula closure are often followed by bigger or minor reconstructions with flaps. Nursing care is critical to the success of flap surgery, as well as the quality of life of the patient.

KEYWORDS: flaps; complications; quality of life; nursing cares .

Introdução

A cirurgia oncológica na área de Cabeça e Pescoço (CCP) e Otorrinolaringologia (ORL) origina, frequentemente, grandes transformações no doente, por vezes mesmo mutiladoras, que implicam a perda de funções importantes, como falar, mastigar, deglutir, cheirar, respirar, com repercussões na expressão facial e alterações da imagem corporal (Liu et Shah 2010).

Pela complexidade inerente a este tipo de tumores, o tratamento deve seguir uma abordagem multidisci-

plinar sendo que a reconstrução após excisão tumoral é o primeiro passo para a reabilitação e melhoria da qualidade de vida do doente (Disa et al 2001).

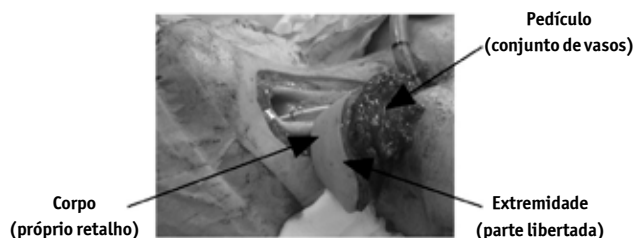
Perante a existência de um defeito cirúrgico decorrente da recessão tumoral, poderá ser feito encerramento directo das suturas, cicatrização por segunda intenção, enxertos ou retalhos, dependendo das necessidades do doente (Wehage e Fansa, 2011).

Na sequência das cirurgias recessivas na área de cabeça e pescoço, surge um novo desafio que se prende com a reconstrução do território lesado. As reconstruções cirúrgicas de cabeça e pescoço em oncologia procuram obedecer aos *princípios oncológicos de radicalidade, funcionalidade do sistema e aspecto estético* (Kato et al, 2007). Durazzo e Brandão (2005) referem que o retalho mais usado em cirurgia de cabeça e pescoço é o retalho miocutâneo do grande peitoral. No Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia (SCCP/ORL) do Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil a cirurgia com este tipo de retalho tem uma casuística significativa: das 202 cirurgias reconstrutivas com retalho feitas em 2010, 73 envolveram retalhos miocutâneos do grande peitoral.

Perante a complexidade inerente aos cuidados que estes doentes necessitam, consideramos pertinente reflectir criticamente sobre esta temática, fazendo uma breve abordagem sobre os retalhos, sua tipologia e complicações, para posteriormente enquadrar o papel do enfermeiro no cuidado ao doente submetido a cirurgia reconstrutiva com retalho.

Definição de retalho

O termo retalho refere-se ao “...*tecido destacado de uma área do corpo e transferido para a área receptora com parte de ou todo o seu suprimento sanguíneo original intacto ou restabelecido*” (Chandler, 2008). Um retalho, em oposição a um enxerto livre de pele, retém uma rede vascular ligada ao corpo. Deve por isso possuir um sistema vascular, arterial e venoso, capaz de irrigar os seus tecidos efectivamente. Na sua forma mais simples, o retalho pode ser definido como uma porção de tecido que é constituído por pele e uma variedade de planos: subcutâneo, fáscia e músculo. O retalho é constituído pela base ou pedículo (porção através da qual o suprimento sanguíneo se efectua pela extremidade (parte do retalho libertada) e pelo corpo (o próprio retalho).



TIPOS DE RETALHOS

Os retalhos podem ser caracterizados segundo diferentes itens: constituição, suprimento sanguíneo e relação à posição ou forma como devem ser rodados depois de elevados.

CLASSIFICAÇÃO DOS RETALHOS	QUANTO À CONSTITUIÇÃO	RETALHOS SIMPLES – formados por pele e tecido subcutâneo
		RETALHOS COMPOSTOS – constituídos por pele, tecido subcutâneo, músculo, fáscia ou cartilagem
	QUANTO AO SUPRIMENTO SANGUÍNEO	RETALHOS DE PADRÃO ALEATÓRIO – compostos de pele e tecido subcutâneo vascularizado por perfuradores aleatórios com proporção limitada entre a extensão a largura
		RETALHOS DE PADRÃO AXIAL – possuem suprimento arterio-venoso bem definido ao longo do eixo longitudinal
	RELAÇÃO À POSIÇÃO OU FORMA COMO PODEM SER RODADOS APÓS A ELEVAÇÃO	RETALHOS DE AVANÇO – são cortados e avançados para reconstruir o defeito adjacente
		RETALHOS DE TRANSPOSIÇÃO – são avançados ao longo de um eixo que forma um ângulo com a posição original do retalho
		RETALHOS DE ROTAÇÃO – semelhantes aos anteriores, mas são semicirculares e rodam ao longo do eixo maior
		RETALHOS TIPO ILHA – secções isoladas da pele e tecido subcutâneo que são abertos em túnel sob a pele para novos locais
		RETALHOS PEDICULADOS – consistem em pele e músculo subjacente, são muito móveis e podem ser rodados para defeitos distantes
		RETALHOS LIVRES – são uma forma de transplante de tecido, através da utilização de técnicas de microcirurgia, em que uma determinada quantidade de pele, músculo ou osso, pode ser isolada, destacada e refixada aos vasos receptores próximos do novo local

Quadro 1: Classificação dos Retalhos (Chandler, 2008).

Complicações dos retalhos

Muito embora os retalhos representem a forma mais usada de reconstrução de defeitos resultantes das recessões tumorais em cabeça e pescoço, podem ocorrer perdas dos mesmos por comprometimento vascular, infecção, deiscências e fístulas.

Muitos factores contribuem para a sobrevivência do retalho, como comorbidades (diabetes, doença vascular periférica), outros tipos de terapia prévia (quimioterapia e radioterapia), localização do tumor, técnica cirúrgica e a experiência do cirurgião. Das complicações mais comuns, temos a fístula, perda total ou parcial do retalho, deiscência da pele e epidermólise (Kato et al; 2007).

As complicações dos retalhos estão directamente relacionadas com a extensão da área a ser reparada, do local e das doenças associadas, bem como da experiência do profissional. De realçar que muitos doentes estão, à partida, desnutridos, sofrem de doenças pulmonares, insuficiência hepática, entre outras comorbilidades (Wehage e Fansa, 2011).

Durazzo e Brandão (2005) dividem as possíveis complicações dos retalhos naquelas que podem ocorrer na área dadora e na área receptora.

Na área dadora, as complicações mais frequentes são a formação de hematoma e a acumulação de seromas devido à grande extensão dos tecidos descolados. Kaplan (2008), refere que a incidência de hematomas está associada a factores de risco como o uso de corticosteróides, anti-inflamatórios não esteróides ou tabagismo no pré-operatório.

Na área receptora, as possíveis complicações são mais difíceis de controlar. A necrose parcial ou total decorre de insuficiente irrigação vascular, podendo ser consequência da manipulação de vasos na cirurgia, compressão do retalho ou por variações anatómicas do pedículo (Durazzo e Brandão, 2005). No seu estudo, El-Marakby (2006) refere que a necrose parcial (12%) é mais frequente que a total (8%), sendo que o seu tratamento é mais conservador, mediante a observação ou desbridamento de pequenas áreas necróticas.

A deiscência parece ser um fenómeno que se sobrepõe à necrose parcial. As mesmas podem dar origem a fístulas das quais podemos ressaltar as orocu-

tâneas ou faringocutâneas. O mesmo autor refere que todos os doentes com fístulas oro e faringocutâneas haviam sido submetidos a reconstrução de defeitos da cavidade oral.

Como consequência da cirurgia pode surgir o défice funcional dos músculos afectados (tal como no músculo peitoral no retalho do grande peitoral) e o défice motor (como no caso do ombro na recessão do músculo trapézio) (Durazzo e Brandão, 2005).

Pinto et al (2010) distingue as complicações *major*, como as que necessitem de reintervenção cirúrgica ou que resultaram do insucesso da reconstrução, das complicações *minor*, como as que resultaram de uma reconstrução bem sucedida ou que foram tratadas com estratégias mais conservadoras, nomeadamente a execução de pensos.

Cuidados de enfermagem ao doente submetido a cirurgia reconstrutiva com retalho

Segundo Hagood (2000), a intervenção do enfermeiro, independentemente dos cuidados inerentes à própria cirurgia, centra-se em dois aspectos fundamentais: 1.º – Verificar sinais e sintomas de insuficiência na reconstrução do retalho. 2.º – Verificar sinais e sintomas de infecção.

Em relação ao primeiro aspecto, Black e Jacobs salientam que a “...protecção da irrigação sanguínea de um retalho é uma responsabilidade principalmente da enfermagem”. O enfermeiro deve ter atenção ao posicionamento do doente e à forma como o penso é realizado, pois a tensão sobre o retalho pode lesar os vasos sanguíneos e comprometer a irrigação dos tecidos. O primeiro sinal do comprometimento da irrigação é a palidez, que deve ser vigiada. O doente deve ser posicionado para que o retalho permaneça relaxado e em posição elevada para diminuir o edema e a congestão venosa.

Verificar sinais e sintomas de insuficiência na reconstrução do retalho, através da monitorização do mesmo, segundo Hagood (2000), implica:

- Verificar a ferida, o retalho e o tecido circundante de 2 em 2 horas nas primeiras 72 horas e posteriormente de 4 em 4 horas;

- Verificar a cor (vermelho, palidez e cianose), tensão, pressão e hematoma;
- Vascularidade (presente ou ausente);
- Turgescência (presente ou ausente);
- Odor (presença ou não de cheiro fétido).

O quadro seguinte apresenta as principais características a observáveis num retalho viável, com insuficiência arterial ou venosa.

	Viável	Insuficiência Arterial	Insuficiência Venosa
Enchimento	Enchimento capilar normal (3 segundos)	Enchimento capilar diminuído	Enchimento capilar rápido
Cor	Cor da pele de origem	Pálida ²	Violácea ³
Temperatura	Mantida	Diminuída	Morna ou elevada
Sangramento após punção ¹	Sangramento após punção	Ausência de sangramento após punção	Sangramento escuro após punção

Quadro 2: Retalho viável versus comprometimento arterial ou venoso.

¹ Em caso de dúvidas pode-se utilizar a resposta a “Picada”, punccionando o retalho com uma agulha subcutânea.

² O retalho branco verifica-se quando o fornecimento de sangue é limitado ou não existe em virtude da tensão, diminuição da pressão ou oclusão que suprime o fluido sanguíneo. Com a ausência de arterialização, o retalho não tem reabastecimento capilar, tornando-se branco e frio ao toque, (Hagood, 2000).

³ O retalho azul ocorre sempre que o sangue excede o seu débito. Este desequilíbrio ocorre quando a pressão venosa aumenta (exemplo hematoma) ou, na constrição do pedículo vascular, no caso por exemplo do doente estar deitado sobre o retalho ou existir um coágulo no local da anastomose venosa.

Além do que já referimos, a nossa experiência profissional diz-nos que são vários os cuidados necessários à manutenção da viabilidade de um retalho. Tendo por base alguns autores (Long 1999; Hagood, 2000), salientamos:

- Prevenção da acumulação de líquido sob o retalho:
 - Observar o retalho para ver se há bolsas de líquido (seromas e hematomas);

- Vigiar e promover a funcionalidade das drenagens.
- Prevenção da infecção:
 - Lavar as mãos antes de mudar o penso;
 - Utilizar técnica asséptica;
 - Despistar sinais de infecção (rubor, exsudado purulento, calor).
- Imobilização do retalho:
 - Ensinar ao doente para não se deitar sobre o retalho e não comprimir o pedículo;
 - Instruir o doente em técnicas de posicionamento/ mobilidade dos membros superiores e cabeça;
 - Evitar movimentos de fricção sobre o retalho.
- Promoção da circulação sanguínea do retalho:
 - Elevar a região do retalho (quando possível), nas cirurgias de CCP/ORL deve elevar-se a cabeceira da cama 30° a 45°, de forma a evitar ou minimizar o edema.
 - Não fazer compressão sobre o retalho, principalmente na região do pedículo;
 - Evitar fazer hiper-extensão do local do retalho.
- Promoção das condições ambientais:
 - A temperatura do quarto, extremamente fria pode ser um factor a contribuir para a perda do retalho (vasoconstrição).
- Apoio emocional ao doente:
 - Apoiar o doente quando vê o local cirúrgico pela primeira vez (Long, 1999);
 - Encaminhar para profissionais especializados, quando necessário;
 - Acompanhar o doente na adaptação pós-cirúrgica à sua auto-imagem.

Na presença de um doente com hábitos tabágicos, este deverá ser incentivado a não fumar e não deverá estar exposto ao fumo do cigarro durante pelo menos uma semana após intervenção cirúrgica, devido ao forte efeito vasoconstritor da nicotina na microcirculação (Long, 1999). Quando estamos a focar retalhos para cobrir defeitos de Cirurgia em Cabeça, Pescoço

e ORL (dado que um dos fortes causadores destes tumores é o tabaco) torna-se pertinente validar com o doente se este precisa de algum tipo de apoio, seja psicológico, psiquiátrico ou encaminhamento para a consulta de desabilitação tabágica.

Conclusão

Com a introdução das técnicas reconstrutivas em cirurgia de CCP/ORL, aumentaram as possibilidades do tratamento cirúrgico dos tumores desta área, já que se tornou possível ampliar as margens de recessão, com sequelas pós-operatórias menores, assim como maior funcionalidade do local afectado.

O sucesso ou não do retalho pode implicar a perda significativa do tecido, constituindo uma experiência devastadora para o doente, quer física, quer emocional, originando em algumas situações diminuição de qualidade de vida.

Conscientes de que os cuidados ao doente submetido a cirurgia com retalho são de extrema importância, a nossa actuação impõe-se como urgente e premente, com vista a maximizar a viabilidade e funcionalidade do retalho, com o objectivo final de conseguir uma melhor qualidade de vida para o doente.

BIBLIOGRAFIA

1. CHANDLER, S. (2008) Cirurgia Plástica e Reconstrutiva. In Rothrock, J. e McEwen, D. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. Loures. Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-07-9, Cap. 24. pp. 863-905.
2. DURAZZO, M. e BRANDÃO L. (2005) Complicações dos retalhos miocutâneos: artigo de revisão. Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Vol. 34. N.º 1. Jan-Abril. pp. 27-30.
3. HAGGOOD, A. S. (2000) Cancro da Cabeça e Pescoço. In Otto, Shirley. Enfermagem Oncológica. Lusociência. ISBN 972-8383-12-6. Cap.11. pp. 249-292.
4. KATO, A. et al (2007) Reconstrução com retalho de plastima: uma opção viável? Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço – Vol. 36. N.º 3; Julho/Setembro. pp. 174-177.
5. LONG, B. (1999) Intervenções comuns em pessoas com problemas dermatológicos. In Phipps, W. et al. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Lisboa. Lusodidacta. ISBN 972-96610-0-6. Cap 73. pp. 2205-2224.
6. NICOL, N. e BLACK, J. (2005) Management of clients with integumentary disorders. In Black, J. e -Hawks, J. Medical Surgical Nursing. Estados Unidos da América. Elsevier Saunders. Cap. 51. ISBN 0-7216-0221-5. pp. 1389-1432.
7. LIU, J. e SHAH, J. (2010). Surgical Technique Refinements in Head and Neck Oncologic Surgery. Journal Surgical Oncology. June 15; 101(8). pp. 661-668.
8. DISA, J. SANTAMARIA, E. e CORDEIRO, P (2001). General Principles of Reconstructive Surgery for Head and Neck. In Shah, J.; Patel, S. American Cancer Society Atlas of Clinical Oncology – Cancer of Head and Neck. London. BC Decker. ISBN 1-55009-084-4. pp. 330-357.
9. KAPLAN, E et al. Preventing postoperative haematomas in microvascular reconstruction of the head and neck: lessons learnt from 126 consecutive cases. ANZ J. Surg. 2008; 78: pp. 383-388.
10. WEHAGE, I. e FANSA, H. (2011). Complex reconstructions in head and neck cancer surgery: decision making. Head & Neck Oncology. pp. 3-14.

REFUNDANDO A ENFERMAGEM PORTUGUESA: A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E A ESCOLA TÉCNICA DE ENFERMEIRAS DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA NOS ANOS 40

Rui Manuel Pinto Costa

Investigador do CITCEM- FLUP
Centro de Investigação Transdisciplinar Cultura, Espaço, Memória - Faculdade de Letras da Universidade do Porto

Instituída legalmente em 1940, a Escola Técnica de Enfermeiras (ETE) fazia parte do projecto inicialmente elaborado para o conjunto de edifícios que constituiriam o núcleo lisboeta do Instituto Português de Oncologia. Ao tempo da sua criação, surge numa altura em que se pretendia igualmente elevar o nível da profissão em Portugal, à qual faltavam ainda a afirmação científica e o reconhecimento social. Enquanto estabelecimento de ensino voltado para a formação técnica de enfermeiros com um componente significativo em oncologia, beneficiou das conexões que Francisco Gentil desenvolveu junto da Fundação Rockefeller, dando corpo a uma mudança formativa que marcaria o nível de preparação científica da enfermagem portuguesa.

PALAVRAS-CHAVE: escola técnica de enfermeiras; formação; enfermagem.

Legally established in 1940, the Technical College of Nurses (ETE) was part of the project initially developed for the group of buildings that were the core of the Portuguese Institute of Oncology of Lisbon. At that time, also was intended to increase the level of the profession in Portugal, which still lacked the scientific assertion and social recognition. While educational institution focused on technical training of nurses with a significant component in oncology, has benefited from the connections that Francisco Gentil developed with the Rockefeller Foundation, resulting in a change in the training of nursing Portuguese scientific preparation.

KEYWORDS: technical college of nurses; education; oncology nurse .

1. Os desafios da formação científica e profissional

De 1929 em diante, o Instituto Português de Oncologia (IPO) esteve incluído na linha da frente do projecto global de modernização científica portuguesa, ao mesmo tempo que se tornava num exemplo de modernidade tecnológica nos anos 30 e 40 do século XX.

Tal circunstância também imprimiu um novo sentido de modernidade profissional entre todos os técnicos de saúde que nele trabalhavam, em cujo ambiente se aperfeiçoavam ou aprendiam. O emergente paradigma da medicina que entretanto se formara com o advento e complexificação dos tratamentos

oncológicos nos anos 30 colocou exigências formativas diferentes, revelando as insuficiências de um projecto carente de técnicos preparados e imbuídos do sentido de modernidade científica e tecnológica que envolvia a instituição.

Se nessa altura a classe médica se preparava sobretudo no exterior para complementar e prosseguir o seu aperfeiçoamento em áreas como a cirurgia oncológica, a radioterapia ou – no futuro – da medicina nuclear, um outro grupo de técnicos de saúde encontraria na planificação do Instituto um lugar de singular relevo para a sua formação e afirmação profissional: as enfermeiras.

Em 1935, Francisco Gentil fez uma viagem de estudo por vários países europeus na qualidade de director do Instituto, onde pôde sedimentar o projecto de renovação hospitalar que entretanto o governo lançara. O objectivo principal residia na planificação dos futuros hospitais escolares, mas a oportunidade foi igualmente aproveitada para replanificar o “seu” Instituto de Oncologia, estabelecimento que desde 1927 funcionava em edifícios próprios, mas cuja expansão se encontrava em fase de preparação. Reconhecendo a eminente necessidade de dotar o novo hospital com um corpo de enfermagem qualificado e cientificamente preparado, Gentil tornou-se desde o início no seu principal impulsionador. Havia sobretudo a preocupação de assegurar a existência de profissionais em número suficiente, mas também com o grau de exigência adequado ao exercício das suas funções, em conformidade com as futuras necessidades dos hospitais escolares, em fase de projecto desde os anos 30.

2. A génese da Escola Técnica de Enfermeiras (ETE) no contexto da enfermagem portuguesa

No contexto da viagem de estudo de 1935, Francisco Gentil teve a oportunidade de visitar uma escola de enfermagem em Lyon, criada pela Fundação Rockefeller e ligada ao hospital da Granje Blanche (Hospital Herriot), junto da faculdade de medicina, tinha sido financiada a construída a expensas dessa fundação norte-americana¹. O contacto entre Gentil e a Fundação Rockefeller não era novo, tendo-se ini-

ciado alguns anos antes com o apoio dado à colocação de Georg Ettisch nos laboratórios de físico-química do IPO.

Convém referir que até ao início dos anos 30 a formação específica do pessoal de enfermagem passava em larga medida pelas pouquíssimas escolas entretanto criadas desde finais do século XIX e inícios do século XX. Em 1896 a Santa Casa da Misericórdia do Porto criou a Escola de Enfermeiros do Hospital Geral de Santo António; em 1901 teve início a Escola Profissional de Enfermeiros, a funcionar em dependências do Hospital de São José. Posteriormente, surge em Coimbra a Escola de Enfermagem da Universidade, secundada pela Escola de Enfermagem da Rainha Santa Isabel. Todas criadas no âmbito do sistema hospitalar e à sombra tutelar dos mesmos.

Com raras excepções, eram estas as instituições públicas onde se efectuava a formação da enfermagem portuguesa. Dos relatórios elaborados aquando das primeiras tentativas oficiais de reorganização das escolas de enfermagem em meados dos anos 40, é possível destacar os problemas que pejavam a enfermagem em geral e o seu ensino em particular². Verificavam-se, tanto no ensino como na prática da enfermagem, geral ou especializada, graves deficiências. Era habitual relegar a aprendizagem para o simples tirocínio prático ou remetê-lo à mera improvisação. As próprias escolas trabalhavam longe de uma acção educativa e exemplificadora eficiente, sem coordenação entre si, muitas vezes em condições precárias e com recurso a um corpo docente heterogéneo e por vezes inexistente. Era uma formação insuficiente e desigual, sem que os diplomados pudessem sequer fazer uso exclusivo do título, tanto mais que também pululava uma multiplicidade de pseudo-enfermeiros sem habilitações. O pessoal de enfermagem dos pequenos hospitais de província era geralmente improvisado, ensinado, o melhor que as circunstâncias permitiam, pelos médicos locais. Casos havia de alguns enfermeiros se transformarem em curandeiros, perante a indiferença ou inacção dos mesários, provedores e médicos das Misericórdias. A insignificância dos ordenados auferidos justificava quase sempre estas situações³.

A inexistência de enfermeiros portugueses com formação adequada ao ensino da nova enfermagem que se desenha a partir da década de 40 encontra-se plasmada no discurso oficial de Luís Adão, médico director da Escola Artur Ravara em 1943, que apontava para a falta de:

*“(...) uma instalação para internamento (...) entregue na execução do labor de enfermagem propriamente dito a mestras de indiscutível categoria. (...) confiadas a essas mestras idóneas e que naturalmente teriam de ser estrangeiras.”*⁴

Nos primeiros anos de funcionamento do IPO, ou seja, desde 1923, o corpo de enfermagem pertencia inicialmente ao Hospital Escolar de Santa Marta, sendo posteriormente remodelado de acordo com as necessidades impostas pela construção de edifícios próprios em 1927 e 1933. Na década de 30, dispunha de um grupo profissional bastante heterogéneo, com várias enfermeiras estrangeiras, incluindo inclusive algumas norueguesas. Possuíam hierarquia e eram residentes, realizavam registos de ocorrências e a duração do trabalho diário era determinado pelas necessidades dos doentes, nunca sendo inferior a 12 horas. Dada a penosidade e natureza caritativa associada ao trabalho de enfermagem, a insuficiência era habitual e a necessidade de captar novas candidatas tornou-se num desafio premente.

Os contactos que Gentil estabeleceu com Rolla B. Hill, médico representante da Rockefeller Foundation em Portugal, viabilizaram o projecto através da concessão de um forte apoio financeiro, subsidiando-a ainda durante alguns anos após a respectiva inauguração. A chegada de uma enfermeira inspectora da Fundação, Elisabeth Crowell, serviu para supervisionar a instalação dos serviços escolares, e da própria construção do edifício. Na dependência directa do Instituto, a ETE tinha por objectivo preparar um corpo de enfermagem para o IPO, mas também enfermeiras de saúde pública, tendo continuado a receber apoios financeiros da Rockefeller durante os anos 40 e 50, que incluíram várias bolsas nos EUA.

Instituída legalmente em 1940, a Escola Técnica de Enfermeiras do IPO, directamente adstrita à instituição que lhe dava nome, fazia parte do projecto mais

lato, inicialmente elaborado para o conjunto de edifícios que constituiriam o núcleo lisboeta do Instituto. Pretendia-se igualmente elevar o nível da profissão, à qual faltavam ainda a afirmação científica e o reconhecimento sociopolítico.

O preâmbulo do decreto que deu corpo e existência legal à nova escola é bem explícito na explanação da nova matriz cultural e técnica que lhe estava subjacente, ao considerar que *“(...) a enfermeira, para poder eficazmente trabalhar nas instituições de combate ao cancro, precisa de ter uma cultura superior, não apenas no que diz respeito às ciências naturais e à saúde pública em geral, mas sobretudo no campo da física das radiações, que não cabe no âmbito necessariamente limitado dos cursos de enfermagem actualmente existentes em Portugal (...)”*⁵

O facto de ter vindo a incluir formadoras e formandas provenientes da elite social do seu tempo, algumas com relações familiares a elementos da própria comissão directora do IPO, conferiu-lhe desde logo um lugar de relevo e de particular elitismo entre as demais escolas que entretanto surgiram a partir dos anos 40. Como exemplo refiram-se apenas os nomes de Maria Angélica Lima Basto Hansen e Alice Gentil da Silva Martins, a primeira era irmã do médico Lima Basto (futuro director do IPO) e a última era neta do próprio Francisco Gentil, tendo terminado o curso em 1953. Ainda em 1963 é possível encontrar os nomes das alunas Maria da Conceição Lopo Bénard Guedes e Maria Isabel da Gama Empis, que nos remetem de imediato para o mundo da comissão directora do Instituto e da filantropia associada às elites económicas e sociais que compunham as cúpulas da Liga Portuguesa Contra o Cancro.

Numa altura em que o exercício da enfermagem ainda se pautava em larga medida por um amadorismo tradicionalmente tolerado, e até informalmente promovido, a introdução de jovens mulheres de nível social elevado na profissão foi elemento diferenciador da nova enfermagem portuguesa. Não é de estranhar que é também nos anos 30 e 40 que se assiste a um redesenhar do papel da mulher portuguesa, agora chamada para uma área onde se podia evidenciar no exercício de um novo papel social.

Mas este não foi o único elemento diferenciador. Foi sobretudo o peso da introdução dos mais modernos e revolucionários conceitos relativamente à formação em enfermagem no nosso país. A qualidade da formação ministrada, algo de rasgadamente novo dentro das orientações formativas preconizadas para a enfermagem nacional, tornou-a durante muitos anos na mais prestigiada escola de enfermagem. Apadriñada pela colaboração técnica e assistência financeira da Fundação Rockefeller, a sua tutela pertenceu desde logo ao Ministério da Educação Nacional ao invés da habitual tutela do Ministério do Interior, uma novidade para a altura, mas igualmente o indício do novo tipo de escola que se estava a formar. Com uma carreira própria e desligada do sector da saúde e assistência, a autonomia pedagógica estava garantida sob a orientação da comissão directora do Instituto, cabendo ao respectivo presidente o cargo de inspector de ensino. Contudo, o ensino das disciplinas de enfermagem, bem como a direcção da escola estavam atribuídos exclusivamente a enfermeiras. Terminado o curso, poderiam ser admitidas ao exercício da enfermagem em todos os estabelecimentos hospitalares e de saúde pública do país.

As habilitações exigidas ultrapassavam largamente as normalmente requeridas à admissão das candidatas: era exigido como habilitação mínima o 2.º ciclo liceal (correspondendo ao actual 3.º ciclo do ensino básico) e o curso contava com três anos de duração. Como exemplo, refira-se que só a partir de 1947 se passa a exigir a todos os enfermeiros a instrução primária, sendo a formação de um ano para o *curso ordinário*, e de dois anos para o *curso completo*⁶. É também nesta época que se procede à reforma do ensino e da prática da profissão, sendo regulamentados os cursos de especialidades, através de uma reforma que impunha, no entanto, a proibição do casamento às enfermeiras, medida inspirada no modelo italiano, e que apenas seria revogada em 1963⁷. E se com a legislação de 1947 se modificou o nível da enfermagem portuguesa, foi apenas com a legislação de 1952 (Dec. Lei n.º 38 884) que se procurou colocar a enfermagem ao nível daquela já exercida no Instituto desde 1940.

A matriz feminina associada à profissão era elemento sujeito a referência legislativa, à qual não faltava a exigência de “(...) *conhecida idoneidade moral*.”⁸ o que tornava esta actividade numa “*profissão para raparigas*”⁹, assunto recorrente na propaganda do Boleim do IPO, numa altura em que o papel profissional da mulher portuguesa não estava ainda definido nem normalizado.

Mantinhm-se, contudo, algumas das premissas que desde sempre condicionaram mentalmente o acesso à actividade. Escolhia-se a profissão “*Por razões humanitárias, baseadas no amor ao próximo e desejo de ser útil. (...) Por razões de ordem moral, baseadas no amor de Deus e na prática da caridade.*” mas também por novos motivos: “*Por razões pessoais, baseadas no desejo de procurar um modo de vida.*”¹⁰ Da enfermagem como vocação passou-se a estar perante de uma enfermagem como profissão. E no caso da oncologia, com um lugar novo, delimitado pelo papel que podia desempenhar na luta contra a doença mais preocupante do pós-guerra.

3. A Fundação Rockefeller e a filantropia científica

A Fundação Rockefeller fazia parte de um pequeno conjunto de agências fundadas no começo do século XX que se pautavam pela doação, sem fins lucrativos, com vista à promoção de actividades científicas, em universidades e institutos de pesquisa, em face do crescimento da importância e das necessidades da ciência e da tecnologia de determinado país. Alargando pelo mundo um programa próprio de apoio à formação e desenvolvimento académico, pautava-se por um modelo de “filantropia em larga escala”, incluindo a denominada “filantropia científica”, que compreendia sobretudo a actuação nas áreas das ciências naturais, saúde pública e ensino superior, domínios considerados fundamentais para o desenvolvimento das sociedades modernas ou em vias de modernização¹¹.

Uma das suas prioridades era a concessão de bolsas de estudos nas áreas da medicina e da saúde pública, leccionadas nas universidades dos Estados Unidos, constituindo-se como um dos mais salientes aspectos

da sua política científica. Este acesso ao mundo universitário norte-americano foi aproveitado tanto pelos profissionais da área biomédica quanto, mais tarde, por cientistas que actuavam no campo da genética, da física, da biologia, da zoologia e da agronomia ¹².

Uma das áreas em que as contribuições deste organismo foram mais significativas foi a biomédica. Entre os anos de 1920 e 1960, ajudou a construir e implantar uma extensa rede de instituições científicas que propiciaram a difusão e a consolidação de um modelo de ciência, incentivando a criação de faculdades médicas, de novas disciplinas nas áreas da patologia, anatomia, histologia e microbiologia, e ainda de institutos de higiene, escolas de saúde pública e de enfermagem. O apoio às ciências biomédicas prolongou-se por várias décadas e foram vários os países que receberam recursos financeiros e humanos para a montagem de serviços de saúde, formação profissional e campanhas sanitárias. A ampla dimensão das suas actividades permitiu-lhe desdobrar-se em acções diferenciadas em vários continentes, conforme os seus interesses e a correlação de forças internas nos países onde interveio, apesar do apoio técnico e financeiro se basear num aparente pragmatismo apolítico ¹³.

Tal como noutras regiões do mundo, a Fundação Rockefeller aportou um significativo suporte técnico e financeiro à formação de profissionais médicos e de enfermagem no contexto português, onde estes eram insuficientes ou careciam da formação científica adequada.

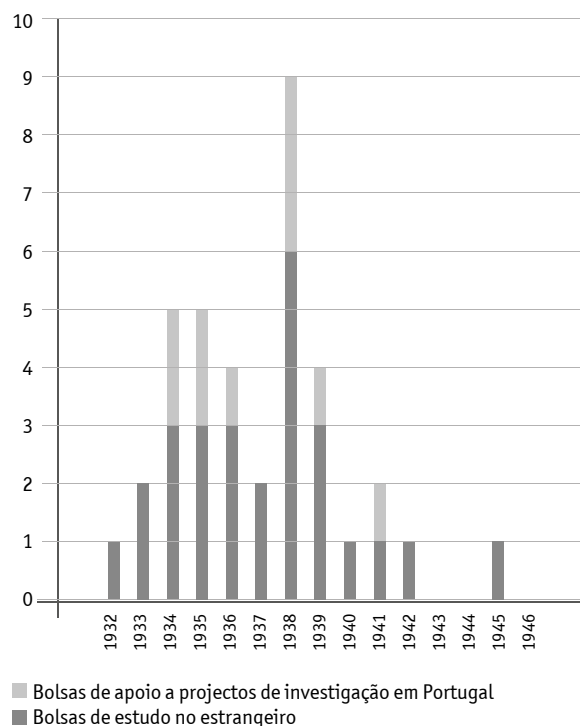
Se bem que tivesse começado a actuar em Portugal desde 1920, poucos anos após ser constituída, foi a partir dos anos 30 que o seu papel se tornou mais evidente, e maiores as somas investidas. Os apoios eram atribuídos exclusivamente nas áreas da ciência médica, educação para a saúde pública, combate ao sezonismo e enfermagem de saúde pública.

Inicialmente, Portugal recebeu apenas literatura científica, sob a forma de assinaturas de periódicos médicos. O apoio na obtenção de literatura médica foi inicialmente tomado como medida de emergência depois de 1918. Realizada em países europeus com baixas taxas de câmbio, e onde a pesquisa e ensino

médico foram duramente atingidos, particularmente em instituições incapazes de adquirir os periódicos estrangeiros que os colocavam em contacto com os recentes desenvolvimentos da medicina. No caso português, este apoio durou de 1920 a 1930, apesar de ter sido descontinuado na maior parte dos países europeus desde 1927. Em todo o caso, era um apoio residual e quase insignificante; basta referir que em 1922, das 1323 assinaturas remetidas a 216 bibliotecas médicas em 12 países europeus, apenas duas delas eram portuguesas ¹⁴.

Foi apenas em 1932 que se deram os primeiros passos preliminares para expandir a cooperação sanitária no nosso país. É a partir dessa altura que a cooperação com a Direcção Geral de Saúde se torna sistemática e regular. A concessão de várias bolsas, fossem de apoio a projectos de investigação em Portugal ou destinadas a estudo no estrangeiro, eram disso um bom exemplo. (Ver gráfico 1)

Gráfico 1 - Bolsas de estudo e de investigação atribuídas em Portugal pela Fundação Rockefeller (1932-1946).



Fonte: Extraído e condensado a partir de THE ROCKEFELLER FOUNDATION. Annual Reports. 46 vol. New York: The Rockefeller Foundation, 1913/14-1959.

Os anos de 1933-39 foram de particular focalização na área do sezonismo, tendo-se realizadas várias experiências no sentido de promover um controle satisfatório da endemia nos arrozais portugueses, mas também se atribuíram outras bolsas na área da medicina e da enfermagem, com o intuito de preparar pessoal sanitário para lugares específicos em serviços de saúde governamentais. Desde 1937, e com vista ao melhoramento dos programas de treino dos profissionais na educação para a saúde pública, o apoio redireccionou-se para institutos de higiene e escolas de enfermagem.

As actas da comissão directora do Instituto revelam que os contactos com o médico Rolla B. Hill, representante da Fundação Rockefeller, tinham começado em Outubro de 1936, altura em que Francisco Gentil manifestou a sua satisfação em ver concretizado o projecto de uma escola de enfermagem ligada ao IPO. O projecto estaria concluído em 1939, altura em a criação da escola é autorizada pelo ministro da educação, mas a construção do edifício estaria terminada apenas em 1944. Isso não impediu que o curso começasse a ser ministrado em instalações provisórias na Avenida da República, em Lisboa ¹⁵.

A guerra, que entretanto espoletara, afectou radicalmente as actividades da Fundação no exterior dos EUA. Em Junho de 1940 o gabinete de Paris foi encerrado, tendo-se procedido de imediato à abertura de um outro em Lisboa, que seria por sua vez encerrado em Julho do ano seguinte. Apesar de efémero, aos cerca de 12 meses da permanência deste gabinete temporário aproximaram ainda mais a Fundação da realidade sanitária portuguesa, ao mesmo tempo que permitiram um contacto mais directo entre os seus delegados e os responsáveis políticos da saúde. Houve uma mudança considerável na direcção geográfica das ajudas providenciadas, e também na ênfase conferida aos problemas imediatos levantados pela guerra, que em certa medida favoreceram Portugal, um dos poucos países europeus que continuou a beneficiar dos fundos da Rockefeller durante a guerra.

Após um período de expansão na Europa, a fundação viu-se na contingência de descontinuar a maioria das actividades em curso, devido à impossibilidade

de manter o seu pessoal em condições adequadas de segurança. Apesar de contribuir com um programa de emergência relacionado com a guerra em várias partes do mundo, o fulcro do apoio sanitário deslocou-se quase inteiramente para a América do Sul.

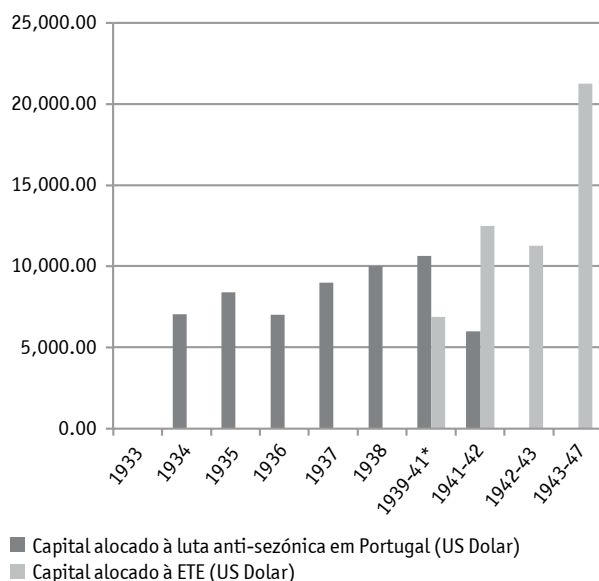
Em 1941, os únicos projectos ainda activos em território europeu eram cinco, a esmagadora maioria deles em Portugal. Permaneciam activos três projectos: a investigação sobre malária, o apoio ao Centro de Saúde de Lisboa, e o financiamento da Escola Técnica de Enfermagem do IPO. Os dois restantes dividiam-se entre Madrid e Londres, mas sem o peso do financiamento atribuído aos projectos portugueses. Em 1942, o único programa de educação para a saúde pública no activo em todo o território europeu era o da ETE.

4. A ETE: o maior projecto da Rockefeller em Portugal

“(...) a Fundação Rockefeller representou, certamente, o papel do “Abre-te sésamo!”. Serviu de motor de arranque para um projecto que carecia, tal como hoje acontece com muitos outros, do apoio e experiência da competência estrangeira, além de que, em termos económico-financeiros representava uma garantia não apenas de concretização, mas de concretização imediata.”¹⁶

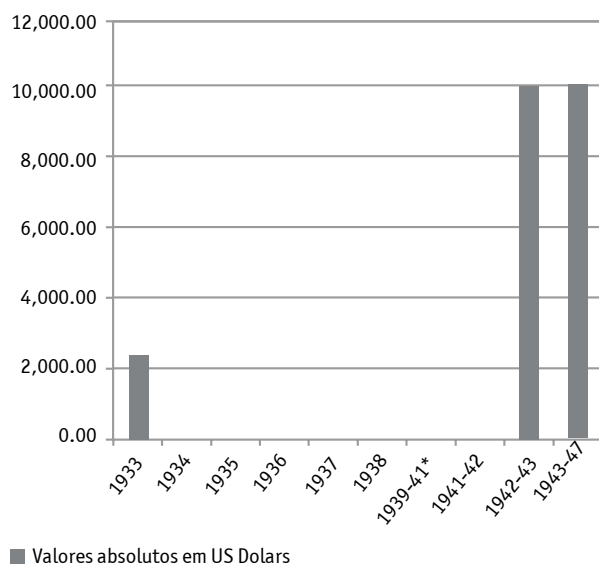
Estas palavras de Beatriz de Mello Corrêa expressam e resumem com particular felicidade o papel desempenhado pela Fundação Rockefeller. A partir de 1941, a criação da escola de enfermagem começou a absorver uma parte muito considerável das contribuições financeiras da Fundação, tornando-se no projecto com maior volume de capital atribuído desde o início da década. Os fundos que desde 1933 foram investidos na luta anti-sezonática, grave problema endémico em algumas regiões do país, foram progressivamente descontinuados, dando lugar a um novo projecto de preparação de profissionais de saúde, também eles muito voltados para as áreas da saúde pública. Com efeito, o financiamento da ETE foi uma das acções com maior peso na alocação de fundos da Fundação Rockefeller. (Veja-se os gráficos 2 e 3)

Gráfico 2 – Comparação entre os fundos alocados pela Fundação Rockefeller à luta anti-sezonalítica e à Escola Técnica de Enfermeiras (1933-1947).



Fonte: extraído e condensado a partir de THE ROCKEFELLER FOUNDATION. Annual Reports. 46 Vol. New York: The Rockefeller Foundation, 1913/14-1959. Os valores referem-se apenas à luta anti-sezonalítica e à Escola Técnica de Enfermagem de Lisboa.
*O capital alocado à ETE corresponde apenas ao ano de 1941.

Gráfico 3 – Fundos alocados pela Fundação Rockefeller à Direcção-Geral de Saúde (1933-1942).



Fonte: Extraído e condensado a partir de THE ROCKEFELLER FOUNDATION. Annual Reports. 46 vol. New York: The Rockefeller Foundation, 1913/14-1959. Alocação de fundos da Fundação Rockefeller à Direcção-Geral de Saúde (1933-1942). Os valores relativos ao triénio 1940-42 correspondem ao capital total acumulado para esse período.

Para além do edifício construído de raiz, é inegável o papel da Fundação na nova identidade profissional da enfermagem portuguesa. Aspectos determinantes dessa mudança são a qualidade da formação, o cuidado colocado na selecção das candidatas e a resultante nova credibilidade da profissão. A escola modelo que se criou foi fortemente influenciada pelo modelo norte-americano, fosse ao nível da organização e funcionamento, fosse ao nível do currículo adoptado. O modelo era semelhante ao implantado na Universidade de Toronto, no Canadá. Em paridade, a Rockefeller imprimiu-lhe uma orientação pedagógica, marcada por critérios universalistas, dedicação integral dos professores, ênfase na pesquisa, definição de padrões técnicos de trabalho para a enfermagem hospitalar e de saúde pública, a par da difusão de um enfoque operacional para a organização das campanhas sanitárias.

As bolsas de estudo atribuídas durante os anos 50 para o aperfeiçoamento de algumas graduadas da ETE na América do Norte, a par da utilização dos programas de formação da escola portuguesa em projectos da Organização Mundial de Saúde, são um sintoma do salto qualitativo da enfermagem promovida no seio do IPO.

A inauguração do edifício da escola em Maio de 1944 era a marca visível de um processo que mudaria a face da formação da enfermagem portuguesa, imagem plasmada no sentido de modernidade científica e profissional do próprio IPO, e devedora do habitual apoio do Governo à causa da luta contra o cancro:

“Ao espírito de iniciativa, à persistência e à preocupação pelos interesses dos doentes que têm presidido à execução da obra do Instituto Português de Oncologia e à ajuda e compreensão que os poderes públicos lhe têm dispensado, se deve mais esta realização, de uma enorme importância para a solução da nossa assistência médica, criando as possibilidades de se formar um corpo de enfermagem digno das actuais exigências hospitalares.”¹⁷

Assente num programa de estudos recomendado pelo Conselho Internacional de Enfermeiras e pela Liga de Educação de Enfermeiras, a directora da escola, Maria Angélica Lima Basto Hansen, não deixou de referir o salto qualitativo que a nova formação conferia:

“Passaram estas senhoras através de todas as fazes que o nosso curso lhes oferece, desde o primeiro período dedicado ao estudo das ciências básicas (...) que compreende o estudo das ciências biológicas, sociais e arte de Enfermagem, prepararam-se teoricamente e fizeram os seus estágios hospitalares de oito horas diárias em tudo o que respeita a enfermagem médica, cirúrgica, pediátrica e obstétrica, de doenças mentais e infecto-contagiosas, tiveram a sua educação teórica e prática sobre enfermagem de saúde pública e por fim tiveram o necessário treino em administração e ensino nas enfermarias.”¹⁸

Outro aspecto menos conhecido, mas não menos-prezável era o da postura e sentido marcial introduzido na instrução das alunas: do cuidado posto na apresentação pessoal ao primor colocado no fardamento em todas as circunstâncias, era-lhes inculcado um sentido de rigor e aprumo profissional que as distinguia entre as demais diplomadas por outras escolas.¹⁹ Dez anos após a inauguração, muitas acabaram por ser absorvidas pela instituição, principal beneficiada com um trabalho de enfermagem muito diferente daquele percebido até então:

“Ora, nós temos de reconhecer que até há pouco tempo as exigências dos hospitais portugueses em matéria de enfermagem eram modestas. Os hospitais de província consideravam o diploma dos enfermeiros como luxo desnecessário. Mesmo nos hospitais das maiores cidades os médicos atribuíam aos enfermeiros uma função predominantemente de vigilância sobre os doentes. A intervenção deste pessoal no tratamento dos enfermos era limitadíssima. Em 1940 iniciou-se entre nós um novo ciclo do ensino da enfermagem com a abertura da Escola do IPO. Não obstante o alto nível técnico, único entre nós, é certo que as dimensões reduzidas desta escola e as grandes despesas pessoais e orçamentais a que obrigou e obriga não lhe permitiram influir, como seria de desejar, na assistência pública. As enfermeiras ali diplomadas, em número reduzido, têm ficado, na sua maior parte, ao serviço do IPO. Só uma ou outra tem vindo servir em estabelecimentos exteriores.”²⁰

Apesar de um novo sentido de autonomia profissional e formativa que se pretendia ver associado à enfermagem, manteve-se quase sempre uma visão hospitalo-cêntrica da profissão, a par de uma perma-

nente tutela médico-hospitalar da enfermagem. Prova disso é o papel desempenhado pela comissão directora do IPO, totalmente constituída por médicos, que indicavam os professores e prelectores da escola, mesmo que a direcção da ETE os pudesse substituir por quem e quando entendesse. Por outro lado, o facto de existirem ligações familiares directas entre elementos destacados da comissão directora do Instituto e da direcção da ETE nos seus primeiros anos, prefigura igualmente a existência de estratégias de poder dentro de uma estrutura escolar que se manteve longo tempo sob a alçada directa da comissão directora do Instituto.

Mas isso não invalida o seu pioneirismo. Por um lado era um espaço académico dedicado à formação de novos profissionais de saúde, mas ao mesmo tempo foi um campo onde conviviam competências profissionais diversas, mas complementares, num espaço que também era um lugar de concorrências.

É possível encontrar nas origens e premissas de funcionamento desta escola os sinais de um poder simbólico, assente no pensamento de Pierre Bourdieu. Neste sentido, trata-se de um lugar onde se produz a identidade de um grupo, tanto profissional quanto cultural, e onde a relação que se estabelece entre o espaço académico e a sociedade configura a existência de um campo de relações entre competências profissionais, conhecimento leigo e ideologias da época.²¹ O caso da ETE é singular: durante longo tempo a enfermagem do IPO manteve uma posição distinta das demais instituições, regendo-se por normas e tomadas de decisão internas, fosse no respeitante ao recrutamento das profissionais, na sua promoção e acesso a cargos de chefia, ou ainda no referente às condições de trabalho.

A autonomização da enfermagem dentro do Instituto tomou nova forma a partir de 1957, quando foi criado um órgão de direcção presidido por uma enfermeira que detinha a competência para decidir sobre todos os actos e actividades próprias dos profissionais. A nova figura criada, a Superintendente de Enfermagem, foi mais um passo na autonomização da classe dentro da estrutura hospitalar do Instituto.

A formação contínua, que continuou a ser valorizada e subsidiada com estágios e cursos de especialidade em centros norte-americanos, permitiram manter um elevado grau de preparação das profissionais, vista acima de tudo como uma missão institucional. Os programas de aperfeiçoamento individual, solicitados à ETE por enfermeiras nacionais ou estrangeiras, quase sempre a título institucional (OMS, British Council, Escolas de enfermagem, etc.) espelham a existência de um lugar de proeminência formativa na enfermagem portuguesa.

Com efeito, o resultado da ETE encontra-se plasmado no lugar de destaque que muitas das suas formandas entretanto passaram a ocupar nos 25 anos seguintes à inauguração da escola, em particular nas chefias de enfermagem quer em hospitais públicos como privados, e ainda a actividade desenvolvida no estrangeiro ocupando cargos em organizações internacionais, nomeadamente na OMS. Não tendo inicialmente a pretensão de preparar enfermeiras para posições de chefia ou de ensino, o facto é que muitas foram chamadas a ocupar posições desse tipo, constituindo de imediato as cúpulas das chefias de enfermagem em diferentes serviços, ou mesmo dos organismos directivos de enfermagem em vários hospitais afectos ao sistema nacional de saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. Cf. o "Discurso do Sr. Prof. Dr. Francisco Gentil no Instituto Português de Oncologia na sessão em que foram entregues diplomas às primeiras enfermeiras da sua Escola Técnica." Boletim da Assistência Social. N.º 31 e 32 (Setembro e Outubro de 1945), pp. 198-200.
2. Cf. "Reorganização das Escolas de Enfermagem. Relatório do Decreto-Lei N.º 32.612". Boletim da Assistência Social. N.º 11 (Janeiro de 1944), p. 495.
3. Cf. CORREIA, F. da Silva – "Alguns aspectos do problema hospitalar em Portugal." Boletim da Assistência Social. N.º 17 a 19 (Junho a Setembro de 1944), pp. 203-206.
4. Inauguração do ano lectivo da Escola de Enfermagem Artur Ravara" Boletim da Assistência Social. N.º 11 (Janeiro de 1944), p. 496.
5. Dec. Lei n.º 30 447, de 17 de Maio de 1940.
6. Cf. o Dec. Lei n.º 36 219, de 10 de Abril de 1947.
7. Cf. os Dec. Lei n.º 32 612, de 31 de Dezembro de 1942 e Dec. Lei n.º 44 923, de 18 de Março de 1963.
8. Dec. Lei n.º 30 447, de 17 de Maio de 1940. Artigo 4.º.
9. Cf. "A mais bela profissão feminina." Boletim do IPO. Vol. 7. N.º 6 (1940), p. 1, "Uma profissão para raparigas." Boletim do IPO. Vol. 7. N.º 6 (1940), pp. 3-6.
10. "Porque se escolhe Enfermagem". Boletim do IPO. Vol. 30. N.º 6 (1963), p. 10.
11. Cf. HOWE, Barbara – "The Emergence of Scientific Philanthropy, 1900-1920: Origins, Issues and Outcomes". In ARNOVE, R. F. (ed.) – Philanthropy and Cultural Imperialism: The Foundations at Home and Abroad (2ª ed.). Bloomington: Indiana University Press, 1982, pp. 25-54.
12. Cf. HANSON, E. – The Rockefeller University Achievements. A Century of Science for the Benefit of Humankind 1901-2001. New York: Rockefeller University Press, 2000, e LÖWRY, I.; ZYLBERMANN, P. – "Medicine as a Social Instrument: Rockefeller Foundation. 1913-1945." Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences. 31 (2000), pp. 365-379.
13. Cf. FARLEY, J. – To cast out disease. A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951). Oxford: OUP, 2004.
14. Cf. THE ROCKEFELLER FOUNDATION. Annual Report. New York: The Rockefeller Foundation, 1922, p. 37.
15. Cf. CORRÊA, Beatriz de Mello – Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras. 1940-1988. Lisboa: Beatriz de Mello Corrêa, 2002.
16. CORRÊA, Beatriz de Mello – Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras. 1940-1988. Lisboa: Beatriz de Mello Corrêa, 2002, p. 62.
17. Excerto do Boletim do IPO, transcrito em BOTELHO, Luís da Silveira (Coord.) – O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos. Mafra: Elo, 2000, p. 47.
18. Excerto do Boletim do IPO, transcrito em BOTELHO, Luiz da Silveira (coord.) – O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos. Mafra: Elo, 2000, p. 48.
19. Esta é a ideia com que o autor fica da entrevista realizada à Enfermeira M. Conceição Bénard Guedes em Lisboa a 14/02/2011. Neta de Francisco Bénard Guedes (membro da primeira comissão directora do IPO), foi diplomada pela ETE em meados da década de 60, tendo gentilmente acedido a uma entrevista conduzida pelo autor e pelo Prof. Dr. João Rui Pita, do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX.
20. Diário das Sessões da Assembleia Nacional. Sessão n.º 25, 4 de Fevereiro de 1954, p. 37.
21. Cf. BOURDIEU, Pierre – O poder simbólico. Lisboa: Difel, 1989.

LEGISLAÇÃO

- Dec. Lei n.º 30 447, de 17 de Maio de 1940.
Dec. Lei n.º 32 612, de 31 de Dezembro de 1942.
Dec. Lei n.º 36 219, de 10 de Abril de 1947.
Dec. Lei n.º 44 923, de 18 de Março de 1963.

PERIÓDICOS

- Boletim da Assistência Social (1944-1945)
Boletim do Instituto Português de Oncologia (1940-1963)
Diário das Sessões da Assembleia Nacional (1954)

CICLO DE CONFERÊNCIAS EM ONCOLOGIA

Oncologia Molecular e Terapêuticas Target: O que mudou?

*Prof. Rui Medeiros,
Centro Investigação IPO Porto*



É conhecido que as células neoplásicas adquirem capacidades extras para estimular a angiogénese e invadir os tecidos. Os avanços da biologia molecular tem permitido conhecer os diferentes aspectos da biologia básica das células tumorais e das respostas destas no processo neoplásico. O crescente conhecimento destes mecanismos moleculares subjacentes à natureza dos vários estadios de desenvolvimento da carcinogénese, os genes-alvo envolvidos, seus produtos e funções, e como as moléculas-chave envolvidas em cascatas de sinalização agem e cooperam entre si na transformação das células malignas, permite levar à descoberta de novas tecnologias de diagnóstico e de terapêutica-alvo. O que existe de novo e o que se está a investigar, é o objectivo desta conferência, organizada para o dia 28 Março pelas 21h30, no Hotel Tiara Park, no Porto. A entrada é livre para todos os colegas que se interessam por esta temática actual em oncologia, pelo que todos estão convidados. Será um espaço de formação, discussão e reencontro com colegas diferentes áreas.

PROJECTO E-TARGET



As novas terapêuticas dirigidas (anticorpos monoclonais) são dos mais importantes desenvolvimentos actuais no tratamento do cancro – muitas destas novas terapêuticas estão em fase de desenvolvimento e em início de aplicação junto dos nossos doentes. Conhecer estas terapêuticas e saber abordar as complicações apresentadas é um desafio novo para os enfermeiros que trabalham na área da oncologia.

Neste contexto, a AEOP, como apoio da Amgen, disponibiliza na sua plataforma Web a possibilidade de realizar esta formação on-line com possibilidade de ser certificada após avaliação positiva. Para realizar esta formação terá de entrar em www.aeop.net e seguir as instruções.

Esta formação estará disponível de forma gratuita a partir de Abril 2012.

ENCONTROS DE ONCOLOGIA PRIMAVERA

Évora, 19 a 22 Abril 2012



Nos próximos dias 19 a 22 Abril irão decorrer os habituais Encontros da Primavera, em Évora. Mantendo os êxitos dos anos anteriores, será mais uma das importantes reuniões científicas nacionais, onde a AEOP irá estar presente com um programa científico de enfermagem em paralelo. Neste ano de 2012, teremos pela primeira vez um curso pré-reunião, no primeiro dia dos trabalhos, sobre investigação em Enfermagem. Nos dias 20 e 21, teremos

4 sessões científicas versando as seguintes áreas: Cancro da Cabeça e Pescoço - doente com Sarcoma e lançaremos a primeira discussão para a definição da linha de consenso sobre *Terapêutica hormonal no cancro da Mama*; teremos uma sessão sobre *Educação em Oncologia: Estratégia para mudança de comportamentos*; e a 4.ª sessão será sobre *a dor crónica no doente com cancro*.

Estamos a planear um programa abrangente e de encontro às necessidades dos congressistas. Certamente que estão criadas todas as condições para bons momentos de discussão e partilha de diferentes experiências em contextos práticos diferentes.

Toda a informação deste evento está disponível em www.aeop.net.

5.ª REUNIÃO NACIONAL AEOP

Curia, 25 e 26 Maio 2012



Submissão de Resumos:

De 1 Janeiro a 10 Maio 2012

Inscrições na Reunião:

A partir de 01 Março 2012

Nos próximos dia 25 e 26 Maio irá decorrer a 5.ª Reunião Nacional, no Curia Palace Hotel. Brevemente irá ser divulgado o programa científico, onde constam os seguintes temas: Técnicas Inovadoras no Tratamento em Oncologia; Doença Hemato-Oncológica; Papel da Enfermagem na Investigação clínica; Controlo de Sintomas; Abordagem Pediátrica

em Oncologia; Vivências da doente com Cancro da Mama. Teremos simpósios temáticos e a habitual apresentação e discussão de trabalhos apresentados em forma de posters. Os melhores trabalhos serão premiados. Estamos a organizar um curso pré-reunião, a decorrer na tarde de quinta feira, dia 24 Maio, assim como a sessão especial de abertura no final do dia.

Numa localização privilegiada, a 200 km de Lisboa e a 150 km do Porto, com estação de comboio em frente ao Hotel, a Curia, centro da Bairrada e do país, desfruta de excelentes condições para este evento. Contamos com uma palestrante de renome a nível europeu e com um programa social paralelo de forma a complementar a qualidade do evento. Estamos a trabalhar para que esta Reunião seja mais um marco de qualidade científica para a Enfermagem Oncológica Portuguesa.

Toda a informação e o acompanhamento deste evento poderá ser feito em www.aeop.net.

Marque na sua agenda. Contamos com a sua presença.

PROJECTO EDUCAR E PREVENIR:

Vamos publicar Livro Infantil



PROJECTO
EDUCAR E PREVENIR

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, através do grupo específico de trabalho "AEOP Educação", e a Secção Regional do Norte da Ordem

dos Enfermeiros organizaram um Concurso Literário Infanto-Juvenil destinado a promover a prevenção do cancro através do conto infantil ainda durante o ano de 2011.

A editora Lusodidacta assumiu este projecto e está na fase de edição o livro "*Histórias da minha vida no comboio da saúde*".

AEOP JÁ É MEMBRO DA ISNCC

International Society of Nurses in
Cancer Care



Desde Janeiro 2012 que a AEOP passou a ser membro efectivo da ISNCC. Esta organização mundial agrupa membros individuais, institucionais e colectivos de todos os países, do continente africano, americano, Ásia e Europa. A sua sede fica em Vancouver, no Canadá, e apresenta um conjunto de actividades científicas abrangentes e transversais a outros países e organizações a nível mundial. Com esta nossa adesão, a Enfermagem Oncológica Portuguesa passa a ter uma porta aberta a outras organizações congéneres, como a Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO), a americana Oncology Nursing Society (ONS), a Cancer Nurses Society of Australia (CNSA), até à Brazilian Oncology Nursing Society (SBEO), entre muitas outras.

Toda a informação desta nossa parceria está disponível em www.aeop.net.

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 GINECOLÓGICO

Variação genética ajuda a prever sobrevivência de pacientes com cancro do ovário

Num estudo publicado na revista *Oncogene*, investigadores do Yale Cancer Center, nos EUA, demonstraram que uma pequena variação genética prevê as hipóteses de sobrevivência e a resposta ao tratamento para doentes com cancro do ovário, avança o portal ISaúde. As descobertas fornecem novos dados sobre a biologia de uma classe recém-identificada de marcadores de cancro e sugerem que um teste genético pode ajudar a orientar o tratamento de mulheres com a doença. “Isso dá-nos uma maneira de identificar quais as mulheres que estão em maior risco para a resistência à quimioterapia com platina, o tratamento padrão para o cancro do ovário, e ajuda a identificar pacientes com cancro ovariano sujeitas aos piores resultados”, explica a autora sénior da pesquisa, Joanne Weidhaas, professora associada de radiologia terapêutica.

Na pesquisa, a equipa descobriu que mulheres que possuem uma variante do oncogene *Kras* bem conhecida são três vezes mais resistentes à quimioterapia padrão de platina do que as mulheres sem a variante. Além disso, mulheres pós-menopáusicas com a variante são significativamente mais prováveis de morrer

de cancro do ovário. Cerca de 12 a 15% das caucasianas e 6% das Afro-americanas nascem com a variante genética, o que ajuda a regular a destruição das células danificadas. Esta variante é encontrada em até 25% das pacientes com cancro do ovário recém-diagnosticado.

Apesar de boas alternativas à quimioterapia ainda não estarem disponíveis para as mulheres com cancro do ovário que têm a variante, várias drogas em desenvolvimento que têm como alvo o gene Kras e vias associadas têm mostrado grande promessa. Weidhaas e sua equipa estão desenvolvendo um teste de diagnóstico baseado na variante Kras. O biomarcador intriga os cientistas porque é uma variante funcional em uma área de ADN que não codifica proteínas. Em vez disso, a variante perturba como o microRNA controla a expressão do gene.

Os investigadores descobriram também que este microRNA variante do gene Kras está associado a um risco maior de cancro de mama e cancro de pulmão. Outros investigadores encontraram associações com mau resultado no cólon, assim como cancro de cabeça e pescoço. Em testes de laboratório, os investigadores bloquearam a variante e reduziram de forma significativa o crescimento de células do cancro do ovário. Isto sugere que atacar o local da variante pode um dia ajudar a tratar o cancro nestes pacientes.

POP, 6 DEZEMBRO 2011

Desenvolvido novo teste para detectar cancro do útero

Investigadores da Universidade de Londres, no Reino Unido, afirmaram que desenvolveram um método mais eficaz que o teste de Papanicolaou para detectar o cancro do útero. O nome do processo é “Test DIY”,

avança a Universia Brasil. O estudo foi publicado na revista *The Lancet Oncology*. Os cientistas acreditam que o teste de Papanicolaou, realizado em mulheres com idade entre 25 e 65 anos de idade a cada três ou cinco anos para identificar os sinais de cancro no colo do útero, pode apresentar uma melhoria com o novo método de análise. O novo modelo foi desenvolvido pelos cientistas Hormuzd Katki e Nicolas Webtzensen, e tira uma amostra das células do colo do útero para detectar, com a ajuda de microscópios, as lesões que podem resultar em cancro. Ao ser aplicado, segundo resultados dos testes, foram detectados mais casos de cancro e em estágios mais leves.

Cerca de 45 mil mulheres com idade entre 29 e 56 anos participaram no estudo. De acordo com os cientistas, se o método for colocado em prática com todas as mulheres com mais de 30 anos, seria possível reduzir a necessidade de fazer o exame a cada três anos.

A maioria dos casos de cancro de colo de útero, assim como vários outros tipos de cancro que atingem as mulheres e homens, é causada pelo HPV, transmitido através de relações sexuais. Já existe uma vacina que previne a infecção pelo vírus em vários países, porém, as mulheres com mais de 30 anos – e a maioria da população feminina em países em desenvolvimento – não estão a ser vacinadas.

POP, 20 DEZEMBRO 2011

METASTIZAÇÃO ÓSSEA

FDA expande indicação do Prolia® da Amgen

A FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) expandiu na segunda-feira a aprovação do Prolia® (denosumab) da Amgen para incluir a indicação de aumen-

tar a massa óssea em mulheres com cancro da mama e em certos homens com cancro da próstata não-metastático. A farmacêutica sublinhou que o Prolia® é o primeiro medicamento a conseguir aprovação nos EUA para a perda óssea induzida pelo tratamento oncológico em doentes submetidos à terapia de ablação hormonal, avança o site FirstWord.

Especificamente, o composto é autorizado para uso em mulheres com alto risco de fractura a receber tratamento adjuvante com inibidores da aromatase para o cancro da mama e em homens com alto risco de fractura com cancro da próstata que estão a ser tratados com terapia de privação de andrógeno.

As aprovações foram baseadas em dados de dois estudos de Fase III. No primeiro estudo, que envolveu 1468 homens com cancro da próstata não-metastático submetidos a terapia de privação de andrógeno, a densidade mineral óssea foi significativamente maior na coluna lombar após dois anos em doentes tratados com o fármaco da Amgen versus placebo. Após três anos de tratamento com Prolia®, as diferenças na densidade mineral óssea foram de 7,9% na coluna lombar, 5,7% no total da anca e 4,9% no colo do fémur. Além disso, a incidência de novas fracturas vertebrais foi 62% menor para os homens a serem tratados com Prolia®. No segundo estudo, que envolveu 252 mulheres na pós-menopausa com cancro da mama a receber tratamento adjuvante com inibidores da aromatase, as doentes que receberam o fármaco da Amgen revelaram maior densidade mineral óssea na coluna lombar em 12 meses em comparação com placebo. Após dois anos de tratamento com Prolia®, as diferenças na densidade mineral óssea foram de 7,6% na coluna lombar, 4,7% no total da anca e 3,6% no colo do fémur. O Prolia® foi aprovado pelos órgãos

reguladores nos EUA em 2010 para tratamento da osteoporose em mulheres pós-menopáusicas com risco aumentado de fracturas. O fármaco obteve vendas de 44 milhões de dólares no segundo trimestre, superando as expectativas, após ter ficado aquém das estimativas de analistas nos três trimestres anteriores. Os analistas têm sugerido que as vendas do produto podem chegar a quase 1,2 mil milhões de dólares em 2014.

POP, 20 SETEMBRO 2011

Fármaco é capaz de atrasar metástase óssea do cancro da próstata

Um estudo clínico internacional relevou que o tratamento com um fármaco que suprime a decomposição normal dos ossos pode atrasar o desenvolvimento de metástases ósseas nos homens com cancro da próstata. O estudo é o primeiro a conseguir reduzir a metástase óssea nesses pacientes e reforça a importância de se tratar o microambiente ósseo para evitar a disseminação do tumor de próstata, avança o portal ISaúde. “Os pacientes de cancro da próstata que desenvolvem metástase óssea costumam ter resultados maus, então, impedir o desenvolvimento de metástase tem sido uma necessidade clínica importante não atendida. Esta primeira demonstração de um tratamento que possa cumprir essa meta é uma realização significativa que deverá conduzir a melhores estratégias de tratamento”, disse o professor de medicina Matthew Smith. O osso é o local mais comum – em alguns pacientes o único local – para o desenvolvimento da metástase do cancro da próstata, que pode levar à dor, fracturas e à necessidade de cirurgia ou radioterapia. Quase todos os homens que morrem de cancro da próstata têm metástase óssea. Uma pesquisa anterior sugeriu que o de-

envolvimento metastático envolve interações entre factores de crescimento secretados pelo tumor e o processo normal pelo qual o tecido ósseo é quebrado e reconstruído. Estudos em animais indicaram que inibir os osteoclastos – as células que causam a reabsorção do osso – pode evitar a metástase e que a sua expressão nas células de cancro de uma proteína de sinalização chamada RANKL, que activa os osteoclastos, pode preparar o microambiente ósseo para a disseminação do tumor. O Denosumab é um anticorpo monoclonal contra a RANKL e é aprovado pela FDA para dois usos – tratamento de osteoporose e prevenção de fracturas nos pacientes com metástases ósseas de tumores sólidos. O Denosumab é comercializado pela Amgen – que financiou o estudo actual – sob o nome Prolia®, para o tratamento de osteoporose e Xgeva®, para o tratamento do cancro. O estudo actual inscreveu 1.432 participantes em 319 centros em 30 países – todos pacientes com cancro da próstata cujos tumores tinham parado de responder à terapia de privação de androgénio e eram livres de metástase, embora os crescentes níveis de PSA tenham indicado que estavam em risco de metástase.

Os participantes foram aleatoriamente designados para receber injeções de denosumab ou de um placebo a cada quatro semanas. Durante o período de dois anos do estudo, os pacientes foram examinados – incluindo um exame ósseo – a cada quatro meses, e pesquisas de raios-X do esqueleto foram realizadas anualmente. Se um exame nos ossos indicava a presença de metástase, ela era confirmada com um raio-X, tomografia computadorizada ou ressonância magnética. Após esta confirmação, o tratamento em estudo foi interrompido, já que outras terapias são aprovadas para o tratamento do cancro da próstata metastático.

Os resultados do estudo indicaram que o tratamento com Denosumab aumentou a sobrevivência livre de metástase óssea – definida como o tempo, até a primeira metástase ou a morte por qualquer causa – por uma média de mais de quatro meses, estendeu o tempo antes da primeira metástase e retardou os sintomas das metástases. Os marcadores bioquímicos indicaram que o tratamento com o Denosumab fez reduzir a remodelação óssea. Apesar de não ter existido diferença na sobrevida entre os dois grupos do estudo, os autores observam que o fato de que o Denosumab ter sido interrompido quando a primeira metástase foi diagnosticada dificultou para se julgar os efeitos do fármaco sobre a sobrevivência.

POP, 23 NOVEMBRO 2011

BIOLOGIA MOLECULAR

Alvo molecular para prevenir o crescimento de células cancerígenas é identificado

Investigadores mostraram pela primeira vez que a proteína fortilin promove o crescimento de células cancerígenas através da ligação a proteína p53 e renderização inerte, um conhecido supressor de tumor. Esta descoberta foi feita por investigadores da Faculdade de Medicina da University of Texas (UT), nos EUA, e pode levar a tratamentos para uma variedade de tipos de cancro e aterosclerose, que a p53 também ajuda a prevenir. O artigo aparece na edição impressa actual do Journal of Biological Chemistry, avança o portal ISaúde.

“A proteína p53 é uma defesa crítica contra o cancro porque activa genes que induzem a apoptose, ou morte de células. No entanto, a p53 pode se tornar impotente por mutações e inibidores como fortilin”, disse o Dr. Ken Fujise, principal autor

ALIMTA[®] pemetrexedo



A quimioterapia baseada na histologia

No Carcinoma do Pulmão de Não-Pequenas Células, com histologia celular que não predominantemente escamosa.¹

- ✓ Primeira linha: **ALIMTA[®]+Cisplatina**
- ✓ Segunda linha: **ALIMTA[®]**

APROVADO
pelo INFARMED para
a utilização hospitalar
em 1ª linha no CPNPC*
*Adenocarcinoma e carcinoma
de grandes células

¹ RCM ALIMTA, Janeiro 2011

PTALM00047

Informações Essenciais Compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento ALIMTA 500mg pó para concentrado para solução para perfusão. Frasco para injetáveis com 500mg de pemetrexedo sob a forma de pemetrexedo dissódico, em pó liofilizado para solução para perfusão. **ALIMTA 100 mg pó para concentrado para solução para perfusão.** Frasco para injetáveis com 100 mg de pemetrexedo sob a forma de pemetrexedo dissódico, em pó liofilizado para solução para perfusão. **Indicações terapêuticas:** ALIMTA em combinação com cisplatina está indicado no tratamento de doentes em quimioterapia pela primeira vez, com mesotelioma pleural maligno não ressecável. ALIMTA em combinação com cisplatina está indicado no tratamento de primeira linha de doentes com cancro do pulmão de não pequenas células localmente avançado ou metastático, com histologia celular que não predominantemente escamosa. ALIMTA está indicado em monoterapia no tratamento de manutenção do cancro do pulmão de não pequenas células localmente avançado ou metastático, com histologia celular que não predominantemente escamosa. ALIMTA está indicado em monoterapia de segunda linha, no tratamento de doentes com cancro do pulmão de não pequenas células localmente avançado ou metastático, com histologia celular que não predominantemente escamosa. **Posologia e modo de administração:** Alimta em combinação com cisplatina: a dose recomendada de ALIMTA é de 500 mg/m² da área da superfície corporal (ASC) e administrada por perfusão intravenosa durante 10 minutos, no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. A dose recomendada de cisplatina é de 75 mg/m² da ASC administrada durante duas horas, aproximadamente 30 minutos depois do final da perfusão de pemetrexedo no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. Os doentes têm de receber tratamento anti-emético adequado e serem adequadamente hidratados antes e/ou depois da administração de cisplatina. Alimta como agente único: No tratamento de doentes com carcinoma do pulmão de não-pequenas células, após quimioterapia prévia, a dose recomendada de ALIMTA é de 500 mg/m² (ASC) administrada por perfusão intravenosa durante 10 minutos, no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. Regime de pré-medicação: Deve administrar-se ácido fólico diariamente, vitamina B12 intramuscular na semana anterior à primeira dose de pemetrexedo e subsequentemente a cada 3 ciclos e dexametasona no dia anterior, no dia e no dia após a administração de Alimta. ALIMTA deve ser administrado por perfusão intravenosa durante 10 minutos no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. Para instruções sobre a reconstituição e diluição de ALIMTA antes da administração, ver a secção 6.6 do RCM (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada). **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. A amamentação deverá ser interrompida durante a terapêutica com o pemetrexedo. Vacina da febre amarela concomitante. (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada). **Efeitos indesejáveis** **Resumo do perfil de segurança** Os efeitos indesejáveis mais frequentemente notificados relacionados com pemetrexedo, quer utilizado em monoterapia quer em combinação, são supressão da medula óssea manifestada como anemia, neutropenia, leucopenia, trombocitopenia e toxicidades gastrointestinais, manifestadas como anorexia, náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, faringite, mucosite e estomatite. Outros efeitos indesejáveis incluem toxicidades renais, aumento das transaminases, alopecia, fadiga, desidratação, erupção cutânea, infecção/ septicemia e neuropatia. Raramente foram observados acontecimentos como síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica. **Alimta+cisplatina: efeitos indesejáveis muito frequentes:** diminuição dos neutrófilos/granulócitos, leucócitos, hemoglobina, plaquetas, diarreia, diarreia sem colostomia, vômitos, estomatite/faringite, náuseas, anorexia, obstipação, fadiga, neuropatia sensorial, aumento da creatinina, diminuição da depuração da creatinina, erupção cutânea e alopecia. **Efeitos indesejáveis frequentes:** conjuntivite, dispepsia, azia, desidratação e alterações do paladar, neuropatia sensorial, erupção cutânea/descamação. **Alimta em monoterapia: efeitos indesejáveis muito frequentes:** diminuição dos neutrófilos/granulócitos, leucócitos, hemoglobina, diarreia, vômitos, estomatite/faringite, náusea, anorexia, fadiga, erupção cutânea/descamação. **Efeitos indesejáveis frequentes:** leucócitos, neutrófilos, diminuição das plaquetas, vômitos, mucosite/estomatite, diarreia, obstipação, febre, aumento da SGPT (ALT), aumento da SGOT (AST), prurido e alopecia, infecções, neuropatia sensorial. (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada). **Advertências e precauções:** A mielossupressão é normalmente a toxicidade limitante da dose. Os doentes devem ser monitorizados e reduções subsequentes das doses podem ser necessárias (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada). Foi notificado menos toxicidade hematológica e não-hematológica com a administração de ácido fólico, vitamina B12 e dexametasona (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada). Não se recomenda o uso de pemetrexedo em doentes com depuração da creatinina inferior a 45ml/min. Doentes com compromisso renal ligeiro a moderado (depuração da creatinina entre 45 e 79 ml/min) devem interromper medicamentos AINEs, tais como ibuprofeno e aspirina (>1,3 g/dia) nos 2 dias anteriores a administração, no dia da administração e nos 2 dias após a administração do pemetrexedo e no caso de AINEs com tempo de eliminação prolongado pelo menos 5 dias antes da administração, no dia e pelo menos 2 dias após a administração de pemetrexedo (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada). O efeito da retenção de fluido no terceiro espaço, tal como derrame pleural ou ascite, não está completamente definido com pemetrexedo Assim sendo, deve considerar-se, embora possa não ser necessária, a drenagem de fluido do terceiro espaço, antes do tratamento com pemetrexedo. Foi observada desidratação grave com pemetrexedo combinado com cisplatina, pelo que, os doentes devem receber um tratamento anti-emético adequado e hidratação apropriada antes e/ou após a terapêutica com pemetrexedo. Pemetrexedo pode ter efeitos geneticamente prejudiciais. Indivíduos do sexo masculino maduros, são aconselhados a não conceberem filhos durante e até 6 meses após o tratamento. Mulheres em idade fértil devem usar um método contraceptivo eficaz durante o tratamento com pemetrexedo. Foram notificados casos de pneumonite por radiação. Foram também notificados casos de dermatite pós-irradiação em doentes que fizeram radioterapia semanas ou anos antes (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada). Este medicamento contém aproximadamente 54 mg de sódio por frasco. Este facto deve ser levado em consideração por doentes com uma dieta de sódio controlada. **Interações medicamentosas:** O pemetrexedo é eliminado primariamente na sua forma inalterada por via renal através de secreção tubular e em menor extensão através de filtração glomerular. Estudos *in vitro* indicam que pemetrexedo é activamente secretado pelo TAO3 (transportador de aniões orgânicos 3). A administração concomitante de medicamentos nefrotóxicos pode resultar num atraso da depuração do pemetrexedo. Utilização concomitante não recomendada: Vacinas activas atenuadas (excepto a da febre amarela, com a qual a utilização concomitante está contra-indicada); risco de doença sistémica, possivelmente fatal. O risco está aumentado em indivíduos que já estão imunodeprimidos pela sua doença subjacente. Utilizar uma vacina inactiva quando esta existir (poliomielite). (Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada) **Lista de Excipientes:** manitol, ácido clorídrico, hidróxido de sódio. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** Janeiro 2011 **Medicamento de receita médica restrita.** Para mais informações deverá contactar a Lilly Portugal, Produtos Farmacêuticos, Lda.

Lilly Portugal – Produtos Farmacêuticos, Lda
Rua Cesário Verde, 5 – piso 4 - Linda-a-Pastora, 2790-326 Queijas
Matriculada na Conservatória do registo Comercial de Cascais
sob o número único de matrícula e de pessoa colectiva 500165602
Sociedade por quotas com o capital social de € 4.489.181,07 integralmente realizado.

Respostas que contam.

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

do estudo e director da Divisão de Cardiologia da UT.

A fortilin, uma proteína de aminoácidos polipeptídeos, trabalha em oposição directa à p53, protegendo as células da apoptose. Fujise descobriu a fortilin em 2000 e a proteína tornou-se o foco central da sua pesquisa. Este estudo marca a primeira vez que os cientistas foram capazes de mostrar o mecanismo exacto pelo qual a fortilin exerce a sua actividade anti-apoptóticos.

Fujise e a sua equipa utilizaram culturas de células e modelos animais para mostrar que fortilin se liga e inibe a p53, impedindo-a de activar genes, como BAX e Noxas, que facilitam a morte celular. Assim, as células que seriam mortas conseguem proliferar-se.

“Quando as células normais tornam-se células de cancro, a resposta do nosso organismo é a activação da p53, o que elimina as células irremediavelmente danificadas”, disse Fujise. “Esse processo explica porque a maioria das pessoas são capazes de ficar livres do cancro durante a maior parte de suas vidas. Por outro lado, os genes p53 mutantes são observados em mais de metade de todos os cancros humanos, tornando-se a anormalidade genética mais frequentemente observada no cancro”.

De acordo com Fujise, mediante o aprofundamento da investigação e validação do mecanismo biológico descrito neste estudo, os cientistas podem começar a explorar os compostos que podem modular a actividade da fortilin sobre a p53. Tal composto seria um agente de quimioterapia poderoso porque a inibição p53 também tem sido associada com a aterosclerose, podendo proteger contra doenças coronárias e suas muitas complicações, incluindo ataques cardíacos e derrames. “Ainda estamos nos estágios iniciais deste

estudo, uma vez que a pesquisa para compostos é iniciada, poderíamos ter um novo potencial da droga para investigar em um período muito curto de tempo”, disse Fujise. Com o apoio do Instituto Nacional de Programas de Saúde, foi possível pesquisar um grande número de compostos contra um alvo da droga, o processo de identificação de uma nova droga poderia ser reduzido para meses em vez de anos, acrescentou.

POP, 21 SETEMBRO 2011

Anticorpos sintéticos podem melhorar tratamento e diagnóstico do cancro



Cientistas da Universidade de Saskatchewan, no Canadá, trabalham em conjunto com investigadores da Universidade de Toronto no desenvolvimento de anticorpos sintéticos que têm potencial para melhorar o diagnóstico e o tratamento contra o cancro e outras doenças, avança o portal ISaúde. Normalmente, o corpo humano produz anticorpos para combater doenças. Eles identificam células nocivas como estranhas e as capturam para que elas possam ser removidas pelo sistema imunológico. “O problema do cancro é que as células doentes são do próprio organismo, por isso o corpo não as reconhece como estranhas e é incapaz de produzir anticorpos eficazes”, explica o investigador Ron Geyer. Durante a última década, os anticorpos tornaram-se o grande avanço para o tratamento contra o cancro. Tendo como base esta orientação, Geyer estabeleceu um grupo

de pesquisa para trabalhar no desenvolvimento de anticorpos sintéticos.

A equipa está a usar tecnologia de ponta para produzir anticorpos que são mais específicos, mais baratos e mais rápidos de serem gerados do que com o método convencional.

Ao contrário dos métodos tradicionais de produção de anticorpos, anticorpos sintéticos são desenvolvidos em um tubo de ensaio e não no sistema imunológico de um animal. “Pretendemos criar anticorpos humanos de alta qualidade que reconhecem proteínas humanas importantes no diagnóstico, monitorização e tratamento de doenças. Como os nossos corpos não reconhecem as células cancerosas como prejudiciais, novos anticorpos devem ser projectados para detectar defeitos específicos do cancro”, afirma Geyer. A equipa de Geyer produz biliões de anticorpos únicos a partir dos quais eles isolam aqueles que reconhecem um alvo, como uma célula cancerígena. A célula doente é então exposta aos anticorpos para descobrir quais deles se unem ao alvo. Os novos anticorpos serão usados para produzir isótopos médicos para a primeira tomografia computadorizada por emissão de pósitron (PET-CT) a ser instalada no Royal University Hospital, no Canadá. Os isótopos produzidos revelam tumores num scan PET-CT, mas os isótopos não encontram o seu caminho para o tumor por conta própria. O isótopo pode ser anexado a um anticorpo que o orienta a chegar ao tumor.

“O exame PET-CT pode mostrar uma série de fatores, incluindo onde o tumor está, o tamanho, se ele se espalhou, ou se ele está em remissão, encolhendo ou desaparecendo”, explica Geyer. Enquanto existem outros métodos para mostrar esses fatores, Geyer explica que os anticorpos permitem um diagnóstico mais específico que poderia levar à

detecção precoce. “Um dos principais objectivos na pesquisa do cancro é a detecção precoce porque vários tumores podem ser operados antes que se espalhem”, afirma o investigador.

POP, 20 DEZEMBRO 2011

Auto-regulação do sistema imunológico suprime defesa contra o cancro

As células T reguladoras (Tregs) diminuem a actividade de outras células do sistema imunológico, prevenindo assim o desenvolvimento de doenças auto-imunes ou alergias. Agora, investigadores do German Cancer Research Center (DKFZ), na Alemanha, descobriram os passos de activação que são bloqueados pelas Tregs em células do sistema imunológico. Como as Tregs podem também suprimir a defesa imunológica do organismo contra o cancro, os resultados obtidos podem levar ao desenvolvimento de tratamentos mais eficientes contra o cancro, avança o portal ISaúde.

É vital que o próprio sistema imunológico do organismo não exagere na sua reacção. Se as actuações principais, as células T helper, ficarem fora de controlo, isso pode levar a doenças auto-imunes ou a alergias. Uma reacção exagerada do sistema imunológico contra os agentes infecciosos pode até mesmo danificar directamente os órgãos e tecidos.

As células do sistema imunológico chamadas células T reguladoras (“Tregs”) asseguram que as respostas imunes ocorram de forma coordenada: elas regulam para menos a actividade de divisão das células T helper e reduzem a sua produção de mediadores imunes. “Isso acontece aytavés do contacto directo entre as células reguladoras e as células helper. Mas nós não sabemos ainda o que este contacto realmente provoca nas células helper”, disse o professor Peter Krammer, do DKFZ. A hipótese dos

investigadores era de que o contacto com as Tregs afecta certos passos na complexa cascata de sinalização que leva à activação das células T helper.

Se o receptor da célula T, uma molécula sensora na superfície dos linfócitos, detecta moléculas de proteína estranhas ou danificadas, isso vai provocar uma cascata de reacções de activação bioquímica. No final desta cascata de sinalização, os genes necessários para um ataque imunitário serão lidos no núcleo das células helper. Em conjunto com colegas de vários institutos de pesquisa alemães, Peter Krammer, Angelika Schmidt e colegas de trabalho compararam as cascatas de sinalização nas células helper com e sem contacto para as Tregs. Os imunologistas descobriram que um contacto curto entre os dois tipos de células no prato de cultura é suficiente para suprimir as células helper. Após o contacto Treg, a libertação típica de íons de cálcio no plasma das células helper não ocorre. Como resultado, dois factores de transcrição importantes, NFkappaB e NFAT, param de funcionar. Eles normalmente activam genes de mediadores imunes, alertando assim o sistema imunológico.

“O modo de acção das Tregs é de grande importância para a medicina do cancro. Muitos dos nossos colegas mostraram em vários tipos de cancro que as Tregs podem regular para menos a resposta imune contra tumores de modo que as células transformadas escapam da defesa imunológica. Isto pode contribuir para o desenvolvimento e para a disseminação do cancro. Estamos, portanto, a procurar maneiras de reactivar estas células helper reprimidas”, disse Krammer, explicando os objectivos de seu trabalho. Para o desenvolvimento de terapias imunológicas contra o cancro também é crucial entender como funcionam as Tregs. Os investigadores estão tentando impedir que as

células imunes que foram meticulosamente activadas contra o cancro na placa de cultura sejam imediatamente suprimidas novamente pelas Tregs.

POP, 27 DEZEMBRO 2011

DOENÇA HEMATOLÓGICA

Leucemia: terapia celular lusa pode ser esperança



Um grupo de investigadores portugueses ambiciona lançar para comercialização uma terapia celular capaz de evitar a rejeição de transplantantes de medula, o que pode constituir uma nova esperança para doentes com leucemia, adianta o Diário de Notícias, citado pelo portal Boas Notícias. O desejo de lançar este tratamento no mercado surge depois de testes realizados pela equipa em sete doentes que tinham contraído a doença “do enxerto contra o hospedeiro” após a transplantação. “Pode ocorrer após transplante a cerca de 50% das pessoas, porque há rejeição do sistema imunitário do dador que é transplantado com as células, atacando uma grande amplitude de órgãos”, explicou Francisco dos Santos, um dos investigadores, ao diário português.

Face a esta situação, a terapia celular desenvolvida por Francisco e três outros colegas poderá constituir um enorme passo, uma vez que permite “modelar o sistema imunitário de modo a que ele deixe de atacar o corpo do paciente”. Nos casos analisados, a doença evoluiu

favoravelmente. “Alguns pacientes passaram a graus um e dois, podendo depois ser tratados com esteroides”, acrescentou.

Os quatro jovens envolvidos na investigação são, também, os criadores da Cell2B, uma empresa de biotecnologia que se encontra à espera de investidores para poder levar o projeto adiante e disponibilizar o tratamento. “O projeto empresarial nasce porque para comercializar este produto é exigido um ensaio clínico”, contou David Braga, outro dos elementos da equipa, ao jornal.

Ensaio clínico exige financiamento de oito milhões de euros

Se o ensaio clínico for realizado e os resultados demonstrarem benefícios para os pacientes, a Cell2B adquirirá autorização por parte da European Medicines Agency (EMA) para comercializar esta terapia celular no espaço europeu e poderá solicitá-la futuramente para alargar a venda aos EUA. Porém, o ensaio constitui uma enorme despesa, pelo que a empresa necessita de alguém disposto a financiá-lo. No total, são necessários oito milhões de euros. “Em troca vendemos uma percentagem da empresa. Quando esta tiver receitas ou for vendida, o valor é dividido pelos acionistas”, frisou uma das sócias, Daniela Couto, licenciada em Engenharia Biomédica pela Universidade do Minho.



Por enquanto, os investigadores continuam à espera de apoios mas reforçam a importância do projeto da Cell2B. Segundo Daniela, “a terapia permitiria “poupar cerca de 50 mil

euros ao Sistema Nacional de Saúde por paciente, o que significa uma redução de quase um terço do custo total do tratamento”. Além disso, estudos iniciais indicam que o tratamento poderia vir a ser utilizado com outras finalidades, como na doença de Crohn ou em infeções hospitalares. “No total, estimamos que cerca de quatro milhões de doentes por ano sejam afetados por condições a que nós podemos responder”, concluiu. Caso a empresa consiga o financiamento ainda em 2012, prevê-se que o ensaio clínico termine três anos depois, com quase duas centenas de doentes testados, o que poderia abrir o caminho à comercialização.

POP, 6 JANEIRO 2012

EMA conclui revisão da relação benefício/risco do anticancerígeno Revlimid®

A Agência Europeia do Medicamento (EMA) concluiu que os benefícios do medicamento Revlimid® (lenalidomida) continuam superiores aos riscos, apesar do risco de ocorrência de novos câncros como resultado do tratamento com este medicamento, avança o Infarmed em comunicado.

O Revlimid® é um medicamento anticancerígeno utilizado em associação com a dexametasona (um medicamento anti-inflamatório) no tratamento de adultos com mieloma múltiplo que tenham recebido, pelo menos, um tratamento anterior.

Este medicamento está autorizado na Europa desde Junho de 2007. Em Portugal, este medicamento está comercializado nas dosagens de 5 mg, 10 mg, 15 mg e 25 mg. Os dados de segurança do Revlimid® foram revistos na sequência de três estudos que demonstraram uma taxa mais elevada de novos câncros em doentes com diagnóstico de mieloma múltiplo recente e que estavam a receber tratamentos concomitantes

(Revlimid® e outros medicamentos). Os estudos revelaram que a ocorrência de novos câncros era quatro vezes superior em doentes tratados com Revlimid®. Estes câncros incluíam tumores sólidos e não-sólidos, como os hematopoiéticos. Apesar de os estudos terem sido realizados em doentes para os quais o Revlimid® não está indicado, o Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) da EMA considera que estes resultados também podem ser relevantes para a população abrangida pela indicação terapêutica aprovada.

O Comité efectuou a revisão de todos os dados disponíveis sobre os novos câncros na população com indicação terapêutica aprovada, incluindo dados de estudos e dados pós-comercialização. Foi concluído que o risco de ocorrência de novos câncros, tais como câncros da pele e tumores sólidos invasivos, foram observados nesta população. O Comité fez a revisão dos dados disponíveis nos três estudos relativos a doentes recentemente diagnosticados com mieloma múltiplo. O CHMP concluiu que os benefícios do Revlimid®, particularmente no aumento da sobrevida, continuam a ser superiores aos riscos. No entanto, recomenda que o Resumo das Características do Medicamento (RCM) e Folheto Informativo (FI) do Revlimid® sejam alterados de forma a alertar os médicos para o risco de ocorrência de novos câncros. Face ao exposto, a EMA e o Infarmed recomendam: Médicos

- Devem ter em consideração o risco de ocorrência de novos câncros antes de iniciarem o tratamento dos doentes com Revlimid®;
- Devem avaliar os doentes, antes e durante o tratamento, através dos procedimentos normalmente utilizados na detecção de novos câncros;
- Devem ter em atenção que a revisão actual concluiu que os benefícios do Revlimid® são superiores aos seus riscos na popu-

lação abrangida pela indicação terapêutica aprovada. As conclusões do CHMP não se aplicam à utilização deste medicamento fora dessas indicações terapêuticas; Os novos casos de cancro devem ser notificados de imediato. Doentes Devem esclarecer todas as dúvidas com o seu médico. A opinião do Comité foi encaminhada para a Comissão Europeia para decisão. A EMA e o Infarmed continuarão a acompanhar e a divulgar todas as informações pertinentes relativas a este assunto.

POP, 26 SETEMBRO 2011

Tratamento para leucemia mata apenas células cancerígenas

Um novo tratamento para leucemia que afecta apenas as células cancerígenas foi apresentado na reunião da Associação de Cientistas Farmacêuticos, avança o Diário Digital. Hoje, os tratamentos matam tanto as células que causam o cancro quanto as saudáveis, o que causa alguns efeitos secundários no doente, como fadiga, perda de cabelo, náuseas e depressão.

O líder do estudo, Peter A. Crooks, e a sua equipa da Universidade de Arkansas, nos EUA, desenvolveram um potente composto que tem impacto apenas nas células cancerígenas, e mata-as quatro horas mais rápido do que os tratamentos comuns.

As moléculas usadas para criar este agente são estruturalmente similares ao composto encontrado nos tratamentos utilizados para tratar verrugas, pois eles impedem o crescimento celular. O agente é capaz de atingir as células cancerígenas antes que estas amadureçam, portanto os que estiverem com a doença no estágio inicial poderão erradicá-la rapidamente. Esse procedimento será vital para o tratamento da leucemia mielóide aguda, que evolui com velocidade quando o tratamento não tem início imediato. De acordo com

Cooks, a próxima fase consiste em testar o tratamento em animais e identificar métodos eficazes.

POP, 28 OUTUBRO 2011

Leucemia: estudos moleculares permitem prever sucessos de transplantes

A estratificação de risco em doentes com leucemia aguda, um tipo de tumor que afecta o sangue, tem vindo a melhorar graças à identificação de doentes com maior probabilidade de beneficiarem de um transplante, partindo de importantes informações prognósticas que podem ajudar a guiar e definir a melhor terapia, defendem especialistas da Universidade de Stanford, nos EUA, avança o PIPOP – Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica, citando o Med Connect.

A citogenética (estudo da estrutura dos cromossomas) e estudos moleculares devem ser realizados em todos os pacientes com leucemia, a fim de identificar quais estarão em melhores condições para serem tratados apropriadamente, mediante determinadas características que os tornam mais susceptíveis de responder positivamente aos tratamentos. Os bons resultados que têm vindo a ser conquistados nesta área permitem uma melhor e mais precisa estratificação de risco em doentes com leucemia linfoblástica aguda (LLA). Mediante os resultados que têm sido obtidos a partir de estudos efectuados naquela universidade, os investigadores garantem ter já uma previsão generalizada sobre as taxas de sobrevivência global em doentes com cancro com tipos específicos de anomalias citogenéticas.

POP, 9 NOVEMBRO 2011

Tasigna® revela-se mais eficaz que Glivec® no tratamento da Leucemia Mielóide Crónica

A Novartis apresentou esta segunda-feira novos dados de ensaios

clínicos de Fase III que contribuem para a crescente evidência de que pacientes adultos com cromossoma Philadelphia positivo na fase crónica da Leucemia Mielóide Crónica tratados com Tasigna® (nilotinib) têm níveis melhores níveis de resposta quando comparados com os que foram tratados com Glivec® (imatinib), avança a companhia, em comunicado.

Estes novos dados, do programa de investigação clínica ENEST (Evaluating Nilotinib Efficacy and Safety in Clinical Trials), foram apresentados na 53rd Annual Meeting of the American Society of Hematology (ASH) em San Diego, Califórnia. Veja o press release completo e conheça todos os dados aqui.

POP, 13 DEZEMBRO 2011

Análise genómica revela mutações genéticas envolvidas na leucemia crónica

Cientistas do Instituto de Cancro Dana-Farber, nos EUA, descobriram mutações genéticas que impulsionam o aparecimento da leucemia linfocítica crónica (LLC), avança o portal ISaúde. A pesquisa permite detecção de biomarcador que ajuda a prever as taxas de progressão da doença em pacientes individuais. Usando novas técnicas de sequenciamento de ADN, as equipas identificaram nove genes frequentemente mutados em 91 pacientes. Segundo a co-autora sénior, Catherine J. Wu, cinco dos genes mutantes foram implicados na doença pela primeira vez. Segundo Wu, mutações em um dos novos genes, o SF3B1, interferem com a edição do RNA mensageiro que forma um modelo genético que a célula usa para construir uma proteína específica.

Os médicos têm apenas um conjunto limitado de indicadores para prever a evolução da LLC num paciente, tais como a presença de certos tipos de danos cromossómicos em

células cancerígenas, que são associados com a doença mais agressiva. Pesquisas anteriores para pistas genéticas preditivas revelaram apenas um pequeno número de mutações, mas os médicos foram limitados devido ao pequeno número de amostras de tumor no estudo. O estudo actual aproveitou o sequenciamento genético e combinou amostras de DNA normal de 91 pacientes com LLC, à procura de genes frequentemente mutados nos tumores. Eles realizaram o sequenciamento do genoma inteiro de três amostras de pacientes, e apenas os genes codificadores de proteínas, colectivamente denominados os “exome”, noutros 88 pacientes.

A busca revelou nove genes mutados com frequência nas amostras e estas caíram em cinco vias de reparo de ADN que regulam os danos, controlam o ciclo celular, a via de sinalização Notch, a inflamação e o processamento do RNA. Dois tinham sido previamente associados com a leucemia linfocítica crónica e o cancro em geral. Outras duas mutações – MyD88 e NOTCH1 – foram implicadas na leucemia em 2011. Os cinco restantes identificados pela primeira vez como envolvidos na doença são SF3B1, FBXW7, DDX3X, MAPK1 e ZMYM3. Os investigadores analisaram para ver se amostras de LLC que continham genes mutantes também apresentaram exclusões específicas nos cromossomas previamente conhecidas como sinal de uma perspectiva má para pacientes. Eles descobriram que, de facto, o gene SF3B1 foi encontrado frequentemente em conjunto com uma anomalia cromossómica específica, consistente com uma forma mais agressiva de leucemia linfocítica crónica.

No entanto, independente da presença da deleção cromossómica, o estudo revelou que uma mutação do gene SF3B1 por si só já significou um caso agressivo de leucemia linfo-

cítica crónica. Pacientes portadores do gene mutante SF3B1 eram mais propensos a precisar de tratamento mais cedo do que indivíduos sem o gene. Wu acredita que a alteração do gene poderá servir como um biomarcador. Uma vez que estes pacientes têm doença mais agressiva, o conhecimento da presença da alteração do gene pode levar o médico logo no início a considerar alternativas à quimioterapia convencional, tais como o uso precoce de transplantes de células-tronco para conter a doença.

POP, 14 DEZEMBRO 2011

Estudo de fase III avalia REVLIMID® no tratamento do mieloma múltiplo

A Celgene Internacional, uma subsidiária da Celgene Corporation, anunciou que os dados a partir da análise interina do estudo MM-015, fase III, aleatório, com terapia contínua REVLIMID® (lenalidomida) para o tratamento de pacientes recentemente diagnosticados com mieloma múltiplo que eram ineligiáveis para o transplante de células-tronco, relataram melhoria clinicamente significativa na sobrevida livre de progressão, objectivo primário do estudo. Os dados foram apresentados na 53ª Reunião Anual da Sociedade Americana de Hematologia, avança a companhia, no seu site. No estudo foram avaliados 459 pacientes, recebendo um dos seguintes regimes de tratamento: lenalidomida em combinação com melfalano e prednisona, seguido por lenalidomida contínua isolada (MPR-R) (n=152); lenalidomida em combinação com melfalano e prednisona, seguido de placebo (MPR) (n=153) e placebo, melfalano e prednisona, seguido de placebo (MP) (n=154).

Em pacientes ≤ 75 anos, a terapia contínua com lenalidomida MPR-R resultou numa sobrevida livre de progressão mediana de 31

meses, enquanto os pacientes no regime MP tiveram uma sobrevida livre de progressão mediana de 12 meses ($p < 0,001$). Os pacientes nesta faixa etária, tratados com MPR-R tiveram uma redução de 70% no risco de progressão da doença comparado com MP (HR 0,30). Além disso, foi observada uma tendência para a sobrevida global estendida com MPR-R comparado com MP (quatro anos versus 69%, 58%, $p = 0,133$). A indução MPR isolada proporciona uma sobrevida livre de progressão de 15 meses em comparação com 12 meses para MP ($p = 0,006$). A indução MPR vs MP resultou também em taxas de resposta superiores (73% vs 47%) e taxas \geq VGPR de 35% vs 11%, respectivamente. O tempo médio de resposta foi de dois meses para MPR e três meses para MP. A indução com MPR em pacientes ≤ 75 anos de idade tinha um perfil de segurança aceitável, permitindo que a maioria dos pacientes alcançasse a terapia de manutenção com lenalidomida. Durante a fase de indução, a descontinuação devido a eventos adversos resultou em 12% dos pacientes em regime MPR e 4% dos pacientes em regime MP. Os eventos adversos hematológicos de grau 4 mais comuns durante a indução com MPR e MP incluíram neutropenia (31% e 7%), trombocitopenia (7% e 4%) e anemia (2% e 2%). Os eventos adversos não-hematológicos de grau 3/4 mais frequentes foram infecções (8% e 6%) e dor óssea (3% e 4%).

A terapia de manutenção com lenalidomida foi bem tolerada, sem evidências de toxicidade cumulativa. Os eventos adversos hematológicos de grau 4 mais frequentes durante a manutenção de MPR e MPR-R foram trombocitopenia (4% e 3%), anemia (3% e 1%) e neutropenia (1% e 0%). Os eventos adversos não-hematológicos de grau 3/4 mais frequentes foram infecções (5% e 3%), dor

óssea (5% e 1%) e fadiga (3% e 1%). Estes dados são de um estudo experimental. REVLIMID® não está aprovado para o tratamento inicial em pacientes com mieloma múltiplo.

POP,16 DEZEMBRO 2011

CANCRO PULMÃO

Selumetinib para o cancro do pulmão falha em ensaio



O selumetinib da AstraZeneca, contra o cancro do pulmão não conseguiu atingir seu objectivo primário num ensaio de Fase II, noticia o site InPharm. O ensaio comparava o selumetinib em combinação com a quimioterapia com Taxotere® (docetaxel), da Sanofi, e só quimioterapia com Taxotere®, no tratamento de segunda linha para um tipo específico de cancro do pulmão. O fármaco não conseguiu cumprir seu objectivo primário de aumentar a sobrevida global em 87 seleccionados prospectivamente com KRAS-mutante, localmente avançado ou metastático, câncer de pulmão não-pequenas células. Esta foi a primeira combinação julgamento concluído randomizado com um inibidor da MEK, mas AZ ficará desapontado que a droga não conseguiu aumentar a sobrevida global, o padrão-ouro em estudos em oncologia. Os endpoints secundários chaves de sobrevida livre de progressão, a taxa de resposta objectiva e vivo e livre de progressão aos 6 meses foram todos demonstrados com significância estatística, mostrando uma melhoria em favor da selumetinib em combinação com docetaxel sozinho contra o docetaxel.

POP,3 DEZEMBRO 2011

Doses elevadas de radiação não aumentam sobrevida de pacientes com cancro do pulmão

A dose mais elevada de radiação (74 Gy) não melhora a sobrevida global de doentes com cancro do pulmão, em comparação com a dose de radiação padrão (60 Gy), de acordo com uma análise interina de um estudo randomizado apresentado na 53rd Annual Meeting of the American Society for Radiation Oncology (ASTRO), avança o portal ISAúde. “A maioria dos oncologistas e especialistas em radiação para cancro do pulmão estão surpresos com a descoberta. Embora a dose de radiação ideal para doentes com cancro do pulmão não tenha sido testada num estudo aleatório de fase III, a maioria dos especialistas acreditava que altas doses de radiação eram mais eficazes na cura de pacientes com cancro do pulmão”, disse Jeffrey Bradley, um oncologista de radiação na Washington University School of Medicine, nos EUA.

O objectivo do estudo de fase III foi descobrir se altas doses de radiação melhoram a sobrevivência e também se o medicamento de quimioterapia, Cetuximab, aumenta a sobrevida na fase III do cancro do pulmão. Investigadores seleccionaram aleatoriamente 423 pacientes com diferentes doses de radioterapia e quimioterapia concomitantes de paclitaxel e carboplatina com ou sem cetuximab. Cada paciente recebeu um dos quatro tipos de tratamento: dose-padrão (60 Gy) versus dose-alta (74 Gy) radioterapia e quimioterapia com ou sem cetuximab. Dois tipos de radioterapia externa foram usados durante o teste: radioterapia tridimensional conformacional (3D-CRT), que usa técnicas de imagem especiais para adaptar a precisão dos feixes de radiação de modo que o tecido normal, nas proximidades recebe menos radiação e intensidade

de radioterapia modulada, (IMRT), uma nova forma, especializada em 3D-CRT, limita ainda mais a dose de radiação para os tecidos normais.

Com base nas descobertas iniciais do estudo, os doentes que receberam a maior dose de radiação (74 Gy) não têm melhores taxas de sobrevivência do que aqueles que receberam a dose padrão (60 Gy); portanto, os dois tipos do estudo que usaram altas dose de radiação encerraram o recrutamento de pacientes. “O estudo fornece evidência classe I de que a dose padrão de terapia de radiação para a fase III de cancro do pulmão deve permanecer no seu nível actual (60 Gy) e que doses tão elevadas quanto 74 Gy não estão a melhorar a cura de cancro do pulmão fase III,” avançou Bradley.

POP,11 OUTUBRO 2011

Técnica dobra eficácia da radioterapia e reduz efeitos secundários

Cientistas da Georgia Health Sciences University, nos EUA, descobriram uma nova técnica capaz de dobrar a eficácia da radioterapia e reduzir os seus efeitos secundários, avança o portal ISAúde. A abordagem reduz a habilidade das células de cancro do pulmão de reparar a quebra letal da dupla fita de ADN causada pela radiação. “A radioterapia é um bom tratamento, o problema são os efeitos secundários. Acreditamos que esta é uma forma de obter a mesma quantidade de morte de células cancerígenas com menos radiação ou usando a mesma quantidade e talvez curar uma paciente que não podia ser curado antes”, afirma o investigador William S. Dynan. A radioterapia capitaliza a capacidade da radiação para matar as células provocando quebras na fita dupla do ADN. Mas o facto de que diferentes níveis de radiação estão em todos os lugares, alimentos, ar, solo, significa que todas as

células, incluindo células do cancro, têm mecanismos internos para evitar essa quebra letal.

Os cientistas estão a atacar os mecanismos de defesa naturais embalando um pedaço de um anticorpo com ácido fólico, que tem acesso fácil a maioria das células, particularmente as células cancerosas. Muitos tipos de cancro, incluindo o do pulmão, têm um grande número de receptores de folato, assim as células cancerígenas ficam com uma parcela desproporcionalmente maior dos anticorpos. Para conseguir um 'ataque' mais directo, os cientistas aproveitaram receptores folato como um ponto de entrada unindo quimicamente o folato com um pequeno pedaço do seu anticorpo, ScFv 18-2. Esse pacote vai directo para o núcleo da célula, onde um ambiente químico diferente quebra a ligação, liberando ScFv 18-2 para atacar a região reguladora de ADN dependente de proteína quinase, uma enzima essencial para a reparação do ADN.

Estamos a juntar uma molécula alvo com uma carga. Esta estratégia tem como alvo uma das enzimas-chave, assim fica mais difícil a reparação celular. Isso faz com que as células cancerígenas se tornem mais vulneráveis à radiação", explicam os autores. A equipa acredita que a abordagem poderia ser usada para fornecer qualquer número de medicamentos directamente ao interior das células cancerígenas. Estudos futuros devem incluir a descoberta de novas portas de entrada nas células. Até agora as pesquisas têm sido concentradas em células humanas de cancro do pulmão em cultura, mas os próximos passos vão incluir estudos com animais.

POP, 20 DEZEMBRO 2011

Vacina e quimioterapia travam cancro do pulmão

Investigadores afirmam que obtiveram sucesso com uma vacina que desencadeia o sistema imunológico para atacar o tipo mais comum de cancro do pulmão, avança o site HypeScience. Testes clínicos feitos em 148 doentes mostram que a adição da vacina à quimioterapia diminui a progressão do cancro. Vacinas contra o cancro usam os mesmos princípios que vacinas contra infecções: a formação do próprio sistema imunológico do organismo. No entanto, em vez de proteger contra o sarampo ou a gripe, essas vacinas atacam tumores no corpo. A ideia é que quando uma célula se torna cancerígena e se divide descontroladamente, fica diferente. As proteínas na superfície das células se alteram e o sistema imunológico pode ser treinado para detectar estas mudanças. Investigadores da Universidade de Estrasburgo usaram uma vacina chamada TG4010, uma versão geneticamente modificada do vírus da varíola, para produzir uma proteína "cancerígena".

Pacientes com cancro do pulmão avançado participaram do estudo. Todos receberam um tratamento de quimioterapia padrão, e metade também foi infectada com o vírus. Seis meses depois, a doença estava mais estável em pacientes vacinados do que nos pacientes que só receberam as drogas da quimioterapia. A "sobrevivência livre de progressão" foi de 43% para pacientes vacinados, contra 35% para os que só receberam quimioterapia. No entanto, a sobrevivência média foi de 10,7 meses em pacientes vacinados, apenas ligeiramente superior aos 10,3 meses de pacientes de quimioterapia. "Há um grande interesse em aproveitar o poder do sistema imunológico para tratar o cancro. Este estudo de fase inicial mostra que a combinação de uma vacina com a quimioterapia é

possível, e pode ter alguns benefícios para pessoas com cancro do pulmão", disse o clínico britânico Peter Johnson.

No entanto, o efeito sobre a sobrevivência global da vacina é limitado, e mais estudos são necessários para comprovar a sua eficácia. "O estudo deixa muitas perguntas sem resposta – são necessárias mais pesquisas para ver se a vacina vai realmente melhorar a sobrevivência de pacientes com cancro do pulmão", conclui.

POP, 25 OUTUBRO 2011

Genética ajuda a desenvolver tratamento individual para cancro do pulmão

Médicos anunciaram a aplicação de um teste genético de amplo espectro que rastreia mutações em células cancerígenas para ajudar a adequar o tratamento para pacientes com tumores malignos no pulmão, avança a Agência AngolaPress. Usado em pacientes com cancro do pulmão do tipo não pequenas células (NSCLC), a técnica foi um sucesso tal que a equipa agora o adota para tratar tumores malignos colo-rectais, da mama e cérebro e avaliar a sua aplicação na leucemia, afirmaram os especialistas no artigo, publicado na edição desta quarta-feira dos Anais de Oncologia, periódico científico europeu especializado em cancro.

A meta é identificar mutações genéticas específicas que fazem com que as células se dividam e multipliquem de forma descontrolada. O próximo passo é atacar estas mutações com "drogas inteligentes" que bloqueiam a enzima que possibilita a proliferação das células. Medicamentos sob medida são considerados armas de precisão, pois rastreiam o tipo de célula maligna, ao contrário da quimioterapia, que actua mais como uma arma de caça. "Escolher o tratamento correcto pode elevar as taxas de resposta [aos medicamentos] em

pacientes com NSCLC de 20 por cento a 30 por cento, em média, para 60 por cento a 75 por cento e melhorar a sobrevivência”, afirmou Lecia Sequist, da Escola Médica de Harvard e do Hospital Geral de Massachusetts, que co-dirigiram a pesquisa. O teste, denominado SNaPshot, procura 50 áreas de mutação em 14 genes, conhecidos por desempenhar um papel em câncros NSCLC.

A técnica, denominada reacção em cadeia da polimerase (PCR, na sigla em inglês), leva em média menos de três semanas para obter resultado, ao fazer o rápido rastreamento de métodos tradicionais para amplificar e analisar amostras genéticas. Os investigadores analisaram tecido retirado de 589 pacientes em um teste de 14 meses e encontraram uma ou mais mutações em pouco mais da metade das amostras. Dos 589 pacientes, houve 353 com cancro em estágio avançado. E em 170 destes, os médicos conseguiram identificar um ou mais genes problemáticos. Esta descoberta abriu o caminho para que 78 pacientes recebessem tratamentos direccionados.

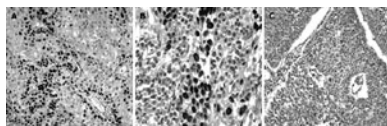
Segundo Sequist, esta foi a primeira vez que uma rede ampla de genes defeituosos foi levantada para criar um genótipo ou perfil genético, para uso no tratamento do cancro. “O nosso estudo é excitante porque demonstra que de facto é possível integrar, hoje, testes de biomarcadores genéticos múltiplos à atribulada prática clínica e levar aos pacientes terapias personalizadas”, afirmou, em comunicado. A genotipia é uma ferramenta de rápido desenvolvimento na medicina preventiva, ajudando os médicos a identificar, por exemplo, as mulheres com risco de desenvolver cancro da mama.

POP, 10 NOVEMBRO 2011

CANCRO DA MAMA

Mesmo gene possui efeitos opostos sobre os câncros da Próstata e Mama

Investigadores da Cleveland Clinic, nos EUA, descobriram que um gene - conhecido como receptor andrógeno (AR) - é encontrado tanto no cancro da próstata quanto no cancro da mama e que tem efeitos opostos nestas doenças, avança o portal ISAúde. No cancro da próstata, o gene AR promove o crescimento quando é activado e, no cancro da mama, ele provoca o crescimento quando está desactivado, o que geralmente ocorre depois da menopausa quando a produção de AR nas mulheres cessa. Isto significa que tratar o cancro da próstata e o de mama requer abordagens totalmente diferentes em relação ao AR. Para tratar o cancro da próstata, a estratégia deveria ser bloquear o AR; já no cancro da mama, a estratégia deveria ser apoiar a produção de AR.



Os cientistas descobriram que o AR inibe a expressão de PTEN (proteína supressora de tumores) nas células de cancro da próstata, mas a estimula nas células de cancro da mama. As conclusões explicam o motivo pelo qual a progressão do cancro da próstata está associada com a expressão aumentada de AR (e uma estratégia de tratamento comum do cancro da próstata envolve bloquear o AR), enquanto a maioria dos câncros da mama ocorre na pós-menopausa, depois de a produção de AR cessar (fazendo da complementação de AR uma estratégia para tratar o cancro da mama). Charis Eng, do Genomic Medicine Institute, e colegas mapearam a interacção entre o AR

e a PTEN em células do cancro da próstata e de mama, sugerindo que esta interacção pode activar ou reprimir a expressão genética subsequente dependendo de co-factores órgão-dependentes. Embora a PTEN seja um supressor de tumor conhecido, e a perda da expressão de PTEN tenha sido associada com vários câncros (incluindo os da mama e da próstata), a sua regulação ainda não foi bem compreendida. Os dados actuais fornecem nova informação a respeito da regulação de PTEN e sugerem que identificar os co-factores regulatórios será um próximo passo valioso para determinar o risco de cancro e as possíveis novas terapias. “Agora vemos como o andrógeno afecta a expressão de PTEN e, finalmente, do cancro. As nossas observações ajudam a explicar por que este risco de cancro da próstata pode ser reduzido pela metade ao se beber vinho tinto, o que faz aumentar a expressão de PTEN. Os nossos dados também sugerem que o tratamento do mesmo cancro deve ser personalizado para homens e mulheres”, disse Eng.

POP, 18 OUTUBRO 2011

Mulheres devem continuar atentas aos riscos da terapia de reposição hormonal

Investigadores da Universidade McMaster, no Canadá, encontraram evidências consistentes de que o uso da terapia reposição hormonal está associado com uma maior incidência do cancro da mama, avança o Diário da Saúde. Ao contrário de estudos anteriores, geograficamente localizados, os indicadores agora foram colhidos a nível global.

Na verdade, estudos anteriores encontraram indícios de associação da terapia de reposição hormonal não apenas com o cancro da mama, mas também com ataques cardíacos e derrames.

“A evidência é convincente de que a terapia de reposição hormonal aumenta o risco de cancro da mama, e a cessação do tratamento reduz esse risco,” afirmam os investigadores no seu estudo, publicado no *Journal of Epidemiology and Community Health*.

Reposição hormonal reduzida

Segundo os investigadores, apesar dos alertas, tem havido uma crescente procura por parte das pacientes por medicamentos para aliviar os calores repentinos e outros sintomas da menopausa.

Depois de um alerta feita em 2002, pela Iniciativa pela Saúde da Mulher (WHI), o uso da terapia de reposição hormonal sofreu um rápido declínio, logo acompanhado de uma redução nos índices de cancro da mama em muitos países.

Contudo, a reposição hormonal continua a ser oferecida, ainda que em doses menores e por períodos mais curtos.

Último caso

“No nosso estudo, examinámos todas as pesquisas que relataram cancro da mama e uso da terapia de reposição hormonal depois do alerta emitido pela WHI,” conta o Dr. Kevin Zbuk, um dos autores do novo trabalho. “Há uma evidência muito clara de que os países com elevadas taxas de [aplicação da] terapia de reposição hormonal apresentam as maiores quedas na incidência de cancro da mama depois de a terapia ser suspensa,” diz ele. “Dadas as ameaças potenciais associadas com o uso da terapia de reposição hormonal, médicos e pacientes devem se lembrar das lições aprendidas com o levantamento da WHI. Se a reposição hormonal for necessária, ela deve ser feita pelo tempo mais curto possível e com a menor dose suficiente para aliviar os sintomas,” conclui o investigador.

POP, 21 JANEIRO 2012

Primeiras recomendações globais para o cancro da mama avançado

Peritos de todo o mundo estiveram reunidos em Lisboa, nos dias 3, 4 e 5 de Novembro, na primeira conferência internacional dedicada ao primeiro consenso mundial de tratamento para mulheres e homens com cancro da mama avançado, avança comunicado de imprensa enviado ao POP. Conferência ABC1 (Advanced Breast Cancer Consensus Conference 1) foi o primeiro dos encontros que se prevêem realizar regularmente de dois em dois anos, e que têm como objectivo definir e promover recomendações para uma melhor abordagem das pessoas com cancro da mama avançado (estádio 4), responsável pela maioria das mortes por esta doença. Mulheres e homens a quem foi diagnosticado cancro da mama avançado ou aqueles com cancro da mama precoce que sofrem uma recidiva metastática têm vindo a enfrentar os obstáculos colocados pela falta de estratégias estandardizadas e deficiente apoio para o tratamento desta doença que, na grande maioria dos casos, é progressiva e incurável. O facto de o cancro da mama avançado é uma doença incurável, tanto os profissionais de saúde como os grupos de apoio a doentes têm centrado a sua atenção no cancro da mama precoce, gerando sentimentos de abandono e solidão nos doentes metastáticos. Existe, muitas vezes, a percepção de que não é necessário seguir recomendações e de que qualquer tratamento é aceitável, pois, trata-se de uma doença incurável, para a qual existem poucos tratamentos com nível de evidência elevado. Como agravante, é muito reduzido o número destes doentes envolvidos em ensaios clínicos, indispensáveis para gerar essa tão necessária evidência.

Temos de aplicar os mesmos princípios de alta qualidade que usamos para o estadio precoce”, disse

Fátima Cardoso, coordenadora da ABC1 e directora da unidade de cancro de mama do Centro Champalimaud, em Lisboa. “Isto significa que todas as mulheres e homens com doença avançada devem ser tratados por uma equipa multidisciplinar, numa unidade especializada, que devemos tratar cada subtipo de cancro da mama de forma específica e baseada em evidência científica, e que precisamos de incluir muito mais doentes em ensaios clínicos. Neste momento, mesmo nos grandes hospitais, a maioria dos doentes com cancro da mama avançado são tratados por um só médico e não por uma equipa multidisciplinar. Esta situação tem de mudar. Sabemos que a implementação de recomendações internacionais de consenso para o tratamento do cancro da mama precoce levou ao aumento da sobrevida desses doentes – temos de fazer o mesmo para a doença metastática para a qual, apesar de algum progresso, a sobrevida média global ainda se situa entre os 2 a 3 anos”. Fátima Cardoso acrescentou: “Como parte da estratégia multidisciplinar, os doentes necessitam de receber apoio psicológico apropriado e cuidados de suporte e paliativos de alta qualidade, para controlo de sintomas, sobretudo da dor. Mesmo nos países desenvolvidos, nem todos os doentes têm fácil acesso a tratamentos para a dor, em particular a morfina”. “O controlo da dor é também uma das prioridades da Organização Mundial de Saúde”, disse. Num inquérito feito aos participantes na ABC1, antes da conferência, 81% concordou que o tratamento do cancro da mama avançado não recebe tanta atenção como o cancro da mama precoce, indicando uma das principais razões para esta situação a ausência de recomendações de tratamento claras e implementáveis. Cerca de metade acreditava que as recomendações da ABC1 seriam

aplicadas e ajudariam a encontrar os recursos necessários para avanços nesta área. “A sobrevida dos doentes com cancro da mama avançado tem aumentado mas o progresso tem sido demasiado lento”, disse Eric Winer, coordenador da ABC1 e director do departamento de oncologia mamária no Dana-Farber Cancer Institute, em Boston, Estados Unidos. “Apesar de existirem várias outras reuniões sobre cancro da mama, o tratamento do cancro da mama metastático tem sofrido a falta de forte colaboração internacional na investigação clínica e translacional que poderia levar a avanços mais rápidos e ao estabelecimento de tratamentos estandardizados de alto nível de evidência. Como consequência, os doentes e clínicos sentem-se frequentemente perdidos no meio de diferentes opiniões”.

Musa Mayer, doente de cancro da mama e coordenadora do AdvancedBC.org, uma associação de apoio a doentes com cancro da mama metastático, afirmou: “O cancro da mama tem consequências terríveis – em cada ano, morrem no mundo mais de meio milhão de pessoas. As necessidades dos doentes com cancro avançado são profundamente diferentes das dos doentes com cancro precoce. As mulheres com cancro da mama metastático têm sido frequentemente ignoradas, invisíveis, especialmente no mês de Outubro, quando os EUA são inundados por mensagens cor-de-rosa acerca dos benefícios da detecção precoce do cancro da mama e das vitórias possíveis de alcançar!. “Sabemos que, em quase todos os países, a atenção prestada aos doentes com doença avançada é muito reduzida e que a maioria não tem acesso nem à informação nem apoio dirigidos às suas necessidades. Se se puder reduzir a confusão enfrentada por estes doentes ao tomar decisões sobre o seu tratamento, e as recomendações adequadas forem

desenvolvidas tendo em consideração as diferenças entre indivíduos e suas preferências, conseguiremos ajudá-los a controlar a ansiedade e a perda de confiança que sentem quando um tratamento se torna ineficaz. Isto contribuirá para alcançar o ambicioso objectivo da ABC1 – melhorar a sobrevida através de uma melhor utilização do conhecimento e tratamentos existentes”, disse.

“A ABC1 é o primeiro e crucial passo. Doentes e associações de apoio estão expectantes e gratos por ter chegado, finalmente, o nosso tempo”, acrescentou.

As recomendações

A conferência ABC1 teve mais de 800 participantes de todos os continentes (clínicos, cientistas, doentes e associações de apoio) e terminou com um painel de consenso durante o qual peritos mundiais votaram as recomendações que serão escritas e publicadas num artigo especial na revista *The Breast*, no princípio de 2012. Estas recomendações serão também apresentadas nas principais conferências internacionais de oncologia ao longo de 2012.

Larry Norton, director do departamento de oncologia do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, em Nova York, EUA, e Alberto Costa, director da Escola Europeia de Oncologia, em Milão, Itália, outros dois coordenadores da conferência, explicaram que as primeiras recomendações de consenso incluem:

- A necessidade sistemática de uma estratégia multidisciplinar, apoio psicológico e envolvimento do doente nas decisões terapêuticas.
- A comunicação clara acerca da natureza incurável mas tratável da doença metastática.
- As decisões equilibradas acerca das implicações económicas do tratamento.

- Os vários factores a ter em conta na escolha do tratamento mais adequado e as várias opções terapêuticas existentes para cada subtipo biológico de cancro da mama avançado (receptores hormonais positivos/negativos, HER-2 positivo/negativo, etc.).

- As opções de quimioterapia e terapias biológicas.
- A prioridade da inclusão de doentes em ensaios clínicos.
- O tratamento adequado para as metástases ósseas e cerebrais.
- O acesso a cuidados paliativos, incluindo o correcto controlo da dor.
- Incluir-se-ão também recomendações específicas para o cancro da mama avançado nos homens.

Sobre a ABC1

ABC1, a primeira conferência internacional de consenso para o cancro da mama avançado, teve lugar no Centro Cultural de Belém, em Lisboa, nos dias 3, 4 e 5 de Novembro 2011. Foi organizada pela Escola Europeia de Oncologia, uma organização sem fins lucrativos, sediada em Milão, Itália. Esta conferência foi o culminar de um esforço desenvolvido pela Escola Europeia de Oncologia, desde 2006, com um grupo de trabalho dedicado à criação de recomendações internacionais para o tratamento do cancro da mama avançado. A ABC2, que incluirá também recomendações para doentes com cancro da mama localmente avançado (estadio 3), terá lugar nos dias 7, 8 e 9 de Novembro 2013.

POP, 14 NOVEMBRO 2011

CANCRO COLO-RECTAL

Bayer interrompe ensaio de fase final com regorafenib no cancro colo-rectal

A Bayer anunciou na quarta-feira que um ensaio de fase final com o seu fármaco regorafenib em doentes com cancro colo-rectal metastático (mCRC) deve ser interrompido após uma análise interina ter revelado que o medicamento melhorou significativamente a sobrevida global em comparação com placebo. A empresa disse que o comité que acompanha o ensaio recomendou que se interrompa o estudo para que os doentes do grupo a receber placebo também recebam tratamento com regorafenib, avança o site FirstWord. O ensaio CORRECT seleccionou aleatoriamente 760 doentes mCRC cuja doença tenha progredido após o tratamento com terapias padrão para receber o medicamento da Bayer ou placebo, ambos em combinação com melhores cuidados de suporte. A farmacêutica avançou que o objectivo primário do estudo foi a sobrevivência global. Os resultados do estudo deverão ser apresentados numa próxima reunião científica.

“Esses dados são importantes porque demonstram que o regorafenib aumenta a sobrevida global em doentes com mCRC pré-tratados intensivamente, uma área de alta necessidade não atendida”, disse Kemal Malik, chefe de desenvolvimento global da companhia. A Bayer informou que “vai prosseguir as discussões” com as entidades reguladoras, incluindo a Agência Europeia do Medicamento (EMA) e a FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA), em relação à aprovação do regorafenib nesta indicação.

A Bayer pagará À Onyx Pharmaceuticals royalties de 20% sobre as vendas mundiais do regorafenib para uso em oncologia depois de as em-

presas terem chegado a um acordo no início deste mês para resolver os litígios sobre os direitos do composto.

POP, 28 OUTUBRO 2011

Erbitux®, Avastin® e Vectibix® rejeitados pelo NICE para o cancro colo-rectal metastático

O Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Clínica do Reino Unido recomendou contra a participação pelo sistema de saúde britânicos (NHS) do Erbitux® (cetuximab), da Merck, do Avastin® (bevacizumab), da Roche, e do Vectibix® (panitumumab), da Amgen, para uso em pessoas com cancro colo-rectal metastático que progrediu após a primeira linha de quimioterapia, avança o site FirstWord. Andrew Dillon, presidente-executivo do NICE, disse que a decisão, que reflecte uma recomendação feita em Setembro, foi tomado uma vez que o comité da agência de avaliação não “sente que tem provas suficientes, especialmente no caso do bevacizumab, para se sentir confiante em recomendar esses medicamentos”, Dillon acrescentou que o NICE “já recomendou seis tratamentos para diversas fases do cancro colo-rectal”. Especificamente, a agência citou incertezas nos ganhos relativos à sobrevida global registados com Avastin® juntamente com quimioterapia como tratamento de segunda ou terceira linha, e as estimativas de sobrevida global para o Erbitux®. O NICE também indicou que não havia provas suficientes da magnitude do benefício de sobrevivência com Vectibix® comparado com melhor cuidado de suporte. A agência observou que “nenhum dos tratamentos preencheu os critérios para ser considerado sob regime especial de medicamentos para ajudar pessoas que enfrentam o fim das suas vidas”.

POP, 30 NOVEMBRO 2011

OUTROS

FDA aprova droga para tratar fase final de cancro da cabeça e pescoço

A FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) aprovou esta terça o medicamento Erbitux® (cetuximab), desenvolvido e produzido pela ImClone e Bristol-Myers Squibb, para uso juntamente com quimioterapia para tratar doentes em estágio avançado (metastático) de cancro da cabeça e pescoço, avança o portal ISaúde.

Combinado com a quimioterapia, o Erbitux® prolongou a vida daqueles que recebem a combinação de tratamento, em comparação com os que receberam apenas a quimioterapia. O Erbitux® já é aprovado pela FDA para certos tipos de cancro do cólon, e é aprovado, desde 2006, para o tratamento de cancro da cabeça e pescoço não-metastático em combinação com radioterapia (primeira linha) ou como um agente único (segundo o tratamento padrão). De acordo com o National Cancer Institute, os cancros da cabeça e pescoço somam de 3% a 5% de todos os cancros nos EUA. Esses cancros normalmente desenvolvem-se no nariz, na garganta ou na boca e são mais comuns nos homens e nas pessoas com mais de 50 anos.

“A capacidade do Erbitux® para prolongar a vida de pacientes com cancro da cabeça e pescoço é uma ferramenta importante para os oncologistas, que muitas vezes dependem de uma abordagem multi-tratamento para os pacientes. Dada a natureza agressiva dos cancros da cabeça e pescoço que não podem ser tratados com cirurgia e radioterapia, é importante que os pacientes tenham tantas opções terapêuticas disponíveis quanto possível”, disse Richard Pazdur, director da divisão de Medicamentos de Hematologia e Oncologia

no Centro da FDA para a Avaliação e Pesquisa de Drogas.

A segurança e a eficácia do Erbitux® para esta indicação são baseadas nos resultados de um estudo clínico multicêntrico realizado fora dos EUA, envolvendo 442 pacientes com cancro da cabeça ou de pescoço metastático ou recorrente. O estudo utilizou uma versão aprovada do cetuximab que não era americana, em vez da formulação aprovada nos EUA. Os participantes tinham a doença inoperável ou generalizada, e não receberam quimioterapia prévia. Metade deles foram seleccionados para receber a combinação de cetuximab com a quimioterapia (cisplatina ou carboplatina e 5-fluorouracil) ou quimioterapia (cisplatina ou carboplatina e 5-fluorouracil), apenas. Os pacientes que receberam a combinação de quimioterapia com cetuximab viveram, em média, 10,1 meses em comparação com 7,4 meses para aqueles que receberam apenas a quimioterapia. Os efeitos secundários mais comuns relatados nos doentes a receber cetuximab foram erupção cutânea, comichão (prurido), alterações nas unhas, dor de cabeça, diarreia e infecções respiratórias, da pele e da boca. O Erbitux® também pode causar níveis linfáticos baixos de magnésio, potássio e cálcio. O Erbitux® tem sido associado a reacções à perfusão graves e potencialmente fatais e ao ataque cardíaco. Os pacientes que estão tomando o Erbitux® devem limitar a sua exposição ao sol.

O Erbitux® foi aprovado pela FDA em 2004 para tratar o cancro do cólon positivo para o receptor do factor de crescimento epidérmico (EGFR) em estágio avançado, depois de os pacientes terem deixado de responder à quimioterapia. O tratamento pode ser usado sozinho ou em combinação com a quimioterapia.

POP,10 NOVEMBRO 2011

Fármaco experimental da Astellas e Aveo com bons resultados no cancro renal

A Astellas e Aveo Pharmaceuticals anunciaram na terça-feira que num ensaio de estágio avançado, o seu fármaco experimental tivozanib demonstrou “superioridade” em relação ao Nexavar® (sorafenib) da Bayer e da Onyx no objectivo primário de retardar a progressão do cancro em doente com carcinoma de células renais avançado (CCR). A Astellas e a Aveo referiram que, com base nos dados, planeiam entrar com o pedido par aprovação do tivozanib nos EUA e Europa este ano, avança o site FirstWord.

O estudo TIVO-1 seleccionou 517 pacientes com CCR que tinham sofrido uma nefrectomia prévia e não tinham sido previamente tratados com uma terapia de VEGF ou mTOR. As companhias referiram que o ensaio “é o primeiro estudo de registo em primeira linha RCC que está a comparar um composto em investigação contra uma terapia VEGF aprovada”. Os dados iniciais do estudo mostraram que os doentes que receberam tivozanib apresentaram uma sobrevida média livre de progressão de 11,9 meses versus uma sobrevida média livre de progressão de 9,1 meses para o grupo a tomar Nexavar®. As farmacêuticas referiram que os resultados detalhados do estudo serão submetidos para apresentação no encontro da ASCO. O CEO da Aveo, Tuan Ha-Ngoc, disse que “estamos muito satisfeitos com estes resultados, especialmente com o benefício de aumento da sobrevida média livre de progressão que representa para a população sem tratamento prévio, o que representa a oportunidade de mercado mais significativa para o tivozanib”. Nesta população de doentes, que constituíram cerca de 70% da população total do estudo, o tivozanib demonstrou

uma melhoria significativa na sobrevida média livre de progressão, com uma média de 12,7 meses, comparada com uma sobrevida média livre de progressão de 9,1 meses registada para o Nexavar®.

Em Fevereiro de 2011, as companhias entraram num acordo, sob os termos do qual a Astellas ganhou os direitos globais, excluindo na Ásia, para desenvolver e comercializar o tivozanib, num negócio avaliado em mais de 1,3 mil milhões de dólares. Os laboratórios farmacêuticos estão a testar o inibidor de VEGF oral em tipos de tumores adicionais, sendo que estão previstas actualizações sobre esses ensaios nos próximos meses.

POP,5 JANEIRO 2011

Ajude a Evitar as NVIQ* Antes que Comecem

com EMEND® como parte de uma terapêutica
combinada



* NVIQ = náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia

Denominação do medicamento EMEND 125mg/80mg cápsulas; IVEMEND 115mg pó para solução para perfusão. **Forma farmacêutica e Composição** Cápsulas de 125 e 80mg de aprepitant; pó para solução para perfusão contendo 115mg de fosaprepitant. **Indicações terapêuticas** Prevenção de náusea e vômito agudos e tardios associados a quimioterapia antineoplásica altamente emetizante baseada em cisplatina e prevenção de náusea e vômito associados a quimioterapia antineoplásica (NVIQ) moderadamente emetizante. **Posologia e modo de administração** EMEND é administrado durante 3 dias como parte de um esquema terapêutico que inclui corticosteróide e antagonista 5-HT3. A dose recomendada de EMEND é de 125mg, por via oral no Dia 1 e de 80 mg, administrados uma vez por dia, nos Dias 2 e 3. IVEMEND (115mg), administrado em perfusão IV durante 15 minutos, pode substituir o aprepitant (125mg) antes da quimioterapia apenas no Dia 1 do regime para NVIQ.

Contra-indicações Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. EMEND e IVEMEND não podem ser co-administrados com pimozida, terfenadina, astemizole ou cisaprida. A inibição da CYP3A4 pelo aprepitante pode resultar num aumento das concentrações plasmáticas destes medicamentos, podendo causar reacções graves ou ameaçadoras da vida. **Efeitos indesejáveis** - As reacções adversas mais frequentemente notificadas, foram: soluços (4,6%), astenia/fadiga (2,9%), elevação da ALT (2,8%), obstipação (2,2%), cefaleias (2,2%) e anorexia (2,0%). Outras reacções adversas frequentes num estudo de bioequivalência com fosaprepitant por via intravenosa: endurecimento e dor no local de perfusão. **Advertências e precauções especiais de utilização** Precaução na coadministração com medicamentos que são metabolizados principalmente pelo CYP3A4 e com índice terapêutico estreito, como ciclosporina, tacrolimus, sirolimus, everolimus, alfentanil, diergotamina, ergotamina, fentanil, e quinidina. Aprepitant pode aumentar as concentrações plasmáticas dos medicamentos metabolizados via CYP3A4. A co-administração de EMEND com varfarina pode resultar numa diminuição clinicamente significativa do Rácio Norma-lizado Internacional (INR) do tempo de protrombina. Nos doentes com varfarina, o INR deverá ser cuidadosamente monitorizado durante o tratamento com aprepitant e nas 2 semanas após cada ciclo de 3 dias para NVIQ. A eficácia dos contraceptivos hormonais pode estar diminuída durante a administração oral de aprepitant e nos 28 dias seguintes. **Interações medicamentosas e outras formas de interação** A dose habitual de dexametasona oral deverá ser reduzida em aproximadamente 50% quando co-administrada com

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

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

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

 MSD ONCOLOGIA

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

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

Linha Verde MSD
800 20 25 20

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

Prevenção Desde o Início



NOME DO MEDICAMENTO SUTENT COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA Cada cápsula contém malato de sunitinib equivalente a 12,5 mg, 25 mg, 37,5 mg ou 50 mg de sunitinib. **FORMA FARMACÉUTICA** Cápsula. **INDICAÇÕES 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 à resistência ou intolerância; tratamento do carcinoma de células renais avançado/metastático (MRCC) em adultos; tratamento de tumores neuroendócrinos pancreáticos bem diferenciados, irrecorríveis ou metastáticos em adultos com progressão da doença. A experiência com SUTENT como tratamento de primeira linha é limitada. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** A terapêutica com sunitinib deve ser iniciada por um médico experiente na administração de anti-cancerígenos. **Posologia** Para GIST e MRCC, a posologia recomendada de SUTENT é de 50 mg, tomada oralmente, uma vez por dia, durante 4 semanas consecutivas, a que se segue um período de repouso de 2 semanas (esquema de tratamento 4/2), completando um ciclo de 6 semanas. Para pNET, a dose recomendada de SUTENT é de 37,5 mg, tomada oralmente, uma vez por dia sem um período de repouso programado. **Ajustes de dose Segurança e tolerabilidade** Para GIST e MRCC, podem ser aplicados ajustes de dose em intervalos de 12,5 mg com base na segurança e tolerabilidade individuais. A dose diária não deve exceder os 75 mg nem ser reduzida abaixo dos 25 mg. Para pNET, podem ser aplicados ajustes de dose em intervalos de 12,5 mg com base na segurança e tolerabilidade individuais. A dose máxima administrada nos estudos de fase 3 de pNET foi de 50 mg diários. Podem ser necessárias interrupções da dose com base na segurança e tolerabilidade individual. **Inibidores/indutores do CYP3A4** A co-administração de sunitinib com indutores potentes do CYP3A4, tal como a rifampicina, deverá ser evitada. Caso tal não seja possível, poderá ser necessário aumentar a dose de sunitinib em incrementos de 12,5 mg por dia para GIST e MRCC ou 62,5 mg por dia para pNET, com base na monitorização cuidadosa da tolerabilidade. A co-administração de sunitinib com inibidores potentes do CYP3A4, tal como o cetoconazol, deverá ser evitada. Caso tal não seja possível, poderá ser necessário reduzir a dose de sunitinib para um mínimo de 37,5 mg diários para GIST e MRCC ou 25 mg diários para pNET, com base na monitorização cuidadosa da tolerabilidade. Deverá ser considerada a seleção de medicação concomitante alternativa sem ou com potencial mínimo de inibição ou indução do CYP3A4. **Populações especiais População pediátrica** A segurança e eficácia de sunitinib em doentes com idade inferior a 18 anos não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. Não é relevante a utilização de sunitinib em crianças desde a nascença até aos 6 anos de idade na indicação de tratamento de tumores malignos do estroma gastrointestinal irrecorríveis e/ou metastáticos (GIST), após insucesso do tratamento com imatinib, devido à 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, dispnéia e vómitos), alteração da coloração cutânea e síndrome de eritrodissésia palmo-plantar. Estes sintomas podem diminuir durante a continuação do tratamento. Pode desenvolver-se hipotireoidismo durante o tratamento. As perturbações hematológicas (por exemplo, neutropenia, trombocitopenia e anemia) estão entre as reacções adversas medicamentosas mais frequentes. Os acontecimentos fatais, que foram considerados possivelmente relacionados com sunitinib incluíram também falência orgânica multi-sistémica, coagulação intravascular disseminada, hemorragia peritoneal, rabdomiólise, acidente cerebrovascular, desidratação, insuficiência supra-renal, insuficiência renal, insuficiência respiratória, derrame pleural, pneumotórax, choque e morte súbita. As reacções adversas que foram notificadas em doentes com GIST, MRCC e pNET nos estudos de fase 3, encontram-se abaixo descritas por classes de sistemas de órgãos, frequência e grau de gravidade (NCI-CTCAE). Os efeitos indesejáveis são apresentados por ordem decrescente de gravidade dentro de cada classe de frequência. As frequências são definidas por: Muito frequentes (≥ 1/10), frequentes (≥ 1/100 a < 1/10), pouco frequentes (≥ 1/1000 a < 1/100), raras (≥ 1/10000 a 1/1000), muito raras (< 1/10000), desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). **Reacções adversas notificadas em ensaios clínicos** **Muito frequentes:** neutropenia, trombocitopenia, anemia, diminuição do apetite a, alterações do paladar b, cefaleias, hipertensão, epistaxis, diarreia, estomatite/estomatite aftosa, vómitos, náuseas, dispnéia, dor abdominal c/distensão, obstipação, glosite, coloração amarela/alteração da coloração cutânea/alterações da pigmentação, síndrome de eritrodissésia 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, hipostesia, 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, púrcia, arripios, 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, hipotireoidismo, 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 faringolaringeal, perfuração intestinal, pancreatite, disfunção hepática, eczema, fistula anal, fistula, insuficiência renal aguda, síndrome nefrótica, proteinúria, dificuldade na cicatrização de feridas, aumento da concentração sérica da hormona estimulante da tiróide. Foram combinadas as seguintes designações: a Anorexia e diminuição do apetite, b Disgeusia, aguesia e alteração do paladar, c Dor abdominal e dor abdominal superior, d Edema, edema periférico e edema facial, e Diminuição da contagem de células brancas, diminuição da contagem de neutrófilos e diminuição da contagem de leucócitos. **Reacções adversas identificadas através da experiência pós comercialização** As seguintes reacções adversas foram identificadas durante a utilização pós aprovação de SUTENT. Estas reacções incluem notificações de casos espontâneos, bem como, acontecimentos adversos graves ou estudos a decorrerem, de programas de acesso alargado, estudos de farmacologia clínica e estudos experimentais em indicações não aprovadas. **Infeções e infestações Pouco frequentes:** Infeções (com ou sem neutropenia); Raras: Fascíte necrosante Doenças do sangue e do sistema linfático Pouco frequentes*; Microangiopatia trombótica Doenças do sistema imunitário Pouco frequentes*; Angioedema Cardiopatias Raras: *Torsade de pointes* Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino Pouco frequentes*; Insuficiência respiratória **Afecções hepatobiliares** Pouco frequentes: Insuficiência hepática Pouco frequentes*; Hepatite **Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos** Pouco frequentes* Miopatia, rabdomiólise Pouco frequentes* Osteonecrose da mandíbula *Frequência das reacções adversas calculada com base na metodologia 3/X descrita na Norma Orientadora do Resumo das Características do Medicamento. **Descrição das reacções adversas selecionadas** **Infeções e infestações:** Foram notificados casos de infeções graves (com ou sem neutropenia), incluindo pneumonia. Poucos casos foram fatais. Foram notificados casos raros, por vezes fatais, de fascíte 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 notificadas reacções de hipersensibilidade, incluindo angioedema. **Doenças endócrinas:** Foram notificados casos raros de hipertireoidismo, alguns dos quais seguidos por hipotireoidismo, em ensaios clínicos e experiência pós-comercialização. **Cardiopatias:** Foram notificados acontecimentos cardíacos, incluindo insuficiência cardíaca, cardiomiopatia e perturbações do miocárdio, alguns dos quais fatais, através da experiência pós comercialização. **Doenças do metabolismo e da nutrição:** Foram notificados casos de 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 fistula, por vezes associada a necrose e regressão tumoral, em que alguns casos foram fatais. Foram notificados casos de dificuldade na cicatrização de feridas durante o tratamento com sunitinib. Foram notificados casos de osteonecrose da mandíbula em doentes tratados com SUTENT, a maioria dos quais ocorreu em doentes que tinham factores de risco para a osteonecrose da mandíbula identificados, particularmente, exposição a bifosfonatos por via intravenosa e/ou história de doenças odontológicas, que tenham necessitado de procedimentos invasivos. **Doenças renais e urinárias:** Foram notificados casos de compromisso renal, insuficiência renal e/ou insuficiência renal aguda, em alguns dos casos fatais. Foram notificados casos de proteinúria e casos raros de síndrome nefrótica. A segurança da manutenção do tratamento com SUTENT em doentes com proteinúria moderada a grave não foi sistematicamente avaliada. SUTENT deve ser descontinuado em doentes com síndrome nefrótica. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** 01/2012

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

