

# ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

**17**

ANO V · VERÃO 2011

**ENTREVISTA COM...**

Neste número entrevistamos o Enfermeiro M. Jorge Freitas, vice-presidente e fundador da AEOP, a exercer funções na Unidade de investigação Clínica do IPO Porto.

**A TRANSIÇÃO DO HOMEM PORTADOR DE CARCINOMA DA PRÓSTATA SUBMETIDO A PROSTATECTOMIA RADICAL**

Foi possível a partir deste estudo investigacional conhecer o processo de transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical., compreender as suas necessidades, descrever os recursos mobilizados e ainda conhecer a perspectiva sobre o papel do enfermeiro neste contexto.

**CUIDAR EM ONCOLOGIA: DIFICULDADES, ESTRATÉGIAS E DESAFIOS NA RELAÇÃO DOS ENFERMEIROS COM O DOENTE ONCOLÓGICO - O CASO PARTICULAR DE UM HOSPITAL DE AGÚDOS**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório que analisa as dificuldades, estratégias e os desafios a ter na relação dos enfermeiros com os doentes oncológicos num hospital de agudos.

**O RISCO ONCOLÓGICO E A HISTÓRIA DA SAÚDE NA ÉPOCA CONTEMPORÂNEA: O CASO PORTUGÊS NO CONTEXTO MUNDIAL (1889-1939) [PARTE II]**

Através de uma breve análise histórica, num artigo dividido por duas partes diferentes, o autor descreve, nesta segunda parte, o percurso que o "risco do cancro" teve em Portugal, e de que modo se fizeram sentir no aparecimento do conceito, ainda muito utilizado, de *Luta contra o cancro*.



Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa



**XELODA®  
É DOMINANTE:  
GANHAR VIDA  
COM QUALIDADE,  
REDUZINDO CUSTOS<sup>4</sup>**  
cancro do cólon estadio III



**XELODA®  
É EFICIENTE:  
POUPAR CUSTOS,  
PARA INVESTIR  
MELHOR<sup>1,5</sup>**  
cancro gástrico avançado, cancro colo-rectal



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

**VIVER MAIS<sup>(3,4)</sup> CUSTA MENOS<sup>(1,4,5)</sup>**  
cancro mama e cancro cólon estadio III      cancro colo-rectal e cancro gástrico



**Xeloda 150 mg comprimidos revestidos por película. Xeloda 500 mg comprimidos revestidos por película.** Cada comprimido contém 150 mg ou 500 mg de capecitabina. **Excipientes:** lactose anidra, croscarmellose sódica, hipromelose, celulose microcristalina, estearato de magnésio, hipromelose, dióxido de titânio (E171), óxido de ferro amarelo e vermelho (E172), talco. **Indicações terapêuticas:** a) Tratamento adjuvante, após cirurgia, dos doentes com cancro do cólon estadio III (estadio Dukes C). b) Tratamento do cancro colorectal metastático. c) Tratamento de primeira linha do cancro gástrico avançado, em associação com um regime baseado em platina. d) Em combinação com o docetaxel é indicado no tratamento de doentes com cancro da mama localmente avançado ou metastático, após falha da quimioterapia 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 **Psobologia 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. **Cancro do cólon, cancro colorectal e cancro da mama, em monoterapia:** 1250 mg/m<sup>2</sup>, duas vezes por dia durante 14 dias, seguida de um período de descanso de 7 dias. O tratamento adjuvante em doentes com cancro do cólon estadio III é recomendado para um total de 6 meses. **Cancro da mama, em associação:** 1250 mg/m<sup>2</sup> duas vezes por dia durante 14 dias, seguida de um período de descanso de 7 dias, associado com docetaxel a 75 mg/m<sup>2</sup> administrado em perfusão intravenosa com a duração de 1 hora, de 3 em 3 semanas. Deve iniciar-se um pré-tratamento com um corticóide oral, como a dexametasona, antes da administração do docetaxel. **Cancro colorectal e cancro gástrico, em associação:** 800-1000 mg/m<sup>2</sup>, duas vezes por dia, durante 14 dias seguidos de um período de descanso de 7 dias, ou 625 mg/m<sup>2</sup> duas vezes por dia, continuamente. Consultar RCM para cálculos das doses padrão e reduzidas, para modificações da dose durante o tratamento devido a toxicidade e em populações especiais. **Contra-indicações:** História clínica de reacções 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, entredorsetesia palmar-plantar). Os doentes com episódios graves de diarreia devem ser monitorizados. A desidratação deverá ser prevenida ou corrigida quando do seu aparecimento. Os doentes com anorexia, astenia, náuseas, vômitos ou diarreia podem ficar rapidamente desidratados. Se ocorrer síndrome da mão-pé, de Grau 2 ou 3, deve interromper-se a administração até 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 ospitais é utilizada em associação, não é aconselhável a utilização de vitamina B6 para o tratamento sintomático ou profilático secundário do síndrome da mão-pé. Deve ter-se cuidado nos doentes com: antecedentes de doença cardíaca, arritmias ou angina de peito; hipo ou hipercalcemia pré-existentes, doença do sistema nervoso central ou periférico, por ex. metástases cerebrais ou neuropatia; diabetes mellitus ou alterações electrolíticas. Os doentes tratados concomitantemente com anticoagulantes derivados da cumarina devem ser monitorizados quanto à resposta anticoagulante e a dose do anticoagulante deve ser ajustada em conformidade. A utilização deverá ser monitorizada em doentes com disfunção hepática ligeira a moderada, podendo levar à interrupção do tratamento. A incidência de reacções adversas, de grau 3 ou 4, é maior em doentes com compromisso renal moderado. Contém lactose anidra, não devendo ser administrado a doentes que apresentem problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência em lactase de Lapp ou má absorção da glucose-galactose. **Interações:** Anticoagulantes derivados da cumarina (p. ex. varfarina e fenprocumol). Fenitoína. Ácido fólico. Sorivudina e seus análogos quimicamente relacionados, como a brivudina. Antiácidos, incluindo hidróxido de alumínio e hidróxido de magnésio. Allopurinol. Interferão Alfa. Administração com alimentos diminui a velocidade de absorção da capecitabina. **Efeitos indesejáveis:** Reacções adversas (RAS) mais frequentes: doenças gastrointestinais (especialmente diarreia, náuseas, vômitos, dor abdominal, estomatite), entredorsetesia palmo-plantar, fadiga, astenia, anorexia, cardiotoxicidade, agravamento da disfunção renal em doentes com compromisso pré-existente da função renal, e trombose/embolia. Neutropenia, leucopenia, anemia, febre neutropénica, trombocitopenia, diminuição do apetite, alterações do paladar, parestesia e disestesia, neuropatia periférica, neuropatia sensitiva periférica, disgeusia, cefaleia, aumento do lacrimejo, edema dos membros inferiores, hipertensão arterial, embolia e trombose, faringite, disestesia da faringe, obstrução, dispepsia, alopecia, alterações ungueais, mialgia, artralgia, dores nas extremidades, parestesia, fraqueza, letargia, intolerância a temperatura. **RAS graves e/ou potencialmente fatais ou consideradas medicamente relevantes:** Septicemia, infecção do tracto urinário, celulite, tonsilite, faringite, candidíase oral, gripe, gastroenterite, infecção fúngica, infecção, abcesso 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, hipertrigliceridemia, estado de confusão, ataques de pânico, humor depressivo, libido diminuída, afasia, alterações na memória, ataxia, síncope, perturbação do equilíbrio, alteração sensorial, neuropatia periférica, acuidade visual diminuída, diplopia, vertigens, dor de ouvidos, angina instável, angina de peito, isquémia do miocárdio, fibrilhação auricular, arritmia, taquicardia, taquicardia sinusal, palpitações, trombose venosa profunda, hipertensão, petéquias, hipotensão, rubor, algidez periférica, embolia pulmonar, pneumotorax, hemoptise, asma, dispneia de esforço, obstrução intestinal, ascite, enterite, gastrite, disfgia, dor abdominal aguda, 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, hematúria, nictúria, creatinemia aumentada, hemorragia vaginal, edema, areprios, aumento da temperatura corporal, boia, 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 Farmacéutica Química, Lda., Estrada Nacional 249-1, 2720-413 Amadora. NC 500233810. Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacéutica Química, Lda.**

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



Roche Farmacéutica Química, Lda.  
Estrada Nacional 249, 1 - 2720-413 Amadora  
Telf.: 214 257 000 - Fax: 214 186 677  
Nº. 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](http://www.aeop.net).

#### INDEXANTES:



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



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



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...

Manuel Jorge Freitas Almeida, Unidade de Investigação Clínica - IPO Porto

## ARTIGOS

### 09 A TRANSIÇÃO DO HOMEM PORTADOR DE CARCINOMA DA PRÓSTATA SUBMETIDO A PROSTATECTOMIA RADICAL

Jorge Miguel de Sousa Carvalho

### 19 CUIDAR EM ONCOLOGIA: DIFICULDADES, ESTRATÉGIAS E DESAFIOS NA RELAÇÃO DOS ENFERMEIROS COM O DOENTE ONCOLÓGICOS – O CASO PARTICULAR DE UM HOSPITAL DE AGUDOS

Ângela Sofia Lopes Simões

### 30 O RISCO ONCOLÓGICO E A HISTÓRIA DA SAÚDE NA ÉPOCA CONTEMPORÂNEA

Rui Manuel Pinto Costa

## INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

- 39 4.ª REUNIÃO NACIONAL AEOP 2011 – ACONTECEU... • NOVOS CORPOS SOCIAIS PARA O BIÉNIO 2011-2013 • PROJECTOS TARGET SELECIONADOS • REUNIÃO DE WORKGROUPS • 7.º SIMPÓSIO CANCRO DIGESTIVO • REUNIÃO NACIONAL SPH • PRÉMIO DE EXCELÊNCIA 2011 AEOP/PFIZER

## INVESTIGAÇÃO

- 41 **PROJECTO SUPROC: SUPPORT PATIENTS RECEIVING ORAL CHEMOTHERAPY PROJECTO TARGET ESTUDOS OBSERVACIONAIS**

## DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

- 43 **NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO**

Também disponível em [www.aeop.net](http://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](mailto:mjorgefreitas@sapo.pt)

### COORDENADOR EDITORIAL

Mónica Alexandra Castro Pereira, RN  
Oncologia Médica  
Instituto Português Oncologia Porto  
[Castrom3@sapo.pt](mailto: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](mailto:esa@esel.pt)

Maria Deolinda Dias Pereira, MsC, RN  
Mestrado em Ciências de Enfermagem  
Especialista Enfermagem Médico-cirúrgica  
[deolindadp@gmail.com](mailto: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](mailto:afonseca@uevora.pt)

Marta Barbosa, MsC, RN  
Mestrado em Ciências de Enfermagem  
Hospital de Dia Adultos - Instituto Português Oncologia Porto  
[malu.rb@gmail.com](mailto: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@clix.pt](mailto:merbp@clix.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

João Miguel Carvalho; Ângela Simões; Rui Manuel Costa

### COORDENADORES WORKGROUPS

- EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, MSc, RN: Ana Paula Figueiredo - [anapaulafg.lo@gmail.com](mailto:anapaulafg.lo@gmail.com)
- DOENTE COM CANCRO CABEÇA E PESCOÇO, RN: Pedro Cardoso - [pedromadal@gmail.com](mailto:pedromadal@gmail.com)
- DOENTE COM CANCRO DIGESTIVO, RN: Ana Paula Moreira - [ana.paula.moreira@sapo.pt](mailto:ana.paula.moreira@sapo.pt)
- DOENTE COM CANCRO MAMA, MSc, RN: Elisabete Valério - [evalerio@ipporto.min-saude.pt](mailto:evalerio@ipporto.min-saude.pt)
- DOENTE COM CANCRO PULMÃO, RN: Susana Silva - [susana.silva1975@gmail.com](mailto:susana.silva1975@gmail.com)
- DOENTE COM CANCRO UROLÓGICO, RN: José Fernando Silva - [silvaiff@gmail.com](mailto:silvaiff@gmail.com)
- DOENTE HEMATO-ONCOLÓGICO, RN: Rosa Romão - [rosacromao@gmail.com](mailto:rosacromao@gmail.com)

### DESIGN E COMPOSIÇÃO GRÁFICA

Medesign, Lda

### PERIODICIDADE

Trimestral

### IMPRESSÃO

Tipografia Nunes, Lda

### TIRAGEM

600 exemplares

### DEPÓSITO-LEGAL

262108/08



**I**nicio o número 17 da Onco.News sob o signo da mudança. Esta mudança traduz-se no novo layout da revista, resulta da necessidade de uma constante actualização, uma imagem de maior exigência e rigor científico, respondendo à necessidade de indexação dos nossos parceiros.

Mas a mudança não se limitou apenas ao aspecto estético da nossa revista. Na última Reunião da AEOP, que mais uma vez se traduziu num importante momento de reunião dos profissionais que pensam, sentem e vivenciam a Oncologia, procedeu-se à eleição dos novos corpos sociais, com entrada de novos colegas que irão certamente aumentar a qualidade deste projecto. Aproveito para desejar boa sorte aos colegas eleitos para o próximo biénio e, em especial, à nossa nova Presidente, Enfermeira Cristina Pires Lacerda.

Na 4.ª Reunião Nacional, que decorreu no passado mês de Junho em Coimbra, mais uma vez foi interessante assistir à apresentação e debate de temas específicos das nossas práticas clínicas em áreas como os Sarcomas e a Urologia Oncológica. Estiveram presentes cerca de 240 delegados e foram apresentados 18 trabalhos em forma de abstract, demonstrando a importância deste espaço como forma de intervenção dos enfermeiros nos vários contextos da nossa actividade de investigação e de prática clínica. Toda a informação do que aconteceu nesta reunião poderá ser encontrada no nosso site.

Como demonstração do reconhecimento das boas práticas, foi atribuído o Prémio de Contribuição para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Oncologia referente a 2010. Com a continuidade da atribuição deste prémio assegurada para 2011, a AEOP estimula todos os profissionais que investem na enfermagem oncológica a apresentarem projectos, este ano com a particularidade de o Prémio ser atribuído aos serviços e não individualmente.

O lançamento do Workgroup da Dor e a adesão que tem havido nesta área reforça a noção de que os enfermeiros estão atentos ao que mais afecta o doente

oncológico e se interessam por encontrar estratégias que possibilitem aumentar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

Relativamente ao conteúdo deste número 17 da revista, nada melhor que entrevistar o seu fundador, Enfermeiro Jorge Freitas, para nos explicar o significado e o contexto da Onco.news, assim como o aparecimento do projecto AEOP e o papel actual da enfermagem na investigação clínica, área na qual exerce a sua actividade.

Vamos dar seguimento ao artigo sobre a evolução histórica da saúde no campo da oncologia, apresentando a sua segunda parte, e apresentamos dois artigos de investigação que abordam, respectivamente, “a transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical” e as “estratégias e desafios na relação dos enfermeiros com o doente oncológicos e sua família”.

Termino este Editorial, reforçando a necessidade de se produzir e partilhar estudos e projectos com qualidade. Só desta forma conseguiremos marcar a diferença e demonstrar inequivocamente o valor do que fazemos.

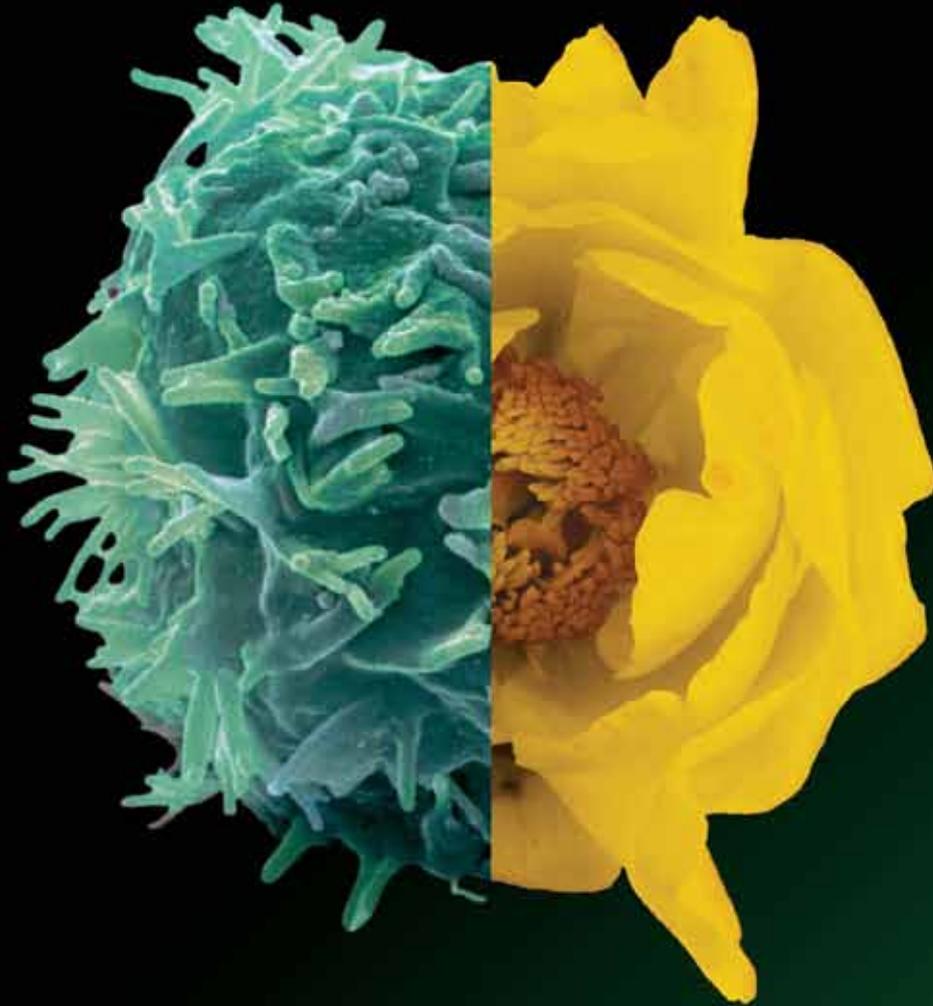


Mónica Castro  
Coordenadora da Revista  
([castrom3@sapo.pt](mailto:castrom3@sapo.pt))

**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 antraciclina 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/m<sup>2</sup>/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\*, dispnéia\*; 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: Hiperbilirrubinémia, 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 dispnéia, insuficiência cardíaca e palpitações. No global, recuperaram 58% dos indivíduos sintomáticos. Foram notificadas diminuições na LVEF em 2,5% dos doentes a receber lapatinib em associação com capecitabina, comparativamente a 1,0% com capecitabina em monoterapia. Foram notificadas diminuições na LVEF em 3,1% dos doentes a receber lapatinib em associação com letrozol, comparativamente a 1,3% dos doentes a receber letrozol mais placebo. Num ensaio de fase I não-controlado, observou-se um pequeno aumento dependente da dose do intervalo QTc. O potencial do lapatinib prolongar o intervalo QTc não foi excluído. **Diarreia:** Ocorreu diarreia em aproximadamente 65% dos doentes que receberam lapatinib em associação com capecitabina, e em 64% dos doentes que receberam o lapatinib em associação com letrozol. A maioria dos casos de diarreia foi de grau 1 ou 2 e não causaram descontinuação do tratamento com lapatinib. A diarreia responde bem ao tratamento pró-activo. **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+



Manuel Jorge Freitas Almeida\*, em entrevista à ONCO.NEWS

**“O SUCESSO DESTAS ORGANIZAÇÕES ESTÃO NA SUA CAPACIDADE DE APROXIMAÇÃO COM OS SEUS MEMBROS”**

\*Unidade de Investigação Clínica - IPO Porto. Especialista em Enfermagem Comunitária. Mestrado em Bioética pela Faculdade Medicina da Universidade Porto.

**[ONCO.NEWS] – Como fundador e Presidente da AEOP de 2007 a 2011, como vê o percurso e o crescimento desta organização?**

**[JORGE FREITAS] –** A Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) nasceu em Abril de 2007 e nos seus estatutos foi definido que os mesmos corpos sociais só podem estar dois mandatos sucessivos, de dois anos cada. Esta regra tem como principal objectivo evitar que exista uma perpetuação dos mesmos elementos na coordenação desta organização. É uma norma importante mas simultaneamente um desafio para todos, uma vez que temos de encontrar alternativas de continuidade no funcionamento que, no mundo do associativismo, não é fácil. Esta equipa chegou a 2011 com dois mandatos, tendo atingido todos os objectivos a que se propôs: 400 membros

pertencentes a várias unidades de oncologia nacionais, 4 estudos de investigação observacionais finalizados e em fase de publicação dos resultados, criação de 8 grupos específicos de trabalho nas várias áreas do saber em Oncologia, permitindo uma maior discussão dos temas específicos, tendo existido uma boa adesão dos enfermeiros. Estabelecemos várias parcerias com outras entidades importantes na Oncologia nacional e europeia. Claro que tudo isto tem sido possível graças a vários apoios que temos tido e que irão permanecer, creio eu, caso consigamos manter esta actividade e vitalidade como temos vindo a fazer. Significa que, neste momento, os enfermeiros que trabalham especificamente em Oncologia, têm aqui uma boa plataforma de desenvolvimento de actividades com projecção nacional e internacional.

**E a nossa revista científica Onco.news? É uma revista trimestral, que vai já no n.º 17, onde publicamos genericamen-**

te artigos de revisão e de investigação. Neste momento temos tido boa adesão de artigos científicos, dando uma maior sustentabilidade e qualidade editorial. Estamos numa fase de reestruturação da revista dando-lhe maior qualidade. Já publicamos 44 artigos e todos eles estão disponíveis no nosso site.

#### **Por falar no site, como tem sido a sua utilização?**

Vou dizendo, metafóricamente, que o site da AEOP é a sede da organização porque realmente toda a informação actualizada está disponível para todos os que nos visitam, desde as notícias recentes ligadas à Oncologia, até às nossas actividades científicas. Até o relatório de contas é possível visualizar. Temos privilegiado o site como uma ferramenta de aproximação junto da comunidade científica. Por exemplo, é possível ter acesso a todos os nossos artigos em forma de abstract. Os não associados podem obter o artigo em formato .pdf mediante um pagamento simbólico. Esta nossa plataforma é reformulada anualmente dando-lhe maior visibilidade e atractividade na informação, como resposta aos novos desafios no plano comunicacional. Para ter uma ideia, desde a fundação da AEOP até hoje, tivemos quase 35.000 visitas ao nosso site, o que considero muito bom, para uma organização com apenas 4 anos de existência.

#### **Que aproximação têm junto dos vossos membros?**

Para mim, o sucesso destas organizações está na sua capacidade de aproximação aos seus membros. Nesta perspectiva, quase semanalmente e quando as circunstâncias o exigem, enviamos newsletters directamente para os nossos membros, utilizando o correio electrónico. Todos têm acesso à informação em tempo útil. Uma das últimas decisões importantes da direcção, a partir da recomendação da Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica (EONS), votada favoravelmente pela AEOP na última assembleia geral, foi que todos os nossos membros activos com as quotas actualizadas passassem também a ser membros da EONS. Penso que é mais um passo

importante que demos junto dos nossos membros, fazendo a ponte entre a enfermagem oncológica nacional e a europeia. Estou convicto que esta parceria é importante para os nossos membros.

#### **Nas últimas eleições da AEOP, ocorridas em Junho deste ano, foi nomeado como vice-presidente. Como antevê o próximo mandato?**

Penso que é importante que outras pessoas entrem para a organização e que outras responsabilidades sejam assumidas. É bom para a organização, é um sinal de vitalidade, de transparência e de capacidade de trabalho. Claro que existem alguns elementos que é essencial prosseguirem por uma questão de sustentabilidade, mas é importante a diferença. Todos os nossos membros podem pertencer aos corpos sociais desde que apareçam com actividade e com interesse. Defendo que a mudança é importante desde que seja ponderada e tranquila. O próximo mandato será uma continuidade das actividades já iniciadas e penso que não será muito diferente do que aconteceu nestes últimos quatro anos. É nosso objectivo consolidar e fazer crescer a AEOP para os 500 membros, e continuar a participar com actividades científicas nas nossas parcerias com outras organizações, assim como com a nossa reunião anual como um espaço próprio de discussão de saberes. Temos mais alguns projectos em agenda que a seu tempo serão apresentados.

#### **Recentemente passou a exercer funções na Unidade de Investigação Clínica do IPO Porto. Como vê a actividade de enfermagem numa unidade com estas características?**

No IPO Porto, desde há muitos anos que já se efectuam ensaios clínicos, que no início começaram de uma forma centralizada no clínico e que foi crescendo até aos dias de hoje em que os ensaios clínicos são adstritos a uma equipa específica da área patológica, em que os enfermeiros são membros activos da equipa do estudo. Esta evolução obrigou a uma definição e caracterização das actividades dos elementos da equipa, cada um com a sua especificidade. Actualmente, a equi-

pa de investigação de um ensaio clínico é constituída pelo investigador principal, os co-investigadores, farmacêutico(a) e enfermeiro(s), conforme as necessidades do estudo. A Unidade de Investigação Clínica do IPO está englobada no Centro de Investigação, onde existe a Unidade de Investigação Genética e de Oncologia Molecular.

Esta Unidade tem actualmente um volume de cerca de 70 estudos activos de todas as patologias oncológicas e é composta, para além de uma Coordenadora Local, por três coordenadores de estudos e um enfermeiro a tempo completo.

Estando esta Unidade num processo de organização e de certificação das suas actividades, o IPO Porto tem como grande projecto futuro a criação de uma Unidade de Ensaios Clínicos de Fase 1. Esta necessita de uma maior exigência organizativa, em termos de certificação, e é neste patamar que nos encontramos. Foi para este projecto que fui convidado. Será uma Unidade que contará com uma equipa de enfermeiros exclusivos para esta actividade, com formação adequada e disponibilidade.

#### **Como se processa o circuito do doente nos ensaios clínicos na vossa Unidade?**

Aqui, o doente faz o percurso hospitalar habitual e as equipas são organizadas em função deste circuito. As colheitas para farmacocinética são efectuadas no Serviço de Análises Clínicas; as consultas, nas Clínicas de patologia; o tratamento, no hospital de Dia; e os exames nos respectivo serviços específicos. Neste locais, existem os elementos responsáveis pelo ensaio que, nas suas especificidades, assumem os procedimentos específicos. De resto, nos centros de referência europeus que visitei, como o Institut Català d'Oncologia (ICO) e o Hospital Universitario Vall d'Hebron, em Barcelona, a mesma actividade organizacional e funcional. O doente é o centro da actividade e a Unidade de investigação define toda a logística para que os procedimentos do estudo sejam cumpridos dentro dos timings definidos e dentro das boas práticas clínicas. Esta coordenação do estudo é fundamental para o sucesso no recrutamento e no desenvolvimento do ensaio.

Gerir todo este processo é complexo e compete aos coordenadores dos estudos da Unidade, organizados funcionalmente por áreas de patologia. Neste momento, estou com a responsabilidade de todos os ensaios da área do Pulmão que decorrem no IPO Porto.

### **Uma Unidade de Fase I será pioneira em Portugal. Como vê a presença do enfermeiro numa estrutura destas?**

Caso se consiga avançar, será o primeiro centro em Portugal. Estamos actualmente na fase de certificação da Unidade na tentativa de se obter a aprovação das autoridades reguladoras. A fase seguinte será desenvolver iniciativas de marketing junto dos promotores de ensaios/ indústria farmacêutica. A coordenação de enfermagem num futuro centro destes será primordial, desde a coordenação dos recursos, verificação dos procedimentos, treino e acompanhamento dos enfermeiros nas funções de farmacocinética, administração do fármaco do estudo, coordenação do estudo, etc. Aliás, se seguirmos um modelo anglo-saxónico, a coordenação de um ensaio pode ser assegurado pelo Clinical ou Research Nurse, com formação e experiência na área. Não será fácil, na cultura organizativa hospitalar actual, que os enfermeiros tenham estas funções mas, sendo uma unidade pioneira, acredito que é possível que possamos ter um papel importante nas boas práticas clínicas dos ensaios de Fase I. Dada a complexidade logística destes ensaios, os enfermeiros, pela sua experiência clínica e presença hospitalar, podem e devem ser “os maestros” do estudo. Encaro este projecto como uma oportunidade para a enfermagem na área da Investigação Clínica. Vejo muitos outros profissionais, sem experiência clínica, com habilitações nas áreas da psicologia, da estatística, da farmácia, licenciados em Direito, etc. a assumirem funções de

coordenação de ensaios clínicos nas instituições portuguesas, onde começam a nascer e a crescer unidades de investigação clínica e, com muita pena minha, os enfermeiros, que até têm muita experi-

ência de actividade clínica e que melhor poderiam exercer estas funções, estão a ser preteridos. Será nossa a responsabilidade assumirmos um papel mais activo nesta área.

### **Qual a realidade nacional nesta área e o que falta para uma maior intervenção da enfermagem?**

Não conheço nenhum enfermeiro que esteja como coordenador de uma unidade de ensaios clínicos. Conheço profissionais de outras áreas não clínicas, a assumirem funções de Coordenação de um centro de ensaios clínicos. Não desfazendo da qualidade dessas pessoas, questiono porque não existem enfermeiros nestas funções? Até porque os hospitais têm estes profissionais com experiência clínica que poderiam e deveriam ser uma mais valia. O que falta? Falta estratégia e visão de quem está na decisão sobre o que representa um serviço destes para a instituição e para os enfermeiros. Em centros de referência de investigação nos Estados Unidos e em alguns países europeus que fui conhecendo, os enfermeiros são maioritariamente os coordenadores dos estudos, fazem inclusivamente consultas de seguimento do doente. Aqui, por questões culturais e de inércia da nossa classe, continuamos adstritos a um modelo biomédico e, agora, no que respeita a ensaios clínicos, assistimos ao aparecimento de outros profissionais na coordenação desta actividade. Mais uma vez não estamos a aproveitar a oportunidade para nos afirmarmos nestas funções, o que, por inerência da nossa actividade hospitalar, seria o mais óbvio. Pelo que estou a

assistir nos centros que se estão a organizar, limitamo-nos a assumir apenas as funções de “study nurse” e, em algumas situações, eventualmente nem isso. Mas na prática, mais uma vez seremos os profissionais que vão suportar a qualidade da informação clínica, embora assumida por outros profissionais. É uma pena. É mais uma falta de visão das nossas organizações, que nos têm saído muito caro em termos profissionais.

### **E o futuro da Enfermagem na Investigação Clínica?**

Gostava de ver mais enfermeiros nesta área a trabalharem a tempo integral e não apenas como actores secundários de uma actividade onde a prática clínica é fundamental. Quem está na frente das nossas organizações de enfermagem deveria ter um papel mais interventivo na colocação de enfermeiros nestas áreas. Aliás, também somos um grupo profissional com altas taxas de desemprego e como tal podemos assumir estas funções, não só como Enfermeiros do estudo mas também como coordenadores. Pela proximidade que temos com o doente, pela nossa experiência e intervenção clínica, teremos de ser, como se verifica nos melhores centros internacionais, elementos centrais nas equipas de estudo. Quando tivermos um centro de investigação clínica português a funcionar dentro das boas práticas, com a inclusão de enfermeiros como elementos centrais nas equipas, outros seguirão o mesmo caminho. Espero que o meu Hospital seja pioneiro nesta actividade de investigação. Também é com este espírito e com este objectivo que diariamente trabalho.

«Gostava de ver mais enfermeiros a trabalhar nesta área em tempo integral e não apenas como actores secundários»

# A TRANSIÇÃO DO HOMEM PORTADOR DE CARCINOMA DA PRÓSTATA SUBMETIDO A PROSTATECTOMIA RADICAL

Jorge Miguel de Sousa Carvalho

*jorgemiguelcarvalho@gmail.com*

Mestre em Ciências da Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Serviço de Urologia, Centro Hospitalar do Porto, EPE – Hospital de Santo António

A vivência de uma doença oncológica por si só envolve um grande desafio pessoal. Deste modo, o homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical experiencia um conjunto de mudanças, traduzidas através de um processo de transição. Com este estudo de investigação pretende-se conhecer o processo de transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical. Partindo deste pressuposto, desenvolveu-se uma pesquisa de natureza qualitativa, de carácter descritivo e exploratório, através de uma entrevista semi-estruturada para a colheita dos dados e a análise de conteúdo para a decomposição dos mesmos, através da microanálise, tendo sido entrevistados 18 participantes. A partir da análise dos dados, observa-se que o homem atravessa um longo processo de transição iniciado com o percurso até ao diagnóstico, atravessando diversas etapas até à possível reestruturação pessoal. Foi possível, a partir do estudo conhecer este processo de transição, compreender as necessidades, descrever os recursos mobilizados e ainda conhecer a perspectiva sobre o papel do enfermeiro neste contexto.

**PALAVRAS-CHAVE:** enfermagem; transição; experiência do homem; carcinoma da próstata; prostatectomia radical.

*ABSTRACT: The experience of an oncological disease itself involves a great personal challenge. Thus, the male patient with prostate cancer undergoing radical prostatectomy experience a set of changes, translated through a process of transition. This research study aimed to understand the transition of male patient with prostate cancer undergoing radical prostatectomy. We developed a qualitative, descriptive and exploratory research, using a semi-structured interview for data collection and a content analysis for the decomposition of data by microanalysis, through interviews with 18 participants. From the data analysis, it is observed that man experiences a long transition process starting from the route to diagnosis, through several stages until the possible self-restructuring. It was possible from this study, to know the transition process, to understand the needs, to describe the resources used and to know the perspective on the role of the nurse male patient with prostate cancer undergoing radical prostatectomy.*

**KEYWORDS:** nursing; transition; man's experience; prostate cancer; radical prostatectomy.

## INTRODUÇÃO

Este trabalho concentra-se num estudo sob a perspectiva das Ciências de Enfermagem, consubstanciando-se no fenómeno da transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical, abordando

todo o processo experienciado pelo indivíduo no decorrer deste longo caminho. A escolha desta temática apresenta razão de ser porque não existe sustentação teórica suficiente da realidade exposta, num contexto em que esta problemá-

tica é cada vez mais prevalente, com implicações claras e objectivas na qualidade de vida do indivíduo e família. A pouca bibliografia existente leva-nos para uma visão mutifragmentada de um largo processo, que deve ser perspectivado sob uma certa singularidade.

De acordo com os vários pressupostos supracitados e com o intuito de contextualizar a investigação, considera-se indispensável elencar a pergunta de partida que orientou todo o procedimento conducente à elaboração da investigação. Assim sendo, considerando os desígnios anteriores, definiu-se para este estudo a seguinte pergunta de partida: *Como é experienciado o processo de transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical?*

### ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“O cancro é provavelmente a patologia mais temida do mundo moderno. Não sendo apenas um factor de mortalidade, cobra uma pesada factura de angústia e desespero, mesmo quando é potencialmente curável” (Matos e Pereira, 2005, p. 15). Assim, o cancro reveste-se de características com grande carga emocional e social e possui uma representação social de elevada componente simbólica. No imaginário social, o cancro é tido como um inimigo invisível, silencioso, imprevisível, invasivo e capaz de atingir qualquer pessoa em qualquer fase da vida (Moulin, 2005).

O carcinoma da próstata é hoje mundialmente reconhecido como um dos maiores problemas de saúde a afectar a população masculina (Monteiro, 2006), tornando-se um problema relevante de saúde pública (Calvete, 2003), o que se circunscreve igualmente na pertinência deste estudo. Em termos epidemiológicos, o cancro da próstata é o tipo de cancro mais frequente no que respeita a órgãos internos (Coutinho, 2001), com cerca de 4000 novos casos por ano e aproximadamente 1800 mortes anuais em Portugal, com base nos dados do IARC (The International Agency for Research on Cancer) de 2002 (Barroso [et al.], 2010). Assim, em termos nacionais, de acordo com a mesma fonte, o cancro da próstata é responsável por cerca de 10% da mortalidade por cancro, representando a segunda causa de morte por cancro no homem, logo atrás do cancro do pulmão. Simultaneamente, prevê-se que 1 em cada 6 homens terá um diagnóstico de cancro da próstata ao longo da vida, porém, só 1 em cada 35 virá a falecer da doença (Barroso [et al.], 2010).

O tratamento do carcinoma prostático deve ser projectado de acordo com as probabilidades de remissão e de progressão da doença em cada caso, com várias possibilidades de tratamento e diversos problemas a ser discutidos entre a pessoa e o profissional de saúde. A prostatectomia radical é um dos procedimentos mais indicados para homens portadores de carcinoma localizado da próstata (Pompeo, Pompeo e Tomé, 2005), sendo que proporciona uma sobrevida global e livre de doença aos 10 anos de cerca de 90% (Rodríguez [et al.], 2006). Actualmente, é o método curativo mais eficaz desta doença, desde que esteja confinada à glândula. Esta cirurgia demonstra o seu benefício na sobrevida livre de doença, sendo presentemente considerada a *gold standart* das opções terapêuticas. Esta técnica complexa de remoção cirúrgica da próstata na íntegra pode ser realizada através de uma abordagem convencional ou laparoscópica. As indicações para cirurgia envolvem todos os homens com carcinoma confinado à próstata, com esperança de vida superior a 10 anos e sem comorbilidades que constituam contra-indicações cirúrgicas. Perante estas condições é encarada uma opção de intuito curativo, com até 70% de sobrevida livre de doença aos 10 anos (Monteiro, 2006).

Neste âmbito, as principais complicações tardias desta cirurgia passam pela estenose vesico-uretral, incontinência urinária e disfunção eréctil (Reis, 2000). A incidência de estenose vesico-uretral pós-operatória ocorre, segundo a literatura, entre 0,5 e 21%, e enquanto a maioria das complicações parece ter diminuído, a estenose vesico-uretral mantém-se presente na mesma ordem de razão na maioria das séries estudadas ao longo dos últimos anos (Reis, 2000).

Uma das complicações mais graves e com maior impacto na qualidade de vida é indiscutivelmente a incontinência urinária. A incontinência urinária é definida pela Sociedade Internacional de Continência como a perda involuntária de urina, sendo um problema social ou higiénico (Borges [et al.], 2009). Na literatura encontra-se referenciada uma taxa entre 5 a 31% de incontinência urinária no pós-operatório, de acordo com a definição de incontinência e o modo como é feito o inquérito (Reis, 2000), sendo que para Monteiro (2006) os valores de incontinência urinária severa são inferiores a 10%. De acordo com Reis [et al.] (2004), 17,6% dos homens apresentam algum grau de incontinência urinária após prostatectomia radical, de acordo com os estudos efectuados.

Actualmente, tem sido notório o esforço no desenvolvimento de técnicas que minimizem os danos cirúrgicos, nomeadamente para a manutenção da função erétil. Todavia, a introdução da técnica de *nerve-sparing* não tem sido suficiente para a manutenção da função erétil nos níveis pretendidos (Goldstein, 2006). A disfunção erétil é definida pela Organização Mundial de Saúde, como a incapacidade constante para atingir e/ou manter uma erecção suficiente para possibilitar uma relação sexual satisfatória (Vendeira, 2007). Assim, estima-se que entre 20% a 80% dos homens submetidos a prostatectomia radical apresentem disfunção erétil no pós-operatório. Hoje em dia, a taxa de potência pós-prostatectomia radical oscila entre 20 a 90%, segundo a idade, estágio e extensão da lesão dos feixes vasculo-nervosos (Reis, 2000), sendo que, para Monteiro (2006), os valores de disfunção erétil oscilam entre os 30 e 90%. De acordo com Reis [et al.] (2004), 84,8% dos homens apresentam algum grau de disfunção erétil após realizarem prostatectomia radical, de acordo com os estudos efectuados.

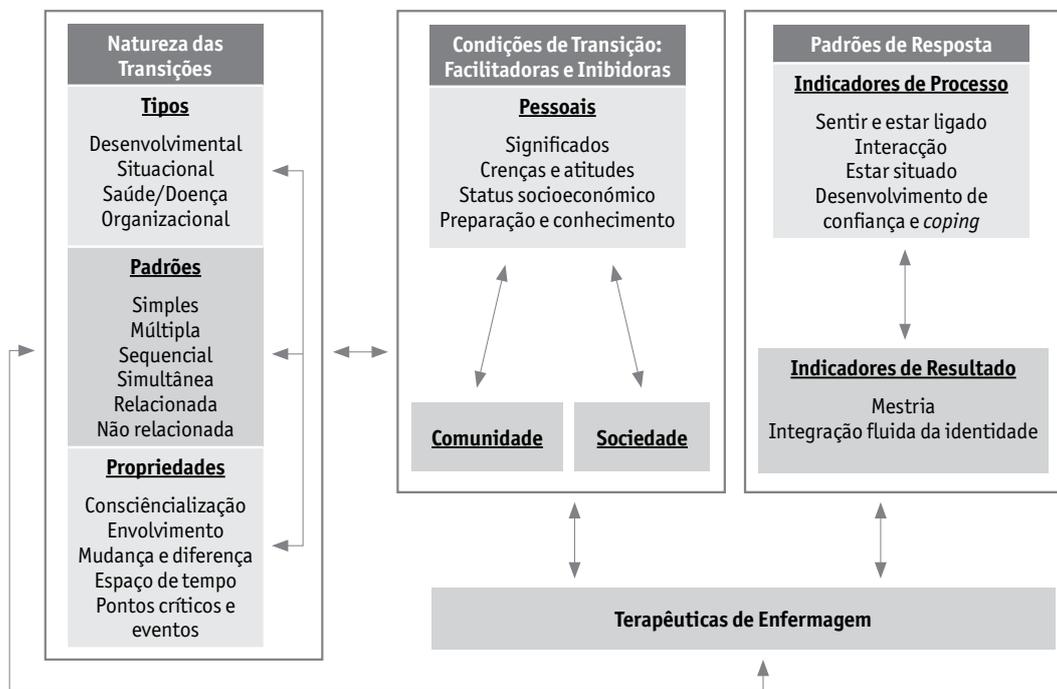
Considerando a sua importância no contexto deste estudo, aborda-se agora o fenómeno da transição. Deste modo, este é um conceito com um vasto campo de aplicação na ciência de Enfermagem, pelo que necessita de uma explicitação alicerçada, clara e objectiva no contexto deste estudo. Perante as mudanças sociais, científicas e tecnológicas com que a Enfermagem se confronta actualmente, é clara a necessidade de esclarecimento de conceitos emergentes como é a transição. Posto isto, percorridas as oito etapas presentes na metodologia tradicional de análise

de conceitos preconizada por Walker e Avant (2005), pode definir-se transição como: *o atravessar, a passagem ou o movimento de um estado, de um lugar ou de uma circunstância para outro, devido a um evento, ocorrendo uma transformação, mudança e adaptação, através da utilização de mecanismos de suporte e interação, atingindo-se o domínio de novos papéis.*

Neste contexto, Meleis [et al.], 2000 publicaram um artigo onde foi abordada e explicitada a teoria das transições, como é visível no Esquema 1.

A partir do momento em que é diagnosticado um carcinoma da próstata o homem pode vivenciar simultaneamente um conjunto de sentimentos, emoções e preocupações ímpares, sendo que se pode desencadear um longo processo, repleto de dificuldades e obstáculos a serem ultrapassados, onde pode emergir um processo de transição. Num acontecimento crítico e vital como este, o indivíduo e a família passam a vivenciar conjunturas novas que exigem redefinições e mudanças no funcionamento familiar e períodos extensos de adaptação (Gianini, 2007). Geralmente, é um acontecimento inesperado, dada a predominância de um quadro assintomático, que irá afectar a vida da pessoa e as suas relações.

Esquema 1: Esquema representativo da Teoria das Transições [adaptado] (Meleis [et al.], 2000).



Assim, constatou-se que o “carcinoma da próstata é, ainda, um tema pouco abordado pelos enfermeiros e, conseqüentemente, poucas vezes focado nas revistas da especialidade” (Cardoso, Pereira e Borges, 2002, p. 60), daí a necessidade actual do estudo do fenómeno de transição dos homens portadores de carcinoma da próstata submetidos a prostatectomia radical.

## ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO

O nascimento de qualquer investigação realiza-se com a escolha de um domínio particular de interesse para o investigador, que posteriormente se transpõe para questões de investigação susceptíveis de serem estudadas (Fortin, 2003). A metodologia deste estudo é qualitativa, uma vez que privilegia “a descoberta como contexto de partida de uma investigação” (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 2005, p. 95). Neste tipo de investigação, o investigador é o principal instrumento de recolha de dados e tem como principal foco de atenção os significados que os actores atribuem aos acontecimentos. Ademais, tendo por base a abordagem qualitativa deste estudo, pode-se afirmar que o raciocínio utilizado para a construção deste estudo é globalmente indutivo, uma vez que, a partir da auscultação dos participantes, se chegou a aspectos e temas comuns que perspectivam a experiência e fornecem informações importantes sobre o fenómeno. Concomitantemente, o estudo é descritivo-exploratório, que visa denominar, classificar e descrever uma população ou conceptualizar uma situação (Fortin, 2003), o que vai de encontro aos objectivos desta investigação. Neste sentido, decidiu-se não utilizar apenas um estudo descritivo, mas também exploratório, dado que estes estudos são mais precisos comparativamente com os descritivos, que se limitam a caracterizar o fenómeno abordado. No que diz respeito ao seguimento do estudo, este classifica-se como transversal ou vertical na medida em que a recolha de dados foi realizada num dado momento, através da entrevista, sem contemplar a relação temporal entre os factores estudados (Gonzaga, 1994). O tipo de estudo foi assim concebido com a intenção de explorar domínios desconhecidos, contribuindo, deste modo, para a compreensão da realidade.

A investigação tem como finalidade conhecer o processo de transição do homem portador de carcinoma da

próstata submetido a prostatectomia radical, na tentativa de contribuir para amplificar o conhecimento desta transição, ainda pouco divulgado na literatura. Por sua vez, os objectivos de um estudo sugerem o porquê da investigação, sendo considerados como enunciados declarativos que especificam a orientação da investigação, ou seja, esclarecem o que o investigador tem intenção de fazer no percurso da mesma (Fortin, 2003). De forma a especificar o que se pretende estudar e a orientar a investigação, delinearão-se os seguintes objectivos:

- Descrever o processo de transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical;
- Descrever o processo de transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical;
- Descrever os recursos mobilizados pelo homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical;
- Conhecer a perspectiva sobre o papel do enfermeiro do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical.

Para a elaboração do estudo, e com base na sua finalidade e objectivos, definiu-se também algumas questões orientadoras com o intuito de pautar a investigação e que, deste modo, contribuíssem para aprofundar e esclarecer a temática em análise. Posto isto, e tendo em conta o anteriormente descrito sobre a problemática em estudo, evocaram-se quatro grandes questões de investigação:

- Como é experienciado o processo de transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical?
- Quais as necessidades do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical?
- Quais os recursos mobilizados pelo homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical?
- Qual a perspectiva sobre o papel do enfermeiro do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical?

Tendo em conta a diversidade dos pontos de vista, bem como da impossibilidade de entrevistar todos os sujeitos, pretendeu-se que a técnica de amostragem fosse capaz de

garantir o acesso a fontes com perspectivas diversas sobre tema (Bogdan e Biklen, 2010). Neste sentido, os participantes foram seleccionados tendo por base as seguintes condições:

- Que aceitassem participar no estudo;
- Serem indivíduos do sexo masculino;
- Submetidos a prostatectomia radical por carcinoma da próstata há mais de 2 e menos de 12 meses;
- Seguidos na consulta externa de Urologia do hospital onde decorreu o estudo.

Strauss e Corbin (2008) sustentam que a amostragem teórica é uma técnica indicada para quando se pretende investigar áreas pouco exploradas. Esta técnica, primeiramente, possibilita ao investigador recolher dados bastante variados e identificar um grande número de conceitos (categorias), sendo que posteriormente permite a saturação e a densificação das categorias.

Perante este cenário, e de acordo com as dificuldades temporais e institucionais de aprovação (de modo a não envolver custos para a pessoa), a realização das entrevistas esteve igualmente sob a alçada da disponibilidade do participante e investigador para a execução da mesma. Este período de tempo seleccionado (entre 2 e 12 meses) deveu-se ao facto de no momento após a cirurgia o acontecimento ser muito recente, tendo os indivíduos dificuldade em abordar o tema, bem como muitas das possíveis consequências ainda não se encontrarem manifestas pelo facto de os homens permanecerem com sonda vesical de 7 a 21 dias no pós-operatório, conforme a prostatectomia seja laparoscópica ou clássica, respectivamente, o que os poderia inibir de ter conhecimento das possíveis morbilidades cirúrgicas. Concomitantemente, este timing também se articulou com as consultas médicas, em que a primeira consulta de pós-operatório acontece comumente no momento da retirada da sonda vesical e, posteriormente, a segunda consulta, que decorre entre o segundo e terceiro mês de pós-operatório, sendo as restantes de acordo com as necessidades da pessoa. Por outro lado, a partir dos 12 meses o acontecimento poderá estar muito distante e em muitos casos as pessoas já tiveram alta da consulta médica ou têm consultas com espaços temporais muito alargados, o que dificultaria o acesso aos participantes.

A entrevista foi o instrumento de colheita de dados seleccionado, já que propicia flexibilidade ao pesquisador

para conduzir o trabalho, permite que o entrevistado não se afaste do foco da pesquisa e tenha liberdade para se expressar. Na entrevista temática ou semi-estruturada, o responsável apresenta uma lista de temas a abordar, formula questões a partir desses temas e apresenta-os ao participante de acordo com a ordem que lhe convém (Fortin, 2003) com o intuito de colocar alguns tópicos como pontos de referência (Ketele e Roegiers, 1999). A sequência das questões pode não ser a mesma nos diversos participantes, já que estes se subordinam ao processo da entrevista e respostas. Contudo, o guião da entrevista assegura que o entrevistador recolhe tipos similares de dados a todos os participantes (Holloway e Wheeler, 1996). Nesta investigação, realizaram-se 18 entrevistas temáticas ao longo do período de colheita de dados de cerca de 5 meses.

Os dados emergiram da informação recolhida, através da técnica de análise seleccionada para o efeito e de acordo com a natureza e objectivos do estudo. Neste contexto, para a interpretação dos resultados, considerámos pertinente usar como técnica de tratamento de dados a análise de conteúdo, que tem por finalidade realizar inferências com base numa lógica, explicitada sobre os discursos, cujas características foram inventariadas e sistematizadas. Partindo da análise de conteúdo foi permissível extrair o discurso do contexto de produção e, através da inferência, procurar o seu autêntico sentido. O processo de análise foi principiado com a análise frase a frase, num processo próximo do que Strauss e Corbin (2008) denominam de microanálise, que é uma análise “detalhada linha por linha, necessária no começo de um estudo para gerar categorias iniciais (com suas propriedades e suas dimensões) e para sugerir relações entre categorias; uma combinação de codificação aberta e axial” (Strauss e Corbin, 2008, p. 65). Fazer microanálise obriga o analista a ouvir cuidadosamente os discursos, tentando entender como os participantes interpretam certos factos, evitando que se tirem conclusões teóricas precipitadas. Ao longo do processo de análise de conteúdo, foi utilizado como recurso o software informático NVIVO8®.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O ponto de partida para esta investigação foi o desejo de conhecer o processo de transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatecto-

mia radical. Contextualizando, foram entrevistados 18 participantes com idades compreendidas entre os 52 e os 71 anos de idade. Neste sentido, tal como já foi referido, as entrevistas foram efectuadas entre os 2 e os 12 meses de período pós-operatório, sendo que os 18 participantes estavam em diferentes períodos, que abrangiam a globalidade do período anteriormente descrito, com preenchimento de praticamente todos os meses de pós-operatório, sem existirem mais de 2 participantes no mesmo mês de pós-operatório.

Como foi aclarado no enquadramento metodológico, o processo de envolvimento com os dados, na procura de novos significados e sentidos, atribuindo-lhes uma interpretação, realizou-se sob influência directa de autores de referência como Bogdan e Biklen (2010) e Strauss e Corbin (2008), com contributos ocasionais de uma panóplia de outros peritos na investigação. Neste sentido, almejou-se conhecer o fenómeno em profundidade e construir uma narração interpretativa desde os discursos dos actores principais, através da exploração e descrição do processo de transição, mas sem a aspiração de desenvolver uma teoria, como ficou claro no enquadramento metodológico.

Ao longo do trajecto, encontrar significados para lá das evidências narradas pelos participantes exigiu uma reflexão contínua, a partir do questionamento dos dados, que possibilitou revelar os fenómenos emergentes, explorar as suas características e descrever o processo, após terem-se identificado as relações entre os factos, reunindo-os em categorias e subcategorias. Num procedimento progressivo, com avanços e recuos constantes, os discursos dos participantes desapareceram gradualmente para originar uma nova apresentação, consubstanciando-se a partir de seis categorias.

O facto do investigador principal ser um profissional da área, permitiu descobrir a pessoa na sua singularidade, levando-a a falar abertamente sobre si, sobre os seus sentimentos, preocupações e dificuldades, ou seja, no fundo sobre a sua experiência. Apesar desta condição, descobrir o homem portador de carcinoma da

próstata submetido a prostatectomia radical foi um evento delicado, complexo e multidimensional, sendo agora visível através das categorias e subcategorias que são apresentadas no Esquema 2.

Reflectindo agora sobretudo sob os resultados da investigação, observámos que esta transição saúde-doença é iniciada com o percurso até ao diagnóstico, marcado pelo medo e ansiedade, bem como pela realização de vários exames através de meios complementares de diagnóstico com vista a confirmar a suspeita de cancro da próstata. Numa fase seguinte, surge a confirmação do diagnóstico, com um impacto marcado, dado o carácter assintomático e silencioso da doença. A notícia da presença da doença é então um acontecimento imprevisto e repentino que surge abruptamente na vida da pessoa. Os primeiros momentos

**Esquema 2: Esquema representativo da análise de conteúdo.**

Categoria	Subcategoria
A génese de uma transição	O percurso até ao diagnóstico
	O impacto do diagnóstico
A trajectória até à cirurgia	A consciencialização
	O envolvimento
	A preparação e conhecimento
A cirurgia: Um ponto de viragem	Viver com disfunção erétil
	Viver com incontinência urinária
	Experimentar uma nova identidade
	As mudanças no quotidiano
A evolução da transição	As crenças existentes
	As dificuldades e preocupações constantes
	Os recursos utilizados
	O desenvolvimento de <i>coping</i>
	Os sentimentos vividos
	As perspectivas futuras
A reestruturação pessoal	Um novo domínio do autocuidado
	Os novos padrões nas relações sexuais
	A adesão
	O retorno do bem-estar
A perspectiva sobre o papel do enfermeiro	A função de educador
	A função de ajuda

são vividos sob domínio de um conjunto de respostas de carácter extraordinariamente emotivo. É iniciada então uma trajectória ondulante até à cirurgia, sobretudo pela incerteza acerca do futuro e pelas possíveis consequências da mesma, considerando que no contexto específico desta investigação, a cirurgia, através da prostatectomia radical foi o tratamento de eleição para a patologia. Nesta fase, a consciencialização acerca do problema, o envolvimento no processo de transição e a preparação e conhecimento acerca da doença e tratamento adquirem um lugar central. Deste modo, podemos relacionar o processo da doença a uma viagem, que se inicia com o diagnóstico de cancro, um território até essa altura considerado oculto. Esta viagem poderá tomar dois caminhos distintos: um sem a procura de mais informações e outro com o auxílio de uma orientação clara, preparando um caminho que será adaptado à medida que despontam novas informações, o que permitirá evitar muitos obstáculos. Este último trajecto compreende a obtenção de informações sobre a doença, mantendo o interesse pela sua vida, o que permite que a viagem se torne menos ameaçadora.

A experiência da doença oncológica, entendida como condição de crise, vai afigurar um momento de viragem com a cirurgia, através de grandes transformações na vida do indivíduo. Este é o encadeamento que dá início a uma série de processos que vão conduzir o indivíduo e comumente a família a experimentar algumas metamorfoses na sua vida (Silva, 2009). Após a cirurgia o homem defronta-se com novas realidades consubstanciadas através de quatro dimensões principais: viver com disfunção eréctil, viver com incontinência urinária; mudanças no quotidiano e experimentar uma nova identidade. Perante este cenário, a vida continua mas sujeita a uma nova condição, a presença de um cancro e muitas vezes das consequências do tratamento, designadamente a presença de incontinência urinária e de disfunção eréctil, que neste caso concreto assume em muitos casos a centralidade da sua vida. Hoje é claro que relação sexual é extremamente importante para as pessoas, e a forma como culturalmente isto é gerido é um dos factores potenciais para a alteração da auto-imagem e conseqüentemente da auto-estima (Valério, 2007). Esta nova condição do homem conduz frequentemente a que manifeste alterações na sua identidade, nomeadamente pela perda de masculinidade ex-

pressa pelos participantes. Paralelamente, a incontinência urinária produz limitações no quotidiano dos indivíduos, que por vezes se isolam, evitam a vida social e profissional, com a ocorrência simultânea de alterações na vida conjugal e familiar. Devido a todas estas ocorrências observa-se uma grande mudança no quotidiano dos indivíduos, com modificações ao nível das actividades diárias.

A transição vai evoluindo e existem dimensões que são de certa forma transversais a todo o processo como: as crenças existentes, as dificuldades e preocupações constantes, os recursos utilizados, o desenvolvimento de  *coping*, os sentimentos vividos e as perspectivas futuras. Pela análise dos discursos dos participantes foi constatado a existência de crenças de cariz cultural, religioso e erróneo, sendo estas influenciadoras do modo como o indivíduo encara as diversas ocorrências ao longo do processo de transição. O processo de transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical é composto por vários pontos críticos e sucessões de acontecimentos que colocam várias dificuldades aos indivíduos. As dificuldades foram expostas essencialmente através de três situações: o pós-operatório imediato, os tratamentos adjuvantes e o desemprego. Concomitantemente, a preocupação de uma recorrência ou metastização, o receio que a incontinência urinária e a disfunção eréctil se torne definitiva e irreversível e a preocupação com a higiene pessoal e receio de perdas de urina em locais não desejados estão presentes neste processo de transição. Assim, uma recaída, uma complicação ou a notícia de impossibilidade de cura são cenários que podem concretizar-se a qualquer momento, sendo que o indivíduo experimenta a fragilidade e a vulnerabilidade da vida, tornando-se necessário desenvolver esforços para reorganizar os processos (Silva, 2009). Já os recursos emergem como pilar de apoio em diversas ocasiões, sendo que as principais forças de suporte são a esposa, família e os amigos. Neste contexto, a família mobiliza-se para dar resposta às necessidades do indivíduo, sendo que cada elemento é afectado pelo sucedido de forma distinta e desenvolve uma resposta particular ao ocorrido. Com o conhecimento e experiência sobre a situação a consolidar-se progressivamente com integração gradual de novos eventos, a pessoa adquire consciência que se trata de uma doença com um curso imprevisível e longo. Logo, sofrer de uma doença oncológica perturba

psicologicamente a pessoa, uma vez que toda a transição é marcada por acontecimentos stressantes frequentes, sendo essencial para a resolução desses eventos a mobilização de estratégias de *coping*, tal como ficou evidenciado nos discursos dos participantes. O conhecimento da doença e a cirurgia com as suas respectivas morbilidades fazem com que o indivíduo esteja sujeito à vivência de uma panóplia de sentimentos. Frequentemente, observámos nos participantes sentimentos de isolamento, revolta, impotência, ansiedade, medo e tristeza. Ademais, o cancro pode alterar radicalmente os sonhos e esperanças do homem e do casal, provocando grandes alterações nos planos e perspectivas futuras.

Num contexto adverso, marcado pelo medo e incerteza, a pessoa desenvolve habilidades que lhe permitem gerir a situação no quotidiano com algum optimismo e confiança, empenhando-se em integrar a doença na rotina diária, surgindo a reestruturação pessoal, manifestada através de um novo domínio do autocuidado, da utilização de novos padrões nas relações sexuais, da adesão e do retorno do bem-estar. Como se observou ao longo do estudo, a presença da incontinência urinária coloca inúmeros entraves quotidianos e dificuldades frequentes, já que as perdas de urina sejam elas mais ou menos constantes implicam que o indivíduo execute novas actividades de forma a satisfazer o seu autocuidado. Paralelamente, após um período de adaptação a um novo contexto são confrontados com um novo desafio: a obtenção de satisfação e prazer na sexualidade apesar da presença da disfunção eréctil. Outro dos aspectos mais importantes do tratamento do cancro e das suas morbilidades resultantes de um tratamento de primeira linha, como neste caso a cirurgia, é a adesão por parte da pessoa, de forma a recuperar parcial ou totalmente das disfunções presentes. Deste modo, é notório que o retorno do bem-estar está profundamente ligado à manutenção das rotinas e actividades anteriores à cirurgia, propiciadoras de prazer e sentido de integração plena na sociedade. A experiência vivida, transforma o homem num ser diferente que comumente se reconhece na diferença em relação ao mundo e aos outros, sentindo-se mais sensível e atento às condições em que a vida acontece.

Por fim, surge a perspectiva sobre o papel do enfermeiro, traduzida pelos discursos dos participantes através da função de educador e da função de ajuda. Os partici-

pantes mencionam o papel de educador representado pelos enfermeiros na sua transição, especialmente a partir do fornecimento de informação. A presença dos enfermeiros foi identicamente sentida e descrita pelos participantes de modo significativo, através da descrição da disponibilidade total que lhes foi fornecida pelos mesmos em momentos marcantes.

## CONCLUSÃO

O estudo de investigação apresentado teve como objecto fundamental o processo de transição experienciado pelo homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical, em toda a sua globalidade, tornando-se possível desta forma conhecer o processo de transição experienciado pelos participantes, através da exploração e descrição do fenómeno, com a realização de 18 entrevistas a igual número de participantes.

Observa-se assim que esta temática é, inequivocamente, pouco desenvolvida em estudos de investigação, nomeadamente em Enfermagem, o que corrobora ainda mais a sua importância, pertinência e actualidade.

Entre as doenças crónicas, o cancro é pela sua projecção mediática e efeitos devastadores, uma das doenças mais temidas e com maior impacto ao nível biopsicossocial e familiar. O seu passado de doença fatal e o seu presente marcado pela intensidade dos tratamentos e seus efeitos colaterais, conjuntamente com a imprevisibilidade que a caracteriza, contribuem para a sua conotação social profundamente negativa (Silva, 2009). A dimensão devastadora desta doença transpõe a barreira física do corpo em que ocorre, atingindo a pessoa na sua globalidade, bem como as pessoas que coabitam a sua esfera relacional e afectiva (Silva, 2009).

Para a grande maioria dos participantes, a entrevista constituiu num dos poucos momentos em que teve oportunidade de conseguir falar da situação, através de um espaço privado, onde foi permissível pensar e falar sobre si e como estava a experienciar todo o processo. O produto final desta investigação deve ser interpretado e enquadrado no contexto da sua realização. A sua efectivação possibilitou conhecer uma realidade vivida, num dado momento e num dado lugar, por um grupo de participantes que possuíam em comum algumas condições previamente definidas e já apresentadas. Estas circunstân-

cias enquadram este trabalho no âmbito de um estudo exploratório e descritivo e por isso não se pretende extrair dados generalizáveis a outras populações, contudo, estes resultados podem constituir uma base de trabalho para futuras investigações, provavelmente mais direccionadas para determinados aspectos.

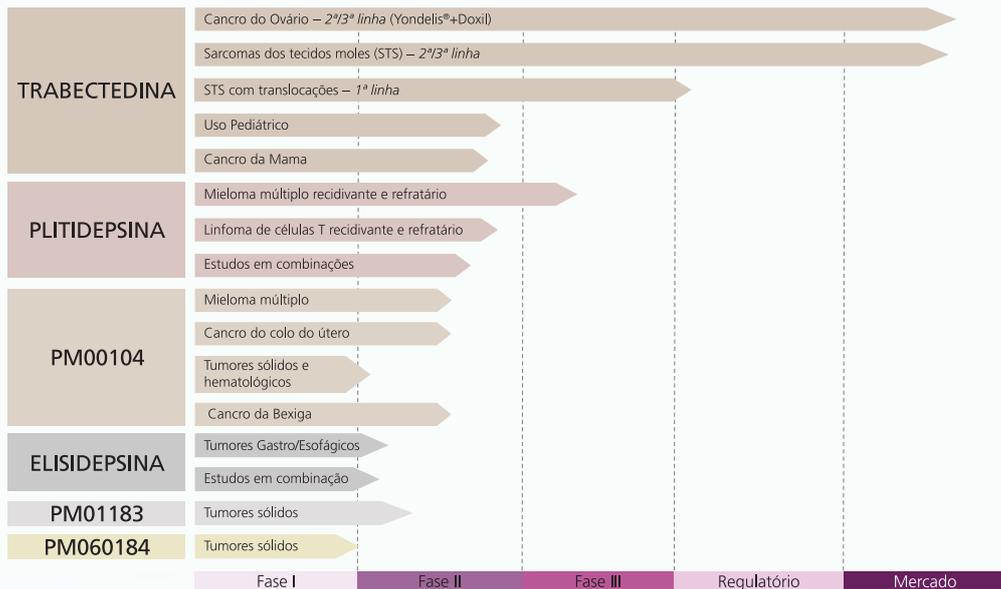
A produção deste estudo tornou manifesto o processo de mudança que acontece nas vidas destes homens, deixando revelar a forma como experienciam o acontecimento e as consequências à mercê das suas capacidades, habilidades e competências. E aqui surge o papel do enfermeiro no auxílio a estes homens de forma a ultrapassarem este processo de transição de forma saudável, sendo que os resultados obtidos com este estudo podem ser o mote para uma intervenção preparada, programada e com objectivos concretos, perspectivando-se ganhos em saúde efectivos. Deste modo, com o caminho da investigação desenvolvido, considera-se ter ajudado a construir um entendimento sobre o processo de transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical, contribuindo para a formalização do conhecimento em Enfermagem. Assim, como sugestão complementar considera-se pertinente a continuação deste estudo, nomeadamente ao nível da criação de um programa de intervenção nestes homens que poderia ser perfeitamente efectivado através de uma Consulta de Enfermagem.

#### BIBLIOGRAFIA

- Barroso S., [et al.]. (2010). Cancro da Próstata. Acedido em: 7 de Maio de 2010, em URL: <http://www.pop.eu.com>.
- Bogdan, R. e Biklen, S. (2010). *Investigação qualitativa em educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora. Porto.
- Borges, João B. R., [et al.]. (2009). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária pelo uso do Kings Health questionnaire. Einstein. [Versão electrónica]. Acedido em: 20 de Julho de 2009, em [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1356-Einstein%20v7%20n3p308-13\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1356-Einstein%20v7%20n3p308-13_port.pdf).
- Calvete, António C., [et al.]. (2003). Avaliação da Extensão da Neoplasia em Câncer da Próstata: Valor do PSA, da Percentagem de Fragmentos Positivos e da Escala de Gleason. Revista da Associação Médica Brasileira. [Versão electrónica]. Acedido em: 27 de Janeiro de 2009, em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a26v49n3.pdf>.
- Cardoso, Pedro S., Pereira, Maria E. e Borges, Joaquim R. (2002). Prostatectomia Radical Versus Intervenções de Enfermagem. Sinais Vitais. Nº. 41.
- Coutinho, Joana V. (2001). Comportamentos de Adesão ao Rastreo do Cancro da Próstata (Estudo Exploratório). Psicologia, Saúde e Doenças. [Versão electrónica]. Acedido em: 27 de Abril de 2009, em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/362/36220108.pdf>.
- Fortin, Marie-Fabienne. (2003). O processo de investigação: da concepção à realização. 3ª Edição, Lusociência. Loures.
- Gianini, M. (2007). Câncer e Género: Enfrentamento da Doença. Acedido em: 25 de Novembro de 2009, em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0369.pdf>.
- Goldstein, Irwin (2006). Early Penile Rehabilitation Following Radical Prostatectomy: Overview and Rationale. Contemporary Urology.
- Gonzaga, Rogério A. F. (1994). Regras básicas de Investigação clínica. Instituto Piaget. Lisboa.
- Holloway, I. e Wheeler, S. (1996). *Qualitative research for nurses*. Blackwell Science. Oxford.
- Ketele, J. e Roegiers, X. (1999). Metodologia da recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas, e de estudo de documentos. Instituto Piaget, Epistemologia e sociedade. Lisboa.
- Lessard-Hébert, Michelle, Goyette, Gabriel e Boutin, Gérald (2005). *Investigação Qualitativa – fundamentos e práticas*. 2ª Edição, Instituto Piaget. Lisboa.
- Matos, Pedro e Pereira, Maria G. (2005). Áreas de intervenção na doença oncológica. Em: Pereira, Maria G. e Lopes, Cristiana, O doente oncológico e a sua família. 2ª Edição, Climepsi Editores. Lisboa.
- Meleis, A. [et al.] (2000). Experience Transitions: an emerging middle-range theory. Nursing Science. Vol. 23, Nº. 11.
- Monteiro, Pedro G. (2006). Terapêutica e Seguimento do Carcinoma da Próstata. Acta Urológica. [Versão electrónica]. Acedido em: 14 de Junho de 2009, em <http://www.apurologia.pt/acta/3-2006/terap-seg-car-prost.pdf>.
- Moulin, P. (2005). Imaginaire social et cancer. Revue Francophone Psychologie-Oncologie, Nº. 4.
- Pompeo, António C. L., Pompeo, Alexandre S. F. L. e Tomé, André L. F. (2005). Fatores prognósticos de resposta à sildenafila em pacientes com disfunção erétil pós-prostatectomia radical. Revista Brasileira de Medicina. [Versão electrónica]. Acedido em: 27 de Janeiro de 2009, em [http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=2990](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2990).
- Reis, F. N.; [et al.]. (2004). The impact of prostatectomy and brachytherapy in patients with localized prostate cancer. International Urology and Nephrology. Vol. 36, Nº. 2.
- Reis, Mário (2000). Prostatectomia Radical no tratamento do Carcinoma localizado da Próstata. Em: Oliveira, Artur G., [et al.], Carcinoma da Próstata: Perspectiva actual. F. Calais da Silva. Portugal.
- Ribeiro, José L. P. (2008). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. 2ª Edição, Livpsi. Porto.
- Rodríguez, Guillermo C.; [et al.]. (2006). Experiencia en prostatectomia radical del servicio de oncología quirúrgica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE. Medicina Interna de Mexico. [Versão electrónica]. Vol. 22, Nº. 4, Acedido em: 27 Janeiro 2009, em <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2006/mim064e.pdf>.
- Silva, Carla M. C. (2009). A pessoa que cuida da criança com cancro. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Abel Salazar, Porto.
- Strauss, Anselm e Corbin, J. (2008). Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª Edição, Artmed. Porto Alegre.
- Valério, Elisabete M. S. (2007). Alteração do Padrão da Sexualidade no Doente com Doença Oncológica. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Acedido em: 7 de Maio de 2009, em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/19356/2/TESE%20FINAL%20Elisabete%20Val%20c3%a9rio.pdf>.
- Vendeira, Pedro A. S. (2007). Síndrome metabólico e medicina sexual. Conceitos actuais e avaliação básica. Revista Internacional de Andrologia. [Versão electrónica]. Vol. 5, Nº. 1 Acedido em: 27 de Janeiro de 2009, em [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B98J-4V5WK7W-J&\\_user=10&\\_coverDate](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B98J-4V5WK7W-J&_user=10&_coverDate).
- Walker, L. O. e Avant, K. C. (2005). Strategies for theory construction in nursing. 4ª edição, Pearson. New Jersey.

# Todo o poder do mar, agora contra o cancro

## Seis compostos em desenvolvimento clínico



Para mais informações por favor contacte a PharmaMar.

# CUIDAR EM ONCOLOGIA: DIFICULDADES, ESTRATÉGIAS E DESAFIOS NA RELAÇÃO DOS ENFERMEIROS COM O DOENTE ONCOLÓGICO – O CASO PARTICULAR DE UM HOSPITAL DE AGUDOS

Ângela Sofia Lopes Simões

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Serviço de Cirurgia de Mulheres, Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco

Este trabalho constitui uma síntese do trabalho de final de mestrado apresentado na Universidade de Salamanca para conclusão do *Master en Tratamiento de Soporte e Cuidados Paliativos en el Enfermo Oncológico*. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório para analisar as dificuldades, estratégias e desafios na relação dos enfermeiros com os doentes oncológicos num hospital de agudos. Recorreu-se à técnica de análise de conteúdo que permitiu descrever as principais dificuldades que os enfermeiros enfrentam na relação com o doente com cancro num serviço hospitalar de agudos. Com este trabalho foi possível reflectir sobre as principais questões que se levantam e propor soluções viáveis que poderão melhorar a qualidade de cuidados prestados ao doente oncológico e sua família

**PALAVRAS-CHAVE:** relação; enfermagem; doente oncológico.

*ABSTRACT: This paper is a synthesis of the master final research project presented at the University of Salamanca for completion of the Master in Support Treatment and Palliative Care in the Cancer Patient. This is a descriptive, exploratory study to analyze the difficulties, challenges and strategies in the relationship of nurses with cancer patients in acute hospitals.*

*Resorted to the technique analysis of content that allowed us to describe the main difficulties that nurses face in relation to the patient with cancer as they perform their duties in an acute service. This work made possible reflection on the key issues that have been raised and propose viable solutions that could improve the quality of care provided to cancer patients and their family.*

**KEYWORDS:** relationship; nurses; cancer patient.

## INTRODUÇÃO

Nos países ocidentais, o envelhecimento da população aumenta de forma significativa e, de acordo com recentes estudos demográficos, prevê-se que até 2050 30% da população terá mais de 65 anos. Além disso, a

incidência do cancro e o aumento progressivo das doenças crónicas incapacitantes na nossa sociedade propicia a que o número de doentes que chegam a uma fase terminal aumente a cada ano.

A atenção integral à saúde a partir do momento do diagnóstico, com especial ênfase nos estadios avançados e final, é um componente essencial no tratamento de cancro.

De acordo com Ortiz (1996) e Formiga, López-Soto, Vivanco, et al. (2002) entre 15-20% das camas em enfermarias de cuidados agudos são ocupados por doentes em fase final e idosos. Esses doentes estão em locais que, em muitas situações, não estão preparados para atender as suas necessidades. Os profissionais de saúde que aí desempenham funções não foram formados ou treinados para identificar, classificar, tratar e avaliar adequadamente as necessidades dos doentes e seus familiares e o seu ambiente sócio-familiar. Além disso, nem a sociedade nem o actual sistema de saúde facilitam a assistência domiciliária a doentes em fase final. O estudo Support confirma a percepção de que a maioria dos óbitos ocorre em hospitais onde se tratam doenças agudas e nos que a norma é actuar para prolongar a vida.

Passaram mais de 10 anos desde o relatório da Organização Mundial de Saúde sobre a dor em doentes com cancro e em cuidados paliativos. Sublinha-se a necessidade de tratar com prioridade a qualidade de vida em todas as fases do tratamento, tendo em conta que os factores que a diminuem são múltiplos, e estão presentes desde o momento do diagnóstico. Assim, recomendava-se a intervenção de forma conjunta e precoce dos tratamentos oncológicos com intenção “curativa” e os tratamentos “sintomáticos e de suporte”, com particular ênfase para o controle da dor, a fadiga e o binómio ansiedade/depressão.

Apesar disso, na opinião de Ortiz (1996), o doente divide o seu tempo entre viagens de regresso a casa e frequentes idas aos serviços de urgência, sem que os seus problemas sejam resolvidos. O desenvolvimento dos cuidados ao doente com cancro em Portugal é caracterizado pela dificuldade na interacção entre os diversos serviços intra/extra-hospitalares envolvidos, o que significa um atraso na hora do seu atendimento integral e multidisciplinar.

Como enfermeira que trabalha num hospital de agudos na região centro de Portugal (uma das mais envelhecidas), preocupo-me os cuidados que são prestados

diariamente aos doentes com cancro no meu hospital. Se considerarmos que, segundo Machado, Couceiro, Alves et al. (2008), mais de metade das mortes ocorre em hospitais e que essa percentagem aumentou (54,2% em 2000 para 61,4% em 2008), essa preocupação é ainda mais relevante. Encontramos doentes sem cura em todos os departamentos do hospital. Serviços de agudos onde os profissionais são treinados para lidar com doenças súbitas. Nesta óptica de tratamentos dirigidos a doenças agudas e directamente voltados para a cura, os doentes com doenças progressivas e avançadas são como um espinho que se coloca nos quartos ao fundo do corredor das enfermarias.

Este trabalho visa aprofundar este ponto, consciente da importância que tem na actividade de tratamento integral do doente oncológico. Desenvolvi este trabalho com o objectivo de analisar as dificuldades, estratégias e desafios na relação dos enfermeiros com os doentes oncológicos num hospital de agudos.

Considero este trabalho benéfico para os enfermeiros, permitindo uma melhor reflexão e compreensão deste problema e, simultaneamente, contribuindo para mudar comportamentos e formas de pensar.

## METODOLOGIA

No meu caso, sabendo que a população é composta por enfermeiros do Hospital Amato Lusitano, e na impossibilidade de estudar todos os indivíduos, optei por uma técnica de amostragem que melhor se adaptasse ao estudo. Assim, como características fundamentais para a selecção da amostra, destaco: ser enfermeiro em funções à mais de quatro anos nos serviços de Cirurgia, Urologia, Gastrenterologia, Medicina Interna e Unidade de Administração de Citostáticos, e a existência de consentimento informado após ter sido totalmente elucidado sobre o conteúdo da investigação.

Tendo em conta que sou enfermeira na instituição onde o estudo foi realizado, e sabendo de antemão que uma amostra predefinida poderia resultar em dados enviesados devido ao conhecimento prévio dos entrevistados com o investigador, os entrevistados foram pré-seleccionados pelos enfermeiros chefes de cada serviço. Optei então por uma técnica de amostragem

intencional mas aleatória. O número de sujeitos do estudo foi determinada pela realização da redundância da informação ou a saturação. As conclusões são o resultado do material colectado e as perspectivas apresentadas pelos próprios indivíduos entrevistados.

Entrevistei 15 enfermeiros que reuniam todas as características. Os dados foram recolhidos durante Janeiro e Fevereiro de 2010, utilizando entrevistas que foram posteriormente transcritas na íntegra e codificadas, comparadas e agrupadas por semelhança de significado, com a formação de categorias sucessivas.

A maioria dos inquiridos era do sexo feminino (80%). A idade dos entrevistados variou entre 28 e 53 anos de idade. O grupo etário maioritário (66%) tinha entre 31 a 40 anos.

Incluí na caracterização dos informantes as variáveis tempo de serviço como enfermeiro, o tipo de formação em oncologia e cuidados paliativos e, ainda, a frequência com que tratam doentes com cancro. Quanto ao tempo de serviço, a maioria dos enfermeiros exerce funções desde há 11 a 20 anos (53%). A maioria considerou ter formação básica em oncologia (83%) e básica em cuidados paliativos (60%). Alguns têm formação avançada na área da oncologia (13%) e outros (33%) em cuidados paliativos. Nenhum deles tem formação especializada em qualquer das áreas de conhecimento. A maioria dos enfermeiros (87%) dos enfermeiros cuida de doentes com cancro frequentemente.

Então, graças às orientações da técnica de análise de conteúdo, procedi à redução das respostas dos entrevistados, transcrição e categorização temática, entrevista a entrevista, seguida de agregação de respostas semelhantes ou sinónimas, constituindo a sua frequência; depois, classificação de unidades de inscrição por dimensão e categoria, entrevista a entrevista, e a eleição da unidade de registo representativa das demais e cálculo das frequências.

Após esta organização e sistematização, preparei as tabelas resumo a partir das quais se elabora a análise de frequência e interpretação dos dados.

### **Apresentação e análise dos resultados**

Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas surgiram quatro domínios:

- “Impacto da doença oncológica na relação terapêutica”;
- “Dificuldades experimentadas no relacionamento com o doente oncológico”;
- “Estratégias pessoais na relação com os doentes oncológicos”;
- “Desafios futuros para melhorar o cuidado aos doentes oncológicos”.

Quanto às variáveis em estudo consideraram-se as seguintes:

#### **a. Impacto da doença oncológica na relação terapêutica**

##### *Sentimentos*

Da leitura das entrevistas, encontrei diferentes maneiras de sentir, que reconhece a individualidade de cada um. A reacção à doença é única, pelo que cada caso é único, cada pessoa apresenta as suas observações, problemas e preocupações. Isso explica como as pessoas que viveram e testemunharam a mesma situação experimentaram emoções muito diferentes, alguns podem sentir-se infelizes, alguns afortunados, outros indiferentes... Entende-se como “diferentes” ideias expressas pelos entrevistados do tipo: *“Acho que estes momentos são extremamente ricos, aprendi muito com estes doentes...”* **E12** e *“... excepto que sofro mais ou menos e sinto uma perda daqueles doentes que me acompanharam ao longo dos anos e já tenho alguns ... Bastantes, de facto...”* **E5**

As atitudes, imagens e significados sobre o cancro têm recebido a devida atenção de estudiosos em diversos campos do conhecimento. Alguns desses estudos afirmam que os sentimentos e as imagens associadas ao cancro são similares na população em geral e na população de alguma forma envolvida no contexto da doença, incluindo doentes, familiares e profissionais de saúde envolvidos no diagnóstico e tratamento. A associação entre o diagnóstico de cancro e doença mortal desperta nos entrevistados: *“Medo. (...) O cancro dá-me medo.”* **E3** e *“... era uma área de que tinha muito medo e que não queria nunca trabalhar ...”* **E10**

A impotência perante a doença, o sentimento de fracasso, a falta de fé nas abordagens terapêuticas disponíveis e a expectativa de morte reflectem uma espé-

cie de paralisia com a situação. Esse comportamento é devido à angústia da consciência de que o cancro pode causar a morte, independentemente dos esforços. “Neste serviço é muitas vezes a frustração com a parte não-específica do cuidado, não temos boas condições para prestar cuidados mais específicos aos doentes com cancro...” **E2**

### *Relação Terapêutica*

Uma característica importante na relação com os doentes oncológicos é a possibilidade de maior envolvimento emocional do profissional com o doente e sua família, já que normalmente os tratamentos são longos, e os internamentos hospitalares bastante frequentes. Portanto, o contacto com a fragilidade humana e as expressões psicológicas de impotência, medo, desespero, pânico, depressão, agressividade e muitas outras que estão associados com o fenómeno da doença são experiências que se vivem constantemente no trabalho diário (Kato, 1986; Martins, 1991). “... neste serviço, a maior dificuldade é deparar-me com doentes que conheço pessoalmente há muitos anos, geralmente vêm aqui no início muito bem, é muitas vezes diagnosticado aqui, mas como estes doentes retornam com grande regularidade ...” **E10**

Popim e Boemer (2005) verificaram que os enfermeiros percebem o cancro como um estrangulador do horizonte de possibilidades na vida do doente, reconhecendo-o, como alguém que requer uma relação mais estreita, na qual a convivência é maior, com alterações mais in-

tensas. É uma relação que cria vínculos emocionais, em que a morte implica uma ruptura do vínculo gerado, revelando um doloroso processo pelo qual o profissional

**Tabela 1 - Impacto da doença oncológica na relação terapêutica.**

Categoria	Unidades de Registo	F	%
Sentimentos	“O facto do doente não conhecer o diagnóstico acaba por influenciar a relação” <b>E14</b>	5	13,9%
	“Medo (...) O Cancro dá-me medo.” <b>E3</b>	5	13,9%
	“... ensinam-nos a viver as nossas próprias vidas” <b>E6</b>	3	8,1%
	“O que realmente desperta em mim é o chamado estádio do espelho. Reflecto muito sobre o facto que poderia ser com um dos meus ou eu estar daquele lado.” <b>E11</b>	3	8,1%
	“Tristeza, ansiedade, impotência” <b>E13</b>	2	5,6%
	“E associa-se sempre com sentimentos de será que posso, será que sou capaz de fazer?...” <b>E4</b>	2	5,6%
	“...excepto que sofro mais ou menos e sinto uma perda daqueles doentes que me acompanham ao longo dos anos e já tenho alguns... bastantes, de facto...” <b>E5</b>	1	2,9%
	“Além do afecto que tenho por estes doentes (...) respeito” <b>E7</b>	1	2,9%
	“...compaixão...” <b>E9</b>	1	2,9%
	“Neste serviço, com frequência a frustração com a parte não específica dos cuidados, não temos boas condições para proporcionarmos um cuidado mais específico aos doentes com cancro...” <b>E2</b>	1	2,9%
SUB-TOTAL		24	66,8%
Relação	“Acabamos por estar no início, vemos o meio e tornamos a ver o final e com isto criamos uma certa empatia com os doentes.” <b>E7</b>	3	8,1%
	“Tornamo-nos mais tolerantes.” <b>E15</b>	3	8,1%
	“...com o doente oncológico a relação é mais estreita, existe uma maior participação...” <b>E13</b>	2	5,6%
	“...ao ponto de dizer que só pelo facto de ter cancro é diferente, suponho que não...” <b>E7</b>	2	5,6%
	“Com estes doentes há mais apoio. Fazem-nos mais sensíveis, em qualquer tipo de cuidado que vou prestar tenho atenção para fazer as coisas certas, para não ferir ou prejudicar. Existe sempre mais sensibilidade.” <b>E4</b>	1	2,9%
“Estes doentes são carinhosos, reconhecem-nos como enfermeiras, reconhecem o nosso trabalho, enquanto outros não o fazem.” <b>E6</b>	1	2,9%	
SUB-TOTAL		12	33,2%
TOTAL		36	100%

passará. *“Com estes pacientes, há mais apoio. Fazem-nos mais suscetíveis, em qualquer tipo de cuidado que vou prestar tenho atenção para fazer as coisas certas, para não ferir ou prejudicar. Há sempre mais sensibilidade.” E4*

Na opinião de Poles e Bousso (2007) a criação de vínculos entre o cuidador (neste caso a enfermeira) e o doente é inevitável, devido à sua relação ao longo tempo, já que o convívio com os doentes com cancro e as famílias durante os internamentos permite aos enfermeiros construir uma relação mais estreita com a família, partilhar boas e más experiências do quotidiano. *“Não são doentes de um internamento, são doentes de vários internamentos, são doentes de anos, em que o relacionamento já é muito estreito, porque nos conhecem, as nossas experiências familiares, conhecemo-los a eles, porque estabelecemos uma grande relação” E10*

#### **b. Dificuldades experimentadas na relação com o doente oncológico**

##### *Comunicação*

A comunicação estabelecida pelos profissionais de saúde e os pacientes nem sempre é a mais correcta. Vários factores contribuem como barreiras à comunicação eficaz, mas certamente a falta de educação e formação em habilidades de comunicação e a falta de reflexão sobre as situações de interacção entre a equipe de saúde/família do paciente são os mais flagrantes. Muitos dos entrevistados reconhecem que a sua maior dificuldade, em relação ao doente com cancro, é a comunicação: *“Para mim continua a ser a comunicação.” E3* *“Comunicação. O mais complicado está aí” E6* *“Por vezes a comunicação, com o doente e os seus familiares.” E14*

É impossível não comunicar e toda a comunicação tem consequências e impacto sobre o outro, por isso é essencial que os profissionais de saúde estejam conscientes de que todos os comportamentos têm um impacto sobre os seus doentes e os outros profissionais. *“... Não sei o quanto o doente sabe e, às vezes, é difícil responder a certas perguntas, sem saber o quão longe podemos ir.” E15*

Além disso, nas entrevistas, foi feita referência à conspiração do silêncio como uma limitação na relação com o doente: *“Está mais relacionada com o diagnóstico... a conspiração do silêncio. Às vezes somos apanhados pela equipa em que devemos manter a conspiração do silêncio.” E11*

##### *Morte*

De todas as doenças que tratam, o cancro é a única que os cirurgiões designam especificamente como “o inimigo” (Nulland, 1995). Neste sentido, a equipa de saúde luta contra a morte e essa luta é constante à medida que a equipe adquire mais conhecimento e a tecnologia se torna mais sofisticada. Mas, quando a morte ocorre, o sentimento é de que a medicina fracassou e com o fracasso vem a impotência, depressão, negação e evasão (Santos, 1983). *“É doloroso para mim ver... morrer, estar no final da vida... Eu realmente queria evitar... Eu sei que vou estar lá, mas se pudesse não o faria. Eu gostaria que todos me viessem ver...” E5*

Na verdade, a doença e a morte representa, na opinião da Bonino (2007), a desordem por excelência. Trazem à tona, junto com a saúde e sobrevivência física, toda uma rede de significados, de projectos e expectativas em que a própria vida se tinha baseado até agora, e espera-se um futuro incerto e agravado por pesadas limitações. Estas são as razões que ajudam a definir que a doença é incompreensível, absurda, inexplicável e injusta. *“É a maior dificuldade que tenho... realmente transmitir uma sensação de paz...” E3*

##### *Controlo de sintomas*

O doente com cancro frequentemente apresenta vários sintomas desagradáveis, muitas vezes intoleráveis que diminuem ou anulam a qualidade de vida. O desconforto físico, psicológico, social ou espiritual altera a qualidade de vida. Aumentar o conforto do doente, permitindo a aquisição de uma satisfatória qualidade de vida, é uma das metas dos cuidados de suporte e dos cuidados paliativos e para obtê-lo é fundamental um oportuno e adequado controlo dos sintomas, decorrente da precisão e rigor colocados na nossa acção.

No entanto, o tratamento inadequado da dor crónica e outros sintomas em doentes com cancro levam a problemas graves, e todos os pacientes devem ter um controlo da sua dor como parte dos seus cuidados (Johansson e Dickson, 1995). Essa realidade é percebida pelos entrevistados: *“...ainda não cuidamos do doente no tratamento da sua dor... o doente ainda não é suficientemente bem cuidado.” E12*

O sentimento de angústia do profissional tem sido apontado como importante, durante o acto de tratar

um doente que se queixa de dor severa. Além disso, uma dor insuportável causa desconforto emocional no cuidador, pois o sentimento de impotência surge com o sofrimento. Essa dificuldade é agravada porque o enfermeiro não tem poder de decisão para prescrever: *“Às vezes tenho doentes com dor e eu não posso administrar o que quero, só posso administrar o que está prescrito e, às vezes, temos que implorar para prescrever...” E9*

#### *Falta de trabalho em equipa*

Na maioria das declarações dos entrevistados são explícitas as dificuldades na relação com o doente com cancro, porque não há equipas especializadas na área de oncologia e cuidados paliativos para responder a todas as necessidades das pessoas; a falta de profissionais treinados; porque não existe uma equipe estruturada; e não existem protocolos estabelecidos. Para que a equipa multidisciplinar tenha sucesso no seu trabalho, é necessário que os profissionais sejam igualmente reconhecidos, valorizados e trabalhem em harmonia, reconhecendo que o doente e a família devem participar na tomada de decisões sobre o seu tratamento. Além disso indicam, também, que a falta desse conjunto de condições remete-os a uma prática que acaba por negligenciar o cuidado humanizado. *“...Eles (médicos) não olham para a nossa escala de dor ... e, depois, também duvidamos se a medicação é administrada, se não ... Há também esse problema com os colegas de enfermagem...” E5*

A equipa de saúde em oncologia deve necessariamente ser multidisciplinar e incluir médico, enfer-

meiro, psicólogo e assistente social, e pode incluir uma nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psiquiatra, entre outros. Em algumas entrevistas aparecem termos relacionados com a solidão durante os cuidados.

**Tabela 2 – dificuldades experimentadas na relação com o doente oncológico.**

Categoria	Unidades de Registo	F	%
Comunicação	<i>“Por vezes a comunicação, com o doente e os seus familiares.” E14</i>	4	11,1%
	<i>“... ainda que frequentemente falemos com os doentes acerca da situação é sempre difícil dizer ou dar a entender que alguém está numa etapa final.” E10</i>	3	8,3%
	<i>“A maior dificuldade é dar-se conta de que não dispõem de informação suficiente. Quando não há informação nenhuma é demasiado complicado.” E2</i>	3	8,3%
	<i>“Está mais relacionada com o diagnóstico... a conspiração do silêncio. Às vezes somos apanhados pela equipa em que devemos manter a conspiração do silêncio.” E11</i>	2	5,6%
SUB-TOTAL		12	33,3%
Morte	<i>“Eu sei, que de forma peral, o prognóstico é muito mau e dói-me fazer frente a....custa-me enfrentar a morte.” E9</i>	5	13,8%
	<i>“...que possa morrer em paz, sem sofrimento.” E14</i>	2	5,6%
	<i>“Custa-me bastante um doente em fase terminal morrer sozinho...” E2</i>	1	2,8%
	<i>“...não é um adeus para sempre, mas um adeus até breve... é estabelecer uma relação duradoura, sem fim...” E13</i>	1	2,8%
SUB-TOTAL		9	25%
Controlo de sintomas	<i>“...ainda não cuidamos do doente no tratamento da sua dor...o doente ainda não é suficientemente bem cuidado.” E12</i>	5	13,8%
	<i>“...acredito que é uma maneira do doente estar também, na sua serenidade, mas se o doente não está agitado ou se o doente pode estar bem através da sua expressão, através de uma família carinhosa o inclusivamente através de um afecto das enfermeiras... porquê sedá-lo?” E7</i>	2	5,6%
	<i>“É o controlo de sintomas.” E4</i>	1	2,8%
	SUB-TOTAL		8
Falta de trabalho em equipa	<i>“... o facto de que não há um esforço de equipa.” E15</i>	3	8,3%
	<i>“...sinto-me sozinho.” E4</i>	2	5,6%
	<i>“...a equipa não está preparada para esta situação.” E11</i>	2	5,6%
SUB-TOTAL		7	19,5%
TOTAL		36	100%

Porque sentem que não há uma equipa, a enfermeira, muitas vezes encontra-se sozinha na tomada de decisões. “... sinto-me sozinha.” **E4**

### c. Estratégias pessoais na relação com os doentes oncológicos

#### Defesas

De acordo com Magalhães, Silva, Trombetti et al. (2007), os profissionais de saúde que cuidam de doentes gravemente doentes devem estar preparados para enfrentar situações de extremo sofrimento e a morte. No entanto, apesar dos enfermeiros se encontrarem diariamente com situações de sofrimento perante o processo de morte dos seus doentes, percebemos que ainda surgem diferentes reacções destes enfermeiros quando confrontados com esta experiência, como stress, ansiedade e evitar os doentes e famílias como mecanismos de defesa durante a assistência profissional, tão claramente demonstrado nas entrevistas. “Eu evito ir lá, porque depois há questões que não se pode mentir, há sempre uma fuga.” **E1** “Às vezes delego e fujo” **E14**

Nesse sentido, Labate y Cassorla (1999) assinalam que muitas vezes a percepção das fragilidades e vulnerabilidades desvia-se das expectativas de ser forte e onnipotente que os profissionais de saúde têm de si mesmos. Percebendo isso, sentem-se envergonhados e erguem barreiras em torno de si próprios “...as minhas emoções guardo-as um pouco para mim.” **E5**

#### Cuidados

Enfermagem é a ciência e a arte de cuidar de seres humanos nas suas necessidades humanas básicas, e a atenção e cuidado deve ser uma experiência vivida através de uma inter-relação pessoa com pessoa, lembrando que tão importante quanto o cuidado é estar alerta para os efeitos que os cuidados produzem no doente. Muitos dos entrevistados apontam o investimento em cuidados de enfermagem como uma estratégia para melhorar o relacionamento terapêutico com o doente oncológico. “O meu maior desafio será nestas áreas, atender os seus de-

**Tabela 3 – Estratégias pessoais na relação com os doentes oncológicos.**

Categoria	Unidades de Registo	F	%
Defesas	“... tento fugir destes doentes.” <b>E3</b>	7	21,4%
	“Eu insisto com o médico para que de respostas ao doente.” <b>E12</b>	2	6%
	“Ter mais tempo para estes doentes... ter mais tempo.” <b>E12</b>	2	6%
	“...as minhas emoções guardo-as um pouco para mim.” <b>E5</b>	1	3%
SUB-TOTAL		12	36,4%
Cuidados	“Existe toda uma atitude não farmacológica que podemos ter e eu tive o cuidado de fazer isso e que já contribui bastante, a meu ver, dos resultados que obtive, no alívio do sofrimento. O doente encontra-se em sofrimento e tu podes, com qualquer acção, qualquer medida, farmacológica ou não, mas uma atitude terapêutica que tu podes tomar para com estes doentes e que de alguma maneira aliviem o sofrimento para mim é um ganho, é o meu maior desafio.” <b>E4</b>	8	24,4%
	“Trato de adoptar as melhores práticas e sinto que se vão unido alguns, com a persistência as pessoas entendem que é uma boa causa.” <b>E11</b>	2	6%
SUB-TOTAL		10	30,4%
Recursos pessoais	“...tenho recursos... outros recursos.” <b>E13</b>	2	13,8%
	“O que é que faço?... às vezes choro... choro.” <b>E9</b>	2	5,6%
	“...faço cursos” <b>E1</b>	2	2,8%
SUB-TOTAL		6	18%
Compartilhar	“Frequentemente, o que fazemos é falar sobre a situação em equipa, tenho colegas com outras experiências e outra formação.” <b>E10</b>	5	15,2%
SUB-TOTAL		5	15,2%
TOTAL		33	100%

*sejos e prestar um bom serviço... qualidade de vida a sério, e não fingir que estamos a prestar cuidados.” E9*

Percebe-se que o enfermeiro que cuida desses doentes são desafiados a encontrar sentido e respostas a perguntas no processo de vida – adoecer, envelhecer, morrer – e implementar medidas para promover a vida ou aliviar o sofrimento. “... então eu dou o meu melhor, mesmo em relação ao afecto, à atenção, eu tento sempre dar o meu melhor, não negligenciar.” E1

#### *Recursos Pessoais*

De acordo com Henriques (1996), ajudar um doente a morrer confronta-nos com sentimentos de raiva, insegurança, impotência perante a situação, e até mesmo agressão interior, sentimento de fracasso que a própria morte representa.

Esta situação pode levar a que o enfermeiro invista numa formação que permita uma melhor qualidade de cuidados. “... adquirir o conhecimento científico e continuar.” E4

Como mecanismos individuais de regulação das emoções e sentimentos são mencionados vários hobbies. “Eu tenho que continuar com uma mente sã, tenho que ser saudável, tenho que me sentir bem comigo mesma e abstrair um pouco...” E5

Os participantes do estudo disseram que se sentem impotentes quando confrontados com situações que envolvem o cuidado, às vezes choram, porque a participação é tão grande que sentem ser o momento de partilhar esse sofrimento para aliviar a sua dor. “O que eu faço?... às vezes choro... choro.” E9

#### *Compartilhar*

Trabalhar na área da oncologia exige muito, tanto física como psicologicamente, o que desgasta física e existencialmente. Existe a necessidade de ajuda para encontrar formas de aliviar esse sofrimento, como a terapia, reuniões, discussões e supervisão, que permita a partilha de experiências e estratégias.

Criar espaços de escuta em grupo nas instituições, pode ser uma alternativa para que o sofrimento dos profissionais seja partilhado, organizado e conduzido. “Frequentemente, o que fazemos, é falar sobre a situação em equipa, tenho colegas com outras experiências e outra formação.” E10

Foi citada a busca de assistência profissional nos outros como uma estratégia em relação ao doente com cancro: “... falo com meus colegas.” E9

### **Desafios futuros para melhorar os cuidados aos doentes oncológicos**

#### *Unidades especializadas*

Os entrevistados indicam que é necessário prestar cuidados especializados a estes doentes e familiares: “... deveria haver um serviço de cuidados paliativos para cuidar de todos os doentes oncológicos com uma equipa especializada nessa área.” E8 .

De acordo com Ortiz (1996), na sociedade tecnológica de hoje, quando o doente sofre da sua última doença, a medicina paliativa representa a recuperação da medicina humanista, a abordagem holística da amizade profissional-paciente, do trabalho em equipa e a reentrada do sistema de cuidados na família. É mais uma filosofia do que um programa ou serviço, que enfatiza a autonomia e o bem-estar da pessoa no dia-a-dia da sua doença. Para os entrevistados, os cuidados em oncologia seriam prestados, de preferência, no domicílio: “Conseguir um serviço de apoio no domicílio para o doente estar na sua casa.” E15

#### *Formação*

O enfermeiro frequentemente trata os sintomas, muitas vezes através da aplicação da prescrição médica, mas acrescenta contacto humano e o suporte emocional, fazendo com que os sintomas que não podem ser resolvidos com drogas sejam mitigados ou controlados. (Spíndola e Macedo, 1994).

Portanto, a preparação adequada de enfermeiros é uma estratégia fundamental no controlo da dor e sintomas comuns em doentes com cancro em cuidados paliativos, já que são os enfermeiros os profissionais que mais frequentemente avaliam a dor. “Saber muito mais porque eu tenho muito mais a aprender nesta área.” E12

Nesta discussão é importante ressaltar o papel das medidas educativas e o conhecimento teórico na preparação dos profissionais de saúde na área de Enfermagem Oncológica. Este tipo de preparação que deve começar ao nível de licenciatura, deverá proporcionar

uma visão ampla sobre a saúde e a doença, enfatizando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar. A continuidade desta preparação a nível das instituições de saúde é essencial para que o conhecimento se reproduza e cresça. Cursos, seminários, conferências e debates deverão fazer parte da rotina dos serviços. *“Mais formação contínua para estar sempre a par das novas soluções que podem surgir.” E2*

### Organização

As iniciativas para implementar e manter programas de cuidados paliativos devem ser adaptados às necessidades dos usuários, provedores, serviços de saúde ou da comunidade. Segundo os entrevistados, para tornar isso possível é necessário *“haver uma melhor comunicação dentro da rede de cuidados de saúde de todo o país” E2*

O maior desafio é integrar os cuidados paliativos no tratamento curativo. Paliar é uma dimensão crítica dos cuidados de saúde e todos os profissionais de saúde devem saber quando os cuidados paliativos são necessários. Quando uma pessoa se aproxima dos últi-

mos momentos de uma condição de saúde debilitante, a necessidade de cuidados paliativos aumenta. Neste momento (e após a morte), assegurar esse tipo de atendimento oferece cuidados de qualidade, não importando se é oferecido numa instituição de saúde ou na residência da pessoa. Alguns entrevistados mencionam-no, colocando-o como um desafio para melhorar os cuidados ao doente oncológico: *“... com organização. Unindo pessoas que conhecem ou têm mais vocação para esse tipo de cuidados.” E11*

### Apoio familiar

Sem o apoio de familiares e amigos (cuidadores informais), seria difícil para muitas pessoas ficarem em casa. Normalmente, os membros da família assumem os cuidados, no entanto, amigos e vizinhos também podem assumir papéis como cuidadores. A tarefa de cuidar é da responsabilidade quase exclusiva da família, já que a organização da comunidade também se mostra muito débil. Os cuidadores informais precisam de informações e orientações sobre a doença do indivíduo e como cuidar dele, bem como apoio psicológico e social.

*“Também teríamos que apoiar a família, obviamente... porque a família sofre tanto ou mais que eles...” E5*

O doente e a família como um todo são sempre a unidade do nosso cuidado e o impacto da doença terminal no ambiente familiar é reflectida automaticamente na qualidade de vida dos doentes. A tranquilidade da família passa directamente um sentimento de bem-estar ao doente. *“... Eles precisam de apoio e orientação, principalmente para as famílias perceberem que estão a fazer o seu melhor, para que não tenham medo e que aconteça o que acontecer, nós estaremos lá (...)” E12*

**Tabela 4 – Desafios futuros para melhorar os cuidados aos doentes oncológicos.**

Categoria	Unidades de Registo	F	%
Unidades especializadas	<i>“Conseguir um serviço de apoio no domicílio para o doente estar na sua casa.” E15</i>	6	26,1%
	<i>“...deveria haver um serviço de cuidados paliativos para cuidar de todos os doentes oncológicos com uma equipa especializada nessa área.” E8</i>	5	21,8%
SUB-TOTAL		11	47,9%
Formação	<i>“Mais formação contínua para estar sempre a par das novas soluções que podem surgir.” E2</i>	6	26,1%
SUB-TOTAL		6	26,1%
Organização	<i>“Haver uma melhor comunicação dentro da rede de cuidados de saúde de todo o país” E2</i>	2	8,7%
	<i>“Haver verdadeira equipa. O trabalho de equipa.” E1</i>	1	4,3%
SUB-TOTAL		3	13%
Apoio familiar	<i>“também teríamos que apoiar a família, obviamente... porque a família sofre tanto o mais que eles...” E5</i>	3	13%
SUB-TOTAL		3	13%
TOTAL		23	100%

## Conclusões

Um estudo desta natureza permite reflectir sobre o desafio constante que experimentam os enfermeiros, que estão presentes as vinte e quatro horas do dia, gerindo os cuidados e compartilhando com os doentes as angústias, derivadas principalmente das limitações impostas pela doença e tratamento.

Observa-se, dos dados obtidos, os sentimentos e as emoções associadas com o cancro e como eles, ou a patologia, influenciam a relação terapêutica estabelecida.

A comunicação é referida como a principal dificuldade na relação com os doentes oncológicos, principalmente influenciada pelo conhecimento ou não do diagnóstico pelo doente. Também se destaca a dificuldade dos enfermeiros em desenvolverem um controlo sintomático correcto e satisfatório, associado com um trabalho de equipa pobre, em que o enfermeiro está consciente de que o doente não está o suficientemente bem assistido nas suas necessidades. Em relação às dificuldades, é referido que frequentemente adoptam estratégias de defesa. Outras vezes, refugiam-se nos cuidados independentes de enfermagem que, embora essenciais, não podem resolver todos os problemas apresentados pelo doente e familiares, levando a sentimentos de frustração e medo em relação a esses doente, numa espiral sem fim.

A morte está muito presente no discurso dos entrevistados, como algo que não aceitam, ou com o qual não reagem da melhor forma. Esta associação do termo oncologia com a morte não é novo na sociedade de hoje e, talvez, as condições em que os nossos doentes morrem aumentem o desconforto dos enfermeiros com esta fase da vida.

De facto, os profissionais que trabalham com doentes com neoplasias estão expostos, no seu trabalho quotidiano, a situações que geram conflitos. As perdas frequentes por morte, as pressões que impõe o modelo médico tradicional em relação à responsabilidade pela cura e a longevidade, o trabalho constante com doenças graves e a tristeza de familiares e doentes, levam à criação de um compromisso maior com o problema experimentado. Isso pode levar a sentimentos de impotência profissional frente a doença, como relatado pelos

enfermeiros, especialmente na fase terminal desta, que pode levar à rebelião ou *burnout*.

Entende-se que, de acordo com os relatos dos enfermeiros no contexto do estudo, o conhecimento é escasso em oncologia, devido à falta de conteúdos no currículo dos estudos de licenciatura; realizam cuidados de rotina, comuns, sem distinção entre os doentes, embora reconheçam a necessidade de apoio psicológico e orientações específicas sobre a doença a doentes e familiares.

As entrevistas indicam as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros ao viver com o sofrimento dos doentes com dor e na hora da morte, que pode reflectir a falta de formação profissional, que pode causar desprendimento profissional do doente e família, o que não é coerente com o cuidado humanizado necessário para cuidar de uma pessoa doente, e que pode ser imperceptível para o grupo profissional estudado.

O que esses estudos nos levaram a concluir é que os enfermeiros, que estão constantemente face a face com a fragilidade humana e vulnerabilidade, que trabalham no atendimento de doentes com cancro, estão expostos com maior frequência e maior intensidade à sua própria fragilidade e vulnerabilidade como seres humanos que existem. É no contacto com o outro que o “eu” se constrói, se reconhece e diferencia, e saber a dor do outro, a finitude do outro, é saber da nossa dor, da nossa própria finitude. É nessa identificação humana com o doente, o profissional reconhecesse-se como ser aberto ao sofrimento, porque também se reconhece frágil e vulnerável, aberto a todas as possibilidades que a vida apresenta, com a morte como a possibilidade mais segura.

A enfermagem deve identificar as suas próprias concepções relacionadas com o cancro e estabelecer estratégias, desenvolvidas para um cuidado adequado e eficaz que permita minimizar o sofrimento de todos os envolvidos no cuidado de um doente com cancro.

Portanto, creio que é pertinente e necessária uma formação adequada de profissionais de enfermagem para trabalhar numa unidade, cuja assistência é altamente especializada e complexa, já que os graduados em Oncologia revelam apropriação de competências para agir e aplicar os seus conhecimentos, de acordo

com as situações que surgem, permitindo o estabelecimento de um novo paradigma do cuidado.

Realço a necessidade de serviços continuados de apoio psicológico aos profissionais que já trabalham nesta área, pois estudos mostram que esses profissionais tendem a sofrer e esgotar-se emocionalmente durante o dia de trabalho.

Além disso, acredito que seria importante manter um espaço de vigilância e supervisão dirigido a estes profissionais, essenciais para expressar e compartilhar as situações que causam sofrimento e angústia, assim como reconhecer e apreciar as satisfações do trabalho.

É necessário enfatizar a importância dada ao apoio à família sentida como uma unidade com o doente, e como ver o cuidado no futuro, centrado no lar.

Neste estudo, torna-se explícito que os profissionais não foram preparados para ajudar, compreender, apoiar e acompanhar realmente qualquer ser humano nos tempos difíceis que antecedem a sua morte. Infelizmente, estamos pouco instruídos no “cuidar”, pouco habituados a ouvir o doente, a informar sobre o curso dos acontecimentos e deixar que ele tome uma posição sobre decisões importantes. Proporcionar cuidados a doentes oncológicos é centrarmo-nos no coração da natureza do cuidado de enfermagem: o cuidado e a promoção da vida.

Acredito que ao permitir que as emoções surjam, o enfermeiro pode não só aprender a manejá-las no seu dia a dia, mas também, crescer como pessoa e como profissional que se identifica como gente que cuida de gente.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Bonino, S. *Mil amarras me prendem à vida. (Con) Viver com a doença*. Editora Quarteto, 2007. Coimbra.
2. Formiga F., López-Soto A., Vivanco V., et al. *Morir por demencia terminal en el hospital: análisis de la toma de decisiones (resumen)*. *Rev Mult Gerontol*. 2002;12:128-60.
3. Henriques, M. *O enfermeiro e a morte*. *Revista Servir*. 1996, 43: 9-17
4. Johansson, F., Dickson, J. *The importance of nursing research design and methods in cancer pain management*. *Nurs Clin North Am*. 1995; 30(4):597-607.
5. Kato, R. *Aspectos psicológicos do paciente de pediatria oncológica*. 1986, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
6. Labate, R., Cassorla, R. *A escolha do profissional de saúde em trabalhar com pacientes mastectomizadas*. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 1999; 21(2):101-5.
7. Magalhães, M., Silva, A., Trombetti, E. et al. *Sentimentos dos enfermeiros ao cuidar do paciente terminal*. *Nursing*. 2007; 105(9): 89-93.
8. Machado, M., Couceiro, L., Alves, I., et al. *From 15 to 115 years of life. Mortality trends in Portugal 2000 - 2008*.
9. Nuland, S. «A malignidade do câncer». In: Nuland, S. *Como morremos: reflexões sobre o último capítulo da vida* (pp. 221-39). 1995, Rocco, Rio de Janeiro.
10. Ortiz, J. *La interfase curativa-paliativa. Mesa redonda “Cuidados Paliativos”*. 1996, Salamanca.
11. Poles, K., Bousso, R. *Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica*. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007 mar/abr; 14(2):207-13.
12. Popim, R., Boemer, M. *Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz*. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(5):677-85.
13. Spíndola T., Macedo M. *A morte no hospital e seu significado para os profissionais*. *Rev. Bras. Enfermagem* 1994; 47(2):108-17.
14. SUPPORT Principal Investigators. *A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients*. *JAMA* 1995;274:1591-8.

# O RISCO ONCOLÓGICO E A HISTÓRIA DA SAÚDE NA ÉPOCA CONTEMPORÂNEA

## O CASO PORTUGUÊS NO CONTEXTO MUNDIAL (1889-1939) [PARTE II]

Rui Manuel Pinto Costa

Enfermeiro do Serviço de Transplante de Medula Óssea, IPOFG Porto

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

Desde finais do século XIX que a doença oncológica começou a assumir um lugar de progressivo destaque nas políticas de saúde pública das sociedades ocidentais. O discurso médico assente no emergente risco oncológico formatou o movimento mundial que mais tarde viria a ser englobado pela designação genérica de “luta contra o cancro”. Através de uma breve análise histórica, é possível detectar os ecos que o “risco do cancro” teve em Portugal, e de que modo se fizeram sentir.

**PALAVRAS-CHAVE:** história; cancro; teorias; risco oncológico.

*Since the end of the 19th century that cancer started to assume a gradual prominence in the western world's public health policies. The emerging “risk of cancer”, introduced by the medical speech, formatted a world-wide movement, later known as the “fight against cancer”. Through a brief historical analysis, it is possible to detect the echoes that the “risk of cancer” had in Portugal, and in what way it was felt.*

**KEYWORDS:** history; cancer; theories; cancer risk.

*Na segunda parte deste artigo, o autor dá continuidade à análise histórica do risco oncológico como factor promotor da luta contra o cancro a nível internacional, afluando os ecos que acabou por ter em Portugal.*

### O lugar do cancro e a estatística sanitária

Se bem que existissem evidências estatísticas sobre a mortalidade por cancro ao longo do século XIX, os primeiros estudos de amplitude mundial saíram da pena de Frederick Hoffman, de acordo com um trabalho realizado entre 1912 e 1914, posteriormente publicado em 1915 e com edições posteriores. E se por um lado o estudo de Hoffman mostrava a ausência de

homogeneidade na frequência do cancro a nível mundial, o continente mais exposto era claramente o europeu, com uma mortalidade anual de 76,6 por 100.000 habitantes, seguindo-se a Oceania (73), a América do Norte (65,7), a Ásia (54,4) e a África (33,4). No seio da Europa, os números eram claramente mais elevados no norte e centro, do que no sul do continente.

Neste extenso trabalho, Portugal ocupava um lugar relativamente confortável, mas nem por isso menos preocupante<sup>1</sup>. Não havia dúvidas que a frequência do cancro aumentava, estimando-se que fosse o responsável directo pelo aumento anual da mortalidade em 2%, o que representava cerca de 500.000 óbitos anuais nos países civilizados. Quando em 1923 é criado o Instituto Português para o Estudo do Cancro, esta estatística de Hoffman fará parte integrante da justificação científica que sustenta a criação legal do dito organismo.

Os múltiplos inquéritos entretanto emanados da Organização de Higiene (OH), estrutura sanitária pertencente à Sociedade das Nações e que desde 1923 se dedicou à prevenção e combate de doenças que recaíam no âmbito do higienismo e saúde pública, permitiram a comparação de muitos dados epidemiológicos entretanto recolhidos em vários países. A comissão do cancro, subestrutura da OH especialmente encarregada de monitorizar o problema, dedicou-se com afã à recolha e tratamento de dados, dando origem a estas estatísticas comparadas. Para além de se ressaltarem frequências distintas para os diversos tipos de cancro, algumas variações significativas na sua repartição geográfica, antropológicas, étnicas, raciais e profissionais, desenhavam-se acima de tudo os traços de uma tendência nitidamente crescente, mais e mais preocupante nos países civilizados<sup>2</sup>.

Estes trabalhos de natureza epidemiológica, a par de muitos outros que entretanto despontavam, sobretudo na Europa, tornaram-se o suporte científico de uma classe médica que em Portugal tomava frequentemente contacto com uma evidência que não necessitava de ser validada por confirmações estatísticas. A prática clínica demonstrava-o sobejamente. Referindo-se aos casos de cancro encontrados na sua prática clínica como médico no interior minhoto, dizia Tiago de Almeida em 1904: *“Se aos médicos que vivem a mourejar pela clínica das cidades e das aldeias lhes fosse possível, que nem sempre o é, registar todos os casos da sua observação, com a publicação das observações e reunião dos dados que pudessem recolher, constituir-se-ia a história pormenorizada n’um ramo importante da patologia nacional.”*<sup>3</sup>

Em 1907, Oliveira Lima justapunha o cancro à tuberculose, assente na estatística, e fazendo-o em termos que não querendo apodar de alarmistas, eram, no mínimo, preocupantes:

*“O problema do cancro está mais do que nunca na ordem do dia. As estatísticas accusam um augmento enorme de mortalidade pelo cancro, augmento que, real ou apparente, a todos preocupa porque o cancro e a tuberculose são, indubitavelmente, os dois mais terríveis flagellos da humanidade.(...) Em Portugal, a mortalidade pelo cancro augmente mais rapidamente do que a população. No triennio de 1902-1904 falleceram no reino 3.878 cancerosos! Em 1902 faleceram 22, 8 cancerosos por 100.000 habitantes; em 1904 – 23,7.”*<sup>4</sup>

Cerca de duas décadas mais tarde, a semântica do discurso médico mantinha-se inalterada, apesar das possibilidades terapêuticas entretanto aferidas se mostrarem promissoras. João Marques dos Santos reiterava esta ideia no relatório elaborado em 1923 para o Ministério da Instrução Pública, continuando a enfatizar a força dos números:

*“A frequência dos casos vem mostrar-nos que é preciso impulsionar essa luta e condicionar mesmo um esforço social maior, pois que o cancro não nos ameaça tão ás claras como a tuberculose e como a sífilis e porque em regra o valor social dos que estão atingidos é maior também e ainda porque a terapêutica que podemos opor é bastante compensadora.”*<sup>5</sup>

Nos anos 30, a propaganda organizada pelo Instituto Português de Oncologia estruturou a informação dirigida ao público, em termos que resvalavam sempre para o carácter tenebroso da afecção, incutindo de seguida uma dimensão profiláctica muito acentuada:

*“O cancro, horrível fantasma, prende o homem nas suas malhas e faz, dia a dia, maiores estragos, aumentando sempre e sem cessar o número das suas vítimas, numa proporção aterradora. A ciência declarou guerra sem tréguas ao cancro. Há-de vencê-lo, como venceu a varíola, a febre amarela, a difteria e tantas outras doenças que foram terríveis flagelos da humanidade.”*<sup>6</sup>

Aparentemente, existia, pois, um novo perigo à condição humana, com consequências potencialmente amplas no domínio da saúde pública, dificilmente

mensuráveis, o que cria na sociedade em geral e nos poderes públicos em particular, uma necessidade de promoção da investigação científica nesta matéria.

### Os centros “anticancro”

De um modo inicialmente descoordenado, mas tendo como referência o discurso da classe médica sobre um flagelo emergente, e o do carácter eventualmente infeccioso da doença, os diferentes Estados foram conferindo à classe médica os instrumentos que esta clamava para um trabalho que se mostrava moroso, continuado, mas essencial para a saúde pública: a luta contra o cancro. Se à infecciosa tuberculose se associava o indispensável e reconhecidamente higiénico sanatório, ao cancro corresponderia uma estrutura igualmente específica e de natureza semelhante: o centro anticanceroso.

A evolução do crescente interesse clínico, científico e terapêutico sobre a doença, resultou numa série de diferentes expressões institucionais, que se afirmavam como estruturas de tratamento especializadas. Quase ao mesmo tempo e um pouco por toda a Europa, América do Norte e Japão, criam-se centros anticancerosos, surgem diversas sociedades de investigadores e centros especializados de tratamento, organizam-se reuniões internacionais de médicos especialmente debruçados sobre esta nova e emergente área da medicina. Em paridade, fundaram-se comissões particulares de luta anticancerosa, precursoras das diferentes ligas nacionais de luta contra o cancro.

Os exemplos são múltiplos e variados, atestando de sobremaneira a força de uma tendência francamente internacional: em 1900 é criado na Alemanha o *Deutsches Komitee für Krebsforschung*, e ainda os primeiros centros de tratamento do cancro; na Grã-Bretanha é fundado em 1902 o *Imperial Cancer Research Fund*; seguem-se em 1906 a Hungria, e em 1908 a Ucrânia. Em 1909 surge em Espanha o *Comité Central para el*

*Estudio del Cáncer*. Na Suécia é criada a *Sociedade Sueca Contra o Cancro* e o *Radiumhemmet* em 1910, e nos Países Baixos surge em 1913 o *The Netherlands Cancer Institute*. Nos EUA, é criada em 1907 a *American Association of Cancer Research*, no seguimento dos primeiros hospitais especializados na luta contra o cancro. No Japão, é fundado em 1908 a *Fundação Japonesa para a Pesquisa sobre o Cancro*.

Com vários anos de atraso face a esta corrente internacional, mas ainda dentro da janela temporal do período cronológico do período entre guerras, é criado em 1923 o *Instituto Português para o Estudo do Cancro*, adstrito à Universidade de Lisboa, com os objectivos de promover a investigação, o ensino médico e ainda a assistência directa aos doentes oncológicos. (Veja-se o Quadro 1)

Ao mesmo tempo, e sob a iniciativa da *Union Internationale des Peuples Contre le Cancer*, começam-se a organizar encontros médicos internacionais com alguma regularidade, em Heidelberg em 1906, em Paris em 1910, e em 1913 em Bruxelas. Participados por muitos médicos europeus, incluindo alguns portugueses, os trabalhos apresentados e as mais recentes ideias sobre a doença tiveram impacto nas esferas do saber médico de então.

**Quadro 1 – Algumas das primeiras instituições de pesquisa científica do cancro no mundo.**

Ano de fundação	Instituição	País
1900	<i>Deutsches Komitee für Krebsforschung</i>	Alemanha
1902	<i>Imperial Cancer Research Fund</i>	Grã-Bretanha
1907	<i>American Association of Cancer Research</i>	EUA
1908	<i>Fundação Japonesa para a Pesquisa sobre o Cancro</i>	Japão
1909	<i>Comité Central para el Estudio del Cáncer</i>	Espanha
1910	<i>Sociedade Sueca Contra o Cancro</i>	Suécia
1913	<i>The Netherlands Cancer Institute</i>	Holanda
1920	<i>Institut du Cancer (Paris)</i>	França
1923	<i>Instituto Português para o Estudo do Cancro</i>	Portugal
1925	<i>Institut du Cancer (Lovaina)</i>	Bélgica
1927	<i>Sociedade Jugoslava para Estudo do Cancro</i>	Jugoslávia
1929	<i>Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho</i>	Brasil

Levantavam-se várias vozes, sobretudo da elite médica ligada à investigação, pedindo que se tomassem medidas no sentido de controlar a progressão desta nova calamidade social. A imprensa médica portuguesa acompanhou esta tendência, ao publicar os resultados de estudos estatísticos realizados no território nacional a partir de 1904, bem como alguns artigos especificamente voltados para a temática da evolução da patologia oncológica entre nós. Na sessão de 7 de Fevereiro de 1914 da *Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, Ricardo Jorge também se ocupou do aumento da mortalidade urbana pelo cancro, trazendo de novo o tema para a maior tribuna científica do país.

Mas não só o periodismo médico seguiu esta tendência. Também a imprensa generalista procedeu à publicação de artigos e entrevistas com vários médicos, sobretudo aqueles a quem se reconhecia uma particular autoridade na matéria, caso de João Marques dos Santos e Francisco Gentil. Numa dessas entrevistas publicadas pelo *Diário de Notícias* em 1921, Marques dos Santos revelava publicamente o atraso português em matéria de luta anticancerosa, traçando um quadro deveras preocupante, ressaltando a inexistência de uma assistência organizada, a dispersão dos doentes por enfermarias gerais, a ausência de acção profilática, a inexistência de uma consulta externa organizada, e ainda a descoordenação dos processos ainda rudimentares de terapêutica.<sup>7</sup>

Um dos slogans que começaram a circular, e que teve grande impacto, foi o da importância do diagnóstico precoce, assunto que por longos anos enformou toda a política sanitária anticancerosa mundial, e que reteve a sua pertinência e actualidade desde o início. Na ausência de meios curativos capazes de debelar eficazmente a doença em fases avançadas, foi o único princípio unificador da profilaxia. Como referiu Henrique Bastos em 1933, *“É triste reconhecer que depois de tantas actividades e milhões gastos nestes últimos anos no estudo e luta contra o cancro, só tenhamos, por assim dizer até agora, esse bom ensinamento colhido e lançado ou aceite como dogma pelos Institutos Especializados – um grito de alarme para ser ouvido por médicos e não médicos – ; Diagnóstico precoce, cura possível.”*<sup>8</sup>

Este conceito substituiu-se à antiga noção de incurabilidade do cancro, mal desconhecido, implacável e mortal, tornando-se progressivamente mais abordável e tratável com recurso a tecnologias que incrementavam as possibilidades de êxito curativo.

### **A luta contra o cancro e as políticas de saúde**

Se a intensidade da campanha anticancerosa dirigida às massas se tornou particularmente visível na década de 30, há que notar que a permeabilidade dos políticos com responsabilidades na saúde pública foi algo anterior. Em meados dos anos 20, o discurso médico sobre o cancro tinha já penetrado nas preocupações dos países ditos civilizados, de tal modo que mesmo em Portugal os responsáveis políticos citavam os estudos coevos, referindo que *“(…) se pode considerar o cancro uma séria ameaça para a saúde e a existência de todas as raças.”* Entre esses estudos estava também um da autoria de Ricardo Jorge, que apesar de não se ter dedicado particularmente ao estudo da doença, abordou-a epidemiologicamente, ao trabalhar estatisticamente a mortalidade por cancro entre os principais núcleos urbanos portugueses, estabelecendo um paralelismo entre os dados de Lisboa e Porto<sup>10</sup>. Neste sentido, o higienismo também perfilhava a luta contra o cancro no seio das suas premissas preventivas, que no seu âmago, eram aplicáveis a praticamente todos os tipos de enfermidades conhecidas.

E é no seguimento deste discurso sanitário, mundialmente inequívoco na caracterização da doença oncológica como ameaça à saúde pública, que tem início a época das políticas concertadas de luta contra o cancro. Daí o surgimento das políticas de saúde pública anticancerosas, cujo objectivo é o de ajudar ao desenvolvimento de centros de tratamento especializados.

Não podemos deixar ainda de referir, que é após a Primeira Grande Guerra que se assiste a um renascer da importância do sector da saúde pública, altura em que as informações de natureza socioeconómica retomam lugar de destaque enquanto factores de risco para o *status quo* sanitário das populações. Nesse sentido, o ambiente do pós-guerra mostrou-se política e internacionalmente mais conciliador, feito já num contexto da Sociedade das Nações e da sua Organização de

Higiene. Passava-se do tempo das doenças infecciosas para o tempo das doenças da civilização.

Com efeito, a temática da saúde tornou-se um tema central na Europa no período entre guerras: o trauma do conflito armado, a turbulência política e a crise económica exigiram cada vez mais das possibilidades da saúde pública. Os governos empenharam-se na política social num grau sem precedentes, estabelecendo novas estruturas e instituições sanitárias. As novas doutrinas científicas serviram para espalhar novas ideias, e no seu epicentro a saúde pública emanava vectores de actuação, entre os quais a luta contra o cancro.

A denominada “luta social” passava por três níveis de actuação, envolvendo ao poderes públicos mas cada vez mais a iniciativa de cada um. Se no primeiro a profilaxia podia ser utilizada em alguns casos, como eram os cancros devidos a ocupações profissionais de risco, a segunda era mais importante, passando pelo diagnóstico precoce e tratamento oportuno. O terceiro nível colocava-se na investigação científica, incluindo a etiopatogenia e tratamento das diferentes afecções cancerosas.

Se bem que o reconhecimento da dimensão social do cancro implicasse a existência de práticas de registo estatístico desenvolvidos ao longo do século XIX, a relação entre a produção de dados sobre a mortalidade por cancro e a emergência de preocupações sociais não foi automático. Outros factores se conjugam, desde logo o interesse dos médicos pela doença, o seu estudo, e a introdução de novos métodos de tratamento. A ideia de organizar a luta social contra o “perigo canceroso” começou a tomar forma nas diferentes sociedades de especialistas, onde se opera uma relação simbiótica entre a dimensão social e os campos científicos e terapêuticos que lhe estão na origem.

Solicitava-se uma propaganda social intensa, semelhante à realizada contra a tuberculose ou doença venérea, baseada no diagnóstico precoce, matéria que deveria ter lugar próprio de aprendizagem nos cursos de medicina. A criação de hospitais especializados, o estímulo monetário aos investigadores, o combate ao curandeirismo e a protecção dos mais vulneráveis ao cancro profissional através de seguros, todas estas recomendações faziam parte de um discurso médico que

em alguns casos se cruzava com o discurso eugénico de apuramento racial.

Na década de 30, altura em que estas questões estavam no seu auge, vários foram os médicos que subscreveram estas premissas defensivas da raça face ao cancro. Nas conclusões que apresentou sobre a luta contra o cancro num congresso realizado em 1935, Victor Conill Montobio, da Faculdade de Medicina de Barcelona, apontava este aspecto como o mais significativo: *“Uma cruzada a favor da vida austera, ponto este que é o mais importante para a profilaxia do cancro e para a criação de uma raça vigorosa.”*<sup>11</sup> Ainda no programa do II Congresso Internacional de Luta Científica e Social Contra o Cancro, realizado em Bruxelas no ano de 1936, uma das sub-seções existentes no item relativo à luta social contra o cancro intitulava-se “Cancro e raças”, alusão directa à eugenia, tema muito em voga nessa altura<sup>12</sup>.

O determinismo do discurso médico nas políticas anticancerosas é incontornável, e os exemplos são múltiplos e variados. As solicitações são feitas ao mais alto nível, principalmente em contexto de divulgação científica, fosse ela pela mão do periodismo estritamente médico, fosse pelo recurso a plateias de médicos como eram os congressos ou reuniões científicas. Nestas tribunas privilegiadas, onde a temática do cancro se destacava pela quantidade crescente de comunicações sobre a doença oncológica, insistia-se no interesse que haveria em coordenar todos os esforços mundiais na luta contra a doença, lembrando a utilidade de um comité internacional. Os governos de um número crescente de países entram em cena, e em 1925 a Sociedade das Nações implica-se directamente na criação de uma Comissão do Cancro, com a ambição de coordenar os diferentes esforços entretanto desenvolvidos. As ligas contra o cancro entretanto fundadas, e dispersas um pouco por todo o mundo, decidem agrupar-se numa união internacional que em 1934 vê por fim a luz do dia: a União Internacional Contra o Cancro, reunindo as associações pertencentes a 34 países.

Assiste-se ao desenhar de dois patamares de intervenção, um assente no plano científico e outro no plano social. Se ao primeiro correspondia a investigação das causas e a génese do próprio cancro (feito em laboratórios e através da experimentação animal), ao segundo

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

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

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

- Mais do dobro dos doentes evitaram mucosite oral usando Caphosol<sup>1</sup>
- Caphosol reduziu a duração dos episódios de mucosite oral<sup>1</sup>
- Os doentes do grupo Caphosol tiveram uma redução de 72% no uso de morfina e cerca de 75% dos doentes não tiveram de recorrer ao uso de qualquer morfina<sup>1</sup>

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

- Fácil de usar e sem sabor desagradável.



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

**Referências:**

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



**EUSA Pharma**

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](http://www.mouthsmadegood.com)

**mouthsmadegood**

EM PORTUGUÊS



Data preparação Maio de 2010



# gelclair<sup>®</sup>

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!



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 n.º 17248. Capital social €1.600.000,00. N.º de contribuinte 507 150 473

**HEL SINN**

Dispositivo Médico

correspondia a organização da prevenção e aperfeiçoamento do diagnóstico precoce. Ainda no tocante à luta social, exigia-se ainda o estabelecimento de centros especializados para a hospitalização dos cancerosos, ou na pior das hipóteses, de secções hospitalares vocacionadas para o efeito.

### Um movimento internacional

Ao longo dos primeiros 30 anos do século XX foram várias as instituições criadas e desenvolvidas de raiz para tratar o cancro, dando-se início à luta anticancerosa um pouco por todo o mundo. Neste contexto, é possível detectar algumas especificidades nacionais, como por exemplo o papel de organismos públicos em França e na Grã-Bretanha, o das fundações e associações nos EUA, ou até mesmo o caso português, onde se assistiu à criação de organismos públicos e privados, dedicados a planos de acção diferente (científico ou filantrópico) mas convergentes nos objectivos estratégicos que os norteavam.

Se exceptuarmos o caso britânico, até finais do século XIX os serviços hospitalares reservados aos cancerosos eram inexistentes, mas começam a multiplicar-se a partir de 1890, sobretudo para dar resposta à necessidade de organizar o esforço e a colaboração de radioterapeutas e cirurgiões. Em 1914 podiam-se já encontrar centros anticancerosos nos EUA (Nova York, Filadélfia e Saint Louis), no Reino Unido (cinco em Inglaterra, um na Escócia e um na Irlanda), na Alemanha (Berlim, Heidelberg, Hanover, Munique e Ludwigsburg), Rússia (Moscovo), na Suécia e na Holanda.

Em certa medida, a luta científica e social contra o cancro desenhava-se à imagem daquela entretanto feita contra a tuberculose, isto é, com investimentos dirigidos à investigação específica da patologia e a criação de hospitais ou departamentos hospitalares particularmente vocacionados para o seu tratamento. Em Portugal, esta metodologia era bem conhecida e era aplicada na rede de sanatórios entretanto fundada e dispersa um pouco por todo o país. Contudo, e ao contrário da peste branca, cuja curabilidade estava estabelecida e era bem conhecida, encarava-se agora uma sonora realidade que fazia divergir a abordagem ante as duas doenças: ao invés da tuberculose, partia-se para o combate ao cancro

sem o claro vislumbre de uma cura a curto ou médio prazo, e a braços com uma massa enorme de doentes incuráveis, para os quais as respostas médico-científicas eram quase nulas e mesmo assim tardavam em chegar.

### Esperanças em aberto

Em contraste directo com das doenças infecciosas, total ou parcialmente controláveis pelo recurso a medidas profilácticas, o cancro não cedia senão à cirurgia, quantas vezes radicalmente mutilante e na maioria dos casos ineficaz, ou então à radioterapia, terapêutica sobejamente encarada como altamente promissora, mas ainda de uso recente e dispendioso. Mas apesar disso, eram as armas mais eficazes e as únicas que se perfilavam no arsenal de possibilidades curativas então proposto, e que não deixavam de se aperfeiçoar continuamente.

A metodologia do higienismo vigente não parecia ter os mesmos efeitos imediatos sobre o cancro. Se as doenças infecto-contagiosas tinham como agente um microrganismo específico, bem caracterizado, muitas vezes cultivável em ambiente laboratorial e capaz de propagar a doença, a experimentação, em complemento com a clínica, conseguiram destronar de modo aparentemente definitivo a ideia de contagiosidade longamente associada ao cancro.

Neste sentido, a luta contra esta doença criava uma situação sem equivalente histórico. Pela primeira vez, várias formações sociais elegiam como novo flagelo uma patologia que escapava largamente aos meios de acção “clássicos” de higiene social. Georg Wolff mostrava como o cancro era, de facto, um paradoxo da civilização sanitária: morria-se mais de cancro porque se vivia mais, ou seja, morria-se menos de outras doenças. Assim, atribuindo-se à higiene o aumento da esperança média de vida nos países ocidentais, existiriam mais pessoas idosas, e como tal, mais cancros e... mais mortes.

Aguardava-se a todo o momento uma cura efectiva, sentimento materializado em palavras de esperança que surgiam repetidamente da boca dos higienistas um pouco por todo o mundo: *“Há uma grande esperança por aí, aqui por perto... Que venha! Mas, se tardar, não cruzemos os braços. A tuberculose não foi reduzida por*

*medicações específicas, mas pelas preocupações geraes de higiene... O cancer também será assim.*<sup>13</sup>

Independentemente desta “esperança”, o cancro parecia continuar a aumentar em todo o mundo, de acordo com os dados continuamente revistos e atualizados, disponibilizados anualmente pela estatística epidemiológica. O inimigo multiforme evocado na imagem estelar do caranguejo estava destinado a substituir no século XX a tuberculose, tanto nos tormentos quanto nas preocupações de saúde da humanidade.

Angústia, fobia, obsessão em alguns casos, são os novos/velhos sentimentos que renascem face ao cancro, engendrados por uma vasta campanha de propaganda profilática que em Portugal não mais parou de se intensificar, de 1923 até hoje. Esta campanha propagandística relativamente contínua, que se abordará num dos capítulos seguintes, desenvolveu-se no confluir de duas vertentes; por um lado, da influência crescente das preocupações sanitárias manifestadas por uma especialidade médica em fase de formação e afirmação, por outro, das preocupações de estratos sociais mais informados e abastados, muito permeáveis ao discurso médico-científico e dispostos a contribuir para a luta contra a doença num enquadramento filantrópico. Os seus elementos motores são a atenção extrema dos médicos às estatísticas, por um lado, e a percepção daquilo que podemos designar como uma “doença-fantasma”; ou seja, um fenómeno mórbido que ameaça genericamente a sociedade, mas que é mais pungente a título individual, sem que para isso esteja associada a qualquer factor predisponente de natureza socioeconómica ou moral.

De facto, na véspera da 2ª GM, no seio dos países “civilizados”, o cancro era reconhecido – ou estava prestes a sê-lo – como a doença mais preocupante do ponto de vista social, ao mesmo tempo que a prolongada obsessão das sociedades com patologias até então dominantes, como sejam o caso da tuberculose ou da sífilis, regredia de modo assinalável; mais ainda quando a era dourada dos antibióticos no pós-guerra marca de forma radical o combate às doenças infecto-contagiosas.

A dinâmica criada entre vários elementos da sociedade pela exposição desta a um discurso médico

muito intenso e prolongado, permitiu reunir e fazer convergir uma série de interesses díspares, concentrando-os num esforço comum. Dos higienistas aos reformistas da prática médico-científica, dos políticos aos cidadãos comuns, criou-se um movimento que congregou grupos sociais diferentes e com possibilidades de intervenção distintas, mas cada um deles com um papel próprio no desenrolar da luta contra o cancro.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Cf. HOFFMAN, F. L. – The Mortality from Cancer throughout the World. Newark/New Jersey: The Prudential Press, 1915.
2. Cf. SOCIÉTÉ DES NATIONS – L' Organisation d' Hygiène. Genève: Section d' information de L' Organisation d' Hygiène, 1931, pp. 28-30, idem – Bulletin de L' Organisation d' Hygiène. Bibliographie des travaux techniques de L' Organisation d' Hygiène de la Société des Nations. 1920-1945. Vol. XI. Genève: 1945.
3. D'ALMEIDA, Thiago – “O cancro em Vianna do Castelo”. Porto Médico. 1º Ano. Nº 5 (1904).
4. LIMA, José de Oliveira – O problema do cancro: etiologia e tratamento. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907.
5. SANTOS, João Marques dos – A Luta Anti-Cancerosa em Portugal. (Conferência realizada em 26 de Fevereiro de 1925, na Associação dos Médicos do centro de Portugal). Coimbra: Imprensa da Universidade, 1925.
6. Boletim do IPO. Vol. 1. Nº 1 (1934).
7. Cf. O papel da imprensa portuguesa na luta contra o cancro, entrevista a João Marques dos Santos no Diário da Notícias, reproduzido em SANTOS, João Marques dos – A Luta Anti-Cancerosa em Portugal. (Conferência realizada em 26 de Fevereiro de 1925, na Associação dos Médicos do centro de Portugal). Coimbra: Imprensa da Universidade, 1925.
8. BASTOS, Henrique – “O cancro da Próstata.” A Medicina Contemporânea. Ano LI. Nº 13 (26 de Março de 1933).
9. Frederick L. Hoffman, citado no Decreto nº 9.333 do Diário do Governo, nº 278, 1ª Série, de 29 de Dezembro de 1923.
10. Cf. JORGE, Ricardo – “La Mortalité par le cancer à Lisbonne et à Porto. Parallèle interurbain.” Bulletin de l' Office d' Hygiène. (1923).
11. In A Medicina Contemporânea. Ano LIII. Nº 22 (2 de Junho de 1935).
12. Cf. o programa em “Congressos.” A Medicina Contemporânea. Ano LIV, Nº 17 (26 de Abril de 1936).
13. PEIXOTO, Afrânio – “Luta contra o cancro.” Archivos Brasileiros de Medicina (Fevereiro de 1935) in A Medicina Contemporânea. Ano LIII. Nº 25 (23 de Junho de 1935).

## 4.ª REUNIÃO NACIONAL AEOP 2011 – ACONTECEU...

Coimbra, 3 e 4 Junho 2011



Decorreu no passado dia 3 e 4 de Junho a 4.ª Reunião Anual da AEOP, em Coimbra, no hotel Vila Galé. Estiveram presentes cerca de 240 delegados e foram apresentados 18 trabalhos em forma de Posters. Destes, foram premiados 3 trabalhos na área da Investigação e 3 na área das Boas Práticas. À margem da reunião, decorreu o primeiro curso (de 4 h) em Boas Práticas Clínicas para 20 colegas inscritos. Devido à boa adesão, outras oportunidades poderão surgir nesta área de formação.

### TRABALHOS PREMIADOS

#### Na área da Investigação:

**1.º Prémio:** Estudo Comparativo entre soluções orais na prevenção/tratamento da mucosite.

Marta Felício, Aida Santos; Isabel Cerqueira. Unidade Neutropénicos, Hosp. S. João, Porto

**2.º Prémio:** TARGET: Projecto de monitorização e capacitação da pessoa submetida a terapêuticas com anticorpos anti-EGFR.

Hugo Franco; Antonia Osório; Helena Mira; Rita Correia. Hosp. Dia Oncologia, Hosp. Garcia de Orta

#### Na área das Boas Práticas Clínicas:

**1.º Prémio:** Consulta de Enfermagem ao utente submetido a quimioterapia (adequação técnico-científica).

M. Isabel Andrade. Serviço Hemato-Oncologia, Hospital Horta

**2.º Prémio:** A consulta de Enfermagem no Homem portador de



carcinoma da Prostata: um lugar privilegiado para a intervenção do enfermeiro

Jorge Miguel Carvalho. Hospital Santo António Porto

Ficou também definida a data da próxima reunião Nacional: dia 25 e 26 Maio de 2012, em Coimbra.

## NOVOS CORPOS SOCIAIS PARA O BIÉNIO 2011-2013

Na Assembleia-Geral da AEOP, que decorreu a 3 Junho de 2011, foram eleitos os novos corpos sociais para o biênio 2011-2013. Foram apresentados o plano de actividades para este ano e o plano estratégico da Associação para os próximos dois anos. A todos os novos dirigentes desejamos boa sorte e que a sua actividade incremente a nossa organização. Todas estas informações estão disponíveis em [www.aeop.net](http://www.aeop.net).

## PROJECTOS TARGET SELECCIONADOS



Este Projecto Educacional Europeu está a ser implementado em Portugal durante o segundo semestre de 2011, com o apoio exclusivo da Amgen.

Durante a 4.ª reunião Nacional AEOP foram apresentados os três trabalhos seleccionados, em fase de implementação neste segundo semestre de 2011. Foram eles:

- *e-target* – Proposta do serviço de Oncologia Médica do IPO-Porto;

- *Documento Informativo para Doente e Enfermeiro de Família* – Proposta da Clínica Mama do IPO-Porto;

- *Poster informativo para doentes a fazerem terapêuticas dirigidas* – Proposta do Hospital Dia de Oncologia, Hospital Setúbal.

Todos estes projectos, em fase de criação e implementação, serão posteriormente avaliados e apresentados na próxima Reunião Nacional, de 2012.

## REUNIÃO WORKGROUPS

Coimbra, Novembro 2011

Estamos a planear a próxima reunião dos grupos específicos de trabalho para Novembro de 2011. Este ano contamos com mais um grupo, entretanto criado: Grupo da Dor. Será mais um momento de planeamento de actividades científicas a desenvolver pela AEOP, com maior responsabilidade dos grupos de trabalho.

## 7.º SIMPÓSIO DE CANCRO DIGESTIVO

Outubro 2011

Entre os dias 13 e 16 de Outubro de 2011 realiza-se em Albufeira o 7.º Simpósio Nacional de Cancro Digestivo. O evento é organizado pelo Grupo de Estudos de Cancro Digestivo, e a AEOP mais uma vez estará presente em parceria com um programa de enfermagem. Este ano o tema recai sobre o doente com cancro col-retal e, pela primeira vez, com um curso pré-Reunião. Toda a informação deste evento estará disponível em [www.aeop.net](http://www.aeop.net).

## REUNIÃO NACIONAL DA SPH

Novembro 2011

A Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia realiza-se entre os dias 10 e 12 de Novembro de 2011, no Centro de Congressos dos Salgados, em Albufeira. Pela primeira vez a AEOP estará presente no programa de

enfermagem que decorrerá em parceria. Será uma óptima oportunidade para se desenvolver o grupo específico de trabalho de Hemato-Oncologia, através de actividade e projectos transversais aos vários serviços e hospitais com esta especialidade. Toda a informação será disponibilizada no nosso site.

## PRÉMIO DE EXCELÊNCIA 2011 AEOP/PFIZER

Contribuição para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Oncologia



Este Prémio, apoiado mais uma vez pela Pfizer, visa distinguir o melhor trabalho de enfermagem oncológica no âmbito da qualidade desenvolvido em Portugal, e tem como objectivo reconhecer e premiar a excelência nos cuidados de enfermagem relacionados com a oncologia.

Neste ano de 2011 queremos premiar o Serviço/Unidade de Oncologia Nacional que apresente o melhor projecto.

Os candidatos ao Prémio de Excelência 2011 “Contribuição para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Oncologia”, no valor de 2.000 euros, são todos os trabalhos enviados para a AEOP até 31 Dezembro 2011, via e-mail e utilizando a Ficha de Inscrição.

Todas as informações referentes a este Prémio, Ficha de Inscrição e Regulamento estão disponíveis em [www.aeop.net](http://www.aeop.net).

## Projecto SUPROC



Um dos grandes desafios da equipe multiprofissional de assistência a doentes com patologia oncológica é obter a adesão ao tratamento

com antineoplásicos orais.

A adesão ao tratamento pode ser caracterizada como em que medida o comportamento do indivíduo em termos de toma do medicamento coincide com as indicações da equipa que o trata.

A adesão pode ser influenciada por diversos factores relacionados com o doente, tratamento, serviços de saúde, crenças e hábitos de vida. Conhecer esses factores é uma importante ferramenta para os profissionais de saúde que acompanham a evolução do doente crónico, em especial o doente com cancro, permitindo aferir e definir estratégias adequadas na compliance.

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 formatação final pronta até final de 2011, para que a sua implementação ocorra em 2012.

## 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 doentes é um desafio novo para os enfermeiros que trabalham na área da Oncologia.

Neste contexto, a AEOP, com o apoio da Amgen, implementou em Portugal uma iniciativa educacional para enfermeiros, designada 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 foram apresentados publicamente na 4.ª Reunião Nacional da AEOP, que decorreu em Coimbra no passado mês de Junho.

Estão em desenvolvimento os seguinte projectos:

- *e-Target*: Formação Educativa on-line sobre terapias monoclonais dirigida 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 informativo educacional para o doente submetido a terapêuticas dirigidas.

Todos estes projectos estão na fase de preparação para a sua posterior implementação, prevista para o início do 4.º trimestre de 2011.

### Estudos Observacionais em Submissão a Publicação

#### CTE Capecitabina Toxicity Evaluation

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).

#### POSER

Portuguese Observational Study on Emetic Risk

Estudo Observacional Prospectivo Nacional de *avaliação de CINV (chemotherapy induced nausea and vomiting) no doente submetido a quimioterapia de alto e moderado potencial emético*, com os seguinte 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.

#### PIG<sup>a</sup>RT

Patient Information about GIST and Renal carcinoma Treatment.

Inserido num projecto educacional desenvolvido pela AEOP, desenvolvemos um Estudo Observacional 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 secundário:

- 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.

Todos estes estudos estão encerrados, os resultados foram apresentados publicamente na Reunião Nacional AEOP de 2011 e estamos na fase de redacção do artigo científico para submissão nacional e internacional a revistas científicas.

**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 UROLÓGICO**

**Braquiterapia revoluciona tratamento do cancro da próstata**

A braquiterapia está a mudar o paradigma terapêutico do cancro da próstata. Consiste num tipo específico de radioterapia, de elevada precisão, em que a fonte de radiação incide directamente nas células cancerígenas, explica comunicado de imprensa. O mecanismo de actuação consiste na colocação de pequenas cápsulas junto ao tumor, que libertam dose de radiação directamente sobre ele, afectando minimamente os órgãos próximos e reduzindo os efeitos secundários, como a incontinência urinária e a disfunção eréctil. Ao ser mais e melhor orientado, a duração do tratamento é substancialmente inferior e mais eficaz: conseguem-se melhores resultados em um ou dois dias, do que em sete semanas de radioterapia convencional.

“Nos últimos anos assistimos a consideráveis avanços no campo da Braquiterapia. É uma ferramenta terapêutica extremamente eficaz e que permite aos profissionais de saúde tratar com melhor precisão e com muito menos efeitos secundários o cancro da próstata. Confere, de facto, ganhos fantásticos em termos de qualidade de vida do doente“, considera Chrisfóf Kastner, urologista do Hospital Addenbrooke, no Reino Unido.

O cancro da próstata é o terceiro mais frequente em Portugal e o segundo mais mortal, de acordo com a Associação Portuguesa de Urologia, sendo responsável pela morte de 1800 portugueses por ano. Aparece, normalmente, depois dos 50 anos e, à

medida que a idade avança, aumenta a probabilidade de ocorrência da doença. Cerca de 80% dos homens com 80 anos têm cancro da próstata, mas, na maioria dos casos, o problema não é diagnosticado e os doentes não têm sintomas. Apesar da enorme taxa de mortalidade, quando diagnosticado precocemente, tem uma elevada taxa de sucesso.

A Nucletron, empresa de produtos e serviços médicos que é líder global em braquiterapia, organizou, na semana passada, uma reunião científica internacional, em Sintra, que contou com a participação de mais de 100 urologistas e oncologistas de todo o mundo, para debater o papel da braquiterapia no tratamento do cancro da próstata. No encontro foram apresentados casos clínicos de sucesso, os especialistas tiveram a oportunidade de trocar experiências e, ainda, ouvir o testemunho de doentes.

POP, 29 MARÇO 2011

## **JEVTANA® da sanofi-aventis recebe aprovação da Comissão Europeia**

A sanofi-aventis acaba de receber a aprovação da Comissão Europeia para o JEV TANA® (Cabazitaxel – 60 mg/1,5 ml concentrado e solvente para solução para perfusão) que em associação com prednisona ou prednisolona está indicado no tratamento de doentes com carcinoma da próstata hormono-resistente metastizado previamente tratados com um regime contendo docetaxel, avança a companhia em comunicado.

A aprovação da Comissão Europeia surge na sequência da opi-

nião positiva emitida pelo Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) da Agência Europeia de Medicamentos (EMA). A decisão baseia-se nos resultados do estudo de fase III, TROPIC que envolveu 755 doentes com cancro da próstata hormono-resistente metastizado (CPHRm) após tratamento com um regime contendo docetaxel. A decisão da Comissão Europeia aplica-se aos 27 Estados-membros da União Europeia, Islândia, Lichtenstein e Noruega. O JEV-TANA® já foi aprovado nos EUA, Israel, Curaçao e Brasil.

“O JEV-TANA® em associação com prednisona ou prednisolona reduz em um terço o risco de morte e prolonga a sobrevivência quando comparado com a mitoxantrona, um comparador ativo” refere Debasish Roychowdhury, vice-presidente sénior e responsável da Oncologia, na sanofi-aventis. “A aprovação europeia do JEV-TANA® oferece uma nova esperança aos doentes europeus com opções de tratamento limitadas”.

### *Incidência do Cancro da Próstata*

Em Portugal, o cancro da próstata ocupa o terceiro lugar da incidência de doenças oncológicas e o quarto em taxa de mortalidade. Para o sexo masculino ocupa o primeiro lugar em termos de incidência e o terceiro em termos de mortalidade sendo responsável por cerca de 1800 mortes, por ano. Na maioria dos homens o cancro cresce de forma lenta e silenciosa, podendo muitos desconhecer que têm a doença, daí que 50 a 70% dos doentes poderem apresentar a doença localmente avançada e/ou metastática no momento do diagnóstico.

Para muitos doentes com cancro da próstata, a doença continua a progredir apesar dos tratamentos prévios realizados – incluindo a castração cirúrgica e/ou hormonal seguida de

quimioterapia. O cancro da próstata metastático é um cancro que se espalhou aos gânglios linfáticos ou a outros órgãos do corpo, particularmente os ossos. O cancro da próstata hormono-resistente (ou resistente à castração) significa que se trata de um cancro que continua a evoluir apesar da supressão das hormonas masculinas (castração química) que alimentam o crescimento das células do cancro da próstata. Estima-se que 10-20% dos doentes com cancro da próstata são diagnosticados quando o cancro já está metastizado.

### *Sobre o estudo TROPIC*

Os resultados deste estudo demonstraram uma redução estatisticamente significativa de 30% [HR=0,70 (95% CI: 0,59-0,83); P<0,0001] do risco de morte por CPHRm nos doentes tratados com JEV-TANA® em associação com prednisona ou prednisolona comparado com um regime de quimioterapia ativo consistindo na administração de uma dose padrão de mitoxantrona e prednisona ou prednisolona. Além disso, a sobrevivência média dos doentes tratados com JEV-TANA® foi de 15,1 meses, ou seja 2,4 meses mais elevada que nos doentes tratados com mitoxantrona, uma diferença estatisticamente significativa.

No estudo TROPIC, os acontecimentos adversos (grau 1-4), mais frequentes (≥ 10%) foram a anemia, a leucopenia, neutropenia, trombocitopenia e diarreia. As reações adversas de grau 3-4 mais frequentes (≥ 5%) em doentes tratados com JEV-TANA® foram a neutropenia, a leucopenia, a anemia, a neutropenia febril e a diarreia.

### *Sobre o JEV-TANA® (cabazitaxel solução injetável)*

O JEV-TANA® é um taxano semissintético que atua de forma di-

ferente do docetaxel e paclitaxel. É um agente antineoplásico que atua pela disrupção da rede microtubular nas células. O JEV-TANA® fixa-se à tubulina e promove a agregação da tubulina em microtúbulos, enquanto simultaneamente evita a sua dissociação, isto leva à estabilização dos microtúbulos. O JEV-TANA® demonstrou uma atividade antitumoral de largo espectro em tumores sólidos detetados em ratos. O JEV-TANA® é ativo em tumores sensíveis ao docetaxel e, adicionalmente, demonstrou atividade em modelos tumorais resistentes a quimioterapia, incluindo com docetaxel.

POP, 30 MARÇO 2011

### *Marcadores genéticos contribuiriam para detectar e tratar cancro da próstata*

Investigadores conseguiram identificar um grupo de mais de 80 partes de ADN que sinalizam modificações por grupos metila que diferem entre tecidos prostáticos cancerosos e normais. Os cientistas esperam que a descoberta possa tornar o diagnóstico e o prognóstico da doença mais sofisticados e poupe muitos homens dos efeitos secundários de um tratamento desnecessário, avança o portal ISaúde.

“Entendemos estes padrões de metilação como impressões digitais. Sabíamos que muitos genes eram conhecidos por apresentar uma mudança no seu estado de metilação na comparação da próstata normal ao tumor de próstata. Então, queríamos olhar para um conjunto maior de genes para ver se conseguiríamos identificar outras variações úteis para o diagnóstico e o prognóstico da doença. Descobrimos que as diferenças entre as células cancerígenas e as células normais da próstata são surpreendentes”, diz Gavin Sherlock.

Actualmente, a maioria dos mé-

dicos depende do teste do antígeno prostático específico (PSA) para verificar a probabilidade de um homem ter cancro da próstata. Mas o teste não é perfeito. Muitos homens têm tumores, mas baixos níveis de PSA, ou têm níveis elevados de PSA sem apresentar tumores. Isso pode levar a exames desnecessários, como imagens ou biopsias”, explica Sherlock.

Em contraste com o teste de PSA, que mede a quantidade de uma proteína específica no sangue, os testes de metilação avaliam a adição de grupos metila directamente ao ADN das células da próstata. Esta metilação é um exemplo de epigenética, um fenómeno em que modificações químicas de ADN afectam o modo como é embalado e expresso dentro de uma célula. As mudanças epigenéticas permitem que as células silenciem ou ajustem a expressão de um gene em resposta a estímulos ambientais ou a outros estímulos externos.

Especificamente, os grupos metílicos acrescentados às regiões promotoras dos genes tendem a inibir a expressão destes genes. Mas só podem ser anexados a uma combinação específica de dois nucleotídeos: quando uma guanina segue uma citosina (CpG).

Os investigadores estudaram os padrões de metilação em células de 95 tumores de próstata e de 86 células não-cancerígenas retiradas das proximidades da próstata. Os cientistas descobriram que cerca de 6000 ocorrências de CpG que foram mais fortemente metiladas no cancro da próstata do que em tecidos normais e mais de 2000 ocorrências de CpG que foram muito menos metiladas.

“Fora das milhares de CpGs, pudemos identificar cerca de 80 marcadores muito sólidos associados aos tumores. É possível que os padrões específicos do cancro possam um dia ser úteis tanto para diagnosticar

a doença quanto para prever sua progressão”, disse Sherlock. Especificamente, os investigadores identificaram 69 CpGs adicionais nas quais as mudanças nos padrões de metilação parecem estar relacionadas com as probabilidades de que o tumor da próstata reapareça após o tratamento.

Sherlock e os seus colegas estão agora a tentar confirmar a correlação entre os padrões de metilação e o tempo de recorrência da doença em outro conjunto de tecidos de tumor de próstata e de tecidos normais. Os investigadores também gostariam de identificar se as alterações nos padrões de metilação são as causas ou as consequências das mudanças cancerígenas. “Se continuarmos a ver uma associação confiável, este tipo de estudo de metilação tornar-se-á muito promissor como uma ferramenta de diagnóstico e prognóstico”, disse Sherlock, que observou que os testes estão a ser desenvolvidos para análise do conteúdo das células da próstata pela urina. “Esta poderia ser uma forma não-invasiva de procurar os marcadores do tumor”, concluiu.

POP, 1 JUNHO 2011

## Novo fármaco contra cancro da bexiga cura 25% dos doentes em testes iniciais

Testes iniciais em humanos para uma nova terapia contra o cancro da bexiga mostram que o Urocidin™ é eficaz e muito mais seguro do que as opções anteriores de tratamento para os casos de tumores superficiais que não são sensíveis ao tratamento com o bacilo Calmette-Guérin (BCG). Um estudo norte-americano confirmou os resultados iniciais: 25% dos doentes ficaram livres da doença após um ano de uso do novo fármaco, com boa tolerância ao medicamento, avança o portal ISaúde.

O principal autor do estudo, Alvaro Morales, diz que a descoberta

usando o fármaco Urocidin™ veio de 30 anos da sua pesquisa nesta importante área. “Estou otimista sobre os resultados do estudo. Os resultados positivos na próxima fase de testes levar-nos-ão para muito perto de um tratamento muito mais eficaz do cancro da bexiga”, diz o investigador.

O BCG provocou uma resposta imunológica forte o suficiente para eliminar algumas formas de cancro da bexiga sem produtos químicos. Também foi o primeiro agente eficaz aprovado pela FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) contra tumores sólidos. O BCG continua a ser a primeira escolha para tratar o cancro da bexiga superficial devido à sua eficácia superior em relação às drogas da quimioterapia, porém, como uma bactéria viva, pode causar efeitos adversos graves.

“Tem havido muita preocupação sobre os efeitos adversos do BCG. Eu sempre achei que deveríamos procurar algo melhor. O Urocidin™ pode ser o que estamos a procurar”, explica Morales.

Até a descoberta do BCG como uma terapia contra o cancro da bexiga, a única alternativa à remoção da bexiga era utilizar produtos químicos no órgão.

POP, 31 MAIO 2011

## CANCRO DO PULMÃO

Estudo identifica alteração genética envolvida na metástase do cancro do pulmão

Biólogos do Massachusetts Institute of Technology, nos EUA, identificaram uma alteração genética que torna os tumores no pulmão mais propensos a espalharem-se para outras partes do corpo, avança o portal ISaúde.

Os resultados do estudo oferecem nova visão sobre como o cancro do pulmão sofre metástase e pode

ajudar a identificar novos alvos de fármacos para combater tumores metastáticos, que representam 90% das mortes por cancro.

A equipa de investigação, liderada por Tyler Jacks, encontrou a alteração ao estudar um modelo do rato do cancro do pulmão. Os cientistas compararam dados dos ratos com perfis genéticos dos tumores de pulmão humano e descobriram que a actividade reduzida do mesmo gene, NKX2-1, está associada com maiores taxas de morte por cancro do pulmão.

“Este estudo representa um passo importante na compreensão de como as mudanças que desactivam esse gene podem tornar os tumores mais agressivos”, disse o autor do estudo, Monte Winslow.

Compreender o papel da NKX2-1 pode ajudar os cientistas a procurar drogas que poderiam contrabalançar a sua perda.

O estudo Winslow e os seus colegas estudaram ratos que são geneticamente programados para desenvolver tumores do pulmão. As células do pulmão de ratos podem ser induzidas a expressar uma forma activa do gene cancerígeno Kras, na qual gene supressor de tumores p53 é excluído. Embora todos esses ratos desenvolvessem tumores de pulmão, apenas um subconjunto desses tumores sofre metástase, sugerindo que alterações adicionais são necessárias para o cancro se espalhar.

Os investigadores analisaram os genomas de tumores metastáticos e não metastáticos na esperança de encontrar algumas variações genéticas que pudessem explicar a diferença. A ausência de actividade de NKX2-1 em tumores metastáticos foi a diferença mais marcante.

O gene NKX2-1 codifica um factor de transcrição - uma proteína que controla a expressão de outros

genes. Sua função é controlar o desenvolvimento normal do pulmão, bem como da tiróide e de algumas partes do cérebro. Quando as células cancerígenas desligam a expressão do gene, elas parecem reverter-se para um estado imaturo e ganham a habilidade de se separar dos pulmões e de se espalhar pelo corpo, semeando novos tumores.

Assim que os investigadores identificaram o NKX2-1 como um gene importante para a metástase, começaram a olhar para os efeitos dos genes que ele regula. Os cientistas focaram-se num gene chamado HMGA2, que tinha sido anteriormente implicado em outros tipos de cancro. Parece que o NKX2-1 reprime o HMGA2 em tecidos adultos. Quando o NKX2-1 é desligado nas células cancerígenas, o HMGA2 liga-se novamente e ajuda o tumor tornar-se mais agressivo.

Os investigadores também descobriram que os tumores humanos sem NKX2-1 e com HMGA ligado tendiam a ser metastáticos, embora nem todos os tumores metastáticos se encaixem nesse perfil.

“Seria difícil atingir o NKX2-1 com uma droga porque é muito mais difícil desenvolver drogas que activem um gene novamente e voltem a desligá-lo”, disse Winslow. “Uma possibilidade mais promissora é ter o HMGA2 como alvo ou outros genes que o NKX2-1 reprime”.

Os investigadores agora pretendem analisar outros tipos de cancro para ver se o NKX2-1 ou o HMGA2 têm o mesmo papel noutros tipos de cancro metastático.

“É ótimo encontrar algo que é importante na metástase do cancro pulmonar, mas seria ainda melhor se ele controlasse a metástase, mesmo num subconjunto de outros tipos de cancro”, avaliou Winslow.

POP, 8 ABRIL 2011

## Fármaco crizotinibe testado para tratar tumores no pulmão

Existe uma nova esperança contra o cancro: o crizotinibe está a ser testado nos EUA para tratar tumores no pulmão. No caso de um tipo de cancro de pulmão (o de células não-pequenas — CPNPC), há estudos em andamento com o composto crizotinibe, que segue a tendência de usar marcadores biológicos. O fármaco actua inibindo uma enzima que é produzida por um gene resultante de uma translocação específica, que possui actividade carcinogénica.

Estudos recentes com o crizotinibe mostraram que doses diárias da droga reduziram o tamanho dos tumores de mais da metade de um grupo de pacientes de cancro de pulmão, cujas células tumorais possuíam alterações em um gene. No outro terço dos participantes do estudo, o crizotinibe estabilizou o tamanho do tumor. Apesar de os resultados iniciais serem bastante promissores, estudos adicionais estão em andamento para confirmar a eficácia da nova droga no tratamento do cancro de pulmão.

Acredita-se que essa alteração no gene tenha um importante papel na oncogénese e estima-se que esteja presente em aproximadamente 3% a 5% dos pacientes com este tipo de cancro de pulmão. Actualmente, apenas 15% dos pacientes respondem ao tratamento padrão para cancro de pulmão de células não-pequenas.

Nos EUA, o pedido de aprovação de crizotinibe deve ocorrer antes de os estudos serem concluídos. A FDA (agência americana reguladora de medicamentos e alimentos) criou tal processo para facilitar o desenvolvimento e revisão de dados de medicamentos em estudo que tratam doenças graves e com potencial de suprir necessidades médicas não atendidas — ou seja, doenças que ainda não possuam tratamentos efi-

# ALIMTA<sup>®</sup> pemetrexedo



## A quimioterapia baseada na histologia

## No Carcinoma do Pulmão de Não-Pequenas Células, com histologia celular que não predominantemente escamosa.<sup>1</sup>

- ✓ Primeira linha: **ALIMTA<sup>®</sup>+Cisplatina**
- ✓ Segunda linha: **ALIMTA<sup>®</sup>**

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

<sup>1</sup> 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/m<sup>2</sup> da área da superfície corporal (ASC) e administrada por perfusão intravenosa durante 10 minutos, no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. A dose recomendada de cisplatina é de 75 mg/m<sup>2</sup> da ASC administrada durante duas horas, aproximadamente 30 minutos depois do final da perfusão de pemetrexedo no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. Os doentes têm de receber tratamento anti-emético adequado e serem adequadamente hidratados antes e/ou depois da administração de cisplatina. Alimta como agente único: No tratamento de doentes com carcinoma do pulmão de não-pequenas células, após quimioterapia prévia, a dose recomendada de ALIMTA é de 500 mg/m<sup>2</sup> (ASC) administrada por perfusão intravenosa durante 10 minutos, no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. Regime de pré-medicação: 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 à 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.

cazes disponíveis no mercado. Caso aprovado pela agência americana, o crizotinibe será o primeiro medicamento de administração oral da classe dos inibidores da enzima ALK para o tratamento de CPNPC.

Fabricantes de medicamentos também estão a avaliar o uso do crizotinibe noutros tipos de tumores que possuam essa translocação cromossómica para determinar outros pacientes que poderiam beneficiar do uso desta nova droga.

POP, 19 ABRIL 2011

## CANCRO DIGESTIVO

Exame virtual ao colo-rectal é menos doloroso e eficaz

O médico cirurgião, Celso Almeida, está a desenvolver um Estudo do Rastreamento do Cancro do colo-rectal, com o objectivo de atrair mais pessoas a fazerem este exame, de uma forma preventiva. Foram apresentados no Funchal, os resultados preliminares. Na apresentação marcou presença o presidente do Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP RAM, Maurício Melim e os demais parceiros, a destacar António Rodrigues, do Núcleo de Imagem e Diagnóstico e Philippe Lefere, do Centro de Ensino de Colonoscopia Virtual de Bruxelas (Bélgica), avança o Jornal da Madeira online.

O trabalho decorre da tese de Doutoramento de Celso Almeida e tem como objectivo principal apurar qual seria o método de rastreio mais fiável para detectar o cancro do colo-rectal. Foi feita a colonoscopia virtual, a colonoscopia óptica e a pesquisa do ADN nas fezes.

Este estudo envolveu 517 utentes, com idades entre os 50 e os 70 anos e decorreu entre 10 de Maio de 2010 e 11 de Maio de 2011. Foram aceites, somente, pessoas sem história familiar de cancro no colo rectal ou que não tinham tido sintomatologia

recente que induzisse que poderia haver uma lesão no colo.

### Resultados preliminares

De acordo com Celso Almeida, “os resultados preliminares estão de acordo com os quatro trabalhos anteriores, que confirmam que a colonoscopia virtual é um bom método de rastreio porque é menos doloroso, dá menos complicações, não dá perfurações e é sobretudo mais barato e mais amigo do rastreado”.

Trata-se de um dado importante tendo em conta que “a pessoa que muitas vezes não faz este rastreio é porque não gosta”, continuou dizendo. “Se realmente a colonoscopia virtual mostrar, como parece mostrar nestes exames, por estes estudos que já foram feitos e por alguns que continuam a ser feitos, que substitui com igual grandeza de informação a colonoscopia óptica, passa a ser um exame mais rápido (leva 30 segundos a fazer o exame de barriga para baixo e o exame de barriga para cima”, adiantou.

Outra das vantagens é que, “pelo menos, 60% das pessoas que não têm nada, não precisam de estar a meter um tubo”, explicou. “Por outro lado, selecciona uma pequena percentagem de pessoas com lesões polipoloides, que vão obrigar a fazer a colonoscopia óptica”.

A colonoscopia óptica torna-se, por isso, “terapêutica, tira os pólipos, o doente fica curado e nas lesões cancerosas precoces são removidas cirurgicamente numa fase muito mais precoce, portanto, as probabilidades de cura aumenta”, sustentou.

De acordo com Celso Almeida, esta situação “vai baixar as reformas precoces por invalidez, as fugas ao trabalho, os custos da saúde, portanto, são ganhos”.

António Rodrigues, do Núcleo de Imagem e Diagnóstico salientou o facto deste estudo ter permitido “detectar as lesões grandes”. Quan-

to às pequenas lesões, “é um número muito reduzido, por isso, estamos satisfeitos porque mostramos que a colonoscopia virtual, feita com todo o cuidado, com uma boa preparação é essencial”.

Philippe Lefere, do Centro de Ensino de Colonoscopia Virtual de Bruxelas destacou os “bons resultados” do exame, o que significa que “são tão bons como a colonoscopia normal”.

Desta forma, “quando são detectados doentes sem pólipos, podem ir para casa” sendo que “os que precisam fazer a colonoscopia normal, fazem-no, os pólipos são retirados e ficam curados, o que é importante”, concluiu.

FDA vota a favor do Sutent® da Pfizer para tumores no pâncreas

Um painel da FDA (entidade que regula os medicamentos nos EUA) votou esta terça-feira, oito contra dois votos, que os benefícios do Sutent® (sunitinib) da Pfizer superaram os potenciais riscos em doentes com tumores neuroendócrinos (NET) irressuscáveis do pâncreas. “Há um benefício cuja magnitude não podemos determinar, [mas], por outro lado, esta é uma doença rara e existe uma necessidade não atendida aqui”, comentou o membro do painel Ralph Freedman após a votação, avança o site FirstWord.

Em documentos divulgados antes da reunião, responsáveis da agência concordaram que o Sutent® fez aumentar a sobrevida livre de progressão, mas sugeriu que os resultados do estudo são “provavelmente uma superestimativa devido às múltiplas visões dos dados e à cessação antecipada do estudo”.

No estudo, que envolveu 171 pacientes, a sobrevida livre de progressão foi de 11,4 meses em pacientes tratados com o medicamento da Pfi-

zer, em comparação com 5,5 meses entre os que receberam placebo.

Com base nos “benefícios significativos”, a Pfizer anunciou em Março de 2009 planos para interromper o estudo inicial com base na recomendação de um comité independente de monitorização.

POP, 14 ABRIL 2011

### Teste de ADN permite diagnóstico não-invasivo para cancro do pâncreas

O cancro de pâncreas tem uma das maiores taxas de mortalidade entre os principais tipos de tumores, e dos mais de 43 mil americanos diagnosticados a cada ano, quase 95% morrem dentro de cinco anos após o surgimento da doença. Uma razão para este elevado número de mortes é a falta de exames eficazes para o diagnóstico precoce. Mas agora, investigadores da Mayo Clinic acreditam ter encontrado uma nova maneira de descobrir o cancro de pâncreas com testes de ADN em amostras de fezes dos doentes. A investigação foi apresentada na conferência de 2011 da Digestive Disease Week, realizada de 7 a 10 Maio, em Chicago (EUA), avança o portal ISaúde.

“Sabemos que no cancro de cólon podemos detectar algumas assinaturas moleculares de cancros e de pré-cancros, e estávamos interessados em tentar determinar se poderíamos fazer a mesma coisa, especificamente com um exame de fezes, para o cancro do pâncreas”, diz John Kisiel, gastroenterologista da Mayo Clinic, que apresentou as conclusões do estudo.

O estudo foi focado na detecção de metilações em amostras de fezes de 127 doentes, 60 deles com diagnóstico de cancro do pâncreas e 67 que não foram diagnosticados com cancro. A metilação é um tipo de modificação de ADN fortemente associado com cancros e pré-cancros. A equipa de pesquisa quis testar se

poderiam detectar com segurança quaisquer tipos de genes metilados em amostras de fezes das pessoas no grupo de estudo que já haviam sido diagnosticadas com cancro pancreático.

“Descobrimos que um marcador foi detectado com segurança tanto nas amostras de tecidos quanto nas fezes de pacientes com cancro pancreático, e que comparava-se favoravelmente com um outro tipo de marcador – a mutação de um gene chamado KRAS”, explica Kisiel. “Quando observamos os dois marcadores juntos, a precisão dos dois marcadores combinados foi significativamente melhor do que com qualquer marcador sozinho”. No geral, o marcador metilado (chamado BMP3) e os genes KRAS mutantes foram detectados em 70% daqueles no estudo que tinham cancro do pâncreas.

A triagem detectou os marcadores independentemente do estágio do cancro ou da localização do cancro do pâncreas. Estes resultados podem levar a detecção mais precoce do cancro de pâncreas, o que poderia aumentar significativamente a taxa de sobrevivência para aqueles que têm a doença. Os exames de fezes também são não-invasivos e as amostras podem ser recolhidas pelos doentes em casa e enviadas para o laboratório, sem uma visita ao consultório ou à clínica.

No final das contas, os investigadores esperam expandir este estudo inicial para criar exames de fezes eficazes para todos os cancros que afetam o trato gastrointestinal. “Agora podemos detectar com segurança um marcador de metilação nas fezes que sabemos estar presente nos cancros em estágio curável e marcadores semelhantes foram encontrados nos pré-cancros”, diz o Dr. Kisiel. “Isso vai levar-nos a tentar testar doentes com espécies de tumor adicionais para obter mais marcadores de diag-

nóstico desse tipo para que possamos desenvolver um painel de marcadores que possa abranger todos os cancros e pré-cancros ao longo do trato gastrointestinal”.

POP, 16 MAIO 2011

## TUMORES LÍQUIDOS

### Testado novo medicamento contra leucemia mielóide crónica

Um novo fármaco testado no Centro Médico Universitário Tufts, nos EUA, mostrou ser promissor no tratamento de doentes com leucemia que não respondem a outras terapias, devido à capacidade de resistência das células cancerígenas, avança a Fundação Rui Osório de Castro, no seu site.

O artigo, publicado na revista Cancer Cell, refere que o medicamento experimental DCC-2036, um inibidor da tirosina quinase (TKI), pode ser uma boa opção de tratamento da leucemia mielóide crónica, nos casos em que há resistência a outras terapias.

O fármaco DCC-2036 bloqueou a acção da enzima BCR-ABL1 em testes com um modelo animal e está agora a ser avaliado num ensaio clínico de fase 1 em doentes que não respondem aos tratamentos padrões.

Os cientistas lembram a necessidade de continuar a apostar no desenvolvimento de fármacos que tenham como alvo estruturas celulares específicas.

POP, 14 ABRIL 2011

### Mieloma múltiplo: novos fármacos duplicam taxa de sobrevivência dos doentes

Decorreu recentemente o 13.º Workshop Internacional de Mieloma, que contou com o apoio e patrocínio da International Myeloma Foundation. O Jornal do Centro de Saúde deslocou-se até Paris para tra-

zer as novidades sobre as soluções terapêuticas inovadoras para o segundo cancro de sangue mais comum que se estima que afecte 750 mil pessoas em todo o mundo.

Foi na capital de França que se reuniram especialistas de todo o mundo para conhecer novos tratamentos que possibilitam uma melhor qualidade de vida aos doentes de mieloma múltiplo. Este cancro, muito agressivo, por não ser muito conhecido pelos doentes e familiares, pode deixá-los confusos sobretudo pelo facto de não ser curável.

No entanto, segundo as últimas investigações, esta doença rara está a transformar-se, aos poucos, numa doença crónica. Catarina Geraldes, hematologista dos Hospitais da Universidade de Coimbra, confirma que “aproximadamente 75% dos doentes têm cada vez mais quadros clínicos com características de uma doença crónica e a sobrevivência média destes doentes que há cerca de uma década era de três anos duplicou com o aparecimento de novos fármacos e novas possibilidades de combinações”.

Numa primeira fase, esta doença pode não apresentar sintomas. À medida que a doença progride, a sintomatologia vai surgindo e confundem-se facilmente com outras patologias: dores ósseas, problemas renais e fracturas. Uma vez que o sistema imunológico fica comprometido, também é frequente surgirem infecções.

“É relativamente frequente recebermos os doentes depois de passarem por um longo percurso de consultas de reumatologia ou de ortopedia. A sintomatologia pode ser difícil de associar a esta doença e não ser devidamente valorizada”, defende Paulo Lúcio, hematologista do Hospital Militar e do Instituto Português de Oncologia de Lisboa. Um diagnóstico tardio pode comprometer

irremediavelmente a possibilidade de recuperação da qualidade de vida destes doentes.

A suspeita que determinada pessoa tem esta doença é sobretudo clínica. “Hoje em dia, com a maior atenção dos médicos de Medicina Geral e Familiar, que já têm conhecimento sobre algumas análises que devem ser incluídas nas rotinas dos doentes, existe um encaminhamento mais direccionado para a especialidade”, explica Graça Esteves, hematologista no Hospital de Santa Maria.

#### *A incidência que aumenta com a idade*

A maioria dos doentes com mieloma múltiplo terá mais de 75 anos. “Devolver a qualidade de vida dos doentes é tanto mais fácil quanto mais precoce for a nossa intervenção. Esta doença, se evoluir de forma não controlada, provoca lesões irreversíveis, como fracturas de vértebras, colapsos vertebrais ou insuficiência renal”, salienta Paulo Lúcio. Ainda assim, cerca de 2% dos novos casos por ano envolvem pessoas com menos de 40 anos.

É fundamental haver um bom relacionamento entre o doente e o médico. O paciente deve fazer perguntas e recolher toda a informação que irá necessitar para aprender a tratar a sua doença. Graça Esteves confirma que os hematologistas “dão informação detalhada aos doentes sobre os estádios da doença, o que vão tratar e as repercussões que poderão vir a ter devido ao mieloma múltiplo, para que se possam ir familiarizando com o mesmo. Cada doente decide por si próprio, mas nós damos-lhe as informações adequadas e os sites fidedignos onde podem obter mais dados sobre a patologia”.

#### *Novos tratamentos, novos desafios*

A combinação de vários medicamentos constitui hoje a melhor forma de tratar a doença. “Esta doença antigamente tinha a particularidade de conferir uma péssima qualidade de vida e era inexoravelmente uma patologia fatal”, assinala Paulo Lúcio. A gestão da doença é hoje diferente. “Todos os hematologistas têm alguns doentes com mieloma múltiplo diagnosticado há períodos tão longos como 15 anos e que continuam a ter uma boa qualidade de vida. O objectivo é lutarmos para que todos os doentes alcancem esta realidade, ainda que nem sempre seja possível”, reforça o especialista.

Uma vez que a taxa de sobrevivência está a aumentar, os doentes vão fazer vários fármacos durante muitos anos, adaptando-se caso a caso.

“Cada novo fármaco introduzido aumenta logo as possibilidades de combinações e de novos mecanismos de acção”, defende Catarina Geraldes. Os novos medicamentos estão disponíveis em Portugal e, apesar de existirem anteriormente alternativas terapêuticas eficazes, os hematologistas procuram combinar fármacos que já utilizavam com os mais recentes e otimizar o tratamento. “Quando decidimos tratar um doente com determinada opção, pensamos imediatamente qual será a repercussão que tal medida terá quando o doente deixar de responder à mesma. O tratamento do mieloma múltiplo tem de ser ponderado e estrategicamente decidido ao longo do tempo”, diz Paulo Lúcio ao Jornal do Centro de Saúde. Evitam-se assim as surpresas desagradáveis decorrentes da ausência de controlo da doença.

Kenneth Anderson, do Instituto Oncológico Dana-Farber, anunciou neste Workshop Internacional de Mieloma que “o desenvolvimento dos novos tratamentos é bem tole-

rado, promovendo uma nova taxa de sobrevivência e mantendo-se com bons resultados ao longo do tempo, como um paradigma revolucionário no tratamento”.

Terry Barter, paciente de Kenneth Anderson, presente na referida reunião em Paris, revelou aos presentes que voltou a andar de mota, recuperou a sua energia e voltou a trabalhar normalmente, testemunhando as vantagens do novo fármaco – a lelidomida.

Estão a ser publicados inúmeros estudos que justificam reuniões internacionais como esta para debate e consolidação dos resultados. Portugal está incluído em inúmeros protocolos internacionais, pelo que contribuímos para as inovações anunciadas”, finaliza.

POP, 1 JUNHO 2011

## SARCOMAS

MSD e Ariad vão co-promover ridaforolimus para o sarcoma

A MSD (conhecida como Merck & Co. nos EUA) vai co-promover o fármaco experimental para o tratamento do sarcoma ridaforolimus da Ariad Pharmaceuticals após a Ariad ter exercido uma opção resultante de um acordo de licenciamento de 2010, avança o site FirstWord.

A MDS disse que planeia enviar o pedido de aprovação da comercialização do ridaforolimus em doentes com sarcomas metastáticos no final deste ano, e a Lazard Capital Markets prevê que o fármaco poderá conseguir a aprovação da FDA no quarto trimestre.

Como parte do acordo original, a Ariad tem a opção de ser responsável por até 20% do esforço de vendas para o fármaco em todas as indicações nos EUA. No entanto, a Ariad avançou que os detalhes da co-promoção serão finalizados num acordo a ser negociado entre as empresas.

O analista da JP Morgan Securities Cory Kasimov destacou que o acordo revisto irá fornecer à Ariad uma vantagem inicial na criação da infra-estrutura comercial necessária para o lançamento planeado da sua outra terapêutica oncológica, ponatinib, em 2012 ou 2013. O pan-inibidor de BCR-ABL está actualmente em fase intermédia de ensaios clínicos para o tratamento de doentes com leucemia mielóide crónica resistente ou intolerante.

POP, 18 MARÇO 2011

## CANCRO DA MAMA

Cancro da mama: Bayer inicia ensaio de fase III com o Nexavar®

A Bayer e a Onyx Pharmaceuticals começaram a recrutar pacientes com cancro da mama para iniciar a terceira e última fase dos testes com o Nexavar®, um fármaco fundamental da pipeline de ambas farmacêuticas, avança a agência Reuters.

O ensaio de fase III denominado RESILIENCE vai comparar mulheres que recebem o medicamento oncológico Nexavar®, em combinação com a quimioterapia padrão Xeloda®, a um grupo de controlo que recebe o Xeloda® e um placebo.

Os participantes do ensaio têm cancro da mama que já começou a disseminar para outras partes do corpo.

Em Julho de 2009, a Bayer e a parceira Onyx disseram que, num estudo de fase II, o Nexavar® mostrou-se promissor no tratamento de tumores da mama, a segunda forma mais comum de cancro.

O Xeloda® é vendido pela suíça Roche Holding.

O Nexavar®, que já foi aprovado para o tratamento de tumores do rim e do fígado na Europa, Ásia e América do Norte, é um dos novos medicamentos mais promissores da Bayer. A companhia espera que o fármaco

obtenha vendas combinadas anuais de mais de 2 mil milhões de euros.

POP, 3 MARÇO 2011

Vitamina D pode reduzir ou aumentar risco de desenvolver cancro da mama

*Estudo com ratos*

No seu estudo do cancro da mama ER-, os investigadores alimentaram ratos magros com duas doses de vitamina D – 15 K ou 20 unidades internacionais [UI] VD3 – a partir do início da puberdade, durante 24 semanas. Os cientistas descobriram que a dose mais baixa (15 K UI) de VD3 reduziu significativamente a incidência do tumor mamário, bem como o tempo para que os tumores se desenvolvessem em ratos magros, quando comparados a ratos que receberam a dieta controlo.

A dose mais elevada (25 mil UI) foi utilizada em ratinhos alimentados com a dieta de indução de obesidade porque a vitamina D fica presa no tecido adiposo e, assim, é reduzida na corrente sanguínea. Os ratos obesos criados para desenvolver cancro ER-, que receberam a vitamina D apresentaram maior incidência de cancro da mama.

Nos ratos com cancro da mama ER, apenas a maior dose de vitamina D (20K UI) foi utilizada. Esta dose reduziu significativamente a incidência de tumores de mama em ratos magros, em relação a ratos controlos ou obesos. Além disso, os ratos obesos alimentados com vitamina D desenvolveram menos tumores do que ratos obesos não suplementados com a vitamina.

Em ambos os modelos do rato de cancro da mama, ratos obesos desenvolveram resistência a insulina e a suplementação de vitamina D inverteu esse processo. No entanto, a vitamina D em ratos magros tendeu a reduzir a sensibilidade à insulina em ambos os modelos de cancro da mama.

Os investigadores estão actualmente a estudar possíveis mecanismos pelos quais a vitamina D pode aumentar a reverter o aumento de cancro da mama e resistência à insulina induzidos pela obesidade.

POP, 7 ABRIL 2011

## Investigadores descobrem biomarcador que prevê reincidência de cancro da mama

Investigadores do Virginia Commonwealth University Massey Cancer Center, nos EUA, descobriram um biomarcador relacionado ao sistema imunológico que pode prever o risco de recorrência de tumor em pacientes com histórico de cancro da mama. A descoberta pode levar a novos testes genéticos e a tratamentos ainda mais personalizados contra a doença, avança o portal ISaúde.

O estudo é o primeiro a usar células imunológicas que se infiltram no tumor, localizadas no local do tumor, para prever a recorrência do cancro. Usando amostras de tecido de doentes com cancro da mama, os investigadores descobriram que uma assinatura específica com cinco genes relacionada às células imunológicas infiltrantes de tumor pode prever com precisão a sobrevida livre de recidiva. Actualmente, existem dois testes principais utilizados para prever o risco de recidiva em doentes com cancro da mama, o Oncotype DX® panel e o MammaPrint® panel. Ambos os testes concentram-se em genes que são expressos principalmente pelas células tumorais.

“Sabemos que o organismo inicia uma resposta imunológica quando detecta o cancro e que as células do sistema imunológico estão normalmente presentes no local do tumor”, diz o investigador principal do estudo, Masoud Manjili, professor assistente de microbiologia e de imunologia na VCU Massey. “O nosso teste difere dos testes actualmente utilizados por procurar uma resposta

biológica para a presença do cancro e por não depender de genes expressos exactamente pelas células de cancro”.

As amostras de tecido foram recolhidas de doentes com cancro da mama do sexo feminino e mantidas durante sete anos. “Foram analisados dados de 17 doentes. Destes doentes, tivemos oito que sofreram recidiva no prazo de cinco anos e nove que ficaram livres do cancro até sete anos”, diz Manjili. Descobriu-se que a assinatura de cinco genes prevê a recidiva nestes doentes com mais de 85% de precisão.

Manjili e a sua equipa vão analisar amostras de tecido de uma amostra maior de doentes para continuar a validar os resultados deste estudo. Os cientistas também pretendem testar as suas descobertas num estudo de longo prazo de doentes com cancro da mama sob tratamento.

“A nossa descoberta pode levar a ensaios clínicos que testam se o uso da imunoterapia antes dos tratamentos convencionais em doentes com cancro da mama com um alto risco de recaída poderia preparar o sistema imunológico do paciente, como uma vacina, para evitar o risco de recidiva”, diz Manjili.

## Medicamento reduz risco de cancro da mama em 65%

Um fármaco antiestrogénico demonstrou uma “promissora” redução de 65% no risco de cancro da mama entre as mulheres pós-menopausa, indica um estudo da Faculdade de Medicina de Harvard apresentado neste sábado, avança a Agência France Presse.

“A pesquisa pode significar um grande avanço para as mulheres que apresentam maior risco de desenvolver a doença, que afecta cerca de 1,3 milhão de pacientes no mundo a cada ano, causando a morte de 500 mil”, afirmou o doutor Paul Goss, principal autor do estudo divulgado na reu-

nião anual da Sociedade Americana de Oncologia Clínica, em Chicago.

Um estudo clínico realizado num grupo do Canadá mostrou que o risco de cancro da mama em mulheres na menopausa diminuiu em 65% quando as pacientes foram medicadas com exemestano, um fármaco oral que reduz a produção de estrogénio, hormona que os médicos acreditam ter ligação com o aparecimento da doença.

“O estudo mostrou não só uma impressionante redução do cancro da mama como também o aparecimento de excelentes efeitos secundários”, comemorou Goss.

A pesquisa sustenta que os inibidores de uma enzima chamada aromatase, como o exemestano - comercializado sob o nome de Aromasin® -, são diferentes de outras drogas antiestrogénicas, como o tamoxifeno e o raloxifeno, utilizadas como terapias preventivas para mulheres com alto risco de desenvolver cancro da mama.

Os três medicamentos são aprovados pela Agência de Drogas e Alimentos dos EUA (FDA). No entanto, efeitos secundários graves foram registados com o uso de drogas como o tamoxifeno, incluindo um raro, porém grave, caso de cancro de útero e coágulos de sangue potencialmente fatais.

O estudo de Goss, em contrapartida, afirma que inibidores da aromatase neutralizam a produção de estrogénio “sem as graves toxicidades observadas com o tamoxifeno”.

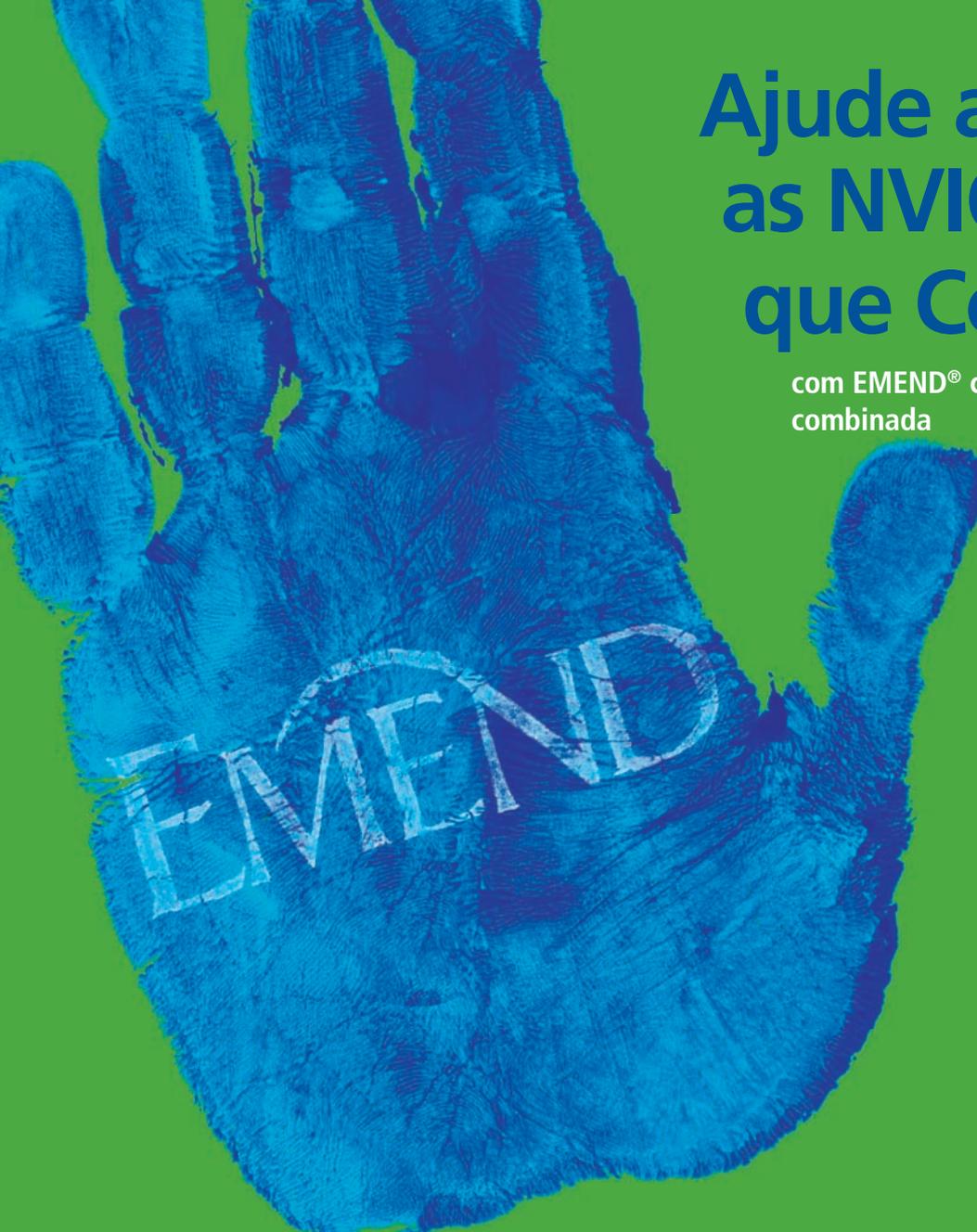
O estudo clínico foi realizado entre 2004 e 2010 com 4.560 mulheres dos EUA, Canadá, Espanha e França que apresentavam pelo menos um factor de risco, como ter 60 ou mais anos de idade ou manifestado tumores de mama anteriormente, incluindo um caso de cancro com mastectomia.

Os resultados da pesquisa serão publicados no New England Journal of Medicine.

POP, 6 JUNHO 2011

# Ajude a Evitar as NVIQ\* Antes que Comecem

com EMEND® como parte de uma terapêutica  
combinada



EMEND

\* NVIQ = náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia

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

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

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

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

 MSD ONCOLOGIA

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

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

Quinta da Fonte, 19 - Edifício Vasco da Gama, 2770-192 Paço de Arcos

NIPC 500 191 360

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

Linha Verde MSD

800 20 25 20

EMEND®  
(aprepitant, MSD)

IVEMEND®  
(fosaprepitant dimeglumina, MSD)

Prevenção Desde o Início



**SUTENT** cápsulas  
malato de sunitinib 

**NOME DO MEDICAMENTO SUTENT COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Cada cápsula contém malato de sunitinib equivalente a 12,5 mg, 25 mg ou 50 mg de sunitinib. Contém manitol. **FORMA FARMACÉUTICA** Cápsulas. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS** Tumor maligno do Estroma Gastrointestinal (GIST): O SUTENT está indicado para o tratamento de tumores malignos do estroma gastrointestinal irrecorríveis 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 efectividade 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, rabdomiólise, acidente cerebrovascular, desidratação, insuficiência supra-renal, renal e respiratória, derrame pleural, pneumotórax, choque e morte súbita. As reacções 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 eritrodiesstesia 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, dispnéia, cromatúria, obstipação, glossodinia, xerostomia, refluxo gastroesofágico, úlcera na boca, desconforto oral, secura cutânea, alopecia, dermatite, edema periorbital, reacção cutânea, eritema, eczema, prurido, hiperpigmentação cutânea, esfoliação 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 reacções adversas relacionadas com o tratamento notificadas em estudos do 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 eritrodiesstesia 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, distonia, secura nasal, dispnéia de esforço, congestão nasal, efusão pleural, refluxo gastroesofágico, disfagia, queilite, hemorragia gengival, hemorroidas, proctalgia, úlcera mucosa, desconforto gástrico, hemorragia rectal, eritema, dermatite esfoliativa, prurido, edema periorbital, dermatite, lesão cutânea, alteração da coloração das unhas, bolhas, reacção cutânea, hiperqueratose, acne, artralgia, mialgia, espasmos musculares, dor de costas, piroxia, arrepios, 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. Os seguintes reacções 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 tiroide (TSH); Pouco frequentes: falência cardíaca, falência cardíaca congestiva, falência ventricular esquerda, pancreatite e falência hepática; Raros: prolongamento do intervalo QT, torsade de pointes e perfuração gastrointestinal. Foram ainda notificados casos de infeções graves (com ou sem neutropenia), alguns dos quais fatais, casos de miopatia e/ou rabdomiólise, 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, hipertireoidismo, alguns dos quais seguidos por hipotireoidismo, proteinúria e síndrome nefrótica. **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.

**Pfizer** Oncologia

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

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