

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

18

ANO V · OUTONO 2011

ENTREVISTA COM...

Neste número entrevistamos a Enfermeira Eunice Sá, Professora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

INDICADORES DE RESULTADO CLINICAMENTE ÚTEIS NO CONTEXTO DAS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS PROMOTORAS DA ADAPTAÇÃO EM DOENTES COM CANCRO DA MAMA

Neste artigo, o autor descreve o processo inicial de identificação de um painel de indicadores de resultado, clinicamente úteis, capazes de promover a monitorização dos processos de adaptação em doentes com cancro da mama. Concluiu-se que é essencial para a disciplina de enfermagem a identificação de indicadores de resultado, úteis e mensuráveis, que permitam avaliar a assistência em saúde, como meio de sustentar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

COMPRESSÃO MEDULAR MALIGNA: UMA EMERGÊNCIA EM ONCOLOGIA

A compressão medular maligna é uma emergência oncológica grave e frequente que requer um imediato reconhecimento e tratamento para alívio da dor e preservação das funções neurológicas. Neste artigo de revisão, o autor descreve os efeitos da compressão medular na qualidade de vida do doente.

A HISTÓRIA ONCOLÓGICA DO DOENTE

Este artigo de investigação centra o principal objectivo do estudo na compreensão de como a humanização é organizada através dos laços entre pessoas (sem os quais o carácter humano da humanização não existe) e como estes laços potencializam a eficácia terapêutica. Estudou-se a dinâmica das relações de uma família como caso de estudo e concluiu-se que estas são a estratégia integrativa mais consistente do doente e da própria família na sua unicidade da história oncológica.



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa



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

câncer do cólon estadios III



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

câncer gástrico avançado, câncer colo-rectal



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

câncer da mama

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

câncer mama e câncer cólon estadios III câncer colo-rectal e câncer gástrico



Xeloda 150 mg comprimidos revestidos por película. Xeloda 500 mg comprimidos revestidos por película. Cada comprimido contém 150 mg ou 500 mg de capecitabina. **Excipientes:** lactose anidra, croscarmellose sódica, hipromelose, celulose microcristalina, estearato de magnésio, hipromelose, dióxido de titânio (E171), óxido de ferro amarelo e vermelho (E172), talco. **Indicações terapêuticas:** a) Tratamento adjuvante, após cirurgia, dos doentes com câncer do cólon estadios III (estadios Dukes C). b) Tratamento do câncer colorrectal metastático. c) Tratamento de primeira linha do câncer gástrico avançado, em associação com um regime baseado em platina. d) Em combinação com o docetaxel é indicado no tratamento de doentes com câncer da mama localmente avançado ou metastático, após falha da quimioterapia citotóxica. A quimioterapia anterior deverá ter incluído uma antraciclina. Em monoterapia, no tratamento de doentes com CM localmente avançado ou metastático, após falha de um regime de quimioterapia contendo taxanos e uma antraciclina ou para quem não esteja indicada terapêutica adicional com a **Posologia e modo de administração:** Só deverá ser prescrito por um médico qualificado e com experiência na utilização de fármacos antineoplásicos. Os comprimidos devem ser deglutidos com água, nos 30 minutos que se seguem a uma refeição. O tratamento deve ser descontinuado caso se observe progressão da doença ou se a toxicidade for considerada intolerável. **Câncer do cólon, câncer colorrectal e câncer da mama, em monoterapia:** 1250 mg/m², duas vezes por dia durante 14 dias, seguida de um período de descanso de 7 dias, associado em doentes com câncer do cólon estadios III é recomendado para um total de 6 meses. **Câncer da mama, em associação:** 1250 mg/m² duas vezes por dia durante 14 dias, seguida de um período de descanso de 7 dias, associado com docetaxel a 75 mg/m² administrado em perfusão intravenosa com a duração de 1 hora, de 3 em 3 semanas. Deve iniciar-se um pré-tratamento com um corticoide oral, como a dexametasona, antes da administração do docetaxel. **Câncer colorrectal e câncer gástrico, em associação:** 800-1000 mg/m², duas vezes por dia, durante 14 dias seguida de um período de descanso de 7 dias, ou 625 mg/m² duas vezes por dia, continuamente. Consultar RCM para cálculos das doses padrão e reduzidas, para modificações da dose durante o tratamento devido a toxicidade e em populações especiais. **Contra-indicações:** História clínica de reações graves ou inesperadas à terapêutica com fluoropirimidinas. Hipersensibilidade ao medicamento ou ao fluorouracilo. Deficiência conhecida da dihidropirimidina desidrogenase (DPD). Gravidez e lactação. Leucopenia, neutropenia ou trombocitopenia graves. Compromisso hepático grave. Compromisso renal grave (depuração da creatinina inferior a 30 ml/min). Tratamento com sorivudina ou os seus análogos, quimicamente relacionados, como a brivudina. Se existirem contra-indicações para qualquer fármaco no regime em associação, esse fármaco não deve ser utilizado. **Advertências:** Os efeitos tóxicos limitantes da dose incluem diarreia, dor abdominal, náuseas, estomatite e síndrome mão-pé (reação cutânea mão-pé, eritrosiedade 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, 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; hiipo ou hipercalcemia pré-existente, doença do sistema nervoso central ou periférico, por ex. melânses cerebrais ou neuropatia; diabetes mellitus ou alterações electrolíticas. Os doentes tratados concomitantemente com anticoagulantes derivados da cumarina devem ser monitorizados quanto à resposta anticoagulante e a dose do anticoagulante deve ser ajustada em conformidade. A utilização deverá ser monitorizada em doentes com disfunção hepática ligeira a moderada, podendo levar à interrupção do tratamento. A incidência de reações adversas, de grau 3 ou 4, é maior em doentes com compromisso renal moderado. Condição lactosa anidra, não devendo ser administrado a doentes que apresentem problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência em lactase de Lapp ou má absorção da glicose-galactose. **Interações:** Anticoagulantes derivados da cumarina (p.ex. varfarina e fenprocumol). Ferilona. Ácido fólico. Sorivudina e seus análogos quimicamente relacionados, como a brivudina. Antibióticos, incluindo hidróxido de alumínio e hidróxido de magnésio. Allopurinol. Interferão alfa. Radioterapia. A administração com alimentos diminui a velocidade de absorção da capecitabina. **Efeitos indesejáveis:** Reações adversas (RAS) mais frequentes: doenças gastrointestinais (especialmente diarreia, náuseas, vômitos, dor abdominal, estomatite), eritrosiedade palmar-plantar, fadiga, astenia, anorexia, cardiotoxicidade, agravamento da disfunção renal em doentes com compromisso pré-existente da função renal, e tromboembolia. Neutropenia, leucopenia, anemia, febre neutropénica, trombocitopenia, diminuição do apetite, alterações do paladar, parestesia e disestesia, neuropatia periférica, neuropatia sensitiva periférica, disgeusia, cefaleia, aumento do lactímetro, edema dos membros inferiores, hipertensão arterial, embolia e trombose, faringite, disestesia da faringe, obstrução, dispnéia, alopecia, alterações ungueais, mialgia, artralgia, dores nas extremidades, piroxia, fraqueza, letargia, intolerância a temperatura. **RAS graves, são potencialmente fatais ou consideradas clinicamente relevantes:** Sepcemia, infeção do tracto urinário, celulite, tonsilite, faringite, candidíase oral, gripe, gastroenterite, infeção fúngica, infeção, 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, hipertigliceridemia, estado de confusão, ataques de pânico, humor depressivo, íbido diminuído, afasia, alterações na memória, ataxia, síncope, perturbação do equilíbrio, alteração sensorial, neuropatia periférica, acuidade visual diminuída, diplopia, vertigens, dor de ouvidos, angina instável, angina de peito, isquemia do miocárdio, fibrilação auricular, arritmia, taquicardia, taquicardia sinusual, palpitações, trombose venosa profunda, hipertensão, pedetúas, hipotensão, rubor, algidez periférica, embolia pulmonar, pneumotórax, hemoptise, asma, dispnéia de esforço, obstrução intestinal, ascite, enterite, gastrite, disfgia, dor abdominal baixa, esofagite, desconforto abdominal, afecção de refluxo gastroesofágico, colite, sangue nas fezes, icterícia, úlcera cutânea, erupção cutânea, urticária, reacção de fotossensibilidade, eritema palmar, cara inchada, púrpura, tumefação articular, dor óssea, dor facial, rigidez musculoesquelética, fraqueza muscular, hidronefrose, incontinência urinária, hematuria, nictúria, creatinemia aumentada, hemorragia vaginal, edema, arrepios, estado gripal, arrepios, aumento da temperatura corporal, bolha, sobredosagem. Estenose do canal lacrimal, insuficiência hepática e hepatite colestática. **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
N.º Contribuinte: 500 233 810
www.roche.pt



Os doentes estão no centro
de tudo o que fazemos



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

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

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

INDEXANTES:



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



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



A AEOP é membro efectivo da EONS



A AEOP tem parceria científica com The European Journal of Clinical & Medical Oncology

ÍNDICE

03 EDITORIAL

Mónica Castro, Coordenadora Editorial

06 ENTREVISTA COM...

Eunice M. Casimiro Santos Sá, Professora Adjunta na ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ARTIGOS

08 INDICADORES DE RESULTADO CLINICAMENTE ÚTEIS NO CONTEXTO DAS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS PROMOTORAS DA ADAPTAÇÃO EM DOENTES COM CANCRO DA MAMA

Luis Miguel Ferreira
Filipe Miguel Pereira
Célia Samarina Brito Santos
Berta Salazar Almeida

16 COMPRESSÃO MEDULAR MALIGNA: UMA EMERGÊNCIA EM ONCOLOGIA

Ângela Sofia Lopes Simões

23 A HISTÓRIA ONCOLÓGICA DO DOENTE

Nuno Filipe de Oliveira Gil Salgado

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

33 REUNIÃO CONSELHO CONSULTIVO (WORKGROUPS) • LANÇAMENTO LINHAS CONSENSO CANCRO GÁSTRICO • 7.º SIMPÓSIO NACIONAL CANCRO DIGESTIVO • PROJECTO EDUCAR E PREVENIR • REUNIÃO SPH 2011: ACONTECEU... • CICLO DE CONFERÊNCIAS EM ONCOLOGIA

INVESTIGAÇÃO

35 PROJECTO SUPROC: SUPPORT PATIENTS RECEIVING ORAL CHEMOTHERAPY PROJECTO TARGET ESTUDOS OBSERVACIONAIS

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

37 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 Investigação Clínica - Instituto Português Oncologia Porto
mjorgefreitas@sapo.pt

COORDENADOR EDITORIAL

Mónica Alexandra Castro Pereira, RN
Oncologia Médica
Instituto Português Oncologia Porto
Castrom3@sapo.pt

CONSELHO CIENTÍFICO

Eunice Sá, MsC, RN
Especialista 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 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 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 Oncologia Porto
merbp@ufp.edu.pt

Luís Sá, PhD, MsC, RN
Especialista Saúde Mental e Psiquiátrica
Doutor em Saúde Mental
Professor Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa - Porto

CONSELHO EDITORIAL DESTA REVISTA

Luís Miguel Ferreira; Filipe Miguel Pereira; Célia Samarina Brito Santos; Ângela Sofia Lopes Simões;
Nuno Filipe de Oliveira Gil Salgado

COORDENADORES 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 - merbp@ufp.edu.pt
- DOENTE COM CANCRO UROLÓGICO: José Fernando Silva, RN - silvajff@gmail.com
- DOENTE HEMATO-ONCOLÓGICO: Rosa Romão, RN - rosacromao@gmail.com
- DOENTE COM SARCOMA: Rui Santos, RN - rmrgs60@gmail.com
- DOENTE COM DOR: Lúcia Almeida, RN - luciaalmeida45@gmail.com

DESIGN E COMPOSIÇÃO GRÁFICA

Medesign, Lda

PERIODICIDADE

Trimestral

IMPRESSÃO

Tipografia Nunes, Lda

TIRAGEM

600 exemplares

DEPÓSITO-LEGAL

262108/08



Este número fecha o ciclo de 2011, e num momento em que se avizinham modificações, a Onco.News também vai sofrer algumas alterações no que diz respeito à periodicidade, passando a ter um lançamento quadrimestral no próximo ano. No entanto, deixamos desde já a garantia de manter a qualidade e pertinência dos assuntos que tanto nos dizem respeito. Simultaneamente iremos incentivar os nossos associados a receberem a revista *on-line*, em substituição do papel. Para o ano de 2012, a AEOP pretende manter presente a sua linha inovadora, com a criação dum Ciclo de Conferências anual, onde em momentos pré-definidos, de forma mais periódica e acesso gratuito, se possa abordar, conjuntamente com um *experts*, temas que se considerem relevantes para o desenvolvimento da Enfermagem Oncológica.

A organização destes ciclos vem de certa forma complementar o trabalho que a AEOP desenvolve quando participa noutros eventos, como foi o caso da sua presença, pela primeira vez, na Reunião da Sociedade Portuguesa de Hematologia (SPH). Tratou-se de uma actividade importante porque permitiu um maior contacto com a enfermagem da área hemato-oncológica e a apresentação de um projecto investigacional. As ideias finais retiradas deste e de outros momentos semelhantes serão depois trabalhadas pelo Workgroup de Hemato-Oncologia. Como habitual, a AEOP esteve ainda presente no 7.º Simpósio Nacional Cancro Digestivo organizado pelo Grupo de Investigação Cancros Digestivos (GICD), com um programa científico paralelo. Decorreu a 29 Outubro, em Coimbra, a reunião de trabalho dos grupos específicos (Workgroups) para discussão e definição de actividades e estratégias dentro das áreas da Dor, Cancro Mama, Digestivos, Pulmão, Sarcomas, Cabeça e Pescoço, Hemato-Oncologia, Urologia e Educação. Desta reunião, onde mais uma vez foi notória a participação activa de 38 enfermeiros, pertencentes aos vários Workgroups, definiram-se as actividades científicas para 2012.

Neste número a entrevista foi dirigida à Enfermeira Eunice M. Casimiro Santos Sá, Professora Adjunta na ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que nos transmite algumas opiniões interessantes sobre a actividade actual da enfermagem na e para a formação, bem como a dualidade qualidade de cuidados/qualidade de formação. Para além deste momento de reflexão, temos ainda dois artigos de investigação onde num deles se aborda o processo inicial de identificação dos indicadores de resultado úteis, capazes de promover a monitorização dos processos de adaptação em doentes com cancro da mama e no outro a valorização dos laços entre pessoas para conceber a história oncológica e produzir estratégias adequadas a cada situação. A acompanhar estes dois artigos temos um artigo de revisão sobre a importância de se intervir precocemente na compressão medular maligna, atendendo a todos os sintomas e consequências negativas que normalmente advêm desta emergência oncológica.

Termino com o desejo de Boas Festas para todos os que usufruem da leitura da Onco.News e uma nota de incentivo a todos os que optaram por cuidar de doentes oncológicos e fazem um enorme esforço diário para manter a prestação dos cuidados num nível de qualidade elevado. Apesar da conjuntura nacional e internacional não ser de todo favorável, o doente e o meio social que o sustenta precisa mais que nunca dos nossos cuidados, e como vem sendo hábito, tenho a plena confiança que a Enfermagem saberá responder ao nível esperado. Vamos marcar a nossa diferença provando que é em alturas de adversidade que se distingue o comum do excepcional.



Mónica Castro
 Coordenadora da Revista
 (castron3@sapo.pt)

Tyverb 250 mg comprimidos revestidos por película. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: Cada comprimido revestido por película contém ditosilato de lapatinib monohidratado, equivalente a 250 mg de lapatinib. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos revestidos por película ovais, biconvexos, amarelos, revestidos por película, com gravação "GS XJG" numa das faces. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Tyverb é indicado para o tratamento de doentes com cancro da mama, cujos tumores sobre-expressam o HER2 (ErbB2); - em associação com capecitabina para os doentes com cancro da mama avançado ou metastizado com doença progressiva após terapêutica prévia, que deve ter incluído antracilinas e taxanos e terapêutica com trastuzumab, em contexto metastático; - em associação com um inibidor da aromatase para mulheres pós-menopáusicas com doença metastizada com receptores hormonais positivos, não elegíveis no presente para quimioterapia. Os doentes no estudo de registo não foram previamente tratados com trastuzumab ou com um inibidor da aromatase. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** O tratamento com Tyverb só deverá ser iniciado por um médico com experiência na administração de medicamentos antineoplásicos. Os tumores que apresentem sobre-expressão do HER2 (ErbB2) são definidos por IHC3+, ou IHC2+ com amplificação do gene ou amplificação do gene isolado. O status HER2 deve ser determinado por métodos exactos e validados. A dose diária de Tyverb não deve ser dividida. Tyverb deve ser tomado pelo menos uma hora antes, ou pelo menos uma hora após a refeição. Para minimizar a variabilidade individual do doente, a administração de Tyverb deve ser padronizada em relação à ingestão de alimentos, por exemplo ser sempre tomado uma hora antes de uma refeição. As doses esquecidas não devem ser compensadas e a posologia deve ser retomada na próxima dose diária habitual. Consultar o RCM completo do medicamento administrado em associação para mais informações sobre a sua posologia, incluindo reduções de dose, contra-indicações e informação de segurança. **Posologia da associação Tyverb/ capecitabina:** A dose recomendada de Tyverb é 1250 mg (5 comprimidos) uma vez por dia de forma contínua. A dose recomendada de capecitabina é 2000 mg/m²/dia tomada em 2 doses com intervalo de 12 horas nos dias 1-14 em ciclos de 21 dias. A capecitabina deve ser tomada com alimentos ou nos 30 minutos a seguir à refeição. **Posologia da associação Tyverb/ inibidor da aromatase:** A dose recomendada de Tyverb é 1500 mg (6 comprimidos) uma vez por dia de forma contínua. Consultar o RCM do inibidor da aromatase administrado em associação para mais informações sobre a posologia. **Redução da dose ou atraso na sua administração. Acontecimentos cardíacos:** De acordo com os Critérios de Terminologia Comum para Acontecimentos Adversos do Instituto Nacional do Cancro (NCI CTCAE) o tratamento com Tyverb deve ser descontinuado em doentes com sintomas associados com diminuição da fracção de ejeção ventricular esquerda (LVEF) de grau 3 ou superior ou se a LVEF descer abaixo dos limites mínimos instituídos como normais. Tyverb pode ser reiniciado a uma dose reduzida (1000 mg/dia quando administrado com capecitabina ou 1250 mg/dia quando administrado com um inibidor da aromatase) após um intervalo mínimo de 2 semanas e se a LVEF recuperar a normalidade e o doente estiver assintomático. **Doença pulmonar intersticial/pneumite:** Tyverb deve ser descontinuado nos doentes que apresentem sintomas pulmonares de grau 3 ou superior segundo o NCI CTCAE. **Outras toxicidades:** A descontinuação ou interrupção da administração de Tyverb pode ser considerada quando um doente desenvolve toxicidade de grau 2 ou superior segundo os Critérios de Terminologia Comum para Acontecimentos Adversos do Instituto Nacional do Cancro (NCI CTCAE). Quando a toxicidade reduzir para grau 1 ou inferior, a terapêutica pode ser reiniciada com 1250 mg/dia quando administrado com capecitabina ou com 1500 mg/dia quando administrado com um inibidor da aromatase. Se a toxicidade reaparecer, então Tyverb deve ser reiniciado numa dose ainda mais baixa (1000 mg/dia quando administrado com capecitabina ou 1250 mg/dia quando administrado com um inibidor da aromatase). **Compromisso Renal:** Não é necessário ajuste da dose nos doentes com compromisso renal ligeiro a moderado. É recomendada precaução em doentes com compromisso renal grave uma vez que não existe informação sobre o uso de Tyverb nesta população. **Compromisso hepático:** Tyverb deve ser descontinuado se as alterações à função hepática forem graves e os doentes não devem voltar a ser tratados. A administração de Tyverb a doentes com compromisso hepático moderado a grave deve ser feita com precaução devido ao aumento na exposição ao medicamento. Os dados disponíveis em doentes com compromisso hepático são limitados para permitir recomendar um ajuste de dose. **População pediátrica:** Tyverb não é recomendado na população pediátrica devido a dados insuficientes de segurança e eficácia. **Idosos:** A informação existente sobre o uso de Tyverb e capecitabina em doentes de idade ≥65 anos é limitada. No ensaio clínico de fase III de Tyverb em associação com letrozol, do total de doentes com cancro da mama metastático com receptores hormonais positivos (população em intenção de tratar N=642), 44% tinham ≥65 anos de idade. Globalmente não foram observadas diferenças na eficácia e segurança da associação de Tyverb e letrozol entre estes indivíduos e os de <65 anos de idade. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** A segurança de lapatinib foi avaliada como monoterapia ou em associação com outras quimioterapias para vários tipos de cancro em mais de 11.000 doentes, incluindo 198 doentes que receberam lapatinib em associação com capecitabina e 654 doentes que receberam lapatinib em associação com letrozol. As reacções adversas mais frequentes (>25%) durante o tratamento com

lapatinib foram acontecimentos gastrointestinais (tais como diarreia, náuseas e vómitos) e erupção cutânea. A Eritrodisestesia palmo-plantar [EPP] também foi frequente (>25%) quando o lapatinib foi administrado em associação com capecitabina. A incidência de EPP foi semelhante no braço de tratamento de lapatinib em associação com capecitabina e no braço de tratamento de capecitabina em monoterapia. A diarreia foi a reacção adversa mais frequente que resultou em descontinuação do tratamento quando o lapatinib foi administrado em associação com capecitabina ou com letrozol. A seguinte convenção foi utilizada para a classificação da frequência: Muito frequentes (≥1/10), Frequentes (≥1/100 e < 1/10), Pouco frequentes (≥1/1000 e < 1/100), Raros (≥1/10 000 e < 1/1000), Muito raros (< 1/10 000), desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Os efeitos indesejáveis são apresentados por ordem decrescente de gravidade dentro de cada classe de frequência. As seguintes reacções adversas foram notificadas como tendo uma associação causal à monoterapia com lapatinib ou à associação de lapatinib com capecitabina ou letrozol: **Doenças do sistema imunitário:** Raras: Reacções de hipersensibilidade incluindo anafilaxia. **Doenças do metabolismo e da nutrição:** Muito frequente: Anorexia. **Perturbações do foro psiquiátrico:** Muito frequentes: Insónia*. **Doenças do sistema nervoso:** Muito frequentes: Cefaleias*; Frequentes: Cefaleias*. **Cardiopatias:** Frequentes: Diminuição da fracção de ejeção ventricular. **Vasculopatias:** Muito frequentes: Afrotamentos*. **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino:** Muito frequentes: Epistaxe*, tosse*, dispneia*; Pouco frequentes: Doença intersticial pulmonar/pneumite. **Doenças gastrointestinais:** Muito frequentes: Diarreia, que pode levar à desidratação, náuseas, vómitos, dispepsia*, estomatite*, obstipação*, dor abdominal*; Frequentes: Obstipação*. **Afeções hepatobiliares:** Frequentes: Hiperbilirrubinemia, hepatotoxicidade. **Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Muito frequentes: Erupção cutânea (incluindo dermatite acneiforme) (ver - redução da dose ou atraso na sua administração - outras toxicidades), pele seca*, eritrodisestesia palmo-plantar*, alopecia*, prurido*. **Frequentes:** Afeções das unhas incluindo paroníquia. **Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos:** Muito frequentes: Dor nas extremidades*, dor nas costas*, artralgia*. **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** Muito frequentes: Fadiga, inflamação das mucosas*, astenia*. (* Estas reacções adversas foram observadas quando lapatinib foi administrado em associação com capecitabina.† Estas reacções adversas foram observadas quando lapatinib foi administrado em associação com letrozol.) **Diminuição da fracção de ejeção ventricular esquerda e prolongamento do intervalo QT:** Foi notificado diminuição da fracção de ejeção ventricular esquerda (LVEF) em aproximadamente 1% dos doentes a receber lapatinib e mais de 90% dos casos eram assintomáticos. Em mais de 70% dos casos a diminuição da LVEF resolveu-se ou melhorou, sendo que em 60% dos quais a melhoria ou resolução deu-se após descontinuação da terapêutica com lapatinib, e em 40% dos casos a terapêutica com lapatinib foi continuada. Foi observado em cerca de 0,2% dos doentes a receber lapatinib em monoterapia ou em associação com outros medicamentos antineoplásicos uma diminuição sintomática da LVEF. Os sintomas observados incluíram dispneia, insuficiência cardíaca e palpitações. No global, recuperaram 58% dos indivíduos sintomáticos. Foram notificadas diminuições na LVEF em 2,5% dos doentes a receber lapatinib em associação com capecitabina, comparativamente a 1,0% com capecitabina em monoterapia. Foram notificadas diminuições na LVEF em 3,1% dos doentes a receber lapatinib em associação com letrozol, comparativamente a 1,3% dos doentes a receber letrozol mais placebo. Num ensaio de fase I não-controlado, observou-se um pequeno aumento dependente da dose do intervalo QTc. O potencial do lapatinib prolongar o intervalo QTc não foi excluído. **Diarréia:** Ocorreu diarréia em aproximadamente 65% dos doentes que receberam lapatinib em associação com capecitabina, e em 64% dos doentes que receberam o lapatinib em associação com letrozol. A maioria dos casos de diarréia foi de grau 1 ou 2 e não causaram descontinuação do tratamento com lapatinib. A diarréia responde bem ao tratamento pró-activo. **Erupções cutâneas:** Ocorreram erupções cutâneas em aproximadamente 28% dos doentes que receberam lapatinib em associação com capecitabina, e em 45% dos doentes que receberam lapatinib em associação com letrozol. As erupções cutâneas foram de uma maneira geral de baixo grau e não causaram descontinuação do tratamento com lapatinib. Os médicos prescritores são aconselhados a examinar a pele antes do tratamento com lapatinib e depois regularmente durante o tratamento. Os doentes que apresentem reacções cutâneas devem ser encorajados a evitar a exposição solar e aplicar um protector solar de largo espectro com Factor de Protecção Solar (SPF) ≥30. Se ocorrer uma reacção cutânea deverá examinar-se todo o corpo em cada consulta médica, até um mês após a resolução. Os doentes com reacções cutâneas extensas ou persistentes devem ser referenciados a um dermatologista. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** Glaxo Group Limited Berkeley Avenue Greenford Middlesex UB6 0NN Reino Unido. **DATA DA AIM:** 10/06/2008 **Data da última renovação:** 12/06/2009 **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** 06/2010 **Informação pormenorizada sobre este medicamento está disponível na Internet no site da Agência Europeia de Medicamentos (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>.**

TYVERB2010/009 Validade: 20/07/2011



Uma Nova Opção
na Terapêutica
de 1ª Linha
do Cancro da Mama
Metastático RH+/ErbB2+



Eunice M. Casimiro Santos Sá*,
em entrevista à ONCO.NEWS

[ONCO.NEWS] – Como analisa actualmente a formação dos enfermeiros na área da oncologia?

[EUNICE SÁ] – A formação a nível do 1.º ciclo (Licenciatura em Enfermagem) responde ao perfil de enfermeiro de cuidados gerais em que se tenta dotar os estudantes de recursos (conhecimentos e capacidades) que lhes possibilite responder aos problemas de saúde mais importantes da sociedade dos nossos dias. O que não invalida que os próprios, em confronto com a prática, se achem pouco competentes. Alguns enfermeiros que já exercem em instituições de saúde também os acham pouco preparados. Porém a realidade pedagógica (por exemplo plano de estudos, cronogramas, contexto de aprendizagem de prática clínica) é diferente e a complexidade do contexto prático em Oncologia é cada vez maior.

A nível dos cursos de mestrado e de pós-licenciatura, a nossa opção (na ESEL) foi assegurar um conjunto de competências transversais através de unidades curriculares (UC) num tronco comum e doutras UC por áreas de intervenção específica, nomeadamente na médico-cirúrgica a vertente enfermagem oncológica. Antes tínhamos iniciado um percurso de 6 cursos anuais de pós-graduação em enfermagem oncológica, pela extinta Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil e continuados pela ESEL (após o processo de fusão das 4 antigas escolas de Lisboa).

Destaco também a importância da formação, sobretudo nos cenários da prática em que, da parte dos colegas, se sente preocupação com a auto-formação (formal e informal), não só em contextos exclusivos de Oncologia, mas também, e vincadamente, com os mais comuns das áreas médicas e cirúrgicas.

Que e como investigar em enfermagem? Com as limitações hospitalares actuais, é possível?

De facto a investigação no domínio da enfermagem tem sido pouco valorizada pelas instituições de saúde, ficando essencialmente limitada à efectuada em percursos académicos. Não temos sido hábeis em provar as mais-valias (resultados quantificáveis ou fazer prova deles) dos nossos processos e resultados. A excelência e a procura da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem devem constituir um qualificativo comum quando se desenham objectivos de estudos e ensaios.

Actualmente a investigação em enfermagem está muito direccionada para o ambiente escolar e pouco para as práticas clínicas em ambiente real. Concorda?

Acho que a tendência actual é precisamente a contrária. Tem havido maior aproximação aos contextos institucionais, à prática clínica, com as parcerias entre instituições, incidindo a atenção na tipologia e qualidade das intervenções de enfermagem.

Em termos europeus vemos o ensino de enfermagem efectuado em instituições universitárias ligadas aos hospitais, permitindo melhor e mais investigação, em que os professores também estão nas práticas. Acha isso importante no desenvolvimento da profissão? Em Portugal como estamos?

Continuamos reféns de legislação que coloca a enfermagem no ensino politécnico, ou como escola politécnica na universidade, ou eventualmente escola superior não integrada. O futuro é incerto, mas não podemos esquecer que a nossa formação tem-se caracterizado por um equilíbrio de competências muito valorizado na Europa, mesmo na do Norte.

Comparativamente com outros países europeus, sabemos que os enfermeiros publicam pouco, produzem pouco conhecimento e são pouco reflexivos nas suas práticas. Qual será o papel e a responsabilidade das Escolas na mudança deste paradigma?

A falta de publicação é de facto um pro-

*Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Oncologia.
Mestrado em Psicologia da Saúde.
Professora Adjunta na ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Departamento Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso.



blema que está ainda relacionado com a nossa história recente a nível do ensino superior, e da preocupação em divulgar o nosso trabalho competindo com os nossos pares da equipa pluridisciplinar que possuem historial centenário no ensino superior. Formar para o Mundo global, apostando na internacionalização e intercâmbio inter-institucional, acredito que também pode contribuir para esta mudança. A progressiva aproximação entre os contextos da prática e do ensino teórico, a constituição de projectos comuns, as exigências dos percursos académicos têm dinamizado esta estratégia, com vantagens para ambas as partes.

Como encara a *Enfermagem baseada na evidência*? Acha importante que os enfermeiros produzam novas abordagens baseadas na investigação? Como pode melhorar as práticas?

Só faz sentido que toda a prática esteja alicerçada na evidência científica na medida em que a enfermagem é uma profissão prática de fundamento científico, é uma profissão mas também uma disciplina. Sabemos que é este o caminho e acredito que os professores de enfermagem têm contribuído, defendido e facilitado metodologias que ajudem a uma prática baseada no conhecimento comprovado.

Assumimos muitas das vezes a ideia de que “o doente oncológico é um doente especial e como tal necessita de cuidados diferenciados”. Entende que também os enfermeiros que trabalham esta área devem ter formação e características específicas?

Eu assumo, defendo e divulgo a ideia, para mim com força de crença, de que a pessoa com doença oncológica é especial (características, família, amigos, vivências,... tudo especial) pelo que tem direito a, e necessita de, cuidados

especiais, prestados por enfermeiros “especiais”. A missão do enfermeiro tem como interesse nuclear a pessoa, nesta circunstância especial da sua vida (a viver uma doença oncológica). O enfermeiro tem que adequar as suas competências prévias

a esta pessoa, às suas particularidades, valores, exigências da sua doença, ao seu sofrimento, alegrias e medos, bem como à sua família, nas variadas vertentes de tratamento e nas diferentes fases das doenças. Este enfermeiro começa a sua missão alertando para a prevenção da doença oncológica, mantém-na no diagnóstico e no tratamento e prolonga-a na etapa complexa do fim de vida.

Acha importante a europeização das nossas instituições de ensino de enfermagem? Está a ser feito e como? Em que medida muda a formação prática?

A mobilidade de estudantes e docentes tem como que explodido (em poucos anos temos verificado um crescendo de mobilidade para as mais diversificadas instituições estrangeiras). Não ficamos por aqui, pois dispomos de parceiros noutras latitudes (Europa, Brasil, além de África). Esta preocupação implica mudanças das nossas organizações e adequação da oferta formativa, nomeadamente com o ensino da língua inglesa, uma ferramenta de comunicação oral e escrita.

Quem está de fora tem a sensação de que actualmente se substituiu a qualidade do ensino pela quantidade e que o interesse financeiro se sobrepôs às necessidades práticas de formação dos nossos enfermeiros. Isto é real?

Premissas económicas não são nunca de desprezar, na medida em que as instituições de ensino de enfermagem pertencem ao ensino superior, obrigadas a missões pedagógica, social e científica, mas dependendo de recursos humanos, materiais e financeiros... que não são inesgotáveis. O número de estudantes de licenciatura que eram formados pelas quatro antigas escolas públicas, agora englobadas na ESEL, tem vindo a dimi-

nuir. Temos aumentado a oferta ao nível do 2.º ciclo porque esta vai ao encontro da nossa missão, procurando um equilíbrio entre os recursos e as respostas que nos propomos dar.

Sabemos que maioritariamente a contratação de novos profissionais não tem como critério a qualidade do aluno (através de uma nota escolar) mas sim outros critérios. Como professora como encara este problema?

Receio que o critério de nota escolar para o recrutamento / selecção de novos enfermeiros possa implicar alguma injustiça (pela dificuldade em uniformizar critérios quantitativos de avaliação). O facto de os colegas dos serviços conhecerem o trabalho dos alunos durante os estágios clínicos pode trazer, entre outras vantagens, a possibilidade de prever o desempenho do recém-licenciado em enfermagem, como profissional.

Quais as dificuldades que encontra na formação prática dos novos enfermeiros em contexto hospitalar? E como encara o actual modelo de ensino prático escola-hospital?

As dificuldades que sentimos decorrem também da nossa incapacidade de prever os conhecimentos e capacidades dos estudantes em acção (nos ensinamentos clínicos), o que nos leva a entender que as práticas laboratoriais sejam cada vez mais uma preocupação das escolas na formação inicial, na esperança de aumentar as competências instrumentais dos alunos antes da etapa das práticas clínicas (nas instituições de saúde). A elevada diferenciação de cuidados prestados nos serviços (na sua maioria) e as situações críticas das pessoas doentes, conjugadas com a diminuição progressivamente mais tardia de capacitação dos estudantes para o aproveitamento pedagógico da totalidade destes campos de aprendizagem implicam alguns ajustes, de forma a rentabilizar o esforço dos orientadores clínicos e da escola no ensino clínico. Esta parceria no acompanhamento da aprendizagem é vantajosa para todos os envolvidos (estudante, serviço e escola).

INDICADORES DE RESULTADO CLINICAMENTE ÚTEIS NO CONTEXTO DAS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS PROMOTORAS DA ADAPTAÇÃO EM DOENTES COM CANCRO DA MAMA

Luis Miguel Ferreira

lmferreira@esenf.pt

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

Filipe Miguel Pereira

filipepereira@esenf.pt

Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Célia Samarina Brito Santos

celiasantos@esenf.pt

Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Berta Salazar Almeida

balmeida@esenf.pt

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Neste artigo descreve-se o processo inicial de identificação de um painel de indicadores de resultado, clinicamente úteis, capazes de promover a monitorização dos processos de adaptação, em doentes com cancro da mama.

A doença oncológica da mama constitui um agente de stress capaz de ameaçar a integridade psicológica e física da pessoa, representando um impacto violento no bem-estar e na qualidade de vida. Como metodologia utilizou-se uma abordagem qualitativa e exploratória, com recurso a revisão bibliográfica e a entrevistas exploratórias a doentes com cancro da mama, que pertencem a um grupo de auto-ajuda, e à avaliação por peritos. Numa primeira abordagem, de acordo com a revisão da literatura efectuada, podemos inferir que um estilo de *coping* mais activo sob a forma de espírito de luta, suporte social, autocontrolo, índices favoráveis de optimismo e dimensão espiritual presente, induz padrões de respostas mais adaptativas.

A partir dos resultados das entrevistas exploratórias e da revisão da literatura, evoluímos na identificação de um conjunto bastante alargado de indicadores de resultado de enfermagem, utilizando a Classificação de Resultados de Enfermagem. O referido conjunto de indicadores foi então submetido a um painel de peritos, neste domínio problemático. De acordo com as opções dos peritos, fomos capazes de chegar a um painel de 110 indicadores de resultado, potencialmente úteis para a monitorização e acompanhamento das doentes que experimentam uma situação de doença oncológica da mama.

Concluimos que é essencial para a disciplina de enfermagem a identificação de indicadores de resultado, úteis e mensuráveis, que permitam avaliar a assistência em saúde, como meio de sustentar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

PALAVRAS-CHAVE: cancro da mama; adaptação; indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

ABSTRACT: This article describes the initial process of identifying a set of outcome indicators, clinically useful, which would enhance the monitoring of the adaptation processes in patients with breast cancer.

The breast oncology disease is a powerful agent of stress that could threaten the psychological and physical integrity of the person, representing a violent impact on the well-being and quality of life. In the methodology we used, a qualitative exploratory approach, using literature review, expert evaluation and exploratory interviews with patients with breast cancer, which belong to a self-help group, was performed.

In a first approach, according to the literature review, we can infer that a more active coping style in the form of fighting spirit, social support, self-control, favorable rates of optimism and spiritual dimension present induces patterns of more adaptive responses.

From the results of the exploratory interviews and the literature review, we have evolved to identify a very broad set of performance indicators in nursing, using the Nursing Outcomes Classification. These set of indicators was submitted to a panel of experts in this problematic area. According to the experts' choices, we were able to reach a panel of 110 outcome indicators, potentially useful for monitoring and following of patients who experience a situation of breast cancer disease. We conclude that it is fundamental to the nursing discipline to identify outcome indicators, useful, measurable, and to assess the health care as a mean of sustaining the quality of nursing practice.

KEYWORDS: *Breast cancer, adaptation, sensitive indicators in nursing care.*

Introdução

Este artigo pretende constituir um contributo para a identificação de indicadores de resultado clinicamente úteis, que potenciem a avaliação da efectividade de abordagens terapêuticas de enfermagem, dirigidas à promoção de estratégias de *coping* adaptativas, em doentes com patologia oncológica mamária.

O percurso aqui relatado insere-se no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa de um dos autores. O referido projecto de doutoramento intitula-se “Terapêuticas promotoras do *coping* adaptativo em doentes com patologia oncológica mamária” e tem como finalidade a construção de um programa de intervenção de enfermagem direccionado aos doentes com afecção oncológica mamária. Insere-se neste projecto a construção de instrumentos que permitam monitorizar a forma como as doentes se adaptam.

Este artigo reporta à primeira fase do processo de construção dos instrumentos/indicadores que atrás referimos. Ao longo do artigo, pretende-se explicitar e descrever o processo de identificação de indicadores úteis que permitam avaliar a efectividade de estratégias terapêuticas de enfermagem em doentes com cancro da mama.

No processo de identificação dos indicadores procedemos à revisão da literatura, direccionada ao contexto

adaptativo à doença oncológica da mama, enfatizando as estratégias de *coping* enquanto meios favorecedores de adaptação. Depois centramo-nos nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem descritos na Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) proposta por Moorhead, Johnson, Maas e Swanson (2010)¹. Neste processo inicial revisitámos as ligações das classificações NANDA-NOC², passíveis de serem associados à problemática. Com base no material que resultou da consulta da literatura, avançámos com uma consulta a um painel de peritos na área da doença oncológica da mama e efectuámos entrevistas exploratórias a mulheres que tiveram experiências de cancro da mama e que integram o movimento da Liga Portuguesa Contra o Cancro “Vencer e Viver”. Esta consulta das doentes procurou constituir-se como uma base de aprimoramento do painel de indicadores, integrando a perspectiva dos sujeitos que experimentam o fenómeno em estudo.

A adaptação à doença oncológica

A doença oncológica constitui um incidente *stressor* muito poderoso, com um impacto profundo na forma como o indivíduo se percepção, bem como no modo como percepção o ambiente social que o rodeia, encontrando-se

esta doença no grupo das que ameaçam a integridade física e psicológica do indivíduo. É um acontecimento de vida que origina uma adaptação quer da pessoa, quer, muitas vezes, da família. O doente/cliente tem que adquirir e/ou mobilizar “novas e velhas” competências que lhe permitam adaptar-se à situação, por vezes implicando ajustamentos psicossociais significativos³.

No confronto com uma doença da qual não se conhece a cura, é muito frequente emergirem dúvidas e incertezas, sendo fundamental o conhecimento dos factores que interferem de forma negativa na adaptação, assim como os factores facilitadores da adaptação psicológica. O conhecimento destes factores constitui um meio fundamental de potenciar o desenvolvimento e promoção de estratégias de *coping* instrumentais mais eficazes, que promovam uma melhor adaptação⁴.

O conceito de *coping* desenvolvido por Lazarus e Folkman (1986)⁵ remete para o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, desencadeados pelo indivíduo, para fazer face às exigências internas ou externas, relacionadas com a situação stressante e que são avaliadas como atingindo ou ultrapassando os seus recursos. White (1985) realça que este conceito se refere à adaptação em condições relativamente difíceis e que implica a produção de comportamentos novos. Perante uma situação problemática, que desafia as formas usuais da pessoa se comportar, originando frequentemente emoções desconfortáveis, surge a necessidade de alívio e, conseqüentemente, o desenvolvimento de estratégias que permitam adaptação (cit. por Vaz-Serra, 1999)⁶.

O cancro constitui uma fonte de stress que implica a adopção de estratégias de *coping* variadas e altamente dinâmicas, no confronto com as ameaças específicas que a caracterizam e nas diferentes etapas que lhe estão associadas⁷.

Apesar das estratégias de *coping* se revelarem dinâmicas e variadas, alguns autores descrevem padrões de resposta, associadas a esta doença. Kneier e Temoshoc (1984)⁸ identificaram cinco tipos de resposta características, que os doentes utilizam para lidar com o diagnóstico de cancro, nomeadamente: o espírito de luta, mantendo-se optimistas, procurando informação e recursos; o evitamento positivo (negação), rejeitando ou minimizando o diagnóstico; a aceitação estoica, também denominada por fatalismo, em que os doentes deixam o seu futuro nas mãos de Deus e dos

médicos, evidenciando comportamentos resignados; a desesperança, situação em que os doentes se deixam consumir pela doença, achando que ninguém os pode ajudar e que não há nada a fazer; preocupação ansiosa, caracterizado por pensamentos e sentimentos de depressão e níveis elevados de ansiedade.

Mais tarde, Seligman (1996)⁹ salientou as qualidades pessoais associadas a um bom prognóstico da doença oncológica, nomeando: o evitamento positivo, o espírito de luta, o suporte a nível de fortes relações e a habilidade para lidar de modo flexível e eficaz com o stress. Factores como desesperança/sensação de incapacidade, fatalismo, ansiedade e depressão, supressão das emoções, estilo de vida caracterizado por isolamento, nível socioeconómico baixo, perdas significativas e relações familiares difíceis durante a infância, estão associadas a processos adaptativos menos eficazes.

O processo de *coping* identifica-se com o êxito adaptativo, mas não podemos inferir que uma estratégia de *coping* é boa ou má, sem ter em conta o contexto, os aspectos pessoais e situacionais da interacção. Todavia, face a esta situação de doença, a utilização ou não de estratégias adequadas contribuirá para que o stress sentido seja mais ou menos intenso.

Salienta-se que, no caso particular do cancro da mama, este pode constituir uma experiência de *distress* emocional, particularmente após o diagnóstico, onde as estratégias de *coping* têm evidenciado um papel fundamental na adaptação emocional¹⁰.

Santos (2006) também salienta que os doentes portadores de patologia oncológica mamária evidenciam uma representação cognitiva e emocional mais negativa do que outros grupos de diagnóstico de doença oncológica, com muitas implicações emocionais e na compreensão da doença. Estas circunstâncias traduzem-se em padrões de respostas das doentes que se podem designar como “menos” adaptativas¹¹. Ajudar os doentes nestas situações é o foco de interesse da acção terapêutica de enfermagem.

Neste sentido, e estando a enfermagem centralizada nas respostas humanas que os indivíduos desencadeiam face aos problemas de saúde, bem como nos processos de transição daí resultantes, torna-se determinante contribuir para a definição de “padrões de resposta às transições” (p. 24).

Materiais e métodos

O desenvolvimento deste estudo foi alicerçado numa abordagem qualitativa e exploratória. Efectuou-se uma revisão da literatura e entrevistas a doentes com cancro da mama, que pertencem a um grupo de auto-ajuda. Posteriormente, com base nos resultados destas etapas, realizou-se uma análise crítica das ligações das classificações da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) e NOC¹. Depois, fundamentando-nos no material emergente, procedeu-se à avaliação por um painel de peritos, constituído por enfermeiros e psicólogos clínicos, na área da assistência a doentes com cancro da mama.

Resultados

Através da revisão da literatura efectuada, percebemos que as conclusões dos estudos face ao processo adaptativo ao cancro da mama evidenciam a existência de estratégias de *coping*, adoptadas pelas doentes, que favorecem o ajustamento à doença, contribuindo para uma melhor funcionalidade e qualidade de vida. Os estudos apontam para algumas regularidades no tipo de estratégias encontradas e na adaptação proporcionada, que passamos a descrever.

Segundo Romero e colaboradores (2005)¹², a espiritualidade constitui um preditor de melhor qualidade de vida nas mulheres com este tipo de cancro, constituindo um recurso que lhes proporciona maior suporte para lidarem com a situação¹³. Mulheres com baixos níveis de esperança, mas que recorrem à religião, apresentam resultados adaptativos mais favoráveis¹⁴. O estudo desenvolvido por Gall e Cornblat (2002)¹⁵ aponta para o contributo da oração como meio de aliviar e reduzir a angústia, a depressão e o medo. Cotton e colaboradores (1999)¹⁶ referem uma correlação positiva entre a qualidade de vida e o bem-estar espiritual. A presença da dimensão espiritual institui uma referência indicadora de uma melhor adaptação a esta condição de doença¹⁷.

As estratégias focalizadas num *coping* positivo, com aceitação da doença e humor, traduzem-se em menor distress, destacando que o pessimismo aumenta o risco de reacções adversas face ao diagnóstico e tratamento¹⁸. Doentes menos optimistas manifestam níveis mais elevados de ansiedade e depressão, revelando maior vulnerabilidade a nível do ajustamento à doença¹⁹. Verifica-se também

que doentes mais optimistas vivenciam menos stress, não demonstrando ruptura nas actividades sociais e promovendo um envolvimento contínuo nas actividades de vida diária, o mesmo é dizer: no autocuidado²⁰.

O suporte social, enquanto estratégia mediadora no ajustamento ao cancro da mama, está relacionado com benefícios a nível psicológico, social e físico²¹. Também está correlacionado com a diminuição da ansiedade, depressão²² e relacionado com um melhor ajustamento à doença²³. Vos e colaboradores (2004)²⁴ sugerem que esta estratégia potencia uma melhor adaptação, sugerindo que este tipo de apoio deve ser iniciado logo após o diagnóstico ou cirurgia. Esta estratégia constitui um recurso fundamental de *coping*, sendo útil para lidar com a raiva e a depressão²⁵.

Outros estudos enfatizam que a utilização de estratégias como o espírito de luta e o autocontrolo estão associadas a menores níveis de depressão e ansiedade e, conseqüentemente a uma melhor adaptação²⁶⁻³⁵.

Alguns estudos evidenciam outras estratégias de *coping*, centradas na emoção, como a negação, o fatalismo e a preocupação ansiosa, por vezes associadas a pior adaptação, mas também associadas e utilizadas como meio de reduzir o impacto dos efeitos negativos da doença, visando alcançar novo equilíbrio e bem-estar, com acesso a níveis de funcionalidade superior³⁶⁻³⁸ e com conseqüente poder adaptativo.

Podemos inferir que um estilo de *coping* mais activo, sob a forma de espírito de luta, suporte social, autocontrolo, índices favoráveis de optimismo e dimensão espiritual presente, promove uma adaptação mais eficaz. Por outro lado, um estilo de *coping* menos activo, compreendendo estratégias de evitamento, aceitação estóica, fatalismo, preocupação ansiosa, desânimo, auto-culpabilização, desesperança, supressão emocional, baixo *locus* de controlo interno e impotência, são favorecedoras de pior ajustamento à doença, com índices mais elevados de ansiedade e depressão.

Posteriormente, recorremos ao movimento voluntário “Vencer e Viver”, constituído por mulheres vítimas da doença que, após o seu tratamento, se vinculam a grupos de ajuda e suporte. Esta opção, para além de nos permitir ter (em directo) a perspectiva das doentes, fornece-nos dados com origem em sujeitos que, diariamente, acompanham pessoas confrontadas com a doença. Quer isto

dizer: trata-se de fontes privilegiadas de informação porque, para além de terem experienciado na primeira pessoa a doença, lidam em directo com quem está envolvido no problema. Efectuámos entrevistas exploratórias a dez voluntárias, questionando-as sobre os factores que contribuíram para o seu processo adaptativo à situação de doença. Foi efectuada a análise de conteúdo ao material recolhido nas entrevistas, sem codificação *a priori*, verificando-se que as categorias dominantes do discurso das entrevistadas apontam para aspectos centrados em: “suporte da família/amigos”, “força interior ou de vontade”, “auto-estima e reconstituição da imagem” e “espiritualidade”.

Com base nos pressupostos que emergiram da literatura e da análise de conteúdo resultante do discurso das doentes que experimentaram o fenómeno, avançámos num processo de selecção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem¹, nos termos descritos na NOC. Nesta classificação os indicadores estão estruturados por níveis conceptuais distintos, desde um nível mais atómico (específico – nível 4) até a um nível mais abrangente (nível 1 - domínio). Para efeitos do trabalho empreendido estivemos centrados nos indicadores de nível 3 e correspondentes (sub) indicadores associados (nível 4). Esta opção radicou na nossa intenção de pormenorizar os diferentes aspectos de saúde que possam funcionar como indicadores clinicamente úteis.

Em paralelo, procedemos a uma leitura crítica das ligações das classificações da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) e NOC, passíveis de serem associados à problemática. Tendo por base os indicadores da NOC que fomos identificando, pesquisamos os diagnósticos da NANDA, direccionados aos processos adaptativos.

Na posse de um vasto painel de indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem, no âmbito da adaptação ao cancro da mama, avançámos para um processo de consulta de um painel de peritos, recorrendo a um procedimento de geração de consensos do tipo “Grupo focal”^{39,40}. A utilização desta técnica permitiu-nos, tal como descrito na literatura sobre o método, gerar consensos e explorar as “discordâncias”. Os participantes no grupo focal, sete no total, foram especialistas na área oncológica. Os peritos que participaram nesta fase são pessoas detentoras de formação académica na área da

enfermagem e/ou da psicologia, com experiência clínica no âmbito oncológico, nomeadamente na patologia da mama. Foi realizada uma sessão de grupo depois de todos os participantes terem acesso prévio ao material que serviria de mote às discussões. Da sessão foram redigidas notas narrativas, que posteriormente foram objecto de análise.

Posteriormente, tendo por base os pressupostos teóricos desenvolvidos e a estrutura de codificação da NOC, foi construído um documento e entregue aos sete peritos, tendo-lhes sido pedido que se pronunciassem e assinassem os indicadores que considerassem mais adequados face ao contexto de assistência a mulheres com cancro da mama. O documento foi construído com base na codificação expressa na NOC, onde se descreveram os indicadores nível 3 e os respectivos (sub) indicadores. No documento foram descritos 920 (sub) indicadores de resultado, agregados em 63 indicadores nível 3.

Na análise dos resultados, optou-se por seleccionar apenas os indicadores que evidenciaram uma frequência de consenso entre os peritos superior a 50%. Assim, ficámos com cerca de 110 (sub) indicadores de resultado do nível 4 e 31 indicadores do nível 3.

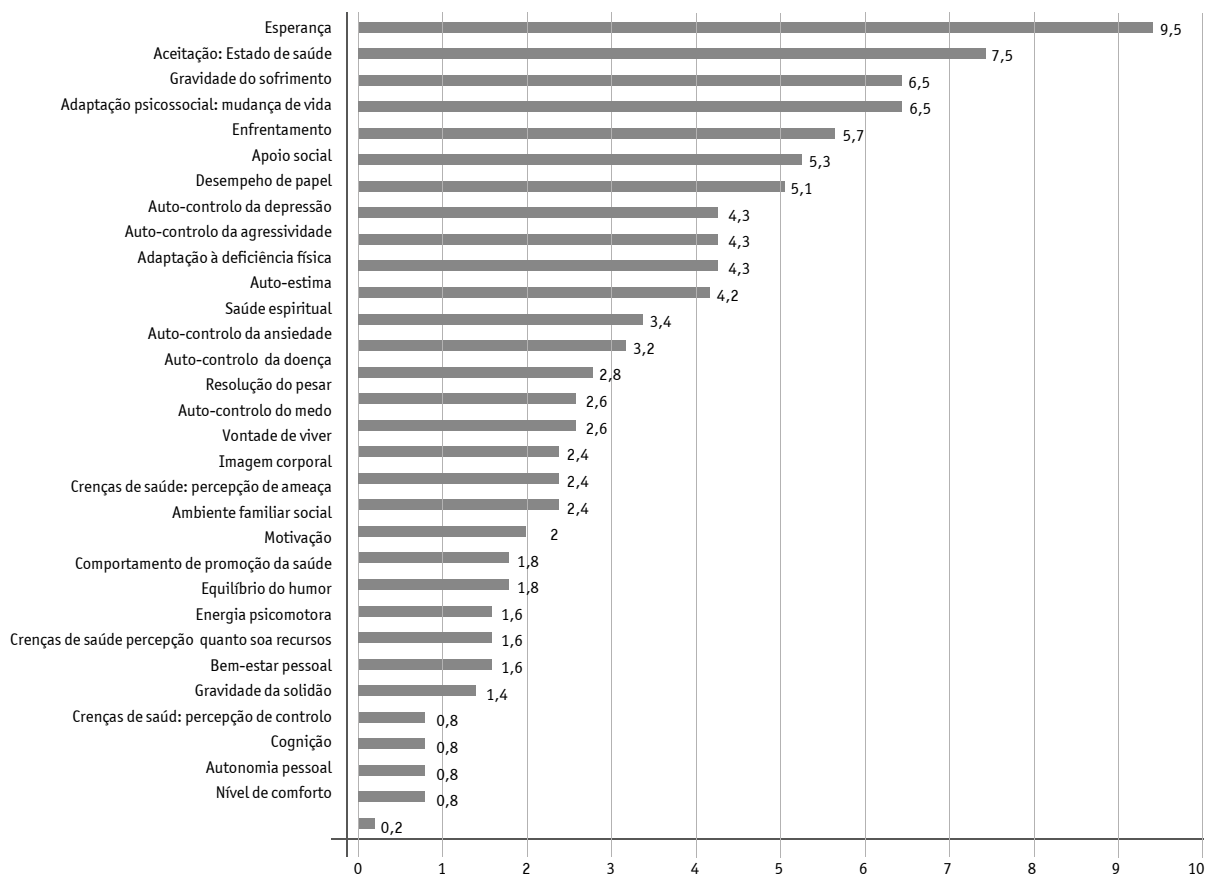
No gráfico seguinte, tomando por referência o nível 3 da estrutura conceptual da NOC, apresentamos os resultados da segunda consulta aos peritos.

Conforme se depreende da leitura do gráfico, os aspectos com maior consenso, que podem constituir-se como indicadores clinicamente úteis para a monitorização dos processos adaptativos das doentes com cancro da mama, giram em torno de áreas como: a esperança, a aceitação: estado de saúde, a gravidade do sofrimento e a adaptação psicossocial: mudança de vida, *coping*, apoio social e desempenho do papel.

Importa referir que, na continuidade deste trabalho, estamos a efectuar um *survey* junto dos enfermeiros dos Institutos de Oncologia a nível nacional que exercem funções assistenciais a doentes com patologia oncológica da mama, no sentido de conseguirmos um consenso de perfil quantitativo e alargado.

Discussão dos resultados

O objecto dos cuidados de enfermagem fundamenta-se na construção da interacção enfermeiro/cliente⁴¹. Na construção deste processo interactivo, importa considerar



a pesquisa útil e acessível, baseada em evidências, aplicando informações válidas, relevantes e acessíveis, com base em pesquisas⁴². Neste decurso é fundamental que a disciplina de enfermagem identifique os resultados das doentes que são influenciados pela sua prática e sejam incluídos na avaliação da efectividade do sistema de assistência em saúde.

Neste sentido, Meleis e colaboradores (2005)⁴³ defendem que uma das áreas que deve ser amplificada e refinada, relativamente ao desenvolvimento teórico da disciplina, é a área dos indicadores associados aos padrões de resposta às transições.

Constituindo a doença oncológica da mama um evento gerador de transições do tipo saúde/doença, parece-nos determinante o desenvolvimento e refinamento de indicadores, capazes de auxiliar a acção terapêutica dos enfermeiros.

Apesar de existirem grupos de factores que podem dificultar ou facilitar este processo, como os de natureza

pessoal, os relacionados com aspectos socioculturais e os recursos da comunidade, também se reconhece a existência de padrões de resposta a esta transição saúde/doença, pelo que devemos ser capazes de os desenvolver e refinar de forma a conseguirmos avaliar a efectividade das terapêuticas mobilizadas.

Neste contexto, reconhece-se que à medida que as organizações se (re)estruturam, aumenta a necessidade de informação sobre os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, como um meio de melhorar a eficiência e efectividade da assistência prestada.

Em síntese, parece-nos fundamental o desenvolvimento e a identificação de indicadores de resultado que reflectam o estado do cliente, passíveis de serem medidos e monitorizados, como forma de avaliar o sucesso das terapêuticas de enfermagem, determinando o impacto, a eficácia e a eficiência da assistência prestada, potenciando sistemas de avaliação da qualidade, a previsão de custos e a determinação de políticas de saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2010). *NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem* (4.ª ed.). Elsevier: Rio de Janeiro.
2. Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. M., Maas, M., & Swanson, E. (2006). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC* (2.ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
3. Matos, P., & Pereira, M. (2002). Áreas de intervenção na doença oncológica. In M. Pereira, & C. Lopes, *O doente oncológico e sua família*. (pp. 15-25). Lisboa: Climepsi.
4. Francisco, J., Carvalho, M., & Baptista, A. (2008). Optimismo, estratégias de coping, e ajustamento emocional em indivíduos do foro oncológico. In: *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 295-298. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
5. Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
6. Vaz-Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias* (3.ª ed.). Coimbra: Adriano Vaz Serra.
7. Santos, C. (2006). *Doença Oncológica representação, coping e qualidade de vida* (1.ª ed.). Coimbra: Formasau.
8. Kneier, A. W., & Temoshok, L. (1984). Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 145-155.
9. Seligman, L. (1996). *Promoting a Fighting Spirit*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
10. Moreira, H., & Canavaro, M. C. (Novembro/Dezembro de 2009). *Qualidade de Vida e Perturbação Emocional no Cancro da Mama Um Estudo Longitudinal sobre a Qualidade de Vida e Perturbação Emocional Durante o Percurso do Cancro da Mama*. *Saúde Mental*, XI (5).
11. Meleis, A., Sawyer, L., IM, E.-K., Messias, D., & Shumacher, K. (2000). Experience Transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 11 (23), pp. 12-28.
12. Romero, C.; Kalidas, M.; Elledge, R.; Chang, J.; Liscum, K.; Friedman, L. (2005). Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with. *Journal of Behavioural Medicine*, 29 (1), pp. 29-36.
13. Feher, S., & Maly, R. (1999). Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psychooncology*, 8, pp. 408-416.
14. Stanton, A., Danoff-Burg, S., Sworowski, L., Collins, C., Branstetter, A., Rodriguez-Hanley, A., (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit-finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 20, pp. 4160-4168.
15. Gall, T., & Cornblat, M. (2002). Breast Cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psychooncology*, 11(6), pp. 524-35.
16. Cotton, S., Levine, E., Fitzpatrick, C., Dold, K., & Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology*, 8(5), pp. 429-438.
17. Vespa, A., Jacobsen, P., Spazzafumo, L., Balducci, I. (2011). Evaluation of intrapsychic factors, coping styles, and spirituality of patients affected by tumors. *Psychooncology*, 20(1), pp. 5-11.
18. Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., et al. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), pp. 375-390.
19. Epping-Jordan, J. C. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: process of emotional distress. *Health Psychology*, 18(4), pp. 315-326.
20. Carver, C., & Antoni, M. (2004). Finding Benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years diagnosis. *Health Psychology*, 23(6), pp. 595-598.
21. Bloom, J. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Science and Medicine*, 16(14), pp. 1329-1338.
22. Bloom, J., & Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science and Medicine*, 19, pp. 831-837.
23. Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40(4), 77-98.
24. Vos, P.J.; Garssen, B.; Visser, A.P.; Duivenvoorden, H.; Haes, H. (2004). Psychosocial intervention for women with primary, non-metastatic breast cancer: a comparison between participants and non-participants. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, pp. 276-285.
25. Manuel, J., Burwell, S., Crawford, S., Lawrence, R., Farmer, D., Hege, A., et al. (2007). Younger women's perceptions of coping with breast cancer. *Cancer Nursing*, 30(2), pp. 85-94.
26. Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. W. (1979). Psychological responses to breast cancer: effect on outcome. *Lancet*, 2, pp. 785-786.
27. Felton, B., & Revenson, T. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 52, pp. 343-353.
28. Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. (1991). Relationships between emotional control adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, pp. 51-57.
29. Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15(6), pp. 434-437.
30. Heim, E., Valach, L., & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, pp. 408-418.
31. Osowiecki, D., & Compas, B. (1998). Psychological adjustment to cancer: control beliefs and coping in adult cancer patients. *Cognitive Therapy and Research*, 22(5), pp. 483-499.
32. Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L. A., Collins, C. A., Branstetter, A. D., Rodriguez-Hanley, A., et al. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit-finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 20, pp. 4160-4168.
33. Kershaw, T., Nourthouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker A. & Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology and Health*, 19(2), pp. 139-155.
34. Henselmans, I., Sanderman, R., Baas, P., Smink, A., & Ranchor, A. (2009). Personal control after a breast cancer diagnosis: stability and adaptive value. *Psychooncology*, 18 (1), pp. 104-8.
35. Varela, M. & Leal, I. *Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama*. *Análise Psicológica*, 3(XV), pp. 479-488.
36. Dean, C., & Surtess, P. G. (1989). -Do psychosocial factors predict survival in breast cancer? *Journal of Psychosomatic Research*, 33, pp. 651-659.
37. Filipp, S., Klauer, T., Freudenberg, E., & Ferring, D. (1990). The regulation of subjective well-being in cancer patients: an analysis of coping effectiveness. *Psychological Health*, 4, pp. 305-317.
38. Varela, M., & Leal, I. (s.d.). *Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama*. *Análise Psicológica*, 3(XV), pp. 479-488.
39. Krueger, R. & King, J. A. (1998). *Involving Community Members in Focus Groups*. In D. L. Morgan Organ, R. & Krueger A., *Focus groups Kit* (Vol. 5). Thousand Oaks: California: Sage.
40. Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
41. Basto, M. L. (2009). *Pensar Enfermagem*, 13(2), pp. 11-13.
42. Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, R. B., & Marks, S. (2008). *Enfermagem baseada em evidências Uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.
43. Meleis, A. I. (2005). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5.ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.



gelclair®

Alívio da Mucosite Oral

GEL-0710-021-AN



“ 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!

 **HELINN**

 **MEDICAMENTA**

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

Dispositivo Médico

COMPRESSÃO MEDULAR MALIGNA: UMA EMERGÊNCIA EM ONCOLOGIA

Ângela Sofia Lopes Simões

Imferreira@esenf.pt

Enfermeira Graduada, Serviço de Cirurgia Mulheres – Hospital Amato Lusitano
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Pós-graduação em Cuidados Paliativos
Mestre em Tratamento de Suporte e Cuidados Paliativos no Doente Oncológico

A compressão medular maligna é uma emergência oncológica grave e frequente que requer um imediato reconhecimento e tratamento para alívio da dor e preservação das funções neurológicas. Os efeitos da compressão medular são demonstrados por alterações sensoriais, motoras e autónomas mínimas até episódios de dor severa ou, em casos mais graves, paralisia completa que afecta definitivamente a qualidade de vida do doente. A falha no diagnóstico correcto, conjuntamente com um limitado conhecimento do necessário referenciamento para tratamento imediato, traduz-se numa paralisia completa e, na maioria dos casos, irreversível, já que 90% dos doentes ambulatorios podem permanecer ambulatorios se agirmos prontamente. Sem terapêutica, a compressão medular maligna é fonte de uma significativa morbilidade e mortalidade, dor severa, paralisia, incontinência e um decréscimo da qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: oncologia; emergência; compressão medular.

ABSTRACT: Malignant spinal cord compression is a serious and frequent emergency in oncology which requires prompt diagnosis and treatment for pain relief and preservation of neurological function. The effects of spinal cord compression are demonstrated by sensory, motor and autonomous minima changes to episodes of severe pain or, in severe cases, complete paralysis that definitely affects the quality of life of patients.

Failure in the correct diagnosis in conjunction with a limited knowledge of appropriate referral for immediate treatment results in a complete paralysis and in most cases irreversible, since 90% of ambulatory patients may remain ambulatory if we act promptly. Without therapy, the malignant spinal cord compression is a significant source of morbidity and mortality, severe pain, paralysis, incontinence and a decreased quality of life.

KEYWORDS: oncology; emergency; spinal cord compression.

Introdução

A compressão medular maligna é a segunda emergência oncológica mais frequente e requer um imediato reconhecimento e tratamento para alívio da dor e preservação das funções neurológicas.¹ Segundo Husband et al, citado pelo M5CC Sub-group, é a maior causa de morbilidade nos doentes com cancro.² “...é uma das emergências oncológicas mais desafiantes.”³

Os efeitos da compressão medular são demonstrados por alterações sensoriais, motoras e autónomas mínimas até episódios de dor severa ou, em casos mais graves, paralisia completa que afecta definitivamente a qualidade de vida do doente.² No diagnóstico e tratamento da compressão medular deve estar envolvida toda a equipa multidisciplinar porque enquanto para

alguns doentes isto significa um novo diagnóstico de doença oncológica, para a maioria constitui uma lembrança da progressão do cancro e da sua elevada mortalidade.

A compressão medular maligna é por definição a compressão do espaço epidural por uma massa tumoral extradural, tanto ao nível da espinal medula como ao nível da cauda equina. Esta compressão maligna desenvolve-se quando existe pressão sobre a espinal medula por uma metástase epidural que geralmente procede do interior do corpo vertebral. Mais comumente o tumor é secundário e situa-se fora da dura mater da espinal medula.^{2,4,5}

Incidência e etiologia

Estima-se que 5-10% dos doentes com doença metastásica irão desenvolver compressão medular maligna durante o curso da sua doença. Os tumores sólidos que mais provavelmente irão metastizar para os ossos vertebrais são os carcinomas da mama, pulmão, próstata.^{2,6-11} Nesta situação incluímos também os tumores que mais metastizar para o osso: o mieloma múltiplo, linfomas e sarcomas.¹² Também se encontra uma alta incidência de compressão medular maligna por metástases de tumor da tiróide e do rim.³ A compressão medular irá afectar 10-15% dos doentes que têm diagnóstico de metástases espinhais.^{2,9}

A compressão medular maligna pode envolver qualquer porção da coluna vertebral. A maioria das lesões ocorre ao nível da coluna torácica (50-70%), as restantes surgem na região cervical (10-30%) e na região lombar e sagrada (20-30%).^{2,3,5,7,9} Alguns tipos de tumores tendem a metastizar para determinadas áreas da coluna. Os carcinomas de mama e pulmão metastizam para as vértebras cervicais e torácicas, os tumores da próstata, cólon e áreas pélvicas têm uma predilecção pela coluna lombar e região sagrada. Cerca de 85% dos casos de compressão medular maligna apresentaram múltiplas metástases vertebrais, visionadas pela RMN.²

Fisiopatologia

Existem três mecanismos distintos na génese de metástases que causam compressão medular: disseminação hematogénica, directa extensão do tumor e metastização directa de células tumorais. Estima-se que a disseminação hematogénica é responsável por 85% dos casos de compressão medular, devido à disseminação para o corpo vertebral através do plexo venoso para-espinal. Com a destruição do corpo vertebral, a metástase cresce para o espaço epidural que poderá conduzir a compressões mecânicas da medula. Extensão directa do tumor é encontrada em cerca de 10% dos casos e resulta da directa extensão através do foramen epidural de uma massa paraespinal. É mais frequente nos linfomas não-Hodgkin. Nos restantes 5% dos casos de compressão medular encontra-se metástases no espaço epidural que chegaram através do fluido cerebrospinal.^{2,9,14}

A metástase óssea é caracterizada pelo excesso ou anormalidade na densidade óssea. Tanto as actividades osteoclásticas como osteoblásticas aumentam, mas a actividade osteoblástica excede a osteoclástica e forma-se novo osso maligno que vai crescendo na cavidade medular.^{14,15} Actualmente desenvolvem-se e testam-se novos fármacos na prevenção da progressão de células tumorais para o osso através da inibição da actividade osteoclástica, como os bifosfonatos.¹⁶⁻¹⁹ Doentes com tumor da mama que tomam bifosfonatos conseguiram adiar a metastização óssea em 24-36 meses e espera-se que novas investigações farmacológicas prolonguem ainda mais este período.^{20,21} Segundo as *guidelines* publicadas pela ASCO, os bifosfonatos já provaram ser eficazes na prevenção da metastização óssea no mieloma múltiplo, e deverão ser administrados com monitorização da função renal.^{22,23} Em relação ao carcinoma da próstata, a eficácia da administração de bifosfonatos continua em investigação.¹⁵

Diagnóstico

A compressão medular pode surgir em qualquer altura durante o curso natural da doença oncológica. Os sintomas normalmente são progressivos e relacionados com a área onde se localiza a metástase vertebral ou a

invasão tumoral.² Em doentes com história de cancro que se apresentem com dor de costas severa um alto grau de suspeição é necessário para assegurar um diagnóstico rápido que poderá prevenir complicações neurológicas graves.^{2,3,10,24} A dor é o primeiro sintoma em 96% dos doentes com compressão medular maligna. Queixas em relação a dor severa podem surgir semanas a meses antes de outros sintomas progressivos.^{2,6,9,11,24} É com frequência contínua, implacável, intensa e progressiva.³ A dor é geralmente localizada na região mediana da coluna vertebral e é frequentemente acompanhada de dor radicular ou dor referida. A dor local sobre a massa tumoral é normalmente constante e exacerba-se quando o doente se deita, devido ao aumento da pressão sobre a coluna vertebral do conteúdo abdominal. Este tipo de dor é geralmente provocado pelo crescimento das lesões blásticas ou líticas no corpo vertebral. Esta dor é muitas vezes atribuída a outras

causas como artrite, problemas musculares, doença degenerativa ou herniações de disco, implementando-se um tratamento desadequado.^{2,25} O diagnóstico diferencial destas situações é simples e bastaria que o profissional de saúde que observa o doente estivesse desperto para esta situação. Ao contrário da dor por hérnia de disco, o doente com compressão medular refere que a dor se exacerba em decúbito dorsal e melhora na posição de pé. A história típica de dor que piora durante a noite quando o doente se deita para dormir é oposta à história da dor típica de doença vertebral degenerativa que é sempre mais exacerbada quando o doente se levanta pela manhã.² Schaberg and Gainor, citados por Peh chamam a atenção para que 36% dos doentes com metástases vertebrais podem não referir dor.¹⁴

É possível estabelecer o nível da compressão medular pela dor resultante de levantar a perna recta, flectir o pescoço ou pela precursão vertebral. O limite superior do nível sensorial encontra-se em um ou dois corpos vertebrais abaixo da localização da compressão medular.⁴ Se testarmos os reflexos tendinosos, estes normalmente encontram-se aumentados abaixo do nível da compressão, ausentes no local da compressão e normais acima do local da compressão.²⁷

A “falta de forças” que normalmente começa nas pernas é o segundo sintomas mais comum nos casos de compressão medular maligna. Com a progressão da compressão o doente apresenta cada vez mais dificuldade em andar podendo chegar à paralisia completa. O doente normalmente refere este sintoma como sensação de peso e entorpecimento dos membros inferiores.^{2,24} O doente pode apresentar anomalias sensoriais como parestesias que poderão progredir devagar ou de forma abrupta dependendo do crescimento da massa tumoral. Estas anormalidades a nível sensorial geralmente começam ao nível das extremidades e progridem de forma ascendente até alcançar o nível da lesão. Nos casos de compressão da cauda equina as alterações sensoriais são geralmente ao nível da região perineal,^{2,24,25} com perda da sensibilidade ao nível dos dermatomas lombosagrados, com disfunções ao nível da uretra, vagina e recto.^{4,24} Disfunções autónomas são frequentes quando a situação não é diagnosticada numa fase inicial,

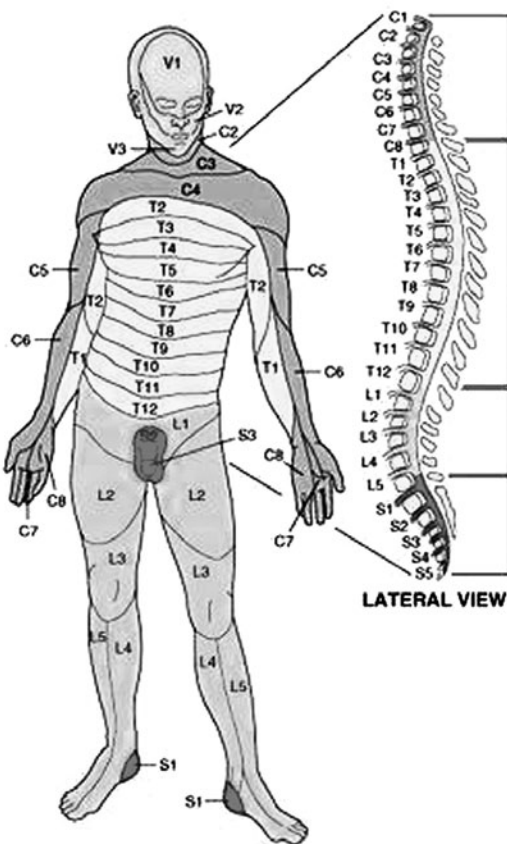


Fig. 1 - Distribuição por dermatomas.

incluindo casos de impotência, obstipação e retenção urinária. Nestes casos poderá ser necessária a colocação de um cateter vesical e a administração individual de uma combinação de laxantes orais e enemas. Quando o doente apresenta incontinência de esfíncteres estamos na presença de uma situação de mau prognóstico.² Em lesões da coluna cervical, outro dado que pode ser útil para o esclarecimento de um rápido diagnóstico, é a presença do sinal de Lhermitte que aparece ao flectir o pescoço do doente. Ele refere uma sensação de corrente eléctrica pela coluna vertebral que pode bifurcar.⁹

A ressonância magnética nuclear é o melhor método complementar de diagnóstico. Não é invasivo e aporta dados completos sobre as estruturas vertebrais, permitindo visualização directa ao longo de toda a coluna espinal.^{2,5,11,24} Além disso detecta lesões metastásicas antes de haver alterações ao nível do metabolismo ósseo.¹⁴ A mielografia permite uma rápida visualização de todo o conteúdo intratecal, no entanto é um procedimento invasivo e doloroso.³ É aconselhada em doentes obesos, com escolioses severas, implantes magnéticos ou *pacemakers*. Também pode ser utilizado em doentes com claustrofobias severas.² Os resultados obtidos por TAC, para que sejam fidedignos, tem que haver uma suspeita clínica da zona do bloqueio para que o *scanner* seja realizado no local apropriado. Não se recomenda um exame completo da medula por TAC devido ao tempo necessário para a sua realização.³ O RX plano é um método não invasivo e acessível que permite detectar lesões líticas e blásticas do corpo vertebral, mas falível em lesões predominantemente osteoclásticas, após radioterapia e quando a área óssea circundante está difusamente invadida pelo tumor.^{2,3} Como complementos para o diagnóstico diferencial, as radiografias podem identificar cerca de 85% das lesões vertebrais e pode, inclusive, confirmar a presença de massas extradurais. No entanto, não são sensíveis o suficiente para identificar compressão medular, já que o osso tem que estar destruído em cerca de 50% para ser detectado desta forma.^{2,11,14} “... a radiografia precoce é similar a uma osteoporose difusa.”⁽³⁾

Tratamento

O doente que se apresente com dificuldade acentuada em deambular deverá permanecer no leito em repouso absoluto pelo risco de secção total da medula. Nestes casos poderá ser necessário a administração de heparina de baixa peso molecular e a colocação de meias elásticas, já que existe um risco acentuado de trombose venosa profunda.^{2,3} Quando se suspeita de uma lesão ao nível da coluna cervical o pescoço deve ser de imediato imobilizado com um colar cervical.^{2,28}

O tratamento da compressão medular maligna é geralmente paliativo mas poderá ser curativo em casos bastante específicos. Os objectivos do tratamento são: alívio da dor, manutenção ou melhoria do estado neurológico e estabilização da coluna vertebral.^{2,29} A escolha do tratamento baseia-se no tipo e localização do tumor, rapidez no surgimento de sintomas, o estado geral do doente e a esperança de vida de cada doente.^{2,25} O tratamento standard para a compressão medular maligna é administração de corticosteróides e radioterapia.^{30,31}

Os corticosteróides são usados como coadjuvantes efectivos da radioterapia para redução de edema peritumoral e inflamação. Depois da correcta avaliação dos sinais e sintomas, muitas vezes a administração de esteróides inicia-se antes dos testes diagnósticos estarem concluídos,^{2,3,17} com uma dose de 10 mg de dexametasona. Este fármaco deve manter-se durante a radioterapia (4 a 6 mg, a cada 6 horas) e depois iniciar um desmame progressivo.⁴ Estudos recentes sobre administração de altas doses de dexametasona relatam que uma maior percentagem de doentes mantêm-se ambulatorios por um maior período de tempo.^{32,33} A dose recomendada é um bolus de 96 mg de dexametasona I.V. seguida de uma dose igual administrada por via oral durante 3 dias e depois diminuída progressivamente durante 10 dias,^{9,25,32,33} Apesar de a dose menor citada ser mais bem tolerada pelo doente, este poderá não conseguir manter a capacidade de deambular.²¹

Certos radiofármacos como o estrôncio-89 são geralmente utilizados para tratamento da dor por metástases ósseas com sucesso.^{14,21,25} O estudo realizado por Brundage et al, revela que os doentes que receberam

esta terapêutica necessitavam de menores doses de analgésicos, apareciam menos casos de novos locais de dor intensa e havia menos necessidade de novo tratamento de radioterapia no mesmo local devido à dor.³⁴

A radioterapia constitui o tratamento actual de eleição para tratamento da compressão medular maligna e a sua aplicação deve começar imediatamente após o diagnóstico definitivo. Normalmente a radiação é aplicada nas regiões sintomáticas com uma margem de um ou dois corpos vertebrais abaixo e acima da compressão. É importante que esta terapêutica seja aplicada às regiões detectadas na RMN já que é frequente que o doente apresente mais do que uma área afectada apesar de se manter assintomático nesses locais.^{2,35} Está indicada radioterapia a todos os doentes que tenham uma esperança de vida inferior ou igual a 3 meses; que apresentem mais do que uma área com lesões malignas; doentes com paraplegia que evolui nas últimas 12 a 24 horas; condições mórbidas que impeçam uma cirurgia e doentes com tumores radiosensíveis como linfoma, mieloma múltiplo, carcinoma do pulmão, neuroblastomas e sarcoma de Ewing.^{2,25,36} O estudo realizado por Maranzano et al conclui que após o tratamento com radioterapia 80% dos doentes sentiram alívio da dor e 48,6% dos doentes com disfunção motora ligeira melhoraram significativamente. Concluem também que o diagnóstico precoce é fundamental e que o nível de radiosensibilidade só é importante nos casos de doentes paréticos.³⁷ A dose standard de radiação é 30 Gy em fracções diárias de 3 Gy, no entanto, decorrem actualmente estudos para aplicação de doses superiores de radiação com aumentos progressivos diários que permitirão um melhor controlo da metástase e melhoria geral na condição neurológica do doente.^{36,38} A administração de doses elevadas de radiação deverá ser sensata devido ao risco de mielopatia por radiação.³⁶ A quimioterapia e os tratamentos hormonais raramente desempenham um papel terapêutico nestas situações, mas se a neoplasia for sensível a este tipo de tratamento deve ser administrado simultaneamente ou após radioterapia ou cirurgia.^{4,9,25}

A cirurgia descompressiva está indicada em doentes com compressão medular maligna sem his-

tória passada de doença oncológica; quando a área afectada já foi previamente submetida a radioterapia sem sucesso; deteriorização neurológica durante o processo de radioterapia e em doentes com coluna vertebral instável.^{2,3,5,7,21,39} Normalmente a cirurgia está contra-indicada quando existem várias zonas de compressão,⁶ ou quando o tumor em causa responde à radioterapia.²¹ Patchell, Payne et al concluíram que os doentes estudados mantinham a capacidade de deambular por mais tempo associado a uma redução drástica da severidade da dor quando tratados com cirurgia descompressiva associada a radioterapia pós-operatória do que os que eram submetidos apenas a tratamentos de radioterapia.³⁰ Este estudo não é esclarecedor, apesar de pioneiro, porque só admitiu doentes com uma sobrevida superior a 3 meses e quando apenas uma área da coluna vertebral era comprimida por um tumor sólido. Novas técnicas cirúrgicas têm sido experimentadas e estudadas como a vertebroplastia que consiste na injeção percutânea de um “cimento” ósseo directamente na vértebra colapsada através de condução radiológica. Esta técnica tem como objectivo o alívio imediato da dor, que se consegue em 70% dos doentes, e estabilização da coluna. A cimentoplastia é uma variação desta técnica, em que a injeção é feita sobre uma metástase osteolítica para palição da dor.^{5,7,14,40} A endoscopia transtorácica, desenvolvida para tratamento de hérnias discais torácicas está a ser aplicada nos casos de metástases torácicas, com sucesso. Estas técnicas pouco invasivas e bem toleradas pelo doente^{7,40} vêm colocar cada vez mais de lado a laminectomia do passado. Wang et al, citado por Patchell et al referem que 75% dos doentes não-ambulatorios estudados recuperaram a capacidade de andar após um único tratamento cirúrgico com uma aproximação transpedicular poslateral.³⁶ Klimo et al concluem, após o seu estudo, que os neurocirurgiões deveriam ser implicados no processo de decisão terapêutica paliativa, apesar de a selecção de doentes para cirurgia se basear sempre na mortalidade e morbidade associadas.²⁹ Nos doentes com metástases raquideas ou tumores malignos primários irrecutíveis, manter uma qualidade de vida satisfatória supõe um desafio formidável para toda a equipa de saúde.²⁸

Prognóstico

O factor de prognóstico mais importante é a manutenção da capacidade de deambular na altura do tratamento.^{1,2,3,5} Cerca de 60-70% dos doentes que mantêm a capacidade de deambular na altura do diagnóstico continuam ambulatorios, percentagem que diminui drasticamente quando o doente se apresenta paralisado.^{2,25} Markan, citado por MSCC Sub-group, refere que após o aparecimento de alterações neurológicas menos de 10% dos doentes recuperarão a função neurológica.² Shaw e Marks referem que os doentes paraplégicos detêm o pior prognóstico em termos de tratamento, com uma percentagem mínima de 0%-16% de doentes que recuperam alguma mobilidade após administração de corticosteróides e radioterapia.⁵ Também é importante considerar a duração temporal dos déficits motores desde o início da compressão medular e o início do tratamento. Segundo Abrahm, 86% dos doentes com alterações motoras à mais de 14 dias antes do início do tratamento continuaram ambulatorios. Apenas recuperaram alguma mobilidade, 55% dos doentes com alterações motoras entre 8 a 14 dias, percentagem que desce para 35% quando os doentes apresentam estas alterações entre 1 e 7 dias.²⁵ Apesar destes dados parecerem contraditórios, reconhece-se que o prognóstico é favorável aos doentes em que as alterações motoras surgiram de forma progressiva e não de forma abrupta.²⁵

Se a compressão surgir rapidamente (1-2 dias) a causa mais provável é o enfarte do cordão medular por trombose arterial medular secundária à compressão. Esta situação não responde ao tratamento.⁴¹

Conclusão

A falha no diagnóstico correcto conjuntamente com um limitado conhecimento do necessário encaminhamento para tratamento imediato traduz-se numa paralisia completa e na maioria dos casos irreversível,² já que 90% dos doentes ambulatorios podem permanecer ambulatorios se agirmos prontamente.²¹ Sem terapêutica, a compressão medular maligna é fonte de uma significativa morbidade e mortalidade, dor severa,

paralisia, incontinência e um decréscimo da qualidade de vida.³⁶ Com compressão medular na região cervical ou torácica alta os doentes correm um risco aumentado de tetraplegia e paragem respiratória.³ A compressão medular é uma situação grave que requer tratamento imediato para evitar alterações neurológicas irreversíveis. Para isso é fundamental a interação e comunicação entre o médico assistente do doente oncológico e o médico especialista que o acompanha durante o tratamento da doença base. Os profissionais de saúde necessitam formação em cuidados paliativos de suporte. Num estudo realizado por Bruera et al conclui-se que o conhecimento dos médicos de família acerca de urgências oncológicas e tratamentos disponíveis, como por exemplo radioterapia paliativa, é limitado.⁴² Também a formação em cuidados paliativos, na formação dos radioterapeutas, devia ser significativamente maior, já que em 40% de todos os doentes referidos para radioterapia, a intenção é puramente paliativa.⁴³

Quando o tratamento não resulta ou quando a detecção da situação foi demasiado tardia o doente depara-se com a falta de mobilidade e de controlo sobre as suas excreções, a dependência e a impotência. Ajustar-se a estas perdas não é fácil e o doente pode sentir que não tem mais motivos para viver. Em doentes com pequena esperança de vida a reabilitação é desenhada em termos completamente novos. O doente pode não conseguir ou não querer passar 3 a 4 horas diárias num ginásio. A reabilitação em cuidados paliativos enfatiza os objectivos a curto prazo e a possibilidade de o doente conseguir passar o maior tempo possível em casa.⁸ Em certos momentos a sensação de perda pode ser insuportável. É importante o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, doente e família no estabelecimento de objectivos realistas. Nestes casos descobrir as necessidades psicossociais dos doentes precede normalmente a necessidade de adaptação às mudanças físicas.

BIBLIOGRAFIA

- FIGUERAS, M.C. Compresión medular. In: González Baron, M., Ordóñez, A. et al. Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cancer. Madrid. Editorial Panamericana. 1996; 745-752
- MSCC Sub-group. Malignant Spinal Cord Compression. Beatson. Beatson Oncology Center. 2003
- GARCÍA, L.M., FARRÉ, M., MONTERO, A. Dolor lumbar de origen neoplásico. Diagnóstico y tratamiento conservador. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2001; 8 supl. II:118-123
- ORTIZ, C. Urgencias Oncológicas. Disponible em: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v43n1/0027%20Urgencias.PDF>, consultado a 20/03/2006
- SHAW, P. MARKS, A. Malignant epidural spinal cord compression. Londres. European Journal of Palliative Care. 2003; 10(4): 141-144
- SÁNCHEZ, J. Medidas de bienestar del paciente con urgencias oncológicas. In: Sánchez, J. et al. Guía para el Manejo de Urgencias en enfermería. Bogotá. Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades Y Escuelas de Medicina. 2004; 1459-1464
- KLIMO, P., MEIC, H.S. Surgical Management of Spinal Mastases. The Oncologist. 2004; 9:188-196
- EVA, G. LORD, S. Rehabilitation in spinal cord compression. Londres. European Journal of Palliative Care. 2003; 10(4):148-150
- JOSEFH, M., RENÉ, T. Spinal cord compression requires early detection. Londres. European Journal of Palliative Care. 2005;12(4):141-143
- TALCOTT, J.A., LU, C., GONZALEZ, R.G. et al. Suspected Spinal Cord Compression in Cancer Patients: a multidisciplinary risk assessment. Nova Iorque. The Journal of Supportive Oncology. 2005;4:305-312
- BRUERA, E. PEREIRA, J. Emergencies in Palliative Care. In: Bruera, E., Pereira, J. et al. Alberta Hospice Palliative Care Resource Manual. Alberta. Alberta Cancer Board. 2001;65-66
- Malignant tumors-causes. Disponible em http://www.back.com/stripcontent.php?parent_file=/causes-tumors-malignant.html, consultada a 23/03/2006
- Porcentaje de aparición de compresión medular según los distintos tumores. Disponible em www.enfermeriaconexión.com, consultado a 15/03/2006
- PEH, W.C.G. et al. Bone metastases. 2005. Disponible em <http://www.emedicine.com/RADIO/topic88.htm>, consultado a 16/03/2006
- DEGROOT, H. Metastatic Prostate Cancer. Disponible em <http://bonetumor.org/tumors/pages/page66.html>, consultado a 16/03/2006
- MIGLIORATI, C.A., CASIGLIA, J., EPSTEIN, J. Managing the care of patients with bisphosphonate-associated osteonecrosis. Journal of the American Dental Association. 2005;136:1658-1668
- RIPAMONTI, C., BRUERA, E. Pain and Symptom Management in Palliative Care. Cancer Control Journal. 1996;3. Disponible em <https://www.moffitt.usf.edu/pubs/ccj/v3n3/guest.html>, consultado a 16/03/2006
- RIPAMONTI, C., TICCOZZI, C., FULFARO, F. et al. The role of bisphosphonates in the treatment of painful metastatic bone disease: a review of phase III trials. Pain. 1998;78:157-169
- BRUERA, E. MACDONALD, N., HAGEN, N. et al. A randomized, controlled trial of intravenous clodronate in patients with metastatic bone disease and pain. Journal of Pain and Symptom Management. 1997; 13:319-326
- DEGROOT, H. Breast Cancer Metastasis to Bone. Disponible em <http://bonetumor.org/tumors/pages/page61.html>, consultado a 16/03/2006
- ABRAHM, J.L. Management of Pain and Spinal Cord Compression in Patients with Advanced Cancer. Annals of Internal Medicine. American Society of Internal Medicine. 1999; 131:37-46
- AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY. Patients guide: Biphosphonates for multiple myeloma. Alexandria. ASCO. 2003:1-12
- STEVENS, A., IMRIE, K., MEYER, R. et al. The role of biphosphonates in the management of skeletal complications for patients with multiple myeloma. Ontario. A Cancer Care Ontario Program. 2004:1-25
- PLAZAOLA, A. Compresión Medular. In: Plazaola, A., García, A., Sánchez, A. et al. - Manual Para el tratamiento de las urgencias oncológicas. 2002:7-13
- ABRAHM, J.L. Assessment and Treatment of Patients with Malignant Spinal Cord Compression. Nova Iorque. The Journal of Supportive Oncology. 2004;5:377-401
- POLLACK, E.I. Diagrams of Neurons, Synapses, Neuroanatomy and Endocrinology. Disponible em www.mywebpages.concastnet/PSY255_pix.htm, consultado a 29/03/2006
- Spinal Cord Compression. Disponible em http://www.surgicaltutor.org.uk/system/locomotor/cord_compression.htm, consultado a 16/03/2006
- VILLAS, C. Dolor de espalda de origen tumoral. Criterios generales de tratamiento. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2001; 8 Supl.II: 124-130
- KLIMO, P., CLINTON, J., THOMPSON, J. et al. A meta-analysis of surgery versus conventional radiotherapy for the treatment of metastatic spinal epidural disease. Neuro-Oncology. 2005;7:64-76
- PAYNE, R., PATCHELL, R.A., YOUNG, B. et al. Direct Decompressive Surgical Resection in the Treatment of Spinal Cord Compression caused by Metastatic Cancer: a randomised trial. Lancet. 2005; 366:643-648
- TWYGCROSS, R.G. Management of pain in skeletal metastases. Clin. Orthop. Relat. Res. 1995; 312:187-96
- SORENSEN, S., HANSEN, H.H., MOURIDSEN, H. Effect of high-dose dexamethasone in carcinomatous metastatic spinal cord compression treated with radiotherapy: a randomised trial. Londres. European Journal Cancer. 1994; 30A:22-27
- LOBLAW, D.A., LAPERRIERE, N.J. Emergency treatment of malignant extradural spinal cord compression: an evidenced-based guideline. Journal of Clinical Oncology. 1998;16:1613-1624
- BRUNDAGE, M.D., CROOK, J.M., LUKKA, H. Use of strontium 89 in patients with endocrine-refractory carcinoma of the prostate metastatic to bone. Ontario. A Cancer Care Ontario Program. 1997:1-13
- JANJAN, N., KRISHNAN, S. Vertebral metastases and spinal cord compression. MASCC/ISOO 16th International symposium-supportive care in cancer
- PATCHELL, R.A., REGINE, W.F., KWOK, Y. Radiation therapy alone for spinal cord compression: time to improve upon a relatively ineffective status quo. Journal of Clinical Oncology. 2005;23:3308-3310
- BRUERA, E., BARNES, E.A., PALMER, J.L. Prevalence of Symptom Control and Palliative Care. Abstracts presented at the Annual Meeting of the American Society for Therapeutic Radiology and Oncology. International Journal of Radiation Oncology. 2002;54:211-214
- MARANZANO, E., BELLAVITA, R., ROSSI, R. Radiotherapy alone or Surgery in Spinal Cord Compression? The Choice depends on Accurate Patients Selection. Journal of Clinical Oncology. 2005;23:8270-8276
- Spinal Cord Compression. Disponible em <http://www.merck.com/mrshared/manual/section14/chapter182/182b.jsp>, consultado a 16/03/2006
- HALPIN, R.J., BENDOK, B.R., LIU, J.C. Minimally Invasive Treatments for Spinal Metastases: Vertebroplasty, Kiphoplasty and Radiofrequency ablation. The Journal of Supportive Oncology. 2004; 2:339-355
- TWYGCROSS, R. Cuidados Paliativos. Lisboa. Climepsi Editores. 2003
- BRUERA, E., BARNES, E.A., HANSON, J. et al. Communication between primary care physicians and radiation oncologists regarding patients with cancer treated with palliative radiotherapy. Journal of Clinical Oncology. 2000;18:2902-2907
- MARANZANO, E., LATINE, P., CHECCAGLINI, F. et al. Radiation therapy in metastatic spinal cord compression: a prospective analysis of 105 consecutive patients. Cancer. 1991; 67:1311-1317

A HISTÓRIA ONCOLÓGICA DO DOENTE

Nuno Filipe de Oliveira Gil Salgado

nf_salgado@hotmail.com

Enfermeiro no Serviço de Radioterapia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra
Mestre em Sociopsicologia da Saúde, Instituto Superior Miguel Torga

A experiência do cancro é particularmente marcada por um itinerário terapêutico denso, programado, de fases do tratamento, atravessando uma diversidade de espaços clínicos e com uma natureza diacrónica. As actuais concepções de humanização em contexto hospitalar enfatizam o significado produtivo dos laços familiares no tratamento e na própria re-conceptualização do meio hospitalar. Os próprios laços entre as pessoas e as relações de afecto são, na verdade, transformados ao longo da história oncológica.

O principal objectivo deste estudo é a compreensão de como a humanização é constituída através dos laços entre pessoas (sem os quais o carácter humano da humanização não existe) e como estes laços potencializam a eficácia terapêutica, incluindo o modo como a relação com o hospital pode qualificar os próprios laços familiares, numa história oncológica partilhada em que todos os membros da família têm um papel. Para isso, observou-se a dinâmica das relações de uma família como estudo de caso e concluiu-se que a forma como estes laços são qualificados é que dá sentido à história oncológica e que os laços são a estratégia integrativa mais consistente do doente e da própria família na sua própria história oncológica.

PALAVRAS-CHAVE: cancro; história oncológica; laços entre as pessoas; família; hospital; radioterapia; enfermagem.

The experience of cancer is particularly marked by a dense therapeutic itinerary, scheduled, of successive treatment steps, crossing a variety of clinical settings and with a diachronic nature. Current concepts on hospital humanization emphasize the positive contribution of family ties in the treatment and in their own re-conceptualization of a hospital. The ties between patients themselves and their affective relationships are, actually, transformed during an oncological history.

The main objective of this paper is to understand how the humanization is constituted by the ties between people (without which the human character of humanization does not exist) and how these ties potentiate the therapeutic efficacy, including how the relationship with the hospital can qualify their own family, in a shared oncological story where all family members have a role. For this, we observed the dynamics of family relations as a case-study and concluded that the way these ties are qualified is what gives meaning to the oncological history and that ties are the most consistent integrative strategy for both patients and their own family in their own oncological history.

KEYWORDS: cancer, oncological story; links between people; family; hospital; radiotherapy; nursing.

OS LAÇOS ENTRE AS PESSOAS NA HISTÓRIA ONCOLÓGICA

A *história de cancro*, independentemente da patologia oncológica e do estadiamento da mesma, é composta por um conjunto de percursos, espaços hos-

pitalares, tempos de espera, ritmos de tratamentos, protocolos terapêuticos, procedimentos diagnósticos, realinhamento de estratégias...

Kolesnicov (2004:23), enquanto sobrevivente de um cancro da mama, testemunha que “*uma vez diagnosticado, há cancro, mesmo que seja só uma suspeita*”.

O primeiro contacto com a doença ocorre com a percepção de algum sinal ou sintoma, colocando o indivíduo de sobreaviso à medida que vai vivenciando o medo e terror de estar a ser invadido por uma doença potencialmente mutilante e mortal e uma busca diária que o amanhã seja amanhã. Este medo perpetua-se transversalmente no seu trajecto terapêutico e na sua história oncológica.

O impacto do diagnóstico não é um fenómeno estático ou circunscrito a uma única crise (Figueiredo, 2008), mas sim, um estado que se mantém com a mudança do seu estilo de vida para um mundo diferente do seu, onde experimenta sensações e sintomas que lhe são estranhos, onde é submetido a múltiplos e morosos exames, por vezes invasivos, traumatizantes e desconfortáveis, onde é sujeito a vários internamentos e contacta com vários profissionais de saúde desconhecidos que não se imiscuem de, à sua frente, pronunciar termos médicos que não lhe são inteligíveis nem familiares. Ultrapassa os mecanismos de *coping* do indivíduo, deixando-o com uma sensação de desamparo e terror porque, na sua essência, o diagnóstico provoca a desintegração do mundo da pessoa pela consciencialização da fragilidade do seu ser físico (Lothian, 2002).

Na sequência da confirmação do diagnóstico do estabelecimento de uma decisão terapêutica, seguem-se os diferentes tratamentos, cada qual com mitos, ideias preconcebidas e representações sociais e emocionais associadas, específicas de cada fase e que adensa a sua experiência de cancro, constituindo num processo terapêutico complexo e multifaseado.

Como refere Pais (2009:13), “*o fim dos tratamentos não significa o fim da experiência*”. A experiência do cancro não cessa com o *terminus* destes. Antes, estende-se para além dos tratamentos e do próprio cancro: nos regressos constantes aos espaços clínicos para realização de novas análises e de consultas de seguimento e quando os sobreviventes fecham os olhos e a mente os transporta novamente para os mesmos espaços,

para as memórias dos sons das máquinas e no reavivar de sensações, nos estigmas que persistem, nos medos e receios ligados aos efeitos secundários dos próprios tratamentos, no medo de recidiva da doença... desta forma, conclui-se que esta história de cancro estende-se assim conceptual e vivencialmente numa história de cura e de constante resgate da própria vida – a história oncológica.

A doença oncológica é um exemplo particular e bastante expressivo, relativamente à definição dos laços sociais. Enquanto história, é vista e vivida maioritariamente pela sociedade como uma experiência debilitante e de desafio à morte, que altera drasticamente a forma como aqueles que lhe sobrevivem vêem a vida e definem as suas prioridades e, também, uma doença estigmatizante, capaz de provocar exclusão social: a sociedade não olha para estes doentes apenas como mais uma pessoa doente com uma doença grave e debilitante. Há pessoas que fogem destes como se fossem portadores de uma qualquer doença infecciosa. Na verdade, estas pessoas fogem com medo que o destino daqueles doentes coincida com os seus próprios destinos!

Portanto, nesta história há laços que se criam, laços que se constroem, laços que se consolidam, laços que diminuem, laços que se perdem e laços que se reconstroem. Os testemunhos daqueles que passaram por esta experiência e que expressam uma mudança de paradigmas de vida e um olhar mais profundo para aquilo que realmente interessa na vida e uma relativização absoluta daquilo e daqueles que não lhes trazem um dia mais feliz do que o anterior, permitem concluir na mesma proporção que estes laços se constroem, e reconstroem, também outros se perdem e, pelos laços que se perdem, é que aqueles que se constroem ganham o significado que têm hoje.

As alterações nos laços afectivos não se circunscrevem à família nuclear e à alargada, mas invadem todas as esferas da dimensão social da pessoa, o que faz com que imperativamente crie novas relações, seja com os profissionais de saúde, seja com outros doentes. Nem sempre estes laços de afecto são consistentes e podem promover ainda mais os sentimentos de insegurança, desesperança, ansiedade e tristeza.

A dimensão terapêutica da integração enquanto Humanização do Hospital surge na sua capacidade em conectar os laços entre as pessoas, através dos laços entre as pessoas na instituição. A integração da família na história oncológica não deveria ser um falso moralismo, mas antes um comando moral da própria instituição, já que a mesma, num sentido lato, é uma responsabilidade prática e ética pela própria vida enquanto consequência terapêutica que é. Contudo, como se observa esta visão pouco profissionalizada do que é o Humanismo, acabamos por cair no erro de achar que a visão integrativa da família é mais uma romantização do próprio conceito de Humanização.

Na interacção terapêutica com o próprio doente surge uma conexão comum a este, pois não se pode dissociar o doente da família, no seu sistema familiar. Na doença, a família também está institucionalizada, com o doente, quer nas instituições de saúde, quer fora delas, pois o cancro passa a assumir o centro dos seus ritmos de vida e das suas relações. Daqui se depreende que o Hospital tem um papel fundamental na qualificação dos laços entre as pessoas e que não reconhece ou por vezes ignora o seu papel nesta e que constitui-se num acto desumanizador e de-sintegrativo da história oncológica, do doente e da sua família.

METODOLOGIA

Procedeu-se à construção de um estudo exploratório descritivo, segundo uma metodologia qualitativa e através de entrevistas semi-estruturadas, com o objectivo de compreender a humanização como laços entre pessoas e como estes laços potencializam a eficácia terapêutica.

Para a elaboração deste artigo, escolhemos um caso que se demonstrou paradigmático no sentido da compreensão dos laços entre as pessoas na história oncológica.

Bernardo Aires (Os nomes das pessoas inscritos neste artigo são todos fictícios), 42 anos, portador de

astrocitoma de grau IV, serralheiro civil de profissão, casado com Joana Aires, de 41 anos, que trabalhava na empresa da família. O casal tem dois filhos menores de idade e Bernardo viria a falecer durante a concretização do estudo. Bernardo apresentava uma excelente relação conjugal e com os seus filhos e uma relação conflituosa com a sua família de origem, e que antecedia a própria doença.

“Quanto ao pai, a mãe e o irmão, a relação com eles começou aos poucos a ruir. Ela já era má, antes da doença. Ele dizia que não era filho deles. Ele nunca teve um relacionamento estável com eles. Era o filho mais velho e ele sempre foi o escravo, para eles. Família, amigos, clientes todos puxavam por ele... agora aqueles não.”

(Joana Aires, 41 anos, familiar)

Enquanto casal, tinham os filhos e o amor que os unia a todos, como razão de viver e de lutar, mesmo quando se está institucionalizado.

“Os filhos e eu éramos o seu grande apoio. Eu acho que a relação ficou muito mais forte!”

(Joana Aires, 41 anos, familiar)

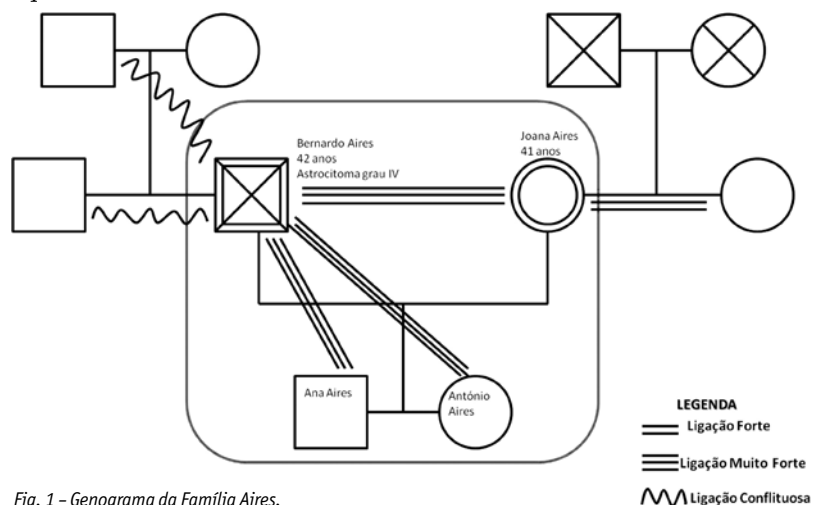


Fig. 1 - Genograma da Família Aires.

Por sua vez, a sua esposa possui uma relação forte com a sua irmã, como se pode comprovar no genograma familiar (fig. 1).

Relativamente às ligações entre a família, o Hospital e a comunidade e a redes e apoios disponíveis observa-se que o suporte da família era encontrado na

irmã de Joana, que tomava conta dos sobrinhos nos longos períodos de ausência dos pais, uma vez que a mãe procurava estar o máximo de tempo que lhe era permitido com o marido, durante os internamentos deste. A relação com vizinhos e amigos era vista como fundamental e efectivada como suporte emocional. Relativamente a apoios na comunidade, a família apresenta maior relação com o hospital do que com o centro de saúde (fig. 2).

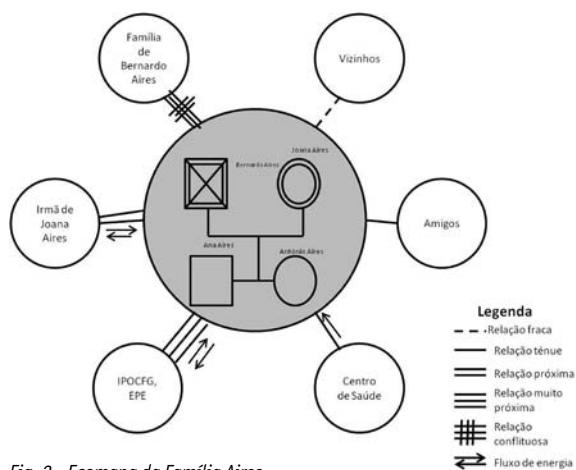


Fig. 2 - Ecomapa da Família Aires.

Joana, durante os sucessivos internamentos do marido conseguiu estabelecer uma relação com os diversos profissionais de saúde bastante forte e, mesmo após a morte do seu marido, compreendeu que houve uma “condescendência”, quer por parte dela, quer por parte do Hospital para que se criasse esta relação profunda e próxima. Actualmente, é alimentada por uma “peregrinação” que Joana tem que fazer sempre que vai a Coimbra e “obrigatoriamente” visita todos os serviços e espaços por onde o marido passou na sua história de cancro.

“Eu hoje sinto necessidade de ir ao IPO e passar pelos lugares todos por onde passava com ele! Alguns enfermeiros admiram-se e pensam “o que é que esta senhora anda para aqui a fazer?!” passo pelos quartos! Vou à radioterapia, começo numa ponta e vou até à outra. Ver as camas e recordar-me os momentos e as pessoas! Vou aos paliativos, ver as camas! Eu vou à medicina, vejo os espaços! E, entro na boa! Eles [dos Enfermeiros] já sabem que eu vou pelo bem, não é pelo mal. Eles

sabem que eu vou, olho e sei que não está. Eu quando vou daqui para Coimbra, eu vou com aquela esperança de o ver, mas chego lá, eu sei que não o vou ver, mas serena-me! Mas tenho que lá ir.”

(Joana Aires, 41 anos, familiar)

Não entrando no campo psicopatológico, obviamente que este “peregrinar” pelos espaços hospitalares se trata de uma estratégia de resolução do luto. No entanto, deve-se olhar para este comportamento sob uma perspectiva mais analítica. Ao contrário do que acontece diariamente nos hospitais, quando morre um familiar, mesmo que se tenha tido a perspectiva e sentido uma excelente assistência por parte dos profissionais de saúde, as famílias querem esquecer a experiência, os ambientes, os espaços... Os hospitais não são espaços queridos para as pessoas. São sítios evitáveis, símbolo e memória de sofrimento, tragédia, perda, dor e morte, em vez de, serem também recordados, como locais onde também há “espaço” para o nascimento, a vida, a esperança, o milagre! Peregrinar após a morte de um familiar, para reviver espaços e momentos e reencontrar pessoas, na busca de uma sensação de serenidade mesmo com a consciência que o reencontro desejado não é possível, significa que houve uma relação densa, profunda e próxima, com as pessoas que lá trabalham. Houve laços que se criaram e “peregrina-se”, como forma de manter apertado um nó que acabou por ser laçado.

Na doença, definem-se laços, constroem-se relações, reatam-se laços perdidos ou enfraquecidos e perdem-se laços. Foi o que aconteceu com a família nuclear de Bernardo. Mesmo com o aumento das responsabilidades à medida que o nível de autonomia de Bernardo diminuía, os laços foram-se fortalecendo. Um exemplo concreto que Joana referiu, foi o seu relato sobre como ela e os seus filhos, sem conhecimentos fornecidos, reabilitavam Bernardo e estimulavam a sua autonomia.

“Eu hoje sinto necessidade de ir ao IPO e passar pelos lugares todos por onde passava com ele! Alguns enfermeiros admiram-se e pensam “o que é que esta senhora anda para aqui a fazer?!” passo pelos quartos! Vou à radioterapia, começo numa ponta e vou até à outra.

Ver as camas e recordar-me os momentos e as pessoas! Vou aos paliativos, ver as camas! Eu vou à medicina, vejo os espaços! E, entro na boa! Eles [dos Enfermeiros] já sabem que eu vou pelo bem, não é pelo mal. Eles sabem que eu vou, olho e sei que não está. Eu quando vou daqui para Coimbra, eu vou com aquela esperança de o ver, mas chego lá, eu sei que não o vou ver, mas serena-me! Mas tenho que lá ir.”

(Joana Aires, 41 anos, familiar)

Por indisponibilidade dos meios, Joana não obteve a ajuda profissional atempada que precisava, na comunidade, o que a fez procurar respostas por si mesma e, promover estratégias de resolução dos problemas de forma autónoma e criativa.

“Ninguém me ensinou nada! Eu fazia por minha intuição! Fomos comprar um andarilho, ele começou a andar com andarilho, depois com umas muletas, mas ele não se ajeitava de muletas e deixava...”

(Joana Aires, 41 anos, familiar)

“Eu levava-o ali para o terraço e segurava-o enquanto jogava à bola com o filho e eu: “não é com a perna direita que tem de chutar a bola. É com a perna esquerda que vais chutar a bola e marcar um golo ao teu filho”. Sempre foi assim. Aos braços e tudo...”

(Joana Aires, 41 anos, familiar)

“Hoje consigo dizer que faltou informação e que o conseguia ajudar em casa por teimosice e minha curiosidade. Eu fazia-me sempre a pergunta como é que eu o podia ajudar em casa. E foi uma pergunta que fiz, só que só me deram uma dica. E a partir daí, com a minha persistência, comprei uns livros de medicina e fui lendo e vendo o que podia fazer... desses meus livrinhos comecei a fazer e aquilo e aqueloutro exercício...”

(Joana Aires, 41 anos, familiar)

Apesar da falta de resposta por parte das instituições de saúde, a força de vontade e a teimosia aliadas ao engenho, fizeram com que Joana conseguisse ajudar o seu marido. Nem a instituição hospitalar, prestou a ajuda assistencial, instrumental, informativa e formativa, que forneceria instrumentos e estratégias para que os cuidadores continuassem a prestar assistência ao seu familiar doente, nem as instituições de saúde locais, pela indisponibilidade de meios, forne-

ceram a resposta que a família precisava e esperava. Como referem Pereira & Lopes (2002), apesar de o doente e a família quererem obter informação, é frequente, estes serem confrontados com respostas tardias e ambíguas por parte dos profissionais de saúde, o que se operacionaliza numa desqualificação destes laços não só, pela ausência de uma resposta formativa e informativa, como também assistencial por parte das instituições de saúde, já que a melhor e mais directa forma de aquela família expressar o seu afecto por Bernardo, era cuidando dele ou reabilitando-o.

Relativamente aos filhos, pela natureza afectiva enorme que caracteriza a relação das crianças com os seus pais, apresentavam uma forte probabilidade de vir a sofrer de problemas psico-emocionais que afectariam o seu desenvolvimento e rendimento escolar, principalmente a partir da morte do pai.

“Eles nunca foram a baixo nos estudos! Sempre, boas notas! Todos os professores admiraram-se e questionavam-me se eles andavam num psicólogo ou tinham algum apoio e eu dizia que não... eu estou mesmo muito orgulhosa deles!”

(Joana Aires, 41 anos, familiar)

A própria coesão familiar permitiu à mãe dar aos seus filhos, o suporte necessário, para que o prejuízo da perda do pai e os longos períodos de afastamento dos dois não lhes afectasse os seus estudos. Para além disto, Joana relata ainda, que durante a doença, ia procurando respostas entre na equipa de enfermagem, para conseguir ajudar os filhos a ultrapassar a doença do pai e os longos períodos de ausências não só do pai como da mãe.

“Eu com o vosso apoio também consegui estar lá para os meus filhos! Quer a psicóloga, quer a neurologista, me disseram várias vezes que nunca pensaram que eu conseguisse ser uma verdadeira psicóloga para os meus filhos: com a doença do pai e a minha ausência, por vezes, conseguiram lutar e vencer na vida e eu acompanhei-os sempre nos estudos!”

(Joana Aires, 41 anos, familiar)

Relativamente à família de Bernardo, os laços coesos, sinceros, baseados no afecto, estreitaram-se e

fortaleceram ao longo da doença, enquanto os laços baseados no obrigacionismo relacional dos laços de consanguinidade e na plasticidade da boa aparência, no fundo, ociosos e desprovidos de afecto e amor, enfraqueceram e quebraram-se. Os laços afectivos de Bernardo e da sua família de origem não eram fortes e durante a doença definiram-se no momento em que atingiram o seu ponto de ruptura. No início, quando se descobriu a doença de Bernardo e este foi operado, a família só volvidos alguns dias é que o foi visitar; assim como, quando Bernardo já estava internado nos cuidados paliativos, teve uma crise convulsiva provocada pela presença da mãe. As visitas destes foram proibidas e Bernardo viria a falecer dias mais tarde e nem Joana, nem os filhos, voltaram a encontrar-se com a sua família, mesmo tendo criado momentos para o encontro com os mesmos se proporcionasse.

Neste exemplo concreto, observa-se que a doença qualificou a forma como estes laços se definiam e desta forma, provocou a ruptura desta relação. A forma como os laços se vão definindo, depende do ritmo da doença e da própria relação que se vai estabelecendo com o hospital. Há uma partilha de responsabilidade na qualificação das relações, por parte da doença e das próprias instituições de saúde. A doença, pela sua gravidade, pela sua relação com a morte e com o sofrimento, faz com que, quem passa por esta experiência, “acorde” para um novo estado de alma, que a motiva a valorizar o que realmente é importante para a sua vida e a relativizar aqueles e aquilo que não contribuem para a sua felicidade.

Também durante a doença há outros laços que se criam e se estabelecem de forma coesa. Durante as institucionalizações, o doente e o seu familiar cuidador cruzam-se com doentes, familiares e com profissionais de saúde, com os quais se inicia uma relação. Uns por igualdade de circunstância (pela partilha da mesma experiência de dor e de doença) e outros, por uma relação profissional, que da simpatia evolui para a empatia e para uma relação mais afectiva e próxima. Nestes encontros e desencontros, é obvio que há pessoas que são mais marcantes do que outras e em situações como a de Joana e Bernardo, em que faltava

um apoio de retaguarda da família, os profissionais de saúde acabam por dar esse apoio necessário.

“Eu durante a doença, senti-me muito acompanhada por vocês. Vocês estavam lá, esclareciam, animavam, eu perguntava e vocês eram sinceros e respondia tudo aquilo que eu sabia que era e pensava. Vocês estavam lá e deram-me o apoio que não consegui encontrar na família! (...) Não é só um apoio que encontrei: epa, eu hoje acho que encontrei ali uma família, enumerada... eu acho que encontrei ali mais uns dos meus!”
(Joana Aires, 41 anos, familiar)

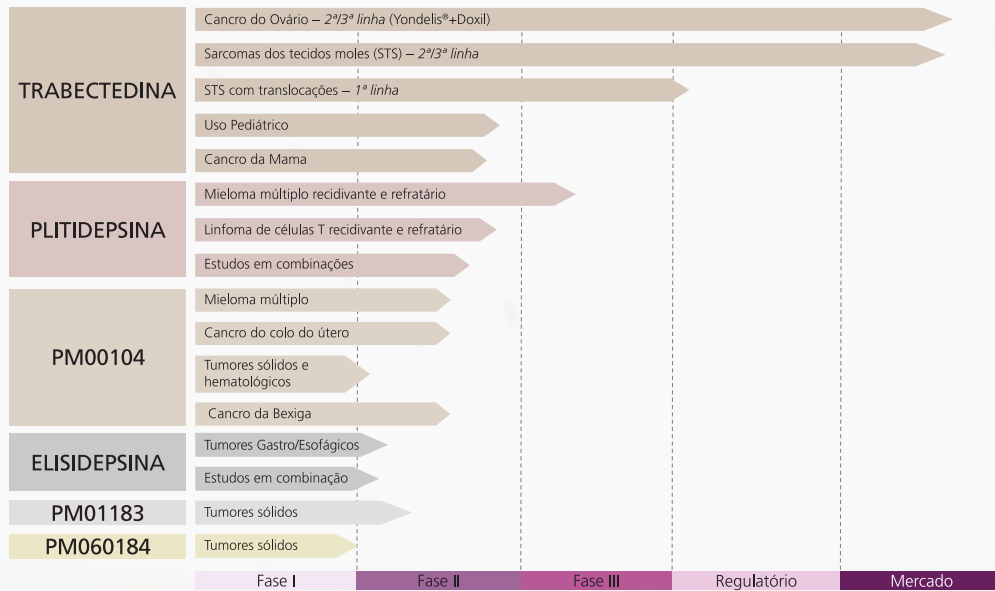
Por vezes, no estabelecimento da relação profissional empática, nas respostas dadas que não são obtidas na família, os profissionais de saúde tomam um lugar afectivo de destaque para o doente e para o cuidador. Tornam-se membros da sua família afectiva!

“Eu sentia-me acompanhada por vocês também porque eu pedia-vos informação e pedia-vos para me ensinarem e deixarem cuidar do meu marido e vocês faziam-no ensinavam-me e deixavam-me fazer o que eu podia! Nunca ninguém mo negou!”
(Joana Aires, 41 anos, familiar)

Criar uma relação de tamanha proximidade entre os profissionais de saúde e o doente ou a família, implica uma mudança de postura: a quebra do distanciamento profissional e clínico, para existir uma maior proximidade terapêutica. Isto não quer dizer que a relação terapêutica profissional se confunda com uma relação de amizade (que também pode surgir na dinâmica das relações). Ao considerar o doente e família como pessoa colectiva, e actor activo do seu processo terapêutico e não como vector passivo do mesmo, como o defensismo e o paternalismo clínicos frequentemente consideram, faz com que se crie uma relação de igualdade entre os profissionais de saúde e esta pessoa colectiva que, tal como eles, partilha a informação, gere o seu tratamento e tem voz activa e decisória. Nesta partilha o doente/família, têm maior capacidade de questionar, de saber, de avaliar e também, para seleccionarem melhor as respostas às suas necessidades, para mobilizarem os recursos que estão à sua disposição ou para procurar estes na comunidade.

Todo o poder do mar, agora contra o cancro

Seis compostos em desenvolvimento clínico



Para mais informações por favor contacte a PharmaMar.

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

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

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

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

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

- Fácil de usar e sem sabor desagradável.



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

Referências:

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



EUSA Pharma

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

Code: CAP/PT/003.0210.01

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

mouthsmadegood



EM PORTUGUÊS



Data preparação Maio de 2010

de, quando não estão disponíveis nem são apontados ou fornecidos pela instituição hospitalar.

Relativamente à relação entre as famílias e o hospital, após a morte do ente querido doente, se esta não existir por motivos estritamente terapêuticos na própria família, acabam por cessar com o falecimento do doente. Joana, por seu lado, após a morte do marido, sente necessidade de manter estes laços com a instituição, no fundo, com a sua nova família.

“Sei que não foi muito normal esta ligação que se estabeleceu entre mim e as pessoas do IPO! Foi mais além do que é normal, porque após a morte do doente, parece-me que ninguém quer voltar, nem recordar os passos por onde esteve... eu enfrentei a realidade e não vos culpei da morte do meu marido! (...) Eu não vou desaparecer do IPO! Eu vou continuar a ir lá e a ir ver todos!”

(Joana Aires, 41 anos, familiar)

Dois dos pilares da integração da família e do doente no seu processo de saúde – doença são a informação e a formação. A falta de informação e formação da família, provoca desequilíbrio na homeostasia familiar e na harmonia das relações dentro da mesma, pela sensação de impotência perante algumas das dificuldades e das adversidades, enquanto se cuida do doente oncológico e isso intensifica ainda mais a angústia que o doente e a sua família vivem durante a doença, potencializando a susceptibilidade a claudicação familiar. Do mesmo modo, uma família organizada, informada e treinada, enfrentará a doença com serenidade e será capaz de dar ao doente o desejado ambiente calmo e seguro de que tanto necessita (Martínez, Pérez-Vásquez, Villabona & Cruz, 2007; Ferreira, 2008).

Joana tem hoje, consciência e uma boa compreensão sobre a sua relação com o hospital, de como a informação e a formação eram o seu objectivo e a sua maior necessidade para manter a sua relação e proximidade com o marido e que neste processo houve hiatos: Joana teve acesso a toda a informação clínica sobre a doença do marido, faltou-lhe informação que lhe permitiria dar continuidade aos cuidados que ele

necessitava, no domicílio e deste modo, o processo formativo foi consequentemente deficiente.

A prática integrativa da família, na humanização dos espaços clínicos, concretiza-se na consciência das relações sociais do doente e que estas também se processam nas relações clínicas no Hospital. Esta visão integrativa traz obviamente ganhos para o doente, que é alvo de um acompanhamento mais personalizado e familiar e está mais integrado no seu processo terapêutico; para a família, que consegue manter a comunhão e os laços durante a doença, ter um papel mais decisório e interventivo na cura do seu ente querido, ter um maior suporte que lhe permitem promover o seu papel assistencial com menor risco de desgaste do cuidador e a recorrência dos internamentos pelo mesmo motivo; para os profissionais de saúde, que vêm o trabalho mais valorizado pela relação de confiança que é estabelecida; para as instituições de saúde, que vêm os índices de satisfação com a instituição e dos seus colaboradores aumentarem.

A força anímica que caracteriza e dá sentido às relações, que as dinamiza de forma a reestruturarem-se e a definirem-se em momentos de crise é o Afecto e o Amor que une as pessoas. Mas como é difícil fixar dimensões para quantificar os afectos, o doente e seus familiares não conseguem objectivar o seu conceito; apenas consegue reconhecer a sua importância para as pessoas e a sua capacidade de interferir com as relações sociais.

A dimensão terapêutica da integração enquanto Humanização do Hospital, surge na sua capacidade em conectar os laços entre as pessoas, através dos laços entre as pessoas na instituição. Para isso, o Hospital tem que compreender a família como um sistema de relações, cuja manutenção das mesmas, depende da consciência que o Hospital tem da sua própria influência, e ter a vontade e a capacidade de integrar os laços, como eles já existiam antes da doença, permitindo à família e ao doente, enfrentar este desafio de vida com a mesma estrutura e coesão que já existiam.

CONCLUSÃO

Na realidade, observa-se que o cancro são duas histórias, que se desenrolam em paralelo e que por vezes se interceptam mas que não se juntam. Encontra-se o cancro enquanto história terapêutica, que se desenvolve nos espaços terapêuticos e cujo ritmo corresponde à sucessão de tratamentos e o cancro, enquanto história de relações; a história de amor e de afectos, de laços que se constroem, que se descobrem, que enfraquecem ou quebram e que fazem parte da história de vida, em relação uns com os outros, com a doença, com o Hospital...

A humanização, no sentido de devolução à família, do lugar integrado na história de cancro, enquanto prática profissional e constante dos profissionais de saúde em oncologia (e não como conceito utópico e romantizado), surge precisamente na fusão destas duas histórias, na qual o Hospital tem consciência da sua responsabilidade na qualificação das relações de amor que acontecem na história de cancro e assume o seu papel na mesma, devolvendo à família, o seu lugar de relevância na história de cancro e não ignorando que, as relações de afecto e de amor não são algo à parte do trajecto terapêutico.

As relações de afecto e de amor que se estabelecem, são o que dão sentido e caracterizam a história oncológica e estas têm o impacto que têm, para os seus intervenientes, precisamente por aqueles laços que se tem a coragem ou a necessidade de romper. Afinal, se os laços de afecto e amor existem, a doença pode abalá-los momentaneamente, mas estes permanecem coesos. Numa família onde as pessoas se detestam e os laços são baseados no cinismo e numa coesão “plástica”, na história de cancro as pessoas acabam por se detestar ainda mais, porque acabarão por ser um “fardo” ainda maior umas para as outras...

O cancro são duas histórias que se querem unidas e o modo de as reunir implica uma nova concepção e concretização de relações terapêuticas: dentro e fora do hospital; no hospital e na comunidade; entre médicos, enfermeiros, doente e família; entre todos os intervenientes directos da história oncológica.

Só quando o Hospital se assumir como o espaço de intersecção entre as duas histórias, é que consegue ter consciência no seu papel qualificador das relações que o doente e a família estabelecem e comprometer-se verdadeiramente numa responsabilidade partilhada sobre a saúde/doença e o processo terapêutico, com o doente e a sua família.

A história de Joana torna-se paradigmática, precisamente porque ela soube juntá-las. Inequivocamente teve o seu ritmo e a sua sucessão terapêutica, mas fortemente carregada de carga emocional e vivencial, nos laços que se desfizeram, com a família de Bernardo; Houve laços de amor que se testaram e permaneceram íntegros e que acabaram por ser reforçados, no caso dos filhos e dos pais; Houve laços que na abertura que existiu por parte de Joana e da própria instituição hospitalar, para que fosse estabelecida uma relação que transcendeu a relação profissional, terapêutica, empática e tradicionalmente distante, e fosse cimentada em laços de afecto e amor, ao ponto de Joana encontrar no hospital uma nova família, onde a que deveria ter existido acabou por se perder...

BIBLIOGRAFIA

1. Ferreira, M. F. A. M. (2008). “Cuidar no domicílio: sobrecarga da família/cuidador principal com doente oncológico paliativo”. Tese de mestrado em Oncologia. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto
2. Figueiredo, A. P. R. S. (2007). Impacto do tratamento do cancro colorrectal no doente e cónjuge: implicações na qualidade de vida, morbilidade psicológica, representações de doença e stress pós-traumático. Tese de mestrado. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga
3. Kolesnicov, P. (2004). Biografia do meu cancro. Editorial Caminho, S.A. Lisboa
4. Lothian, N. (2002). The lived experience of being diagnosed with a life threatening form of cancer: Tese de doutoramento em Ciências da Saúde, Auckland University of Technology
5. Martínez, A. A. R., Pérez-Vasquez, A., Villabona, S. M. G., Cruz, M. C. F. (2007) Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Atención Primaria, 39(4), 185-188
6. Pais, A. (2009). Viver... depois do cancro. Revista Info, 16, 12-17
7. Pereira, M. G., Lopes, C. (2002). O Doente Oncológico e sua Família. Lisboa. Climepsi Editores
8. Salgado, N. F. O. G. (2010). A radioterapia na história oncológica do doente: Tese de mestrado em Sociopsicologia da Saúde. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra
9. Wright, L. M.; Leahey, M. (2002) Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. Editora Roca. São Paulo

REUNIÃO CONSELHO CONSULTIVO (WORKGROUPS)

29 Outubro 2011, Coimbra

No passado Sábado, dia 29 de Outubro, decorreu em Coimbra, no Hotel Dona Inês, a habitual Reunião dos workgroups, este ano transformada numa reunião de conselho consultivo, mais alargada e com outros objectivos para a AEOP. Estiveram presentes cerca de 40 elementos, desde os corpos sociais até aos colegas pertencentes aos 8 grupos específicos de trabalho. Aqui se definiu o plano estrutural das actividades científicas da AEOP para 2012. Foi apresentado o novo regulamento interno e ficou estruturada os temas científicos da 5.ª Reunião Nacional a decorrer em Maio de 2012, na Curia.

LANÇAMENTO LINHAS CONSENSO CANCRO GÁSTRICO



Em Setembro lançamos a linhas de consenso do Cancro Gástrico. No documento publicado no nosso site, consta a intervenção de enfermagem junto do doente com Cancro Gástrico, nas suas diferentes etapas de seguimento: Classificação e caracterização do cancro gástrico; Consulta de acolhimento; Intervenções nos diferentes tratamentos; Preparação para o regresso a casa.

Trata-se de um documento produzido pelo Grupo Digestivos a partir dos consensos encontrados nas várias discussões obtidas dos Simpósios dos Digestivos nos dois últimos anos. Este documento poderá ser visualizado no nosso site em www.aeop.net.

O próximo documento em análise e discussão é sobre o cancro do esófago.

7.º SIMPÓSIO NACIONAL CANCRO DIGESTIVO



Organizado pelo Grupo de Investigação Cancros Digestivos (GICD), decorreu nos dias 13 a 16 Outubro, na Herdade dos Salgados, em Albufeira - Palácio Congressos Algarve, o 7.º Simpósio Nacional Cancro Digestivo. Mais uma vez, a AEOP esteve presente com um programa científico paralelo.

No dia 13 de Outubro realizamos um curso pré-simpósio com a presença de 20 enfermeiros sobre a utilização do PICC – *Peripherally Inserted Central Catheter* – na prática clínica, com a palestrante convidada Gloria Miluly da Fundación Jiménez Díaz Capio, Madrid, Enfermeira na área da Onco-Hematologia.

Tratou-se de uma formação com elevado interesse e participação dos presentes.

Neste simpósio, entre outras temáticas, foi posto à discussão

final as Linhas de consenso sobre Cancro do Esófago, documento que está em fase de preparação para publicação.

PROJECTO EDUCAR E PREVENIR:

Aceitamos candidaturas até 30 Setembro



PROJECTO
EDUCAR E PREVENIR

A Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, através do grupo específico de trabalho “AEOP Educação”, em parceria com a Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros, organizaram um Concurso Literário Infante-Juvenil destinado a promover a prevenção do cancro através do conto infantil. Após algumas dificuldades encontradas em se arranjar editores interessados nesta publicação, estamos a estudar uma proposta através da qual é possível conseguir que as histórias possam ser publicadas. Já temos as ilustrações e neste momento estamos a aguardar a organização da edição. A AEOP está a desenvolver esforços para que a sua publicação tenha o maior impacto na comunidade infantil. Esperamos brevemente ter notícias sobre o fim deste projecto.

REUNIÃO SPH 2011: ACONTECEU...

A Sociedade Portuguesa de Hematologia organizou a sua reu-

nião anual nos dias 11 a 13 Novembro em Albufeira. Neste ano, pela primeira vez, esteve presente a AEOP, especificamente representada pelo seu grupo de Onco-Hematologia. Além da apresentação pública perante os presentes do contexto da AEOP na Onco-Hematologia Nacional, foi apresentado um projecto investigacional do Grupo Onco-Hematológico da AEOP em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Trata-se do primeiro projecto de investigação tridimensional: a Associação, a Universidade e a prática clínica.

Também foi um bom momento de aproximação dos enfermeiros que trabalham nesta especialidade oncológica e a AEOP.

CICLO DE CONFERÊNCIAS EM ONCOLOGIA



Em decisão da última reunião da direcção, a AEOP irá lançar os Ciclo de Conferências em Oncologia. Trata-se de conferências abertas a todos os profissionais de saúde que se interessam pelas várias temáticas apresentadas. Teremos um palestrante convidado em cada sessão, e será um espaço de debate aberto à comunidade científica. A primeira conferência irá decorrer no Porto, cuja data e tema será divulgado oportunamente no nosso site.

Projecto SUPROC



SUPROC
Support Patients Receiving Oral Chemotherapy

O Programa Educacional SUPROC – *Support Patients Receiving Oral Chemotherapy* está em fase de estruturação e o seu início ocorreu

na última Reunião da Primavera em Évora, no passado mês de Abril, através da participação de vários enfermeiros numa estratégia de *focus group* que resultou num conjunto de ideias e de aspectos importantes para a sua definição. Este projecto está em fase de desenho e contamos ter a sua apresentação até final de 2011. Este programa educacional está a ser apoiado pela Keypoint e brevemente apresentaremos a sua estrutura final no nosso site.

Projecto 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 pelos nossos doentes é um desafio novo para os enfermeiros que trabalham na área da oncologia.

Neste contexto, a AEOP, como apoio da Amgen, implementou em Portugal uma iniciativa Educacional para enfermeiros de nome Target, culminando com a apresentação de vários projectos locais de interesse para os profissionais e doentes submetidos a estas terapêuticas. Os 3 projectos escolhidos como de melhor qualidade estão em fase de desenvolvimento:

- e-Target: Formação Educacional on-line sobre terapias monoclonais dirigidos à comunidade científica utilizando a plataforma on-line da AEOP.
- Manual Informativo de seguimento do doente e Enfermeiro de Família para o doente submetido a terapêuticas dirigidas.
- Construção de Documento Educacional para o doente submetido a terapêuticas dirigidas.

Todos estes projectos estão na fase implementação até final de 2011.

Estudos Observacionais Promovidos pela AEOP em fase de preparação em forma de artigo científico para submissão a publicação nacional e internacional

CTE *Capecitabina Toxicity Evaluation*

O Estudo Observacional Prospectivo sobre “*avaliação da toxicidade dermatológica (síndrome de mão-pé) dos doentes com cancro da Mama a fazerem quimioterapia oral com capecitabina*”, com os seguintes objectivos principais:

- Avaliar a prática clínica utilizada na prevenção do síndrome de mão-pé nos doentes com cancro da mama a fazerem capecitabina oral;
- Avaliar a prática clínica utilizada no tratamento do síndrome de mão-pé nos doentes com cancro da mama a fazerem capecitabina oral;
- Avaliar o impacto do síndrome de mão-pé na qualidade de vida dos doentes (IQV-D);
- Avaliar o impacto do síndrome de mão-pé na qualidade de vida família (FDLQI)

PIGART Patient Information about GIST and Renal carcinoma Treatment

Inserido num projecto educacional desenvolvido pela AEOP, desenvolvemos um Estudo Observacio-

nal Prospectivo sobre a *Avaliação do perfil de toxicidade da utilização do Sunitinib no doente com carcinoma renal metastizado e com GIST*. Este estudo tem como objectivos primários e secundários:

- Avaliação do perfil de toxicidade da utilização do Sunitinib no doente com carcinoma renal metastizado e com GIST;
- Analisar a Qualidade de Vida nos doentes submetidos a terapêutica com Sunitinib durante um período equivalente a 48 semanas de tratamento (num total de 8 ciclos consoante a periodicidade dos mesmos);
- Validação nacional do Questionário QoL aplicado a estes doentes.

POSER Portuguese Observational Study on Emetic Risk

O Estudo Observacional Prospectivo Nacional de avaliação CINV no doente submetido a quimioterapia de alto e moderado potencial emético, com os seguintes objectivos:

- Avaliação da intensidade da Náusea e Vômito imediato e tardio nos doentes submetidos a QT de moderado e alto potencial emético;
- Avaliação da Qualidade de Vida do doente com experiência de emese.

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

CANCRO DA MAMA

Novo fármaco mais eficaz no combate ao cancro da mama

O Arimidex é considerado a maior descoberta dos últimos 20 anos no tratamento do cancro da mama em mulheres no período pós-menopausa e é o primeiro a desafiar o Tamoxifen, o fármaco mais utilizado actualmente, avança o jornal britânico Daily Mail, citado pelo site Boas Notícias.

Segundo os médicos britânicos, o novo medicamento aumenta substancialmente a esperança de vida de mulheres a fazer terapia hormonal após a cirurgia. Para além dos testes mostrarem que o Arimidex tem o dobro da eficácia do Tamoxifen, verificam-se menos efeitos secundários como trombozes ou cancro do útero nas mulheres que o tomam e menor risco de reincidência.

Os resultados mostram que as mulheres que tomam Arimidex permanecem mais tempo sem qualquer nova doença ou efeito secundário. “Constatámos que há menos reincidência do cancro”, afirmou Jeffrey Tobias, professor da University College, em Londres, e investigador.

Segundo um estudo coordenado por Jeffrey Tobias, apenas 413 de 3125 mulheres a tomar o novo medicamento voltaram a ter cancro da mama ou não sobreviveram à doença, comparando com as 472 entre 3116 que tomavam Tamoxifen. O estudo envolveu 9300 mulheres de todo o

mundo em período pós-menopausa e a tomar Arimidex, Tamoxifen ou ambos.

POP, 30 JUNHO 2011

CANCRO DA PRÓSTATA

Cancro da próstata: novos fármacos aumentam a vida dos doentes

Nos últimos 15 meses, três novos medicamentos que estenderam a vida de doentes com cancro da próstata em ensaios clínicos foram aprovados nos EUA. Vários outros também são promissores, avança o site HypeScience, citando o The New York Times. Até ao ano passado, apenas um medicamento tinha parecido melhorar a sobrevivência global dos doentes, o docetaxel, aprovado em 2004. Os fármacos recentemente aprovados e a maioria dos que estão em desenvolvimento são para casos em que a doença se espalhou além da próstata e não responde a terapias hormonais.

Homens com cancro em estágio avançado têm uma sobrevida média de cerca de um ano e meio usando docetaxel. Os novos medicamentos acrescentam de 2 a 5 meses a essa média. Os médicos dizem que homens que tomam mais de um dos fármacos em sucessão podem viver mais de dois anos. Mas o preço desses medicamentos já gerou preocupações sobre os custos a doentes, planos de saúde e seguradoras. Por exemplo, os custos do medicamento Provenge[®] são de quase 65 mil euros para um curso de tratamento, enquanto os custos Zytiga[®] são de mais de 3500 euros por mês. Outra das novas drogas, Jevtan[®], custa cerca de 5300 euros reais a cada três semanas. A concorrência talvez não ajude. Inicialmente, a empresa Algeta e a sua parceira, Bayer, pensaram em cobrar cerca de 15.500 euros para um curso

típico de tratamento com o fármaco Alpharadin[®]. Mas com o Jevtana[®] a custar cerca de 31 mil euros, estão a considerar um preço mais elevado.

Muitos casos de cancro são descobertos antes de se espalharem além da próstata, o que pode ser curado com cirurgia ou radioterapia. Se o cancro se espalhou, os homens geralmente recebem medicamentos que suprimem a produção no corpo da hormona testosterona, que pode alimentar o crescimento do tumor. Os novos medicamentos são para uso quando a terapia hormonal parou de funcionar. É um pequeno subconjunto de pessoas, mas é um grupo de pessoas que estão a morrer. Médicos e doentes dizem que os novos medicamentos podem oferecer uma qualidade de vida decente, embora não estejam livres de efeitos secundários. Por exemplo, o Zytiga[®], também conhecido como abiraterona, pode causar hipertensão e lesões no fígado e deve ser tomado com o remédio prednisona.

POP, 26 JUNHO 2011

Detectadas variações genéticas hereditárias do cancro da próstata

A descoberta de cinco variações genéticas hereditárias ligadas a um tipo cancro da próstata mais agressivo abre caminho para um exame sanguíneo capaz de distinguir entre os tumores mais perigosos e os de evolução mais lenta, avança o Journal de Angola. “Os biomarcadores podem distinguir entre os pacientes com um cancro da próstata latente e aqueles que sofrem outro mais agressivo”, explicou Janet Stanford, autora principal de um estudo clínico publicado na revista Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention. “Enquanto estudos prévios sugeriam que as características genéticas são determinantes no desenvolvimento deste

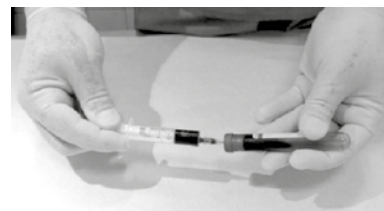
cancro, esta pesquisa é a primeira a estabelecer o papel das variações genéticas específicas na mortalidade”, disse Stanford, coordenadora do programa de pesquisas sobre o cancro da próstata do Centro Hutchinson.

Os participantes portadores de quatro destas cinco variações apresentaram risco 50 por cento maior de morrer de cancro da próstata do que aqueles com duas mutações ou menos. “Estes marcadores podem ser utilizados clinicamente com outros indicadores já conhecidos de cancro da próstata para avaliar a agressividade do tumor, como a pontuação de Gleason, e identificar os homens com risco elevado”, acrescentou. O centro apresentou um pedido de patente para estes cinco marcadores.

POP, 30 AGOSTO 2011

CANCRO DIGESTIVO

Células-tronco do cancro do fígado podem ser responsáveis pela resistência à quimioterapia



As células-tronco do cancro do fígado podem ser as responsáveis pela resistência e metástase da doença. De acordo com uma pesquisa chinesa publicada no periódico Cell Stem Cell, ao incorporarem-se às células do tumor, essas células-tronco deixam a doença imune à quimioterapia, fazem com que se espalhe para outros órgãos e ainda permitem que o cancro retorne mesmo após uma cirurgia para a remoção do tumor. A descoberta pode levar a novos tratamentos para a doença, avança a revista VEJA, que cita a agência Reuters.

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

PTALM000047

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. **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 anións 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.

Segundo a pesquisa, as células-tronco do cancro têm uma proteína na sua superfície chamada CD24. “Doentes com alta contagem de CD24 tendem a ter poucas probabilidades de sobrevivência”, diz Irene Ng, coordenadora do estudo, professora e directora do Laboratório State Key, da Universidade de Hong Kong. “A CD24 é como um botão, um interruptor em algumas células-tronco do cancro. Uma vez que são ligadas, activam uma outra proteína na célula chamada STAT3”, diz Ng. Essa proteína penetraria, então, no núcleo celular para realizar as suas funções, que são formar tumores, espalhá-los e torná-los resistente às drogas. “Se inibimos as funções do STAT3, conseguimos bloquear as funções dessas células-tronco do cancro”, diz Terence Lee, investigadora envolvida no estudo.

As células-tronco são encontradas por todo o corpo e têm a capacidade de se transformarem em diferentes tipos de células, de se multiplicarem e de se auto-renovarem. As células-tronco do cancro do fígado são, portanto, problemáticas para a saúde, uma vez que são as responsáveis pelo crescimento do tumor, fazendo com que ele se espalhe e seja resistente às medicações.

Na experiência, Ng e a sua equipa descobriram que ratinhos que recebiam implantes de cancro do fígado enriquecidos com CD24 eram resistentes à quimioterapia. Eles injectaram, então, duas colónias de células cancerígenas em locais distintos do fígado de um mesmo animal: uma com células-tronco com CD24 e a outra sem a proteína CD24.

“A região do fígado que recebeu a proteína CD24 teve um crescimento e uma disseminação do cancro, o que não aconteceu na área que não recebeu a proteína”, diz Lee. A seguir, a equipa analisou pacientes humanos com a doença e descobriu que aque-

les que possuíam altas concentrações de CD24 tinham cerca de 67% mais probabilidades de recorrência do cancro em um ano após a cirurgia de retirada do tumor. Já aqueles que tinham baixas concentrações da proteína apresentavam apenas 21% de riscos de recorrência. Aqueles com altas concentrações de CD24 tinham ainda 80% mais probabilidades de o cancro se espalhar, comparado a 32% daqueles com baixa concentração.

POP, 8 JULHO 2011

Tratamento triplo eficaz contra bactéria que provoca cancro no estômago

Uma investigação recentemente publicada na revista científica *The Lancet* revelou que um tratamento triplo com um fármaco que combate a acidez gástrica e dois antibióticos era eficaz contra a bactéria *Helicobacter pylori*, responsável por cerca de 60% dos cancros de estômago, avança o portal Fábrica de Conteúdos. Durante o estudo, foram avaliados 1 463 indivíduos, com idades entre os 21 e os 65 anos, que eram portadores da bactéria *Helicobacter pylori* e realizaram tratamentos diferentes durante o período da investigação, noticia a AFP. O tratamento com um fármaco contra a acidez gástrica (lansoprazola) e dois antibióticos (amoxicilina e claritromicina) era mais eficaz do que outras terapias no combate à bactéria *Helicobacter pylori*, que é responsável pelo desenvolvimento da maioria dos tumores cancerígenos no estômago.

POP, 22 SETEMBRO 2011

CHMP dá parecer positivo para Afinitor® da Novartis no cancro do pâncreas

A Novartis anunciou sexta-feira que o Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) da Agência

Europeia de Medicamentos (EMA) emitiu um parecer positivo para o seu medicamento Afinitor® (everolimus) para o tratamento de adultos com tumores neuroendócrinos (NET) do pâncreas irresssecáveis ou metastáticos. A Novartis disse que, se aprovado, o medicamento será o primeiro inibidor de mTOR disponível na UE nesta indicação, avança o site FirstWord.

A recomendação foi baseada em dados do estudo RADIANT-3, que demonstraram que doentes com NET do pâncreas tratados com Afinitor® tinham um tempo médio sem crescimento do tumor de 11 meses, em comparação com 4,6 meses entre os doentes que receberam placebo. Além disso, o Afinitor® reduziu o risco de progressão do cancro em 65% versus placebo e foi associado com uma “melhora consistente na sobrevida livre de progressão” em todos os subgrupos de doentes que receberam o medicamento, avançou a Novartis.

O Afinitor® recebeu aprovação da FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) para esta indicação em Maio, e também está aprovado na Europa e EUA para o tratamento de cancro renal avançado.

As vendas do medicamento quase dobraram no segundo trimestre deste ano para mais de 100 milhões de dólares.

POP, 25 JULHO 2011

Número de mutações que provocam cancro do cólon é bem maior do que se imaginava

Investigadores do University of Texas Southwestern Medical Center, nos EUA, dizem que há pelo menos 70 mutações genéticas envolvidas na formação do cancro do cólon, muito mais do que os cientistas imaginavam. Com base no estudo, os investigadores sugerem uma nova

abordagem para tratamentos de cancro do cólon que atacam múltiplos genes e as vias simultaneamente. Os actuais tratamentos contra o cancro têm como alvo apenas um ou dois genes cancerígenos conhecidos, acreditando que isso seria benéfico para os pacientes. Embora possam experimentar uma redução transitória na carga do tumor, o crescimento retorna quase sempre.

A pesquisa da UT Southwestern contradiz o pensamento anterior de que apenas alguns genes mutantes são importantes no desenvolvimento de tumores cancerígenos. “Em vez de atacar apenas um alvo, como os tratamentos vêm vindo a fazer até agora, deve-se ir por três ou quatro caminhos diferentes ao mesmo tempo”, disse o professor de biologia celular Jerry W. Shay.

De acordo com o modelo antigo, os cientistas acreditavam que havia 151 genes candidatos e que mutações em cerca de 8 a 15 deles levariam ao cancro. Havia 700 outros genes classificados como passageiros, cujas mutações foram incidentais para o crescimento do cancro. Estes números estão completamente errados de acordo com Shay. Segundo a pesquisa, há 65 genes candidatos e pelo menos cinco genes passageiros cujas mutações têm papel significativo no desenvolvimento do cancro. Inativar o funcionamento de qualquer um destes genes supressores do tumor levou a um passo chave no desenvolvimento do cancro chamado de crescimento independente de ancoragem, ou seja, células empilhadas em cima umas das outras em vez de alinharem-se perfeitamente.

O próximo passo é a pesquisa adicional para classificar de forma mais precisa quais genes levam ao cancro e quais são meros passageiros.

POP, 25 JULHO 2011

CANCRO DO PULMÃO

Identificado novo gene responsável pela progressão do cancro do pulmão



Cientistas do Massachusetts Institute of Technology, nos EUA, identificaram um gene que parece conduzir a uma forma agressiva de tumor responsável por cerca de 15% dos casos de cancro do pulmão, avança o portal ISaúde.

A líder do estudo, Alison Dooley, estudou a progressão da doença usando uma linhagem de ratinhos desenvolvida em laboratório, que não tinha os dois principais genes supressores de tumores p53 e Rb. O modelo de rato simula o que ocorre no organismo humano, com tumores de pulmão agressivos e ocorrência de metástases no fígado e nas glândulas supra-renais. Este tipo de modelo permite aos cientistas seguir a progressão da doença do início ao fim, o que normalmente não pode ser feito com seres humanos porque a doença é de rápida propagação e, muitas vezes, diagnosticada tardiamente. Usando o perfil de genoma inteiro, os investigadores foram capazes de identificar secções dos cromossomas que tinham sido duplicados ou apagados em ratos com cancro.

Os cientistas descobriram cópias extras de alguns excertos curtos de ADN, incluindo um segmento do cromossoma 4 que acabou por incluir um único gene chamado Factor Nuclear I / B (NFIB). Esta é a primeira vez que o NFIB tem sido implicado no cancro do pulmão de pequenas

células, embora tenha sido visto em um estudo com ratos de cancro de próstata. A função exacta do gene não é conhecida, mas ele está ligado ao desenvolvimento de células do pulmão.

Os investigadores descobriram também que o NFIB é amplificado em tumores humanos de pulmão de pequenas células. O gene codifica um factor de transcrição que controla a expressão de outros genes, os quais estão sendo procurados agora pelos cientistas. “Se acharmos quais genes o NFIB está a regular, isso poderia fornecer novos alvos para terapia para o cancro de células pequenas de pulmão”, explicou Dooley.

POP, 25 JULHO 2011

Tarceva da Roche recebe aprovação europeia para um tipo específico de cancro do pulmão

A Roche anuncia, em comunicado de imprensa no seu site, que a Comissão Europeia aprovou o Tarceva® (erlotinibe) para uso em doentes com cancro do pulmão avançado de não pequenas células com mutações do receptor do factor de crescimento epidérmico na Europa. Esta aprovação permitirá a utilização do Tarceva como uma monoterapia de primeira linha cancro avançado ou metastizado de não pequenas células com mutações do receptor do factor de crescimento epidérmico, apontou a Roche, acrescentando que foi demonstrado que o tratamento com este fármaco triplicou o número de pacientes em que os tumores diminuíram.

“A aprovação europeia para Tarceva é uma boa notícia para os doentes com este tipo geneticamente distinto de cancro do pulmão, pois poderão beneficiar ainda mais quando o medicamento é usado como tratamento inicial”, disse Hal Barron MD, chief medical officer da área de desenvolvimento global de produtos

da empresa. “O cancro do pulmão avançado é frequentemente diagnosticado com poucos sintomas e avança agressivamente por isso é importante identificar quais os doentes que podem beneficiar do tratamento precoce com Tarceva.”

POP, 30 AGOSTO 2011

NICE decide contra Erbitux®, Avastin® e Vectibix® no cancro colo-rectal metastático

Num projecto de orientações divulgado na segunda-feira, o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica do Reino Unido (NHS) decidiu contra a comparticipação do Erbitux® (cetuximab) da Merck, do Avastin® (bevacizumab) da Roche e do Vectibix® (panitumumab) da Amgen para uso em doentes com cancro colo-rectal metastático que progrediu após o tratamento de primeira linha com quimioterapia, avança o site FirstWord. Andrew Dillon, presidente-executivo da agência, disse que “a comissão de avaliação independente que elaborou as recomendações não sente que tem provas suficientes claras, especialmente no caso do bevacizumab, para ser capaz de recomendar esses medicamentos para uso no NHS”. Dillon disse que o NICE “já recomendou seis tratamentos para diversas fases do cancro colo-rectal e está desapontado por não ser capaz de recomendar cetuximab, bevacizumab e panitumumab para esta fase, mas temos que estar confiantes de que os benefícios justificam os custos”.

O NICE, concordou que o tratamento com Erbitux®, que custa 90 mil libras (145 mil dólares) por ano, revelou prolongar a vida de doentes com cancro colo-rectal que não tinham tido resultados com outros tratamentos, enquanto que o Vectibix®, com um custo estimado de até 150 mil libras (242 mil dólares), providenciou um “benefício de sobre-

vivência”, embora a agência avance que a duração deste era incerto. No entanto, o NICE sugeriu que não houve “qualquer evidência” de que o Avastin® prolongue a vida em pacientes com este tipo de cancro.

A agência indicou que o projecto de orientações está aberto a consulta e disse que “também é possível para os fabricantes fornecer mais comentários sobre a interpretação da Comissão de Avaliação sobre os seus produtos clínicos ou considerar a redução do preço que estão a pedir ao NHS através de um regime *de acesso a doentes*.”

POP, 6 SETEMBRO 2011

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 OUTUBRO 2011

GlaxoSmithKline pede aprovação para o Votrient® na UE e EUA

A GlaxoSmithKline anunciou quarta-feira que apresentou pedidos de comercialização às entidades reguladoras da UE e dos EUA para o Votrient® (pazopanib) para o tratamento de doentes com sarcoma avançado dos tecidos moles, uma forma rara de cancro, avança o portal FirstWord.

O pedido à Agência Europeia de Medicamentos (EMA) busca a aprovação do medicamento para doentes que receberam previamente quimioterapia ou que não são adequados para essa terapia, enquanto que o pedido à FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) procura pretende a aprovação do fármaco para doentes que tenham recebido quimioterapia anteriormente.

A GlaxoSmithKline disse que a fase e ensaios finais do fármaco no sarcoma de tecido mole excluiu doentes com sarcoma dos tecidos moles dos adipócitos ou tumor do estroma gastrointestinal. O Votrient® recebeu aprovação condicional na Europa no ano passado como tratamento de primeira linha para doentes com carcinoma de células renais avançado, e foi autorizado para o mesmo uso nos EUA em 2009.

POP, 7 JULHO 2011

GENÉTICA E BIOLOGIA MOLECULAR

Descobertos genes que impedem morte de células cancerígenas

Uma nova pesquisa, com resultados publicados esta sexta-feira na revista Science, identificou dois genes que estão envolvidos nessa maior durabilidade das células can-

cerígenas, avança o Diário da Saúde, citando a Agência Fapesp. O estudo foi feito por cientistas nos EUA em parceria com duas cientistas brasileiras: a investigadora Sueli Mieko Oba-Shinjo e a professora Suely Kazue Nagahashi Marie, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Encurtamento dos telômeros

O envelhecimento celular é determinado pelo mecanismo molecular caracterizado pelo encurtamento do telômero - parte da sequência de ADN que protege as extremidades dos cromossomas.

Nesse mecanismo, os telômeros activam a enzima telomerase, que provoca o seu encurtamento. Mas isso não ocorre em células cancerígenas, uma vez que elas não produzem essa enzima. O estudo revela uma nova via em células cancerígenas - independente da telomerase - para a manutenção do comprimento do telômero. O trabalho identificou, por meio de uma técnica de marcação histológica molecular chamada "hibridização in-situ com marcadores fluorescentes específicos de telômeros" (FISH, em inglês), dois genes encontrados com alta-frequência em tumores, denominados ATRX e DAXX. Esses genes são responsáveis por manter o comprimento dos telômeros, evitando o envelhecimento das células cancerígenas.

Mutações genéticas

"Alguns dos mecanismos das células cancerígenas são o aumento da proliferação, da migração e a ausência da apoptose [morte celular programada ou renovação celular]", disse Marie.

Segundo a investigadora, nos genes ATRX e DAXX foram detectadas mutações - por sequenciação ou por imunomarcacão - em alguns tipos de cancro. "Todos os genes com uma grande alteracão na sequência

tinham o telômero mais preservado, o que justifica um dos mecanismos do processo de cancro", contou.

Essa mutacão foi detectada pela primeira vez em carcinomas de pâncreas, como descreve o artigo na Science. Mas o grupo também identificou a mutacão em outros 447 tipos de cancro, entre deles o glioblastoma multiforme - tumor maligno que ataca o sistema nervoso central e atinge tanto crianças como adultos - e o oligodendroglioma - que também ataca o sistema nervoso e tem origem na célula oligodendroglial.

Evitar o crescimento do tumor

Para os investigadores, o objectivo a ser atingido com esses marcadores é o de detectar a doenca o quanto antes para que seja possível evitar o crescimento do tumor sólido. "Essas são mutações genéticas que só existem nos tumores. Se conseguirmos rastreá-las durante a evoluçao do paciente será possível saber, precocemente, se o tumor voltou ou se está crescendo", disse Marie. Esse conhecimento poderá ser aplicado em novas terapias contra o cancro.

1 JULHO 2011

FDA expande indicacão do Prolia® da Amgen

A FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) expandiu na segunda-feira a aprovacão do Prolia® (denosumab) da Amgen para incluir a indicacão de aumentar 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 aprovacão nos EUA para a perda óssea induzida pelo tratamento oncológico em doentes submetidos à terapia de ablacão 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 privacão de andrógeno. As aprovacões 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 privacão 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 fêmur. 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 comparacão 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 fêmur.

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

Identificada mutação genética que potencia formação de leucemias



Foi recentemente identificada uma mutação no gene TET2 que tem um papel preponderante no desenvolvimento de alguns tipos de leucemias, segundo informam investigadores do Centro de Cancro Memorial Sloan-Kettering e da Universidade de Nova Iorque, nos EUA, avança o Medical Xpress, citado pelo PIPOP - Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica.

Os cientistas acreditam que, quando ocorre uma mutação no TET2, o gene melhora a função das células estaminais do sangue na medula óssea, levando-as a reproduzir-se de forma mais rápida do que as células-tronco normais de sangue, o que se traduz num aumento do número de células mutantes, condição que favorece o desenvolvimento de vários tipos de leucemia.

A descoberta, publicada na revista Cancer Cell, oferece uma visão fundamental sobre a origem do mecanismo que leva à formação das leucemias.

POP, 7 JULHO 2011

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 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 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

Ajude a Evitar as NVIQ* Antes que Comecem

com EMEND® como parte de uma terapêutica
combinada

* NVIQ = náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia

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

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

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

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

 MSD ONCOLOGIA

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

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

Linha Verde MSD
800 20 25 20

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

Prevenção Desde o Início



NOME DO MEDICAMENTO SUTENT COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA Cada cápsula contém malato de sunitinib equivalente a 12,5 mg, 25 mg ou 50 mg de sunitinib. Contém inssitol. **FORMA FARMACÉUTICA** Cápsulas.

INDICAÇÕES TERAPEÚTICAS Tumor maligno do Estroma Gastrointestinal (GIST); O SUTENT está indicado para o tratamento de tumores malignos do estroma gastrointestinal irressecáveis e/ou metastáticos (GIST) após insucesso do tratamento com mesilato de imatinib, devido a resistência ou intolerância. Carcinoma de Células Renais Metastático; O SUTENT está indicado para o tratamento do carcinoma de células renais avançado e/ou metastático (MRCC).

POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO A terapêutica deve ser iniciada por um médico experiente no tratamento do carcinoma de células renais ou de GIST. A posologia recomendada de SUTENT é uma dose oral diária de 50 mg tomada 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. 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. A co-administração de indutores ou inibidores potentes da CYP3A4 deverá ser evitada. A segurança e eficácia em doentes pediátricos não foram estabelecidas. Não se observaram diferenças significativas relativas à segurança ou eficácia entre os doentes mais novos e os doentes mais velhos. Não é recomendado ajuste de dose quando se administra SUTENT a doentes com insuficiência hepática ligeira a moderada (classes A e B da classificação Child-Pugh). O SUTENT não foi estudado em doentes com insuficiência hepática classe C da classificação Child-Pugh. Não foram realizados estudos clínicos em doentes com diminuição da função renal. SUTENT pode ser tomado com ou sem alimentos.

CONTRA-INDICAÇÕES Hipersensibilidade ao malato de sunitinib ou a qualquer um dos excipientes. **EFEITOS INDESEJÁVEIS** Os acontecimentos adversos graves mais importantes relacionados com o tratamento, associados ao tratamento com SUTENT de doentes com tumores sólidos foram: embolia pulmonar, trombocitopenia, hemorragia tumoral, neutropenia febril e hipertensão. Os acontecimentos adversos mais frequentes, de qualquer Grau, relacionados com o tratamento (ocorridos em pelo menos 20% dos doentes), incluíram: fadiga, doenças gastrointestinais, tais como diarreia, náuseas, estomatite, dispepsia e vômitos; alteração da coloração cutânea; disgeusia e anorexia. Os acontecimentos adversos relacionados com o tratamento mais frequentes, de gravidade máxima Grau 3, foram a fadiga, a hipertensão e a neutropenia, e o aumento da lipase foi o acontecimento adverso relacionado com o tratamento mais frequente, de gravidade máxima Grau 4, em doentes com tumores sólidos. Ocorreu hepatite e insuficiência hepática em <1% dos doentes e prolongamento do intervalo QT em <0,1%. Os acontecimentos fatais que foram considerados possivelmente relacionados com SUTENT incluíram falência orgânica multi-sistémica, coagulação intravascular disseminada, hemorragia peritoneal, rhabdomiólise, acidose cerebrovascular, desidratação, insuficiência supra-renal, renal e respiratória, derrame pleural, pneumotórax, choque e morte súbita. As reações adversas relacionadas com o tratamento notificadas nos estudos de GIST foram as seguintes: muito frequentes (>1/10) anemia, neutropenia, trombocitopenia, hipotireoidismo, diminuição do apetite, alterações do paladar, cefaleias, hipertensão, diarreia, náuseas, vômitos, estomatite, dispepsia, dor abdominal/distensão, flatulência, dor na cavidade oral, pele amarela/alteração da coloração cutânea, síndrome da eritrodismestesia palmo-plantar, alterações da coloração do cabelo, erupção cutânea, dor nas extremidades/membros, fadiga/astenia, inflamação das mucosas, edema; frequentes (>1/100 ou <1/10) leucopenia, linfopenia, parestesias, tonturas, neuropatia periférica, hipoestesia, epistaxis, dispneia, cromatúria, obstipação, glossodinia, xerostomia, refluxo gastroesofágico, úlcera na boca, desconforto oral, secura cutânea, alopecia, dermatite, edema periorbital, reação cutânea, eritema, eczema, prurido, hiperpigmentação cutânea, estofação cutânea, bolha, lesão cutânea, artralgia, mialgia, espasmos musculares, dor de costas, fraqueza muscular, piroxia, insónia, aumento da lipase, diminuição da contagem de células brancas, diminuição da fracção de ejeção, diminuição da hemoglobina, aumento da creatinina fosfoquinase sérica, diminuição da contagem plaquetária, diminuição do peso, aumento da amilase, aumento do aspartato aminotransferase, aumento da alanina aminotransferase e qualquer acontecimento

adverso. As reações adversas relacionadas com o tratamento notificadas em estudos de MRCC em doentes refractários à citocina e tratamento em primeira linha foram as seguintes: muito frequentes (>1/10) neutropenia, trombocitopenia, anemia, hipotireoidismo, alterações do paladar, cefaleias, hipertensão, epistaxis, diarreia, náuseas, dispepsia, estomatite, vômitos, dor abdominal, obstipação, glossodinia, flatulência, dor na cavidade oral, xerostomia, síndrome da eritrodismestesia palmo-plantar, coloração amarela/alteração da coloração cutânea, erupção cutânea, secura cutânea, alteração da coloração do cabelo, alopecia, dor nas extremidades, fadiga/astenia, inflamação das mucosas, edema, diminuição da fracção de ejeção, diminuição do peso; frequentes (>1/100 ou <1/10) leucopenia, linfopenia, aumento da secreção lacrimal, edema da pálpebra, diminuição do apetite, desidratação, tonturas, parestesias, neuropatia periférica, hipoestesia, hiperestesia, rubor, afrontamentos, dispepsia, dor faringolaríngea, tosse, disfonía, secura nasal, dispneia de esforço, congestão nasal, efusão pleural, refluxo gastroesofágico, disfasia, queilite, hemorragia gengival, hemorroidas, proctalgia, úlcera mucosa, desconforto gástrico, hemorragia rectal, eritema, dermatite estofativa, prurido, edema periorbital, dermatite, lesão cutânea, alteração da coloração das unhas, bolhas, reação cutânea, hiperqueratose, acne, artralgia, mialgia, espasmos musculares, dor de costas, piroxia, arropios, dor, dor no peito, insónia, depressão, diminuição da contagem plaquetária, diminuição da contagem de células brancas, aumento da lipase, diminuição da hemoglobina, aumento da creatinina fosfoquinase sérica, aumento do aspartato aminotransferase, aumento da amilase sérica, aumento da creatinina sérica, aumento da pressão sanguínea, aumento da alanina aminotransferase e qualquer acontecimento adverso. As seguintes reações adversas foram notificadas durante a experiência pós-comercialização e incluem acontecimentos adversos graves de estudos a decorrer, de programas de acesso alargado, estudos de farmacologia clínica e estudos exploratórios em indicações não aprovadas: Frequente: aumento da concentração da hormona estimulante da tiróide (TSH); Pouco frequentes: falência cardíaca, falência cardíaca congestiva, falência ventricular esquerda, pancreatite e falência hepática; Raros: prolongamento do intervalo QT, tordade de pontos e perfuração gastrointestinal. Foram ainda notificados casos de infeções graves (com ou sem neutropenia), alguns dos quais fatais, casos de miopatia e/ou rhabdomiólise, alguns dos quais com falência renal aguda assim como casos de derrame pleural e embolismo pulmonar e insuficiência respiratória, com frequência desconhecida. Foram ainda notificados os seguintes acontecimentos raros: microangiopatia trombótica, hipotireoidismo, alguns dos quais seguidos por hipotireoidismo, proteinúria e síndrome nefrítica. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** Outubro 2008.

Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações deverá contactar o titular do registo.



Laboratórios Pfizer, Lda. Lagoas Park, Edifício 10, 2740-271 Porto Salvo, Portugal. Tel. 21 423 5500 Fax 21421 8900.

NIFC 500 162 166 • CRC CASCAIS n.º 16.685 • Capital Social €107.438.000,00 • www.pfizer.pt

LSUTENT0901001